

***D**onnées  
sur la situation  
sanitaire et sociale  
en France en 2003*

- édition 2003 -



*Ce rapport est un ouvrage collectif de la DREES*

*Coordination générale : Anne Evans*

*En collaboration avec : Christine de Peretti, Emmanuelle Salines,  
Frédéric Bousquet, Hélène Michaudon*

*Secrétaire de rédaction : Ezra Daniel*

*Composition et maquette : Régis Gourraud*

*Couverture : Laurent Ouard*

*Directrice de la publication : Mireille Elbaum*

*n° SICOM : 03169*

Ont participé à l'élaboration de cet ouvrage :

Marie Anguis, Sophie Audric, Dominique Baubeau, Claire Baudier-Lorin, Vanessa Bellamy, Nathalie Blanpain, Bénédicte Boisguérin, Christine Bonnardel, Sophie Bressé, Pascale Breuil, Guillemette Buisson, Emmanuelle Cambois, Valérie Carrasco, Jean-Marie Chanut, Nicole Coëffic, Magali Coldefy, Audrey Daniel, Nathalie Dutheil, Martine Eenschooten, Claude Gissot, Nathalie Guignon, Roselyne Kerjosse, Annie Mesrine, Christian Monteil, Marie-Claude Mouquet, Xavier Niel, Denis Raynaud, Pierrette Schuhl, Daniel Sicart, Édith Thomson, Christophe Trémoureux, Lauren Trigano, Annick Vilain, N'ouara Yahou.

*L'* annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) constitue un ouvrage annuel de synthèse sur la situation sanitaire et sociale en France, avec un accent traditionnellement mis sur l'état de santé de la population.

*Cette année, la préparation de cet ouvrage s'est située dans le contexte du projet de loi sur la santé publique, qui sera présenté au Parlement à l'automne 2003. Dans ce cadre, cent objectifs de santé publique ont été retenus dans le rapport annexé au projet de loi, à partir des propositions d'un groupe technique national, une partie de ces objectifs ayant été définis de façon quantifiée.*

*Les indicateurs quantitatifs associés au suivi de ces objectifs devront être régulièrement produits et analysés, notamment en vue de l'évaluation prévue par le projet de loi avec une périodicité quinquennale. Au rythme annuel, cet ouvrage de synthèse sur les données sanitaires et sociales, d'abord destiné aux parlementaires, a vocation à être adapté pour faire état des indicateurs qui seront au fur et à mesure produits et rendus disponibles en référence aux objectifs de la loi de santé publique, et donner des indications sur leur évolution.*

*À titre transitoire, et tout en conservant à ce stade le plan et le contenu habituels de l'ouvrage, la présente édition a d'ores et déjà été aménagée pour tenir compte des objectifs figurant dans le projet de loi. Lorsqu'ils étaient disponibles, les indicateurs qui pouvaient leur être associés, ou des informations approchées s'y référant, ont ainsi été systématiquement intégrés et commentés.*

*Une liste en a été dressée dans le tableau ci-joint, qui met en regard l'objectif évoqué par le projet de loi déposé au Parlement, les données qui s'y réfèrent mentionnées dans le présent ouvrage, et l'indication de leur source. Les collectes d'informations prévues ou indispensables pour compléter le jeu des indicateurs disponibles, ou les thèmes de recherches prioritaires en vue de leur élaboration ont été évoqués au fil du texte.*

*Au-delà des indicateurs directement liés aux objectifs mis en avant par la loi, l'appréciation de l'état sanitaire de la France repose bien évidemment, comme dans les éditions précédentes, sur le suivi et l'analyse d'indicateurs globaux : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues ou encore santé perçue, qui sont la base des comparaisons internationales servant à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français.*

*De plus, analyser l'évolution des indicateurs, qu'ils soient globaux ou spécifiques, nécessite de s'appuyer également sur des éléments de contexte, lesquels peuvent être de plusieurs types. Les contextes démographique, bien sûr, mais aussi socioéconomique doivent ainsi être pris en compte pour interpréter l'évolution des indicateurs d'état de santé ou de recours aux soins. L'évolution de la structure par sexe et âge de la population s'accompagne bien sûr d'abord d'une modification de son état de santé ; ce mécanisme, bien connu, est généralement traité en construisant des indicateurs standardisés par sexe et âge. Mais ce type de méthode est moins courant et pourtant indispensable lorsque sont impliquées les caractéristiques socioéconomiques des personnes ou des ménages, par exemple pour analyser les disparités régionales de situations d'alcoolisation excessive, de suicide ou de recours aux examens de prévention.*

*Les indicateurs disponibles, calculables ou approchables aujourd'hui sont le plus souvent construits à l'aide des grands systèmes d'information permanents (fichiers administratifs comme les fichiers de l'assurance maladie, les déclarations de décès, le PMSI, ou de grandes enquêtes périodiques comme l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du Credes, les enquêtes Insee sur les Conditions de vie ou l'enquête décennale sur la santé... Certains sont disponibles en routine sur une base annuelle ou moins fréquente, mais régulière.*

*D'autres données sont potentiellement disponibles mais leur traitement doit faire l'objet d'approfondissements méthodologiques. C'est le cas, pour le PMSI, de l'utilisation du chaînage des séjours des patients, par exemple. Certaines sources actuellement peu mobilisées mériteraient une investigation supplémentaire, comme les données des centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie. D'autres systèmes encore sont en cours de développement, comme le SNIIRAM, qui contiendra l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales.*

*La définition des indicateurs les plus pertinents nécessitera, pour une partie d'entre eux, un effort de recherche. Les résultats de ces travaux seront bien entendu, essentiels, ainsi que leur appropriation par le système statistique.*

*Certains indicateurs, enfin, sont envisagés par le rapport annexé du projet de loi mais n'existent pas dans le système d'information actuel. Leur production nécessitera un effort d'élaboration et de spécification ainsi que la définition des supports d'information nécessaires à leur collecte. Il s'agira souvent, dans un nombre important de cas, d'envisager des enquêtes ad hoc, notamment auprès des populations ou des usagers du système de soins. La mise en œuvre de ces opérations nécessitera des moyens statistiques adaptés, et leur méthodologie comme leur périodicité devront être précisées et coordonnées.*

Données et indicateurs de santé globaux repris dans l'ouvrage	Référence	Source	Année
Espérance de vie à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.1	Insee	1980-1985-1990-1995 et annuel de 1997 à 2002
Espérance de vie à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.2	Inserm-Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Inserm-Insee	1981-1991
Mortalité totale et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée dans l'Union européenne	I-1-2 Graphique 1.2	OMS	1999
Santé perçue	I-2-1 Graphique 1.5	Credes (SPS)	2000
Morbidité déclarée par sexe et âge	I-2-1 Graphique 1.6	Credes (SPS)	2000
Motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins	I-2-1 Tableau 1.5	IMS-Health	2001-2002
Admissions en affections de longue durée (ALD)	I-2-2 Tableau 1.6	Cnamts	2001
Répartition des séjours hospitaliers selon la pathologie	I-2-2 Tableau 1.6	PMSI	2001
Fréquences relatives des problèmes de santé selon l'approche (la source) par tranches d'âge	I-2-3 Encadré 1.1 : Graphique Tableau	CépiDC, PMSI, SPS, CépiDC, PMSI, IMS-health, SPS, HID, ALD	

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
<b>Déterminants de santé</b>	1 à 13				
<b>Alcool</b>	1 à 2				
Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 % (de 10,7l/hab/an en 1999 à 8,5 d'ici 2008)	1	Consommation annuelle d'alcool par habitant	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Insee, (WDT)	2001, (2000)
		Fréquence de consommation d'alcool en population générale	Graphique 2-3	Inpes	2000
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	2	Âge moyen de la première ivresse	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	OFDT	2002
	2	Prévalence des comportements d'ivresse répétée	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Inpes, OFDT	2000, 2001
	2	Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998
		Mortalité directement liée à la consommation chronique d'alcool	II-2-3 Plus de 35 000 décès par an...	Inserm : CépiDc	1999
		Proportion de patients présentant une alcoolisation excessive dans le système de soins	II-2-3 Un cinquième de l'activité du système de soins...	Drees	2000
<b>Tabac</b>	3 à 4				
		Mortalité attribuée au tabac	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Inserm : CépiDc	1999
		Ventes de cigarettes	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Altadis	1974-2000
Abaisser la prévalence du tabagisme quotidien (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)	3	Prévalence des fumeurs quotidiens par sexe, classe d'âge et CSP	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale, graphique 2-6	Insee, Inpes, OFDT	2001, 2000, 2002
	3	Age moyen d'initiation au tabac	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes...	OFDT	2002
	3	Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998

<b>Nutrition et activité physique</b>	5 à 13				
Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> ) chez les adultes : passer de 10 % en 2000 à 8% en 2008 (objectif PNNS)	5	Prévalences du surpoids et de l'obésité en population adulte (IMC)	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide, graphique 2.1	ObEpi, CreDES, Insee	2003, 2000, 1991
Rachitisme carenciel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carenciel	8	Nombre d'hospitalisations pour rachitisme	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001
	8	Consommation de vitamine D dans la population pédiatrique	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001
Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant chaque jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine	9	Temps de marche ou activité sportive la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes	10	Consommation de fruits la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
	10	Consommation de fruits et légumes la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Obésité : interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants	12	Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 5-6 ans et les adolescents de classe de troisième	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide	Drees-Desco	1999-2000, 2000-2001
<b>Santé et travail</b>	14 à 17				
		Accidents du travail ayant entraîné un décès (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents de trajet ayant entraîné un décès ou une incapacité permanente	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail	14	Nombre d'accidents du travail dus aux déplacements pendant les heures de travail	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine	15	Proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire de 10 % le nombre de travailleurs soumis à des niveaux de bruit de plus de 85 db plus de 20 heures par semaine sans protection auditive	16	Proportion de salariés subissant un bruit supérieur à 85 décibels plus de vingt heures par semaines, et parmi eux, proportion de ceux qui disposent d'une protection auditive	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire les effets sur la santé des expositions aux agents cancérigènes par la diminution des niveaux d'exposition	17	Proportions de salariés et d'ouvriers exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérigènes pour l'homme et fréquences des protections individuelles et collectives	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
		Maladies professionnelles reconnues et indemnisées	II-2-1 Des maladies professionnelles mieux reconnues	Cnamts	2001

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
<b>Santé et environnement</b>	18 à 25				
Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les limites européennes dans toutes les villes	20	Risques attribuables à la pollution atmosphérique urbaine	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Étude Air Pollution and Health, European Approach	1997 et 1998 (méta-analyse européenne sur les données des années 1980)
Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone	23	Nombre de décès par intoxication au CO ; Nombre d'hospitalisations pour intoxication au CO	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Inserm ; CépiDc ; PMSI	estimations en 2002 des décès annuels (fourchette) ; hospitalisations : données 2001
Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses	25	Nombre de nouveaux cas déclarés de légionellose	II-1-2 La légionellose : une maladie mieux repérée	InVS	2002
<b>Iatrogénie</b>	26 à 30				
		Mortalité due à des complications de soins médicaux ou chirurgicaux	I- 2 tableau 1.4	Inserm ; CépiDc	1999
<b>Douleur</b>	31 à 32				
Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie	32	Prévalence des douleurs fréquentes jugées « importantes » en population générale	I-2-3 Les personnes âgées de plus de 65 ans	Credes	2000
<b>Précarité et inégalités</b>	33 à 34				
Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans	34	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquête longitudinale de cohortes)	I-3-1 Des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie, tableau 1.7, I-1-3 Des disparités géographiques..., carte 1.1	Insee	1982-1996



<b>Déficiences et handicap</b>	35				
		Limitations fonctionnelles en population générale	II-5-1	Insee : HID	1998-1999
Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles	35	Estimation des situations de dépendance chez les personnes âgées	II-5-2	Insee : HID	1998-1999
<b>Maladies infectieuses</b>	36 à 43				
Sida : diminuer l'incidence des cas de sida	36	Incidence annuelle du sida	II-4-4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	2001, premier semestre 2002
		Estimation des séropositivités découvertes en 2001	II-4-4 Relâchement des comportements de prévention	InVS	2001
		Incidence et mortalité globale par groupe de transmission	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
		Pourcentage de personnes ayant découvert leur séropositivité au stade de sida	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008		Circonstances de découverte de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
		Stade clinique à la prise en charge de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque	38	Incidence annuelle nationale/ régionale dans les groupes à risque	I-1-1 BCG, une protection vaccinale inégale	InVS	2001
		Couverture vaccinale des enfants	II-1-1 BCG : une protection vaccinale inégale	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000
Grippe : Atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque (ALD, professionnels de santé, 65 ans et plus)	39	Mortalité due à la grippe chez les 65 ans ou plus	II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement	Inserm : CépiDc	1999
Maladies diarrhéiques : diminuer la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an et les plus de 65 ans	40	Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classes d'âge	I-2-1 Faible avant 15 ans, la mortalité chez les jeunes... II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement...	Inserm : CépiDc	1999
Maladies à prévention vaccinale relevant de vaccinations en population générale : atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés		Taux de couverture vaccinale des enfants	II-1-1 La couverture vaccinale des enfants continue de s'améliorer, tableaux 2,1 et 2,2	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
<b>Santé maternelle et périnatale</b>	44 à 47				
Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne (5 pour 100 000)	44	Taux de mortalité maternelle	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Inserm : CépiDc	1999
Réduire la mortalité périnatale de 15 % en 2008	45	Taux de mortalité périnatale	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2001
		Mortalité infantile	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2002
Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	47	Gémellité, prématurité, petit poids de naissance,	II-3-1 Un meilleur suivi des grossesses...	Insee, PMSI, Inserm-Drees-D-GS	2001, 2001 1998
<b>Tumeurs malignes</b>	48 à 53				
		Mortalité totale par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Incidence estimée des cancers selon le sexe	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
F : Diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus, augmenter le taux de couverture du dépistage (25-69 ans)	48	Nombre de cas annuels de cancer du col de l'utérus	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée	49	Taux moyen de survie à 5 et 10 ans par types de cancer	Graphique 2.11 : Durée de survie et taux de létalité par site de cancer	DGS, réseau Francim, Inserm : CépiDc	2000
Cancer de la thyroïde	52	Nombre de cas annuels de cancer de la thyroïde	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
<b>Pathologies endocriniennes</b>	54-55				
		Mortalité due au diabète	II-4-6	Inserm : CépiDc	1999
		Nombre de diabétiques (estimations tous types de diabète confondus)	II-4-6	Cnamts	2000
		Admissions en ALD pour diabète	II-4-6	Cnamts	2001
Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques cliniques	54	Prise en charge du diabète de type II	II-4-6 tableau 2.15	InVS-Cnamts	1998-2001

<b>Affections neuro-psychiatriques</b>	56 à 65				
Toxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversion VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC	56	Proportion de nouveaux cas de sida attribués à l'usage de drogues injectables	II-4.4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	premier semestre 2002
	56	Prévalence déclarée du VHC dans les enquêtes sur les usagers de drogues injectables pris en charge dans les structures sanitaires	II-2.3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants	58	Nombre de personnes prises en charge en établissements spécialisés en novembre 1999	II-2.3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
		Nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale en médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes)	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Snir	2001-2002
		Nombre de personnes suivies dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	1999
		Nombre d'enfants et d'adolescents suivis dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	2000
		Estimation de la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer dans la population âgée	II-4.3 Aux grands âges, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale	Inserm, Paquid	1999
<b>Maladies des organes des sens</b>	66 à 68				
		Pourcentage de personnes atteintes d'un déficit auditif par tranche d'âge	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
		Pourcentage de personnes déclarant avoir besoin d'un appareil auditif et qui n'en ont pas	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
Atteintes sensorielles chez l'enfant : dépistage et prise en charge précoce	67	Troubles de la vision connus et dépistés à 5-6 ans en ZEP et hors ZEP	I-3-3 tableau 1.10	Drees-Desco	1999-2000
Troubles de la vision : réduire la fréquence des troubles de la vision dans la population adulte et en particulier dans la population âgée et prévenir les limitations d'activités	68	Port de lunettes à différents âges	II-3-3 Les troubles de la vue...	SPS	2000
	68	Prévalences de la cécité et de la malvoyance en population générale et en institution (tous âges et chez les 65 ans ou plus)	II-3-3 Les troubles de la vue...	HID	1998, 1999

Libellé de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
<b>Cardio-vasculaires</b>	69 à 73				
		Mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Insem : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Insem : CépiDc	1999
Diminuer la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques	69	Nombre annuel de séjours imputables aux cardiopathies ischémiques	II-4-2	PMSI	2001
Réduire la pression artérielle Réduire dans les populations hypertendue et normotendue	71	Pression artérielle moyenne (dans la population hypertendue et dans la population normotendue)	I-2-3 Plus de sept affections déclarées par les personnes âgées de 65 ou plus	SPS	2000
AVC: Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles	72	Nombre annuel de séjours imputables aux accidents vasculaires cérébraux	II-4-2	PMSI	2001
<b>Affections des voies respiratoires</b>	74 à 75				
Asthme : réduire la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation	74	Nombre d'hospitalisations pour asthme	II-1-2 Une prise en charge de l'asthme souvent insuffisante	PMSI	2001
		Prévalence de l'asthme déclaré	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	CreDES, SPS	1998
		Proportion d'asthmatiques hospitalisés dans l'année	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	CreDES, SPS	1998
<b>Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin</b>	76				
<b>Pathologies gynécologiques</b>	77 à 79				
<b>Insuffisance rénale chronique (IRC)</b>	80 à 81				
Stabiliser l'incidence de l'IRC terminale d'ici 2008 (actuellement 112/million d'habitants)	80	Nombre de patients traités par dialyse au 31 décembre de chaque année (prévalence)	II-3-2	SAE	2001
<b>Troubles musculo-squelettiques</b>	82 à 87				
Ostéoporose	82	Nombre d'hospitalisations pour fracture du col du fémur	I-2-3 Recours à l'hôpital et durée d'hospitalisations augmentent après 64 ans	PMSI	2001
<b>Affections d'origine anté-natale</b>	88 à 89				
<b>Maladies rares</b>	90				
<b>Affections bucco-dentaires</b>	91				
Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO moyen à l'âge de 6 ans, de 12 ans et chez l'adulte	91	Indice CAO à 12 ans	II-3.2 Une amélioration globale de la santé dentaire des enfants	UFSBD	1998
		Estimation de l'état dentaire par tranches d'âge	II-3.2 Moins de prévention régulière chez les adultes Graphiques 2.9 et 2.10	CreDES	2000

<b>Traumatismes</b>	92 à 95				
Suicides : diminuer de 20 % le nombre de suicides d'ici à 2008	92	Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale	Tableau 2-14 : taux de suicide par tranche d'âge	Inserm : CépiDc	1999
Traumatismes non intentionnels dans l'enfance Diminuer de 50 % la mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 14 ans d'ici à 2008	93	Mortalité par accidents de la vie courante par tranches d'âge	II-2.4 Les accidents de la vie courante sont à l'origine de plus de 19 000 décès en 1999	Inserm : CépiDc	1999
Violence routière : Réduire de 50 % les décès et séquelles lourdes d'ici à 2008	94	Nombre de morts dues à un accident de la voie publique (décès à 30 jours)	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	Observatoire national interministériel de sécurité routière	2002
	94	Nombre de personnes déclarant souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	HID	1998-2001
<b>Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population</b>	96 à 100				
<b>Troubles du langage oral et écrit</b>	96				
Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit	96	Estimations de la prévalence des troubles du langage oral et écrit	II-3-3 Les troubles du langage...	Expertise	2000
<b>Reproduction, contraception, IVG</b>	97				
Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours	97	Taux de recours à la pilule du lendemain	II-2-2 Maîtrise de la fécondité...	Inpes	2000
	97	Nombre d'IVG	II-2-2 Le nombre d'interruptions volontaires de grossesses...	Drees (SAE)	2001
	97	Proportion de femmes concernées qui n'utilisent pas, ou pas systématiquement, de contraception"	II-2-2 Maîtrise de la fécondité...	Inpes	2000
<b>Santé des personnes âgées</b>	98 à 100				
Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	99	Nombre de décès dus à des chutes chez les personnes de plus de 75 ans	II-2.4 Les chutes : un risque majeur pour les personnes âgées	Inserm : CépiDc	1999
		Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur par sexe et tranche d'âge chez les personnes âgées	Encadré 2.1	PMSI	2001

# sommaire



AVANT-PROPOS .....	III
--------------------	-----

## **CHAPITRE 1 QUELQUES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANÇAIS ..... 9**

<b>1. LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES .....</b>	<b>11</b>
1.1 Une espérance de vie en moyenne élevée mais de forts écarts entre hommes et femmes .....	11
1.2 Une surmortalité importante avant 65 ans .....	13
1.3 Des disparités géographiques encore marquées .....	20
<b>2. LES GRANDS TRAITS DE LA MORBIDITÉ .....</b>	<b>22</b>
2.1 Des indicateurs qui témoignent plutôt d'une bonne santé chez les jeunes de moins de 25 ans .....	22
2.2 Aux âges actifs, l'état de santé des adultes est plus contrasté .....	32
2.3 Les personnes âgées de 65 ans ou plus : une détérioration de l'état de santé qui justifie un recours aux soins de plus en plus fréquent .....	37
<b>3. DES DISPARITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS QUI PERDURENT .....</b>	<b>43</b>
3.1 Des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie et de causes de décès .....	43
3.2 Des différences face à la maladie et ses conséquences .....	46
3.3 Des problèmes de santé plus marqués pour les personnes en situation précaire .....	48
3.4 Des différences en matière de santé et de recours aux soins perceptibles dès l'enfance pour les enfants scolarisés en ZEP .....	50
3.5 Les déterminants de la consommation de soins : à état de santé identique, surtout le milieu social et le niveau d'éducation .....	52
3.6 L'accès aux soins des plus démunis : la mise en place de la CMU .....	53

## **CHAPITRE 2 LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ..... 57**

<b>1. ENVIRONNEMENT, MILIEU DE VIE ET PRÉVENTION .....</b>	<b>59</b>
1.1 Une couverture vaccinale encore insuffisante, notamment pour les adultes .....	59
1.2 Les risques liés au milieu de vie : une vigilance qui se renforce .....	65
1.3 La santé au travail : un enjeu majeur de prévention .....	74

<b>2. SANTÉ, MODE DE VIE ET COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET SOCIAUX</b> .....	79
2.1 Les comportements alimentaires : de nouveaux enjeux pour la santé à tous les âges de la vie .....	79
2.2 Les comportements sexuels : une protection largement développée, mais avec la persistance de pratiques à risque .....	84
2.3 Les conduites addictives : avant tout l'alcoolisme et le tabagisme .....	89
2.4 Les accidents : problème majeur de santé publique .....	108
2.5 Un déterminant important de la santé mentale : l'environnement psychosocial .....	114
2.6 Violences et maltraitances : une prise de conscience qui se développe .....	117
<b>3. D'AUTRES CHAMPS IMPORTANTS DE LA PRÉVENTION</b> .....	125
3.1 Le suivi des femmes enceintes s'améliore, mais certains risques demeurent significatifs .....	125
3.2 La santé bucco-dentaire : des disparités selon l'âge et le milieu social .....	129
3.3 Les troubles de la vue, de l'audition et du langage : des facteurs d'incapacités .....	133
3.4 Les pathologies liées au vieillissement qui peuvent souvent être prévenues .....	138
<b>4. DES PATHOLOGIES CHRONIQUES NÉCESSITANT DES PRISES EN CHARGE COORDONNÉES</b> .....	140
4.1 Les cancers : un problème majeur de santé publique pour les adultes .....	140
4.2 Les maladies cardiovasculaires : des actions de prévention centrées sur les facteurs de risque .....	148
4.3 Les troubles mentaux invalidants à tout âge .....	149
4.4 L'infection à VIH et le Sida : amélioration de l'état de santé des personnes infectées grâce aux multithérapies rétrovirales .....	157
4.5 L'hépatite C : besoins de dépistage et améliorations thérapeutiques .....	160
4.6 Le diabète : une évolution à la hausse et une prévalence élevée dans les départements et territoires d'Outre-mer .....	163
<b>5. LE DÉVELOPPEMENT DES BESOINS DE PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES</b> .....	166
5.1 La perte d'autonomie : une caractéristique commune au grand âge et au handicap .....	167
5.2 Le vieillissement et la dépendance des personnes âgées .....	173
5.3 Les personnes âgées en établissement : une forte majorité de femmes .....	179
5.4 L'aide à domicile en faveur des personnes âgées : des prises en charge souvent conjointes .....	181
5.5 Les prestations sociales liées à la dépendance .....	188
5.6 La prise en charge des enfants handicapés : prestations, scolarisation, hébergement .....	193
5.7 La prise en charge des adultes handicapés .....	199



## CHAPITRE 3 LES ACTEURS ET LES STRUCTURES ..... 211

<b>1. LES PROFESSIONS DE SANTÉ</b> .....	213
1.1 Les médecins : l'évolution de la démographie médicale .....	216
1.2 Les infirmières : un accroissement quasi continu des effectifs depuis 1971 .....	222
1.3 Les masseurs-kinésithérapeutes : une profession peu salariée et de plus en plus féminisée .....	223
1.4 Les sages-femmes : une profession en expansion .....	224
<b>2. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b> .....	227
2.1 Le paysage hospitalier en 2001 .....	227
2.2 Une large palette des prestations réalisées en hospitalisation à temps partiel .....	262
2.3 Les traitements et cures ambulatoires .....	276
2.4 Les consultations externes plus nombreuses chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et les enfants de moins d'un an .....	289
2.5 Une évolution régulière et soutenue du recours aux urgences .....	292
2.6 Les plateaux techniques au centre de l'activité des hôpitaux .....	302
2.7 Vers de nouveaux modes d'utilisation de l'hôpital par les patients ? .....	320
<b>3. LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX</b> .....	323
3.1 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées .....	323
3.2 Les établissements médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés en France métropolitaine .....	325
<b>LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET CARTE</b> .....	333
<b>INDEX ALPHABÉTIQUE</b> .....	339

## Signes conventionnels

- donnée nulle, donnée très faible, donnée non significative
- ... non disponible
- /// sans objet
- e estimation
- p provisoire
- r chiffre redressé

## Sigles utilisés

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADSP	Actualité et dossiers en santé publique
AED	Action éducative à domicile
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARSM	Allocation représentative de services ménagers
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
ASH	Agent de service hospitalier
ASI	Allocation supplémentaire invalidité
ASS	Allocation de solidarité spécifique
AUDIPOG	Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEA	Bulletin épidémiologique annuel
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BMS	Bulletin mensuel statistique
CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CAT	Centre d'aide par le travail
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

C-CLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CEC	Circulation extra corporelle
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Carte d'invalidité
CiH	Classification internationale des handicaps
CIM	Classification internationale des maladies
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIN	Comité de liaison contre les infections nosocomiales
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIS	Comité national de l'information statistique
CNRS	Centre national de recherche scientifique
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CTIN	Comité technique des infections nosocomiales
DARES	Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG	Dotation globale
DGEFP	Direction générale de l'Emploi et de la formation professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EME	Établissement médico-éducatif
ENSM	Échelon national du service médical de l'Assurance-maladie
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie
EREA	Établissement régional d'enseignement adapté
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
ESPAD	<i>European School survey Project on Alcohol and other Drugs</i>

ESPS	Enquête <i>Santé, soins et protection sociale</i> (enquête CREDOC)
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDT	Foyer à double tarification
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNS	Fonds national de solidarité
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSV	Fonds de solidarité " vieillesse "
GHM	Groupe homogène de malades
GIR	Groupe iso-ressources
GRTH	Garantie de ressources aux travailleurs handicapés
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut comité de la santé publique
HID	Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMS	Institut mondial de la santé
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRM	Imagerie à résonance magnétique
ISAAC	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MEN	Ministère de l'éducation nationale
MR	Maison de retraite
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programmation médicale des systèmes d'information
PSD	Prestation spécifique dépendance
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNSP	Réseau national de santé publique
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAE	Statistique annuelle des établissements

SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SAPAD	Structures d'aide aux personnes à domicile
SCM	Section de cure médicale
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et soins à domicile
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SPS	Santé protection sociale (enquête CREDES)
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
USic	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unité de soins de longue durée
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
UPI	Unité pédagogique d'intégration
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	Zone d'éducation prioritaire

# **les acteurs et les structures**

**3**

Considérées dans leur ensemble, les professions de santé<sup>1</sup> représentaient, début 2002, un peu plus de 1 693 000 emplois (tableau 3.1a) en France métropolitaine. Elles comprennent les professions réglementées par le Code de la santé publique<sup>2</sup> auxquelles s'ajoutent les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers ainsi que d'autres professions, d'effectifs plus réduits (psychologues, ambulanciers) qui contribuent à produire des services de santé. Dans les seules professions réglementées, on dénombre 854 000 personnes exerçant une activité début 2002. Les infirmières (au nombre de 410 800 début 2002), aides-soignantes (404 800) et agents de service hospitalier (247 000) représentent à eux trois les trois quarts de l'ensemble des effectifs et pèsent donc sur les caractéristiques moyennes tant démographiques qu'économiques de cet ensemble de professionnels.

L'augmentation de ces emplois depuis 1985 est de 31,3 % (soit un rythme moyen annuel de 1,8 % sur 17 ans). Les évolutions par profession sont toutefois très contrastées : la croissance des effectifs des professions médicales a été forte (65 % pour les sages-femmes, 35 % pour les médecins et 16 % pour les dentistes), mais elle a été encore plus forte pour la plupart des professions paramédicales : doublement du nombre d'orthoptistes, augmentation de 98 % pour les pédicures-podologues, de 62 % pour les orthophonistes, de 60 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 43 % pour les infirmières. Le nombre d'aides-soignants<sup>3</sup> a également beaucoup augmenté (74 %), tandis que celui d'agents de service hospitalier a baissé de 3 % depuis 1985.

1. SICART Daniel : « Les professions de santé au 1er janvier 2002 » – *Document de Travail, série statistiques*, n° 33, mai 2002, Drees.  
 - SICART Daniel : « Les médecins au 1er janvier 2002 » – *Document de Travail, série statistiques*, n° 44, décembre 2002, Drees.  
 - AUDRIC Sophie, NIEL Xavier, SICART Daniel, VILAIN Annick : « Les professions de santé : éléments d'informations statistiques » in « La régulation des dépenses de santé : approches théoriques et empiriques », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 1, janvier-mars 2001, Drees.

2. Médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures podologues, ergothérapeutes, audioprothésistes, opticiens lunetiers, manipulateurs ERM.

3. ROUMIGUIÈRES Ève : « 330 000 aides-soignantes en 1999 », *Études et Résultats*, n° 54, mars 2000, Drees.

**le secteur hospitalier  
reste prépondérant**

Regroupant 47 % des emplois, l'hôpital reste le principal secteur d'activité des professions de santé réglementées : sa part n'a pratiquement pas varié depuis 1999 pour ces professions. Les communes rurales regroupent désormais près de 7 % des professionnels de santé réglementés par le Code de la santé publique et 13,5 % des professionnels de santé libéraux (contre 24,4 % de la population totale). Ceux-ci restent donc concentrés dans les agglomérations (tableau 3.1b).

La féminisation des professions de santé ne cesse de s'accroître : la part des femmes atteint maintenant 76 % des professionnels de santé (réglementés ou non) contre 71 % en 1983. Ce mouvement de féminisation est surtout sensible chez les médecins. Les infirmières, les aides-soignantes et agents de service hospitalier comptent en revanche une proportion de femmes déjà très élevée et stable depuis dix-sept ans.

tableau 3.1a  
**INDICATEURS SYNTHÉTIQUES DÉMOGRAPHIQUES  
SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ**

au 1<sup>er</sup> janvier 2002

	Effectifs au 1/1/2002	Taux de croissance 2002/1985 (%)	Part des femmes (%)	Part des moins de 35 ans (%)
<b>Médecins</b>	198 700	35,4	36,8	7,8
<b>Dentistes</b>	40 481	16,5	33,1	14,8
<b>Pharmaciens</b>	62 054	41,1	63,0	16,0
<b>Sages-femmes</b>	15 122	65,3	99,3	31,0
<b>Infirmières</b>	410 859	43,6	87,1	28,2
<b>Masseurs-Kinésithérapeutes</b>	55 348	60,0	42,7	29,8
<b>Orthophonistes</b>	14 323	62,3	95,5	31,0
<b>Orthoptistes</b>	2 309	121,8	92,9	39,5
<b>Psychomotriciens</b>	5 086		84,5	37,1
<b>Pédicures-podologues</b>	9 470	98,6	68,9	37,6
<b>Ergothérapeutes</b>	4 433		84,4	48,0
<b>Audio prothésistes</b>	1 526		39,3	35,3
<b>Opticiens</b>	11 910		43,1	48,1
<b>Manipulateurs radio</b>	22 450		72,5	29,9
<b>Ensemble des professions réglementées par le Code de santé publique</b>	854 071		67,2	22,8
<b>Aides soignantes</b>	404 816	74,1	91,1	29,4
<b>Agents de service hospitaliers</b>	247 229	-3,2	81,8	28,0
<b>Autres</b>	187 347			
<b>Total</b>	1 693 463	31,3	75,5	28,2

Champ : France métropolitaine

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees



**vieillesse de presque toutes  
les professions de santé**

Les nouvelles générations de professionnels de la santé sont moins nombreuses qu'auparavant. C'est pourquoi le trait majeur qui caractérise pratiquement l'ensemble des professions de santé est leur vieillissement. Alors que les personnes de moins de 35 ans étaient majoritaires en 1983 (52,5 %), elles ne représentent plus que 28 % de l'ensemble des effectifs début 2002. On constate surtout une augmentation de la part des personnes d'âge moyen, compris entre 35 et 54 ans, celle des professionnels de 55 ans ou plus étant encore stable. La part des 55 ans et plus est élevée chez les professions en majorité libérales nécessitant des études longues (médecins, pharmaciens, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes). Parmi les professions salariées, elle est relativement élevée pour les agents de service hospitalier (10 %) alors qu'elle ne dépasse pas 5 % chez les aides-soignantes.

tableau 3.1b  
**INDICATEURS SYNTHÉTIQUES D'ACTIVITÉ  
SUR LES PROFESSIONS DE SANTÉ**

	en %			
au 1 <sup>er</sup> janvier 2002				
	Part de l'activité libérale	Part de l'activité salariée hospitalière	Part de l'exercice en zone rurale	Part de l'exercice en agglomération parisienne
Médecins	60	28	6	22
Dentistes	93	1	8	22
Pharmaciens	53	7	13	17
Sages-femmes	14	78	1	17
Infirmières	14	73	7	16
Masseurs-kinésithérapeutes	78	18	10	19
Orthophonistes	80	7	5	22
Orthoptistes	77	8	1	24
Psychomotriciens	7	33	9	22
Pédicures-podologues	98	1	5	23
Ergothérapeutes	2	67	10	19
Audio prothésistes	40	0	0	16
Opticiens	35	0	2	23
Manipulateurs radio	0	74	1	21
<b>Ensemble des professions réglementées par le code de santé publique</b>	<b>38</b>	<b>47</b>	<b>7</b>	<b>18</b>

Champ : France métropolitaine

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées - Drees

## 1.1 LES MÉDECINS : L'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

**diminution attendue des effectifs** En l'espace de quarante ans, le nombre de médecins par habitant<sup>4</sup> a plus que triplé : la France comptait 100 médecins pour 100 000 habitants en 1960, elle en recense 335 début 2002. Le nombre de bacheliers venant s'inscrire en faculté de médecine a enregistré un bond à la fin des années 1960 : fluctuant auparavant autour de 16 000, il s'élève à plus de 24 500 à la rentrée 1967. Le *numerus clausus* est instauré en 1971 autour de 8 500 élèves admis en deuxième année, et s'est réduit sensiblement à partir de la fin des années 1970. De 5 000 en 1983, il a diminué progressivement vers sa valeur plancher de 3 500 en 1993, avant de remonter au début de la décennie suivante. Fixé à 4 700 pour 2002, il est en effet porté à 5 100 pour 2003. Suite à la baisse du *numerus clausus*, le nombre d'étudiants en médecine diminue de 1,7 % entre 1992 et 2002<sup>5</sup>. L'effet d'une diminution du *numerus clausus* sur les effectifs médicaux n'étant perceptible qu'avec dix années de retard, le temps que les promotions de médecins concernées par cette régulation débudent leur activité, le nombre des médecins en activité en France métropolitaine continue à augmenter jusqu'à 198 700 en 2002, du fait de l'arrivée puis du maintien en activité des générations importantes d'étudiants des années 1970. Lorsque ces générations nombreuses parviendront à l'âge de la retraite, c'est-à-dire à partir de 2007, le nombre de nouveaux médecins devrait devenir inférieur au nombre de départs et les effectifs diminuer.

Dans l'hypothèse d'un maintien des comportements de cessation d'activité constatés aujourd'hui, et indépendamment de la valeur du *numerus clausus*, le nombre de médecins devrait rester stable encore quelques années autour de sa valeur actuelle, avant de décroître à 189 800 en 2010<sup>6</sup>. En supposant le *numerus clausus* fixé à 4 700 étudiants par an comme en 2002, date des dernières projections, les effectifs médicaux devraient, toujours sous les mêmes hypothèses de comportements constants, dimi-

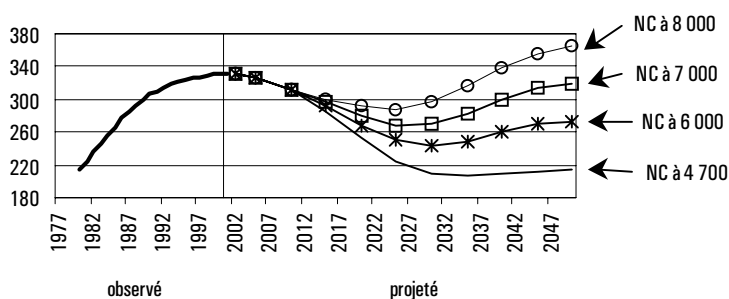
4. Les statistiques présentées dans ce document sont élaborées à partir du redressement des données du répertoire administratif ADELI. Le redressement est effectué par comparaison avec les données du Conseil de l'ordre, celles du fichier de la Cnamts et celles de l'enquête *Emploi* de l'Insee selon une procédure menée dans le cadre d'un groupe de travail du Conseil national de l'information statistique (CNIS) et d'un Comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale : Xavier NIEL : « L'harmonisation des données de démographie médicale en France », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 42<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 5-35, janvier-mars 2002.

5. LABARTHE Géraldine et HÉRAULT Dominique : « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et Résultats*, n° 244, juin 2003, Drees.

6. NIEL Xavier : « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161, mars 2002, Drees.

nuer pour atteindre 158 000 début 2020. On se trouvera à cette date dans la situation du début des années 1980, avec environ 250 médecins pour 100 000 habitants. Toujours selon les mêmes hypothèses, le nombre de médecins pourrait continuer à diminuer après 2020 pour se stabiliser autour de 135 000 à partir de 2030. Un *numerus clausus* à 7 000 dès 2003 entraînerait une baisse jusqu'en 2025 et aboutirait à redresser la densité médicale à 319 à partir de 2050, niveau comparable à celui d'aujourd'hui. Un *numerus clausus* élevé à 8 000 en 2003 n'éviterait pas une baisse de la densité médicale jusqu'en 2025, mais son maintien à ce niveau tout au long de la période amènerait cette densité à des niveaux plus élevés en 2050 qu'aujourd'hui (graphique 3.1 et tableau 3.2).

graphique 3.1  
ÉVOLUTION ET PROJECTIONS DU NOMBRE DE MÉDECINS POUR 100 000 HABITANTS



NC : *Numerus clausus*

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

tableau 3.2  
PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA PROJECTION « À COMPORTEMENTS CONSTANTS »  
DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EFFECTUÉE EN 2002

Au 1 <sup>er</sup> janvier	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
<b>Numerus clausus</b>	4 754	4 000	3 600	3 835	4 700	4 700	4 700	4 700
<b>Médecins</b>	146 800	173 100	186 700	194 000	196 066	189 827	176 052	158 433
<b>Densité</b>	256	302	326	332	327	311	284	253
<b>% de femmes</b>	25	30	34	36	39	42	46	51
<b>% de &lt; 40 ans</b>	55	47	36	23	18	17	21	26
<b>% libéraux</b>	60	63	63	60	60	59	57	55
<b>% hospitaliers</b>	31	28	27	29	29	30	31	32
<b>% spécialistes</b>	45	49	49	51	50	50	48	47

Champ : France métropolitaine

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

**de plus en plus de femmes,  
de moins en moins de jeunes**

Entre 1970 et 1990, à la faveur de l'afflux des nouvelles promotions, la féminisation a enregistré des progrès rapides. Avec la baisse du *numerus clausus*, cette progression s'est ralentie. La part des femmes est actuellement de 36 % pour les médecins en activité. Selon toute vraisemblance, elle progressera jusqu'à atteindre 42 % en 2010. La part des femmes continue encore à augmenter parmi les étudiants en médecine, puisqu'elle est passée de 52 % en 1992 à près de 59 % en 2002. Les jeunes femmes sont maintenant également majoritaires parmi les résidents et les internes. Une autre évolution des caractéristiques sociales des étudiants en médecine mérite d'être signalée : la forte augmentation de la part d'enfants de cadres ou professions intellectuelles supérieures. Cette part a augmenté entre 1992 et 2002 de plus de 8 points en deuxième année de médecine et atteint maintenant près de 57 %, alors que la proportion des enfants de cadres ou professions intellectuelles supérieures est restée stable dans les autres filières universitaires.

La part des médecins âgés de moins de 40 ans a énormément varié depuis trente ans. Avec l'arrivée des jeunes promotions, les moins de 40 ans sont devenus majoritaires à la fin des années 1970. Il y avait ainsi autant de « moins de 40 ans » que de « plus de 40 ans » en activité tout au long des années 1980. À partir de 1990, le resserrement du *numerus clausus* freine l'arrivée des jeunes médecins sur le marché du travail, et leur part commence à diminuer pour atteindre aujourd'hui 22,1 %. En 2010, ils seront aux environs de 17 %. En 2020, dans l'hypothèse retenue pour la projection conservant un *numerus clausus* au niveau actuel, cette proportion tendra à s'élever à nouveau, du fait du départ à la retraite d'une partie des promotions nombreuses de la période 1974-1994.

Malgré la féminisation croissante du corps médical et le développement du temps partiel (de 10 % en 1992 à 11,5 % en 1999), la durée du travail déclarées par les médecins lors de l'enquête *Emploi* de l'Insee augmente depuis 1992, de 48 heures en 1992 à 51 heures en 2000 après avoir stagné dans les années 1980<sup>7</sup>.

**97 300 généralistes  
et 101 400 spécialistes début 2002**

La forte croissance démographique du corps médical s'est accompagnée d'une nette augmentation de la part des spécialistes, qui est passée de 43,2 % à 51 % en dix sept ans. On compte ainsi, au 1er janvier 2001, 97 300 généralistes<sup>8</sup> et 101 400 spécialistes (tableau 3.3).

7. NIEL Xavier, VILAIN Annick : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », *Études et Résultats*, n° 114, mai 2001, Drees.

8. VILAIN Annick, NIEL Xavier : « Les médecins hospitaliers depuis le début des années 80 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *Études et Résultats*, n° 145, novembre 2001, Drees.

tableau 3.3  
MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2002 ET ÉVOLUTION DEPUIS 1990

	Nombre	% du total	% de femmes	% de libéraux	Age moyen	Taux de croissance des effectifs depuis 1990
<b>Ensemble des médecins (métropole)</b>	198 700	100,0	36,8	60,0	47,0	15
<b>Omnipraticiens</b>	97 329	49,0	36,4	69,5	46,2	6
<b>Spécialistes</b>	101 370	51,0	37,2	50,8	47,8	25
<b>Spécialités médicales</b>	55 434	27,9	38,5	51,1	47,4	19
Anatomie et cytologie pathologique	1 602	0,8	59,5	44,9	47,2	23
Anesthésiologie Réanimation	10 086	5,1	37,2	32,1	48,4	-2
Cardiologie	5 687	2,9	16,0	64,6	47,1	24
Dermatologie et vénéréologie	3 904	2,0	62,2	86,6	47,2	25
Endocrinologie et métabolismes	1 322	0,7	66,0	52,2	43,2	482
Gastro-Entérologie Hépatologie	3 215	1,6	19,1	59,6	45,7	30
Génétique	102	0,1	63,0	2,0	45,8	
Gynécologie médicale	1 841	0,9	90,2	92,0	50,6	-3
Hématologie	280	0,1	49,4	4,3	43,2	338
Médecine interne	2 449	1,2	23,2	16,4	50,1	8
Médecine nucléaire	363	0,2	32,0	35,5	46,3	
Médecine physique et de rééducation	1 894	1,0	39,8	32,1	48,4	12
Néphrologie	1 045	0,5	26,8	21,2	45,9	57
Neurologie	1 655	0,8	37,4	40,7	43,6	79
Oncologie médicale	502	0,3	38,2	24,3	43,0	
Pédiatrie	6 382	3,2	56,9	46,4	48,5	18
Pneumologie	2 588	1,3	29,9	40,0	45,9	19
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 325	3,7	27,1	64,2	47,2	74
Radiothérapie	588	0,3	31,3	45,1	47,8	-79
Rhumatologie	2 607	1,3	32,5	72,0	47,3	12
<b>Spécialités chirurgicales</b>	23 577	11,9	22,8	66,8	48,0	
Chirurgie générale	4 760	2,4	5,7	45,2	50,0	-22
Chirurgie infantile	81	0,0	35,2	13,6	40,6	
Chirurgie maxillo-faciale	45	0,0	22,4	48,9	41,1	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 866	0,9	2,6	59,1	45,0	1 096
Chirurgie plastique et reconstructrice	262	0,1	21,6	77,5	39,8	
Chirurgie thoracique et cardiaque	191	0,1	7,0	37,2	41,9	
Chirurgie urologique	467	0,2	1,6	63,2	42,9	167
Chirurgie vasculaire	319	0,2	4,9	66,8	46,8	
Chirurgie viscérale	463	0,2	11,3	31,5	40,5	
Gynécologie obstétrique	5 093	2,6	36,7	65,7	48,3	13
Neurochirurgie	355	0,2	7,8	23,4	47,5	27
Ophthalmologie	5 345	2,7	43,2	86,2	48,2	5
Oto-rhino laryngologie	2 919	1,5	15,1	77,6	48,4	3
Stomatologie	1 412	0,7	15,4	87,2	50,6	-24
Biologie médicale	3 028	1,5	46,6	28,7	46,4	65
Psychiatrie	13 432	6,8	42,1	48,0	49,2	17
Médecine du travail	4 879	2,5	69,2	1,5	49,0	1 053
Santé publique	1 020	0,5	58,9	1,0	44,8	585
<b>DOM</b>	3 912		31,3	58,2		
<b>France métropolitaine + DOM</b>	202 612		36,7	59,9		

Champ : France métropolitaine

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,

ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

Mais les évolutions d'effectifs sont très différentes d'une spécialité à l'autre. Ainsi, les effectifs d'ophtalmologues et d'oto-rhino-laryngologistes n'ont respectivement augmenté que de 5 et 3 %, ce qui diminue leur part dans l'ensemble des spécialistes. Le nombre d'anesthésistes-réanimateurs a même légèrement diminué depuis 1990 et celui des stomatologues a chuté de 24 % depuis la même date.

Des modifications dans l'organisation des études ou des spécialités expliquent souvent les importantes variations d'effectifs. L'accroissement du nombre de médecins biologistes (+65 % depuis 1990) et de médecins du travail ou de santé publique s'explique ainsi par la mise en place de filières spécifiques à la suite de la réforme de l'internat en 1984, avec pour conséquence un afflux important de jeunes médecins. Au contraire, la baisse du nombre de gynécologues médicaux (-3 % de 1990 à 2002) est due à la disparition de cette spécialité à la sortie de l'internat (qui y a toutefois récemment été réintroduite). Celle du nombre de chirurgiens généraux (-22 %) est compensée par le nombre croissant de spécialités chirurgicales très spécifiques (chirurgie plastique, thoracique, infantile...).

Les projections démographiques indiquent que les effectifs de généralistes et de spécialistes pourraient respectivement diminuer de 11 et 27 % entre 2001 et 2020. Dans le détail des spécialités, les diminutions d'effectifs les plus fortes seraient attendues chez les ophtalmologistes (-45 %), les psychiatres (-41 %), les internes et les ORL (-38 %). Rappelons toutefois que ces projections sont effectuées à « comportements et décisions des pouvoirs publics supposés inchangés », alors que le *numerus clausus* et le nombre de places en internat ont déjà été augmentés, et que le concours de l'internat va être profondément modifié à partir de 2004 avec la mise en place de l'internat généralisé (examen classant que devront passer tous les étudiants en fin de second cycle de médecine, qu'ils soient généralistes ou spécialistes).

***la proportion de salariés  
parmi les spécialistes atteint 50 %***

La part de médecins salariés retrouve en 2002 son niveau de 1985 (39,9 %), après avoir diminué jusqu'à 36,7 % en 1992. La part des salariés a toutefois connu des évolutions assez différentes chez les généralistes et les spécialistes, puisqu'elle a plutôt diminué chez les premiers (passant de 34 % en 1985 à 28 % en 1995 avant de remonter jusqu'à 31 % en 2002) mais s'est maintenue, voire a légèrement augmenté chez les seconds (de 48 à 49 %, après avoir déjà diminué jusqu'à 45 % entre 1985 et 1991). Les propor-

tions de salariés hospitaliers évoluent de la même manière que celles de salariés, tant pour les généralistes que pour les spécialistes. L'augmentation de la part des médecins salariés hospitaliers depuis 1992 est en partie due à la tendance qu'ont de plus en plus les médecins à débiter leur carrière à l'hôpital avant de s'installer en secteur libéral<sup>9</sup>.

Les spécialités les plus représentées parmi les 56 500 salariés hospitaliers sont la médecine générale (12 100), l'anesthésie réanimation (6 600), les spécialités chirurgicales (7 400) et la psychiatrie (6 100). Les effectifs de salariés hospitaliers des deux premières spécialités sont plutôt décroissants depuis une quinzaine d'années, à l'inverse des deux autres.

La proportion de spécialistes exclusivement salariés varie en revanche énormément d'une spécialité à l'autre : de 8 % en gynécologie médicale à 83 % en médecine interne, et de 13 % en stomatologie à 55 % chez les médecins spécialisés en chirurgie générale.

***les disparités géographiques se sont légèrement atténuées mais restent marquées***

Malgré la croissance du nombre de médecins et une réduction des inégalités régionales en matière de densité médicale, une frontière sépare encore nettement l'Île-de-France et les régions du sud de la France d'une part, relativement bien dotées, et les régions du Nord d'autre part, qui paraissent plus défavorisées. Au 1er janvier 2002, on compte ainsi 335 médecins pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire<sup>10</sup>. Les densités régionales varient de 424 en Île-de-France et 416 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur à 251 en région Picardie et 265 en Haute-Normandie. Ces disparités géographiques ne semblent pas refléter la démographie des populations régionales : la prise en compte de la structure par âge dans le calcul des densités ne modifie pas sensiblement les résultats.

Ces écarts dans l'offre de soins sont plus limités en ce qui concerne les médecins généralistes. Le rapport entre les régions ayant les plus fortes densités de généralistes (PACA et Île-de-France à environ 190) et celles ayant les plus faibles (le Centre et la Haute-Normandie à 135) est en effet de 1,4 alors qu'il dépasse 2 pour les spécialistes. Les disparités sont encore plus significatives au niveau départemental pour

9. DARRINÉ Serge, NIEL Xavier : « Les médecins omnipraticiens au 1<sup>er</sup> janvier 2000 : 95 000 médecins dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers », *Études et Résultats*, n° 99, janvier 2001, Drees.

10. VILAIN Annick, NIEL Xavier, PENNEC Sophie : « Les densités régionales de médecins à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, n° 57, mars 2000, Drees.

l'offre de soins des médecins spécialistes du fait de leur pension à exercer dans les départements accueillant une ville universitaire<sup>11</sup>.

## 1.2 LES INFIRMIÈRES : UN ACCROISSEMENT QUASI CONTINU DES EFFECTIFS DEPUIS 1971

Les effectifs d'infirmières ont connu une augmentation quasi continue depuis le début des années 70, passant de 150 000 en 1971 à 411 000 au 1er janvier 2002. Le rythme de cette progression, d'abord très vif en début de période, s'est légèrement ralenti ces dernières années et se situe, en moyenne, autour de 2 % par an.

La part des infirmières en secteur libéral a légèrement progressé au cours de ces dix dernières années au détriment du secteur hospitalier. Les infirmières libérales représentent en effet désormais 14 % des effectifs globaux contre 11 % en 1988. Le secteur hospitalier reste malgré tout le principal secteur d'activité avec 73 % des effectifs infirmiers, suivi, pour les infirmières salariées, par les établissements hébergeant des personnes âgées (3 %).

***un vieillissement sensible,  
qui ne remet toutefois  
pas en cause l'augmentation  
des effectifs***

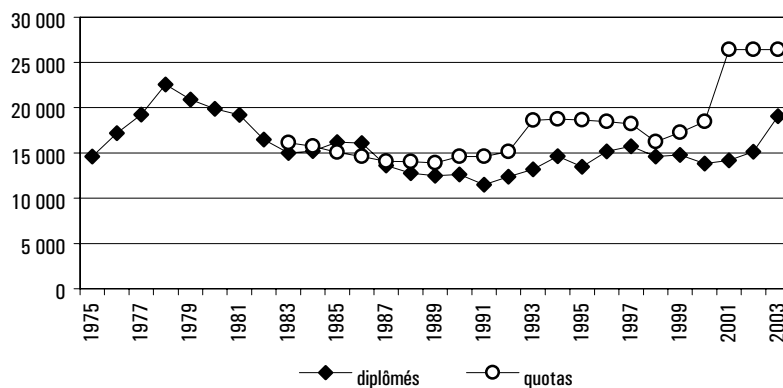
Comme pour la plupart des professions de santé, l'évolution la plus considérable de ces quinze dernières années est sans doute le vieillissement de la population infirmière. Son âge moyen est passé de 34 ans en 1983 à 42 ans début 2002. Conséquence directe de l'évolution du nombre de diplômés attribués au cours des années 80, la proportion de jeunes n'a cessé de baisser jusqu'en 1997, alors que celle des plus de 40 ans a plus que doublé et dépasse actuellement 50 %.

Ce vieillissement va entraîner une augmentation prochaine du nombre de départs à la retraite. Une baisse des effectifs ne s'annonce cependant pas dans un avenir proche, dans la mesure où les entrées dans la profession compensent encore les sorties prévisibles. Le nombre de diplômés a en effet connu une hausse sensible depuis 1992, conséquence directe de l'évolution des quotas notamment en 2000 (graphique 3.2). En supposant maintenus les quotas à ce niveau (26 436 élèves par an, soit 8 000 de plus qu'en 1999), les effectifs infirmiers dé-

11. Les facteurs contribuant à expliquer les écarts de densité et leurs évolutions (*numerus clausus*, taux de réussite à l'internat, population, mobilité des professionnels...) sont notamment analysés par VILAIN Annick et NIEL Xavier : « Les inégalités régionales de densités médicales : le rôle de la mobilité des jeunes médecins », *Études et Résultats*, n° 30, septembre 1999, DREES, et par NIEL Xavier : « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXXI<sup>e</sup> année, n° 2, pp. 141-172, avril-juin 2001.



graphique 3.2  
ÉVOLUTION DU QUOTA ET DU NOMBRE DE DIPLÔMÉS  
EN INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI)



NC : *Numerus clausus*

Champ : *France métropolitaine*

Source : *Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees*

passeraient ainsi 500 000 en l'an 2010 pour atteindre 560 000 en 2020, soit une progression annuelle moyenne de 1,7 % entre 2002 et 2020.

### 1.3 LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES : UNE PROFESSION PEU SALARIÉE ET DE PLUS EN PLUS FÉMINISÉE

Après avoir connu une rapide expansion au cours des années 1990, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en exercice atteint 55 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2002. La part des femmes est de 42 %, et varie beaucoup selon que l'activité principale s'exerce en cabinet (36 % de femmes) ou à l'hôpital (65 %). La féminisation des études s'est accrue pendant les années 1970. La proportion de diplômées parmi les lauréats est ainsi passée de 36 % en 1970 à 43 % en 1982 et fluctue autour de 50 % depuis la fin des années 1980. Cette féminisation des études a pour conséquence une proportion de femmes en exercice plus forte parmi les praticiens les plus jeunes.

La profession de masseur-kinésithérapeute est aux trois quarts libérale (78 %). Cette orientation est surtout prise par les jeunes praticiens : 84 % des professionnels de moins de 30 ans sont libéraux. La pratique à l'hôpital

***des effectifs en forte progression depuis vingt ans, qui devraient progresser encore d'ici 2020, mais à un rythme beaucoup moins soutenu***

est plus fréquente chez les kinésithérapeutes de 40 à 50 ans que chez les autres, sans que l'on sache encore s'il s'agit d'un parcours professionnel habituel chez le praticien ou d'un effet de génération.

Depuis 1975, la croissance du nombre de masseurs-kinésithérapeutes a été sensiblement plus rapide que celle de la population française. Ces évolutions ont été particulièrement fortes sur la période 1990-2002 où les effectifs ont augmenté de 44 %.

Un maintien du quota d'entrée en écoles de masseurs-kinésithérapeutes à 1 560 en France (y compris les DOM), niveau fixé pour 2003, ainsi qu'un maintien du nombre d'autorisations d'exercice délivrées à des kinésithérapeutes diplômés de pays européens à 1 200, chiffre estimé pour 2003, aboutirait en 2020 à un nombre de 79 100 kinésithérapeutes de moins de 66 ans en activité en France, soit une augmentation de 42 % par rapport à 2002. Sans les 1 200 autorisations d'exercice délivrées annuellement, le seul maintien du quota annuel à 1 560 jusqu'en 2020 entraînerait une augmentation des effectifs jusqu'à 60 100, soit +8 %.

Compte tenu de la croissance de la population projetée sur cette période (+5 %), cette hausse des effectifs correspond à une densité qui, de 93 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, passerait à 95 en 2020 dans l'hypothèse du seul maintien du quota à 1 560, soit une augmentation de 2 à 3 %. Dans l'hypothèse du maintien des 1 200 autorisations d'exercice en plus du quota, cette densité passerait à 125 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 32 % (graphique 3.3).

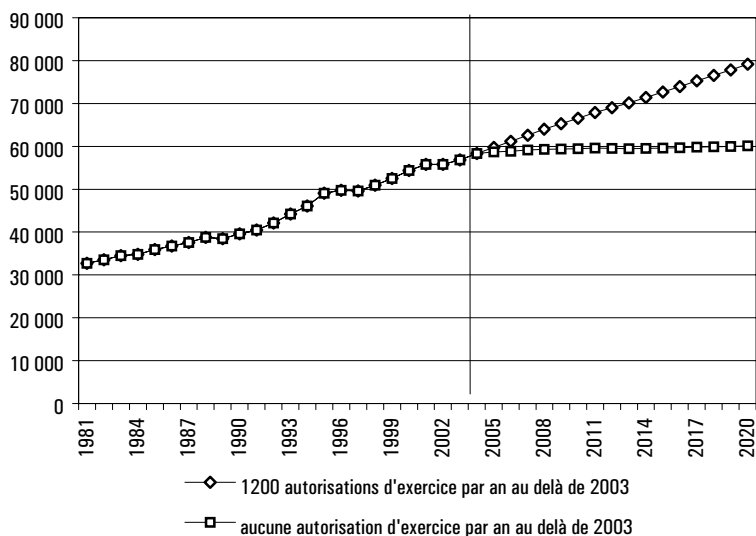
#### **1.4 LES SAGES-FEMMES : UNE PROFESSION EN EXPANSION**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, 15 100 sages-femmes étaient en activité, dont 14 % dans le secteur libéral. La progression des effectifs a été très régulière à partir de 1981 alors qu'ils étaient restés stables durant les années 1970, avec environ 9 000 professionnelles. Cette croissance a surtout profité aux hôpitaux publics. En effet, les effectifs du secteur libéral ont diminué jusqu'en 1987 et atteignent un peu plus de 2 000 sages-femmes début 2002. Cette diminution est due à l'évolution de la prise en charge de la naissance qui donne une place centrale aux équipes médicales hospitalières, les sages-femmes libérales pratiquant essentiellement des actes infirmiers et des actes spécifiques.

Le nombre d'hommes dans la profession reste très réduit : on compte désormais 2 % d'hommes parmi les étudiants contre 1 % il y a cinq ans et plus.

graphique 3.3

**ÉVOLUTION OBSERVÉE ET PROJÉTÉE DU NOMBRE DE KINÉSITHÉRAPEUTES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2002  
SELON L'HYPOTHÈSE RETENUE SUR LES AUTORISATIONS D'EXERCICE AU-DELÀ DE 2003**



Champ : France métropolitaine

Source : Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,

ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

Près de 30 % des sages-femmes travaillent à temps incomplet à l'hôpital. Cette proportion est deux fois plus élevée qu'il y a dix ans. Cette tendance est désormais plus accentuée dans les hôpitaux privés. L'augmentation modeste de la durée moyenne du temps partiel (passée à l'hôpital de 57 à 62 % d'un temps plein en l'espace de onze ans) n'a pas, en termes de volume de travail, compensé la baisse de la part du travail à temps plein. Cent sages-femmes travaillant à l'hôpital représentaient en effet 89 postes à temps plein en 1997, alors qu'elles en représentaient 5 de plus en 1986.

***une profession  
qui recommence à vieillir***

Âgées de 40 ans en moyenne, les sages-femmes sont beaucoup plus jeunes qu'il y a vingt-cinq ans. La profession a pourtant recommencé à vieillir en raison de la légère baisse du nombre de diplômées depuis la fin des années 1980. Cette baisse résulte surtout d'une propension croissante des candidates au métier de sage-femme à abandonner

leurs études avant leur achèvement alors que les quotas sont restés au même niveau entre 1991 et 1998.

Avec 27 % des effectifs âgés de 50 ans ou plus, les sages-femmes exerçant en secteur libéral sont actuellement plus âgées que celles employées à l'hôpital (19 %). Cette différence est malgré tout moins prononcée qu'il y a vingt-cinq ans où 77 % des sages-femmes libérales avaient 50 ans ou plus, contre 35 % des salariées.

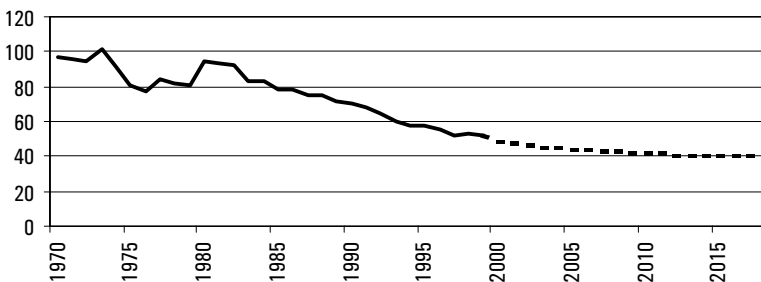
***une stabilisation prévisible  
entre 2010 et 2020 dans un contexte  
de réduction du nombre  
de naissances par sage-femme***

L'amélioration de la qualité et de la sécurité du suivi des grossesses et des accouchements a conduit à définir des normes minimales, notamment en matière de personnels, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans les maternités. Dans cette optique, le quota a été relevé en 1999. Dans l'hypothèse où ces quotas seraient reconduits chaque année, les effectifs de sages-femmes devraient poursuivre leur croissance, mais de moins en moins rapidement jusqu'en 2020, pour se stabiliser aux environs de 17 000 praticiennes.

À l'avenir, le nombre de naissances, qui peut être projeté d'après les hypothèses de fécondité, s'annonce en diminution. D'une part, la chute du nombre de naissances au cours des années 1970 a limité le nombre de femmes en âge de procréer. D'autre part, dans l'hypothèse où l'indice conjoncturel de fécondité se stabiliserait à son niveau actuel de 1,8 enfant par femme, on compterait environ 43 accouchements par sage-femme en activité d'ici dix ans au lieu des 49 en 2002 (graphique 3.4).

graphique 3.4

**NOMBRE MOYEN OBSERVÉ ET PROJETÉ D'ACCOUchements PAR SAGE-FEMME**



Champ : France métropolitaine

Source : Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

## 2

## LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## 2.1 LE PAYSAGE HOSPITALIER FRANÇAIS EN 2001

Dans un contexte épidémiologique marqué par l'accroissement des pathologies chroniques et, plus généralement, par le vieillissement de la population, les modes d'intervention et l'organisation des établissements de santé se transforment en profondeur, en même temps que leur positionnement dans le système de soins.

Deux demandes coexistent : celle d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide, technicisée, souvent invasive, s'inscrivant dans un processus court et celle d'un accompagnement de situations pathologiques chroniques, ou à évolution lente, impliquant moins les outils que le savoir-faire des professionnels et la participation active des patients eux-mêmes aux soins<sup>12</sup>. Cette double polarité qui traverse l'organisation interne des établissements s'inscrit également dans le paysage hospitalier avec une spécialisation selon les secteurs, les missions (mise en place de réseaux hiérarchisés), et l'insertion territoriale.

Le secteur hospitalier français présente donc un paysage varié. Il fait cohabiter des établissements de trois types de statuts juridiques combinant des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également variés. Au sein des établissements publics, coexistent trois types d'établissements, financés de manière identique mais qui se différencient par leurs missions : les centres hospitaliers régionaux ont pour mission d'assurer les soins les plus spécialisés à l'ensemble de la population de la région, ainsi que les soins courants à la population proche ; par ordre de spécialisation décroissante, on trouve ensuite les centres hospitaliers<sup>13</sup>, enfin les hôpitaux locaux, dont la caractéristique est de recourir aux services de médecins généralistes exerçant à titre libéral et qui ont, pour

12. Pensons, en particulier, aux diabétiques qui surveillent eux-mêmes leur glycémie pour adapter leur alimentation et leur activité physique, ou encore aux insuffisants rénaux chroniques qui se dialysent à domicile (voir le chapitre III.2.3).

13. Cette catégorie d'établissement se définit par défaut : « les établissements publics de santé qui ne figurent ni sur la liste des Centres hospitaliers régionaux (CHR), ni sur les listes d'hôpitaux locaux sont des centres hospitaliers ».

l'essentiel, une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées. Cette diversité, essentiellement héritée de l'histoire, reste aujourd'hui encore très structurante de l'organisation de l'offre de soins hospitalière et, en particulier, de la répartition des lits et de l'activité.

Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme des établissements de santé publics et privés, il existe principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières<sup>14</sup> :

- le budget global s'applique à l'ensemble des établissements publics et à une majeure partie des établissements privés non lucratifs, que ceux-ci participent ou non au service public hospitalier ; l'évolution des dotations globales (DG) est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué ;
- un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par des prix de journée et du paiement à l'acte, concerne les cliniques privées (établissements à vocation commerciale) et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs. Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements sont encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation qui vise à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

Chaque année, sont fixés, de manière distincte, les taux d'évolution de la dotation globale et de l'OQN qui constituent, pour l'essentiel, les deux sous-ensembles de la part de l'ONDAM consacrée aux établissements de santé.

Ainsi, ce n'est que depuis 1998 que les statistiques distinguent les établissements financés par le budget global ou soumis à la régulation de l'OQN. À cet égard, nombre d'observateurs soulignent le rôle important que jouent les systèmes de financement et de régulation dans l'organisation de l'offre de soins et son évolution. Pour tenir compte d'autres différences évoquées *supra*, on distinguera, ici et de manière conventionnelle, les hôpitaux en trois catégories : les établissements publics, les établissements privés sous dotation globale et les établissements privés sous OQN.

14. L'ordonnance prévoyait la disparition du mode de financement dit de « prix de journée préfectoral » qui concernait pour l'essentiel des établissements de soins de suite et de réadaptation privés (lucratifs et non lucratifs). Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, la quasi-totalité de ces établissements avait procédé à leur basculement vers la dotation globale (plus de 90 % des établissements non lucratifs), vers le financement régulé par l'Objectif quantifié national (de manière obligatoire pour tous les établissements privés lucratifs).

Toutefois, il peut être intéressant d'élargir l'analyse à des périodes de moyen ou long terme pour mieux cerner la nature des évolutions du paysage hospitalier. Dans ce cas, les données statistiques ne permettent pas de regrouper les établissements par mode de financement pour les années antérieures à 1998. Dans ce cas, il sera alors fait référence au regroupement basé sur le statut juridique des établissements : secteur public (tous les établissements publics de santé sont financés par budget global), cliniques privées commerciales (encore dites « à but lucratif ») et établissements de santé privés à but non lucratif.

***une diminution structurelle des capacités d'hospitalisation à temps complet, mais un développement des places destinées aux prises en charge à temps partiel***

• *Une diminution importante du nombre d'établissements dans le secteur privé, plus modérée dans le public*

Les statistiques annuelles hospitalières permettent de comptabiliser les établissements du secteur privé et les entités juridiques publiques (définitions en encadré 3.1). En 2001, on comptait au total en France métropolitaine<sup>15</sup> 3 052 établissements (ou entités juridiques)<sup>16</sup> sanitaires disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (c'est-à-dire de places d'hôpitaux de jour ou de nuit, ou en chirurgie ambulatoire), toutes disciplines d'équipements confondues, et 60 dans les départements d'outre-mer (tableau 3.4). Parmi ceux-ci, il est également possible, depuis l'année 2000, de dénombrer, au niveau des établissements géographiques de statut public, ceux qui ont une activité d'hospitalisation complète en soins de courte durée (médecine, chirurgie ou obstétrique – MCO). Dans ce groupe, on recense ainsi 891 établissements géographiques pour 725 entités juridiques différentes (respectivement 51 établissements et 46 entités juridiques, dans les DOM).

Tous secteurs d'hospitalisation confondus et hors DOM, il existe donc 1 841 établissements géographiques ayant des capacités d'accueil en médecine chirurgie obstétrique (MCO) répartis en : 891 établissements publics, 732 cliniques privées commerciales et 218 établissements privés à but non lucratif (dont 183 financés

15. La mauvaise qualité des données concernant les DOM en 1992 n'autorise pas à les intégrer dans l'analyse des évolutions observées. C'est la raison pour laquelle la distinction est nécessaire en 2001.

16. On compte ici, en fait, toutes les structures qui disposent d'au moins un lit ou une place d'hospitalisation à temps complet ou partiel. Par ailleurs, il existe des établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, sans aucune capacité d'accueil en hospitalisation complète ou partielle. Il s'agit essentiellement de centres de dialyse, de radiothérapie ou d'imagerie privés. On en dénombre environ un millier. Ces structures sont décrites plus en détail en partie 2 de ce document.

## ENTITÉS JURIDIQUES ET ÉTABLISSEMENTS GÉOGRAPHIQUES, QUE COMPTE-T-ON ?

*Le terme d'établissement de santé recouvre dans un même concept deux notions différentes qui sont définies par la Nomenclature des établissements sanitaires et sociaux (NODESS).*

*L'entité juridique qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique ; elle possède un conseil d'administration et une direction ; elle est maîtresse de sa décision, exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.*

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

*Dans le secteur public, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés (qui, dès lors, ne s'adressent pas à la même population) et ayant, éventuellement, développé des activités différentes. Les exemples souvent cités à cet égard dans le secteur public sont l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon, le CHR de Metz-Thionville ou encore le Centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain.*

*Dans le secteur privé, la situation est en général plus simple à l'exception de quelques cas tels que les établissements de la Croix Rouge (entité juridique) qui se répartissent sur plusieurs départements. L'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou sociétés) reste, encore très souvent rattachée à un seul établissement géographique, bien que, depuis une dizaine d'années, le développement important des regroupements de cliniques rende la situation de plus en plus complexe.*

*De fait, historiquement, les systèmes d'information hospitaliers se sont souvent limités à l'interrogation des entités juridiques dans le secteur public par souci de simplification. En effet, les entités juridiques multi-établissements constituant souvent des structures de grande taille, organisées de manière complexe, le recueil des informations sur les équipements, les personnels ou l'activité n'était pas toujours possible au niveau des établissements géographiques, mais seulement de manière centralisée.*

*Depuis quelques années, la mise en œuvre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), la définition de nouvelles normes de fonctionnement liées à la sécurité sanitaire ou la rationalisation des moyens alloués aux hôpitaux ont créé le besoin d'une connaissance plus fine de la localisation géographique de l'offre de soins par rapport à un bassin de population, ainsi que des moyens nécessaires à son fonctionnement. En outre, la recomposition du système hospitalier français (rapprochements, rachats, fusions) peut, paradoxalement, rendre plus difficile le dénombrement des hôpitaux ou cliniques qui le composent, si l'on s'en tient aux seules entités juridiques.*

*C'est pourquoi les systèmes d'information dans le champ sanitaire sont actuellement en train d'évoluer pour recenser à la fois les entités juridiques et les établissements géographiques. Ainsi, depuis sa refonte en 2000, l'enquête SAE interroge à la fois :*

- les entités juridiques publiques ainsi que leurs établissements géographiques ayant une activité d'hospitalisation complète en MCO ;

- les établissements géographiques privés (commerciaux ou non lucratifs) ;

- enfin les structures ayant une activité de soins soumise à autorisation sans capacité d'hospitalisation, comme les centres de radiothérapie privés, les associations de dialyse et leurs différentes antennes<sup>1</sup>.

*Le PMSI, en tant qu'instrument d'allocation de ressources, continue à concerner les entités juridiques, mais l'Assistance publique des hôpitaux de Paris et celle de Marseille également fournissent dorénavant des données par établissement géographique.*

1. Elle n'interroge plus les sociétés détentrices d'équipements lourds d'imagerie (scanner, IRM) sans activité de soins. Celles-ci sont juridiquement distinctes des établissements privés dans lesquelles elles se trouvent ou pour lesquelles elles exercent une activité. Dans le cas de syndicats inter-hospitaliers, ce sont les établissements qui le constituent qui sont interrogés dans SAE.



par dotation globale et 35 établissements sous OQN) [tableau 3.5]. À cette notion d'établissement géographique (qui est celle de l'adresse postale), correspondent en moyenne 3 bâtiments accueillant des patients, mais ce chiffre varie considérablement selon les secteurs sur quelques données immobilières (encadré 3.2).

Le secteur privé, dans son ensemble, a connu en dix ans une diminution importante du nombre de ses établissements de MCO. Le nombre de cliniques privées commerciales a, en effet, chuté de 1 014 établissements en 1992 à 732 en 2001, soit une réduction de 28 %. Cette baisse a touché les établissements avec une intensité très variable selon les disciplines pratiquées. Ainsi, le nombre d'établissements ayant une activité de médecine a diminué de seulement 5 % quand celui des établissements de chirurgie baissait de près d'un quart et celui des structures comportant une maternité chutait de 40 %.

tableau 3.4

**RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SELON LEUR STATUT**

**ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS (ET) OU ENTITÉS JURIDIQUES (EJ)**

3 052 ET/ EJ  
471 521 lits  
47 025 places

<b>SECTEUR PUBLIC</b>		<b>SECTEUR PRIVÉ</b>		
1 010 EJ 309 047 lits 29 348 places		2 042 ET 162 474 lits 17 677 places		
		<b>SECTEUR PRIVÉ</b>		
		<b>NON LUCRATIF PSPH</b>	<b>NON LUCRATIF NON PSPH</b>	<b>LUCRATIF</b>
		573 ET 52 637 lits 7 173 places	318 ET 16 326 lits 2 175 places	1 151 ET 93 511 lits 8 329 places
<b>SECTEUR PUBLIC</b>		<b>SECTEUR PRIVÉ</b>		
		<b>SOUS DOTATION GLOBALE</b>	<b>SOUS OQN</b>	
1 010 EJ 309 047 lits 29 348 places		796 ET 62 991 lits 62 991 lits	1 246 ET 99 483 lits 8 995 places	
<b>Total secteur sous dotation globale</b>				

Champ : Francemétropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees

Les établissements privés à but non lucratif ont connu une évolution à peu près similaire avec une diminution de 26 % des structures MCO sur la période. Toutefois, la baisse est mieux répartie sur les différentes disciplines, la chirurgie (avec 15 % de structures en moins) étant moins touchée que la médecine ou l'obstétrique (respectivement une diminution de 19 et 24 %).

On ne peut pas suivre aussi finement la démographie des établissements publics sur la même période, en raison du caractère trop récent des données sur leurs établissements géographiques. Par exemple, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, de Marseille ainsi que les Hospices civils de Lyon étaient comptés jusqu'en 2000, chacun comme une seule structure, alors que ces trois entités juridiques regroupent près de 70 établissements. Cette situation est identique pour la totalité des centres hospitaliers régionaux universitaires, ainsi que pour une soixantaine d'autres entités juridiques correspondant à 225 établissements différents. On peut, néanmoins, ob-

### QUELQUES ÉLÉMENTS SUR LE PARC IMMOBILIER DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

*Depuis 2000, la nouvelle statistique annuelle des établissements (SAE) intègre des questions sur l'immobilier dont il n'existait jusqu'alors aucune donnée statistique. Des informations sur la taille, la surface et le nombre de bâtiments existants sont désormais collectées. Elles apportent des éclairages sur les conditions d'organisation et de fonctionnement : en particulier, les structures pavillonnaires sont plus consommatrices de moyens humains que les bâtiments « monoblocs ». En outre, ces données peuvent être mises en rapport avec les opérations immobilières en cours. Quelques résultats préliminaires sont présentés ici de manière très succincte.*

*En 2001, 1 778 établissements ou entités juridiques ont déclaré posséder 5 421 bâtiments, soit en moyenne 3 bâtiments par établissement. Ce nombre varie fortement selon le statut juridique puisque l'on compte en moyenne 4,9 bâtiments pour les entités juridiques publiques contre 1,9 pour les établissements privés sous Dotation globale et seulement 1,2 pour ceux sous OQN. Les établissements des entités juridiques multi-structures apparaissent logiquement plus éclatés avec 7,7 bâtiments par établissement géographique. Il s'agit en effet, beaucoup plus souvent, de centres hospitaliers universitaires.*

*Ces écarts se retrouvent également en termes de surface des bâtiments<sup>1</sup>. Une clinique privée compte en moyenne 5 700 m<sup>2</sup>, un établissement privé sous dotation globale plus du double (12 500 m<sup>2</sup>) et une entité juridique publique, environ 26 000 m<sup>2</sup>. Cependant, ramenées au nombre de lits, ces différences s'atténuent sensiblement sans disparaître pour autant. Un bâtiment, en moyenne tous secteurs confondus, compte 64 lits, la surface par lit étant de 76 m<sup>2</sup>.*

*Les cliniques privées disposent de moins de surface par lit (58 m<sup>2</sup>) et concentrent plus de lits par bâtiment (81 lits). Par contre, les établissements privés sous dotation globale apparaissent, selon ces indicateurs, les plus étendus (93 m<sup>2</sup> par lit et 72 lits par bâtiment). Pour les entités juridiques publiques, ces valeurs sont respectivement de 79 m<sup>2</sup> et de 61 lits. On voit ainsi que le secteur public a un parc sensiblement plus dispersé, ce qui explique pour une part, les nombreux projets de restructuration immobilière engagés (Plan Hôpital 2007).*

*En 2001, 466 établissements ou entités juridiques ont déclaré avoir mené des opérations immobilières en 2001, qu'il s'agisse d'extensions (23 %), de réhabilitations (42 %) ou de reconstructions (14 %), ces opérations correspondant en moyenne à 2 400 m<sup>2</sup> de bâtiments. Le coût moyen du mètre carré calculé à partir des données de 308 établissements sous dotation globale est d'environ 880 euros. Cependant, ce coût moyen varie fortement selon le type d'opération immobilière réalisée : il est d'environ 1500 euros dans le cas d'une extension, 760 euros pour une reconstruction et 690 euros pour une réhabilitation.*

1. Surface des bâtiments de soins abritant ou accueillant des patients.

server une diminution du nombre des entités juridiques ayant une activité MCO, de 813 entre 1992 à 725 en 2001 (-11 %). Dans le secteur public, la discipline de médecine est beaucoup plus fréquente que les autres en raison du nombre important d'hôpitaux locaux<sup>17</sup>. On dénombre ainsi 879 établissements ayant des lits de médecine, 470 pratiquant la chirurgie et 398 ayant des lits de gynécologie-obstétrique. Toutefois, cette diminution du nombre d'entités juridiques, modérée relativement à l'évolution des autres secteurs, pourrait recouvrir un mouvement un peu plus important en ce qui concerne les établissements géographiques qui leur sont rattachés. Une étude menée en 1994 avait recensé 735 établissements publics MCO rattachés aux centres hospitaliers régionaux (CHR/U) et aux centres hospitaliers (CH). Sur le même champ, on comptabilise 638 établissements en 2001, soit une diminution de 13 %. Durant la même période, le nombre de cliniques a chuté de 22 % et celui des structures privées non lucratives de 20 %.

La diminution du nombre d'établissements a eu un impact variable sur leur capacité d'hospitalisation complète. En fait, trois grands types d'évolution apparaissent, reflétant les différences de statut juridique. Sur les

tableau 3.5

**ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS OU D'ENTITÉS JURIDIQUES EN 1992 ET 2001  
SELON LE SECTEUR D'HOSPITALISATION ET LA DISCIPLINE MÉDICALE**

	Cliniques commerciales		Privé non lucratifs		Public		
	Établissements		Établissements		Entités juridiques publiques		Établissements publics
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	2001
<b>Médecine</b>	459	438	236	192	807	724	879
<b>Chirurgie</b>	841	650	163	139	457	377	470
<b>Obstétrique</b>	392	234	70	53	433	358	398
<b>MCO</b>	1 014	732	293	218	813	725	891
<b>Moyen séjour</b>	323	327	530	501	726	734	
<b>Long séjour</b>	10	14	85	122	786	841	
<b>Psychiatrie</b>	137	141	116	153	242	259	
<b>Total</b>	1 426	1 151	912	891	1 057	1 010	

\* Rappelons que l'on ne peut dénombrer les établissements géographiques publics que depuis 2000 (et seulement sur le champ MCO), une même entité géographique pouvant regrouper plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

17. Par définition, un hôpital local ne peut pratiquer de chirurgie ou d'obstétrique.

dix dernières années connues, les cliniques privées (en court séjour MCO) ont connu un mouvement de concentration de leurs capacités de prise en charge. Leur taille moyenne a augmenté de près de 15 %, passant de 74 à 84 lits. Cette croissance touche la chirurgie et l'obstétrique alors que le nombre moyen de lits de médecine diminue. À l'inverse, dans le secteur des établissements privés à but non lucratif, la diminution du nombre d'établissements s'est accompagnée d'une baisse de la taille moyenne de chacun d'entre eux, de 109 à 99 lits. L'obstétrique reste stable, mais la taille moyenne chute en médecine de 25 % et de 13 % en chirurgie. Enfin, la diminution du nombre d'entités juridiques publiques en MCO se fait avec une réduction plus modérée des capacités moyennes de prise en charge (de 219 à 210 lits, soit -4 %), concentrée sur la chirurgie. La taille moyenne des établissements de médecine reste stable et augmente en obstétrique (cf. le chapitre 3.3).

### 70 000 lits supprimés en dix ans

En dix ans, les capacités d'hospitalisation à temps complet se sont en effet considérablement réduites. Entre 1992 et 2001, le nombre de lits installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est ainsi passé de 540 000 à 472 000 (tableau 3.6). La fermeture de ces quelque 70 000 lits s'est faite à un rythme assez régulier, se situant autour d'une diminution annuelle moyenne de 1,5 %. En 2001, une baisse de 1,1 % par rapport à 2000 suggère un léger ralentissement de la tendance.

Cette inflexion ne s'est pas produite avec la même intensité dans toutes les disciplines. Si on enregistre les

tableau 3.6

### ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET ENTRE 1992 ET 2001

	Cliniques commerciales			Établissements privés non lucratifs			Établissements publics			Total		
	1992	1998	2001	1992	1998	2001	1992	1998	2001	1992	1998	2001
Médecine	14 545	13 382	12 101	16 703	11 033	10 225	102 393	94 897	92 947	133 641	119 312	115 273
Chirurgie	50 793	45 584	42 450	12 957	10 980	9 722	58 818	48 043	44 995	122 568	104 607	97 167
Obstétrique	9 771	8 134	7 085	2 110	1 836	1 645	16 628	15 083	14 611	28 509	25 053	23 341
MCO	75 109	67 100	61 636	31 770	23 849	21 592	177 839	158 023	152 553	284 718	248 972	235 781
Moyen séjour	18 540	19 669	20 062	34 418	33 382	31 185	40 647	38 296	38 304	93 605	91 347	89 551
Long séjour	652	837	787	4 336	6 324	6 758	68 277	75 273	76 127	73 265	82 434	83 672
Psychiatrie	12 976	10 519	10 965	13 465	11 547	9 321	61 538	47 204	42 063	87 979	69 270	62 349
<b>Total</b>	<b>107 277</b>	<b>98 125</b>	<b>93 450</b>	<b>84 496</b>	<b>75 102</b>	<b>68 856</b>	<b>348 301</b>	<b>318 796</b>	<b>309 047</b>	<b>540 074</b>	<b>492 023</b>	<b>471 353</b>

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

plus fortes réductions du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie et en MCO (respectivement -29 % et -17 %), celles-ci sont beaucoup plus limitées en moyen séjour (-4 %), et on assiste même à une augmentation de 14 % des lits de long séjour. Les disciplines de chirurgie et d'obstétrique ont en outre connu une réduction plus prononcée de leurs capacités de prise en charge en hospitalisation complète que la médecine (respectivement -21 %, -18 % et -14 %).

L'année 2001 semble marquer un net ralentissement de cette tendance à la fermeture de lits, sauf en ce qui concerne la chirurgie et l'obstétrique. En particulier, en psychiatrie, on enregistre une diminution de -0,7 % du nombre de lits d'hospitalisation complète alors que celui-ci avait baissé à un rythme annuel moyen de près de 4 % au cours des dix années précédentes. Ce phénomène se retrouve également en médecine où le nombre de lits ne diminue que de 0,5 % en 2001 et en moyen séjour où il augmente légèrement.

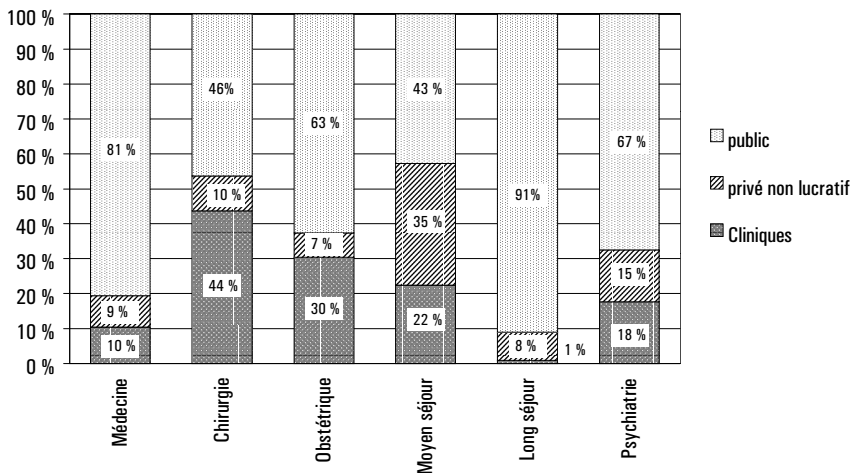
La diminution du nombre de lits s'est également faite à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -11 % de lits dans le secteur public, -13 % dans les cliniques privées commerciales et -19 % dans les établissements privés à but non lucratif. Ces écarts sont beaucoup plus marqués selon les disciplines et traduisent une tendance, sur les dix dernières années, à une spécialisation de chacun des secteurs. Le secteur public a ainsi plus particulièrement perdu des lits en psychiatrie (-32 %) et en chirurgie (-24 %) et, en contrepartie, a créé des lits de long séjour. Les cliniques privées ont, pour leur part, fermé proportionnellement l'essentiel de leurs lits en gynécologie obstétrique (-27 %), alors qu'elles en ont ouvert en moyen séjour. Enfin, sur les dix dernières années, les établissements privés non lucratifs ont vu diminuer de près du tiers de leurs lits de MCO (contre une diminution de 14 % dans le public et de 18 % dans le privé commercial), essentiellement en médecine, où près de 40 % des lits ont été fermés. Une partie a été reconvertie en lits de long séjour. De ce fait, la part du secteur privé non lucratif dans le nombre total de lits de long séjour a doublé en dix ans, passant de 5 à 10 %.

Ces évolutions ont finalement peu modifié la répartition des lits entre les différents secteurs d'hospitalisation (graphique 3.5) : globalement, la part du nombre total de lits de chaque secteur a peu évolué. Cependant, leur répartition selon les disciplines a été plus nettement modifiée. En effet, les hôpitaux publics restent toujours majoritairement détenteurs des lits d'hospitalisation complète avec 65 % des capacités totales. Entre 1992 et 2001, cette proportion a augmenté d'un point, au détriment des établissements privés non lucratifs dont la part

a diminué de 16 à 15 %, celle des cliniques privées restant stable à 20 %. En revanche, on assiste sur la période à une modification sensible de la part des lits de chirurgie et de gynécologie obstétrique entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. La fermeture plus soutenue de lits de chirurgie dans le public s'est traduite par la part de lits dans cette discipline passant de 48 à 46 %, celle du privé augmentant de 41 à 44 %. À l'inverse, la fermeture des lits de gynécologie obstétrique dans les cliniques privées a eu pour effet de faire croître la part du public de 58 à 63 %, alors que celle des cliniques diminuait de 34 à 30 %. Ce double mouvement ne s'est pas produit simultanément. La fermeture de lits de chirurgie dans les hôpitaux publics s'est faite à un rythme soutenu durant la première moitié de la période 1992-2001, puis s'est prolongée de manière plus lente, alors que dans les cliniques privées, la diminution du nombre de lits de gynécologie obstétrique a eu tendance à s'accélérer après 1998. Enfin, le secteur des établissements privés non lucratifs a globalement connu un recul durant ces dix années. Ses capacités relatives sont en diminution dans presque toutes les disciplines, à l'exception du long séjour pour lequel il représente, en 2001, 8 % des lits existants (au lieu de 6 % en 1992).

graphique 3.5

## RÉPARTITION DES LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE ENTRE LES SECTEURS EN 2001



Champ : France métropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees

**en contrepartie, la création  
puis le développement  
des structures de soins  
alternatives à l'hospitalisation**

Ces fermetures de lits d'hospitalisation complète traduisent, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prises en charge intervenue dans la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger, transformation rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Au fur et à mesure de l'apparition de ces progrès, un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être 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. Des décrets d'application pris à la fin de l'année 1992 précisent les définitions, les normes techniques de fonctionnement et les contreparties exigées pour ces créations de places : suppression de lits d'hospitalisation complète selon des « taux de change » contraignants, après une période de régularisation des places de chirurgie ambulatoire existant en 1991. Ce n'est toutefois qu'à partir de 1994 que les établissements sont interrogés régulièrement sur les capacités en structures de soins alternatives dont ils disposent (exprimées en nombre de places – tableau 3.7)<sup>18</sup>.

tableau 3.7

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES D'HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL  
ET DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ENTRE 1994 ET 2001**

	Cliniques commerciales			Établissements privés non lucratifs			Établissements publics			Total		
	1994	1998	2001	1994	1998	2001	1994	1998	2001	1994	1998	2001
Médecine	1 416	1 534	1 555	578	704	858	4 116	4 502	5 094	6 110	6 740	7 507
Chirurgie	5 153	5 754	6 148	98	330	446	779	977	1 294	6 030	7 061	7 888
Obstétrique	5	14	18	5	18	22	414	363	855	424	396	895
MCO*	6 574	7 302	7 721	681	1 052	1 326	5 309	5 842	7 243	12 564	14 197	16 250
Moyen séjour	1 726	880	1 026	1 303	2 263	2 437	683	884	1 016	3 712	4 027	4 479
Psychiatrie	1 838	270	247	3 508	5 239	4 928	20 482	21 287	21 090	25 828	26 796	26 265
<b>Total</b>	<b>10 138</b>	<b>8 452</b>	<b>8 994</b>	<b>5 492</b>	<b>8 554</b>	<b>8 691</b>	<b>26 474</b>	<b>28 013</b>	<b>29 349</b>	<b>42 104</b>	<b>45 020</b>	<b>47 034</b>

\* Médecine, chirurgie, obstétrique.

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

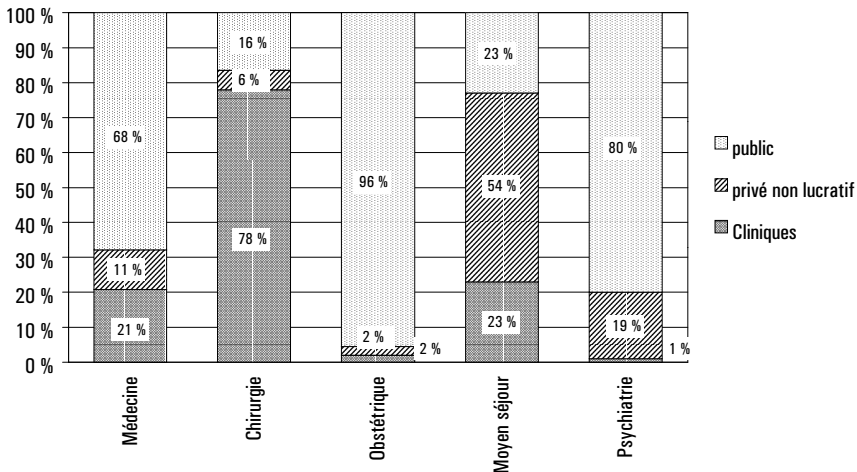
18. En 1994 et 1998, la majorité des places en hospitalisation à domicile (HAD) recensées correspondait au traitement des insuffisances respiratoires chroniques. En 1999, les associations qui les géraient sont sorties du champ des établissements de santé. Par conséquent, l'évolution des places d'HAD ne peut être étudiée sur l'intervalle choisi.

Les données des tableaux 3.6 et 3.7 montrent ainsi que la fermeture des 70 000 lits s'est accompagnée de la création de 47 000 places d'hospitalisation à temps partiel, auxquels il faut ajouter environ 4 000 lits d'hospitalisation à domicile<sup>19</sup>, ce qui relativise en partie l'ampleur de la réduction effective des capacités des établissements.

En 2001, la répartition déséquilibrée des places suivant les disciplines (graphique 3.6), traduit plus nettement encore qu'en hospitalisation complète la spécialisation des secteurs.

La régularisation initiale, effectuée sur la base de l'activité existante en 1991, a mis en évidence le fort développement des prises en charge à temps partiel dans le secteur privé lucratif, notamment dans les soins de courte durée puisque les cliniques détenaient en 1994 un peu plus de la moitié des places, alors que le secteur public était très majoritaire en psychiatrie.

graphique 3.6  
RÉPARTITION DES PLACES D'HOSPITALISATION PARTIELLE ENTRE LES SECTEURS EN 2001



Champ : France métropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees

19. Chiffres tirés de l'état des lieux réalisé par la Direction des hôpitaux : HAURY B. et JESTIN C. « Rapport sur l'hospitalisation à domicile, bilan et propositions », juin 1999.



En particulier, les cliniques détenaient 85 % des capacités en chirurgie ambulatoire ; huit ans après, elles demeurent largement majoritaires dans ce domaine (78 %), même si elles ont développé ce type de prise en charge assez lentement. Dès 1994, en médecine, le développement précoce des prises en charge en ambulatoire<sup>20</sup> n'était pas non plus négligeable en soins de suite et réadaptation ainsi qu'en psychiatrie. Les hôpitaux privés non lucratifs représentent à présent plus de la moitié de l'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation, et 19 % en psychiatrie. Les hôpitaux publics ont, quant à eux, d'emblée occupé une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine, en gynécologie obstétrique et en psychiatrie et ont maintenu cette position au cours du temps : ils représentent ainsi la quasi-totalité du potentiel de prise en charge existant en gynécologie obstétrique (avec une nette augmentation entre 1998 et 2001) et 80 % des places en psychiatrie.

***les personnels hospitaliers en 2001 :***  
***159 000 médecins***  
***et 889 000 personnels***  
***non médicaux (ETP)***

Au sein des établissements de santé, le personnel est composé d'une part, des médecins, odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation et, d'autre part, 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 temps partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie). La pratique libérale dans les établissements de santé est possible pour toutes les professions dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie. Dans les faits, on la rencontre essentiellement chez les médecins, sages-femmes et kinésithérapeutes. La majorité de ces professionnels hospitaliers exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, même si les hôpitaux locaux de statut public font également appel à certains médecins libéraux payés à l'acte.

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut le leur permet, les salariés (notamment vacataires) peuvent en outre exercer dans des hôpitaux différents. De ce fait, les effectifs « bruts » de personnel médicaux et non médicaux des établissements de santé comptabilisés à partir de l'enquête annuelle SAE incluent un certain nom-

20. Correspondant essentiellement aux chimiothérapies anticancéreuses.

bre de « doubles comptes » par rapport au répertoire ADELI<sup>21</sup> qui enregistre individuellement les professionnels de santé, l'écart étant variable selon les spécialités médicales<sup>22</sup>.

L'alternative qui consiste à mesurer les effectifs exprimés en « équivalents temps plein » (ETP) n'est applicable qu'aux salariés<sup>23</sup>. En effet, le temps de travail hospitalier des libéraux n'est pas déterminé a priori, mais varie en fonction du nombre de patients pris en charge. La seule information, indirecte, dont on dispose à ce sujet est celle d'un exercice dit « exclusif » s'ils n'interviennent que dans un seul établissement (en sus de leur cabinet) ou « non exclusif » s'ils se partagent entre plusieurs établissements.

La part des libéraux parmi les médecins exerçant dans les établissements de santé étant importante, il est apparu préférable d'utiliser – au risque de ces doubles comptes – les effectifs exprimés en nombre de personnes en activité pour donner une vision d'ensemble. Par contre, pour les sages femmes et les personnels non médicaux où les salariés sont majoritaires, les analyses portent sur les effectifs exprimés en équivalents temps plein même si, de ce fait, une faible partie du personnel n'est pas comptabilisée (à savoir les masseurs-kinésithérapeutes et les sages femmes exerçant à titre libéral).

Ces données statistiques d'ensemble apportent en l'état des éclairages essentiels sur les moyens humains mobilisés par l'activité hospitalière, le poids respectif des différentes professions ainsi que les évolutions observées au cours du temps.

- *Stabilité des effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé*

L'ensemble des médecins, odontologistes et pharmaciens exerçant à titre salarié ou libéral, y compris les internes et autres personnels en formation, représente 12 % du personnel des établissements de santé publics et 11 % du personnel des établissements privés sous dotation globale, contre 25 % dans les établissements

21. Utilisé pour les études et projections de démographie médicale.

22. Une étude réalisée à la demande de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes avait ainsi montré que 59 % des gastro-entérologues et deux tiers des pédiatres à l'hôpital public déclaraient un autre lieu d'exercice : CHARPAK Y., DUBURCQ A. : « Déterminer le besoin en spécialistes », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 32, 2000.

23. Leur volume de travail hebdomadaire exprimé en fraction de temps plein est défini contractuellement avec leurs établissements employeurs.

tableau 3.8  
EFFECTIFS MÉDICAUX EXERÇANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2001

		effectifs en nombre de personnes							
		Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés soumis à l'OQN		Ensemble établissements publics et privés	
		2001	2001/2000	2001	2001/2000	2001	2001/2000	2001	2001/2000
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens	Salariés	80 022	1,6	10 586	3,9	3 727	-4,7	94 335	1,6
	Libéraux	2 820	-0,8	1 982	-7,3	41 410	-2,5	46 212	-2,6
Internes, FFI, DIS (1)		17 237	-0,7	1 152	-10,2			18 389	-1,3
<b>Total (2)</b>		<b>100 079</b>	<b>1,2</b>	<b>13 720</b>	<b>0,8</b>	<b>45 137</b>	<b>-2,7</b>	<b>158 936</b>	<b>0,0</b>

1. FFI : Faisant fonction d'interne, DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialités.

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

Note : Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

privés sous Objectif quantifié national<sup>24</sup> (OQN) [tableau 3.8]. En 2001, les établissements de santé comptabilisent un effectif médical total de 158 936 personnes, à temps plein ou à temps partiel<sup>25</sup>, soit une stabilité par rapport à 2000 (+0,0 %).

Près de la moitié de ces personnels médicaux exerce dans des unités de soins de courte durée – MCO et plus du tiers dans les unités médico-techniques (laboratoires, accueil et traitement des urgences, anesthésiologie et réveil, imagerie).

Les deux tiers environ (100 079 personnes) sont employés par les hôpitaux publics, 28 % dans les établissements privés sous OQN (45 137) et 9 % dans les établissements privés sous dotation globale (13 720). Par rapport à l'année 2000, ces effectifs sont en légère augmentation dans le secteur public et le secteur privé sous dotation globale (respectivement 1,2 % et 0,8 % de médecins supplémentaires). À l'inverse, le secteur privé sous OQN voit ses effectifs médicaux diminuer (-2,7 %) <sup>26</sup>.

24. La très grande majorité des médecins travaillant dans les établissements sous OQN sont des libéraux (89 %). Ils ne sont donc pas rémunérés par l'établissement mais directement par les patients et l'Assurance maladie sur la base d'un paiement à l'acte.

25. Ce chiffre comptabilise plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

26. Ces évolutions, calculées à partir des données de la SAE 2000 renouvelée, sont assez fragiles et devront être confortées par l'analyse de celles de la SAE 2002.

Sur les trois ans de la période 1998-2001, le nombre de médecins exerçant dans les établissements de santé, tous secteurs et tous statuts confondus n'a que peu évolué, passant de 157 166 à 158 936 entre 1998 et 2001, soit une croissance de 1,1 %. Les trois années précédentes (de 1995 à 1998), le nombre de médecins hospitaliers avait connu une augmentation plus rapide, de l'ordre de 3 %.

Dans les hôpitaux publics, l'effectif médical hors internes (et faisant fonction) a très légèrement diminué entre 1998 et 2001 passant d'un peu moins de 84 000 médecins à 83 000 en 2001. Par contre, celui des internes a connu une diminution plus sensible sur la même période (-6,5 %) pour atteindre en 2001 18 389 personnes. Cette dernière semble toutefois se ralentir entre 2000 et 2001 (-0,7 %).

- *La majorité des praticiens exerçant dans les établissements sont issus de spécialités médicales*

Parmi les praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, mais cette fois hors internes et faisant fonction, 57 % ont été formés dans les disciplines de médecine (médecine générale, anesthésie réanimation, pédiatrie ou autres spécialités médicales) et 23 % en chirurgie (dont 4,5 % en gynécologie-obstétrique) [tableau 3.9].

La répartition des spécialités médicales varie beaucoup selon le secteur d'hospitalisation. Ainsi, près des trois quarts des médecins généralistes et des pédiatres

tableau 3.9

**ESTIMATION DES EFFECTIFS DES MÉDECINS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENTS EN 2001  
SELON LA SPÉCIALITÉ MÉDICALE**

Effectifs totaux redressés hors internes, FFI, DIS	nombre de personnes, hors internes et faisant fonction				
	1-publics	2-privés DG	3-autres privés	Total	Structure en %
<b>Médecine générale</b>	10 046	1 695	2 174	13 915	9,9
<b>Anesthésie réanimation</b>	5 496	781	3 638	9 915	7,1
<b>Pédiatrie</b>	3 499	362	1 010	4 871	3,5
<b>Spécialités médicales</b>	27 641	4 721	18 629	50 991	36,3
<b>Gynécologie-obstétrique</b>	3 533	428	2 301	6 262	4,5
<b>Spécialités chirurgicales</b>	11 660	1 852	12 324	25 837	18,4
<b>Biologie médicale</b>	5 181	326	1 553	7 059	5,0
<b>Psychiatrie</b>	7 440	1 354	1 277	10 071	7,2
<b>Pharmaciens</b>	2 633	576	1 320	4 529	3,2
<b>Autres</b>	5 714	473	910	7 097	5,0
<b>Total effectifs</b>	82 842	12 568	45 137	140 547	100,0

Champ : France métropolitaine

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité,  
ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées - Drees

exerçant dans les établissements de santé travaillent dans les hôpitaux publics alors que seulement 16 % des généralistes et 21 % des pédiatres exercent dans les cliniques, et respectivement 12 et 7 % dans les établissements privés sous dotation globale.

Les chirurgiens exerçant dans des établissements de santé se répartissent pour 48 % d'entre eux dans les cliniques privées et 45 % dans les hôpitaux publics (et seulement 7 % dans les établissements privés sous dotation globale). Malgré la concentration de l'activité dans les cliniques privées, les anesthésistes réanimateurs se trouvent toutefois majoritairement dans les établissements publics (55 %), 37 % exerçant dans les cliniques privées. Cette répartition est à peu près la même pour les gynécologues obstétriciens.

Toutes spécialités confondues, 90 % des praticiens exerçant dans les établissements de santé à titre libéral le font dans les cliniques privées sous OQN. Les autres se répartissent à hauteur de 4 % dans les établissements privés sous dotation globale et 6 % dans les hôpitaux publics. Ces derniers sont essentiellement des médecins généralistes ayant une activité dans les hôpitaux locaux.

- *En 2001, une augmentation sensible des personnels non médicaux dans toutes les catégories d'établissements...*

En 2001, les personnels non médicaux salariés dans les établissements représentent quant à eux près de 889 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), dont les trois quarts (671 000) relèvent des établissements publics. 97 000 personnels non médicaux travaillent dans les établissements privés sous dotation globale (11 %) et 121 000 dans les cliniques privées sous OQN (14 %) [tableau 3.10].

Comparés à 2000, ces effectifs de personnels non médicaux calculés en ETP<sup>27</sup> sont en nette augmentation dans tous les secteurs (+2,3 % au total). C'est globalement dans le secteur privé que leur croissance a été la plus élevée, probablement en raison de la mise en œuvre plus précoce de la réduction du temps de travail. Les effectifs augmentent ainsi entre 2000 et 2001 de 2,9 % dans les cliniques privées sous OQN, et de 2,7 % dans les établissements privés sous dotation globale.

Depuis 1998, les personnels non médicaux des établissements privés sous dotation globale ont crû de 5,6 %. Cette évolution s'est produite essentiellement entre 1999 et 2001 alors que les effectifs étaient restés stables en 1998 et 1999, confirmant l'impact de la réduction du

27. Rappelons qu'il s'agit ici des personnels salariés des établissements qui représentent la quasi-totalité des personnels non médicaux employés dans les établissements de santé publics et privés sous dotation globale. Dans les cliniques, seules les personnels salariés sont comptabilisés.

temps de travail dans ce secteur qui a été le premier parmi les établissements de santé à passer aux 35 heures.

Il est plus difficile d'avoir une appréciation globale de cette évolution dans les cliniques privées en raison d'une rupture de série statistique concernant plus particulièrement les personnels administratifs, techniques et médico-techniques<sup>28</sup>. L'effectif des personnels soignants augmente quant à lui de 5 % sur cette période.

Dans les hôpitaux publics, les effectifs de personnel non médical calculés en ETP se sont accrus de 3,9 % entre 1998 et 2001, l'année 2001 étant marquée, comme dans les autres secteurs, par une augmentation plus importante : +2,1 % entre 2000 et 2001 contre moins de 1 % par an entre 1998 et 2000. Cette accélération est sans doute liée à la mise en œuvre des mesures prévues par le protocole d'accord du 14 mars 2000.

- *Surtout en ce qui concerne les effectifs infirmiers*

Parmi les personnels non médicaux des services de soins, les effectifs infirmiers sont ceux qui ont le plus

tableau 3.10

**SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX**  
effectifs en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés soumis à l'OQN		Ensemble établissements publics et privés	
	2001	2001/2000	2001	2001/2000	2001	2001/2000	2001	2001/2000
<b>Personnel administratif</b>	75 628	3,1	13 846	3,4	17 993	1,2	107 467	2,8
<b>Personnels soignants et éducatifs</b>	478 138	2,4	66 428	2,9	90 374	3,6	634 940	2,6
<i>dont</i> - sages-femmes	7 079	4,3	599	0,6	2 286	0,1	9 964	3,1
- personnel d'encadrement du personnel soignant	24 065	1,2	3 426	3,1	3 180	8,4	30 671	2,1
- infirmiers (1)	187 101	3,3	23 879	3,5	36 349	4,1	247 329	3,4
- aides-soignants (2)	161 275	2,4	17 872	3,3	26 819	3,5	205 967	2,6
- ASH et autres personnels des services médicaux	73 264	0,2	12 088	1,3	19 330	2,7	104 683	0,8
- autres	25 354	3,0	8 563	2,9	2 410	0,3	36 327	2,8
<b>Personnels médico-techniques</b>	33 243	2,0	4 339	5,0	2 170	5,8	39 752	2,5
<b>Personnels techniques</b>	83 817	-0,4	12 641	0,3	10 037	-0,4	106 495	-0,3
<b>TOTAL</b>	<b>670 826</b>	<b>2,1</b>	<b>97 254</b>	<b>2,7</b>	<b>120 575</b>	<b>2,9</b>	<b>888 655</b>	<b>2,3</b>

1. Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

2. Non compris les élèves.

Note : Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Source : SAE 2001, Drees

28. À l'occasion de la refonte de la SAE en 2000, il a été vivement rappelé que la règle de comptage des personnels est de ne pas enregistrer les personnels travaillant dans un établissement mais non rémunérés par celui-ci. Or, au sein des cliniques, ce cas est fréquent pour ces catégories de personnel. La forte baisse enregistrée dans la SAE, entre 1999 et 2000 sur ces seules catégories de personnel, est donc probablement due à une modification des pratiques de recensement par les établissements du secteur.

sensiblement augmenté entre 1998 et 2001 : leur croissance, qui a atteint 7,8 % en 3 ans, a été plus rapide que celle des autres catégories de personnel (tableau 3.11), et ce dans tous les secteurs d'hospitalisation, à l'exception des établissements privés sous dotation globale où le nombre d'aides-soignants a évolué au même rythme que celui des infirmiers (respectivement 8,8 et 8,5 %).

Sur la période, cette augmentation<sup>29</sup> des effectifs infirmiers est à noter dans tous les secteurs, y compris au sein des hôpitaux publics, dont les effectifs infirmiers se sont accrus au même rythme que ceux des cliniques (+7,7 %) et à peine moins vite qu'au sein des établissements sous dotation globale (+8,5 %). Ces évolutions proches n'aboutissent toutefois pas à des créations d'emplois en nombre identique puisque sur cette période de trois ans les hôpitaux publics ont créé 13 400 emplois (en ETP) d'infirmiers, les établissements privés sous dotation globale 1900, et les cliniques privées, 2600.

Dans les établissements de santé privés, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail explique pour partie cette accélération du nombre de créations d'emplois infirmiers. Il reste néanmoins difficile de mesurer l'impact précis des 35 heures à partir de ces chiffres, ce facteur étant impossible à isoler des autres facteurs explicatifs. En particulier, le phénomène de qualification des personnels soignants (recrutement nettement plus rapide de personnels infirmiers que d'aides-soignants ou d'ASH) avait été constaté antérieurement à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. En outre, l'accélération des recrutements infirmiers dans les hôpitaux publics à partir de 1999<sup>30</sup> montre que ces établissements ont cherché à renforcer leurs effectifs, avant même la mise en œuvre des 35 heures au 1<sup>er</sup> janvier 2002 (graphique 3.7).

tableau 3.11  
ÉVOLUTION DES EFFECTIFS NON MÉDICAUX EN ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP)  
DES SERVICES DE SOINS ENTRE 1998 ET 2001

en %				
	Public	Privé sous dotation globale	Privé sous OQN	Total
<b>Infirmiers</b>	7,7	8,5	7,7	7,8
<b>Aides-soignants</b>	3,8	8,8	2,8	4,1
<b>Agents de services hospitaliers et autres personnels des services de soins</b>	0,3	6,4	3,1	1,5

Champ : France métropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees

29. Durant les trois années précédentes, entre 1995 et 1998, le nombre d'équivalents temps plein infirmiers avait augmenté de 4,5 %.

30. +1 % en 1998, +1,6 % en 1999, +2,6 % en 2000 et +3,3 % en 2001.

## UN FORT DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE À TEMPS PARTIEL PARMI LES PERSONNELS NON MÉDICAUX DES SERVICES DE SOINS

Parmi les personnels non médicaux employés dans les services de soins, le travail à temps partiel a connu un fort développement : il a progressé de 40 % depuis 1995 et concerne désormais 22 % des effectifs dans le public, 30 % dans le secteur privé sous dotation globale et 24 % dans le secteur privé sous OQN. Ainsi, tous secteurs confondus, 23 % des personnels des services de soins exercent une activité à temps partiel. Ce taux évolue peu par rapport à 2000 (22 %). Cette moyenne recouvre toutefois des différences relativement importantes de recours au temps partiel selon les métiers (tableau). De fait, le taux de temps partiel est d'autant plus important que la qualification des personnels est élevée. Ainsi, 35 % des sages-femmes exercent à temps partiel, alors c'est le cas pour seulement 18 % des agents de service hospitalier.

Néanmoins, depuis 1995, le travail à temps partiel a progressé plus vite pour ces derniers ainsi que pour les aides-soignants, sans toutefois atteindre l'ampleur qu'il revêt pour les infirmières et les sages-femmes.

En 2001, les effectifs travaillant à temps partiel ont progressé légèrement plus vite que les effectifs à temps plein pour les catégories de personnels infirmiers et aides soignants (dans les deux cas : +4 % à temps partiel, contre +3 % à temps plein). Les évolutions sont similaires pour les autres catégories de personnel des services de soins.

Parmi les personnels non médicaux, toutes professions confondues, les personnes travaillant à temps partiel travaillent en moyenne aux deux tiers d'un temps plein. Cette moyenne varie toutefois sensiblement selon le secteur puisqu'elle est de 71 % dans le secteur public et de seulement 55 % dans les secteurs privés sous dotation globale et OQN. Ces chiffres sont à peu près les mêmes pour les personnels infirmiers (72 % dans le public, 59 % dans le privé sous dotation globale et 56 % dans le privé sous OQN).

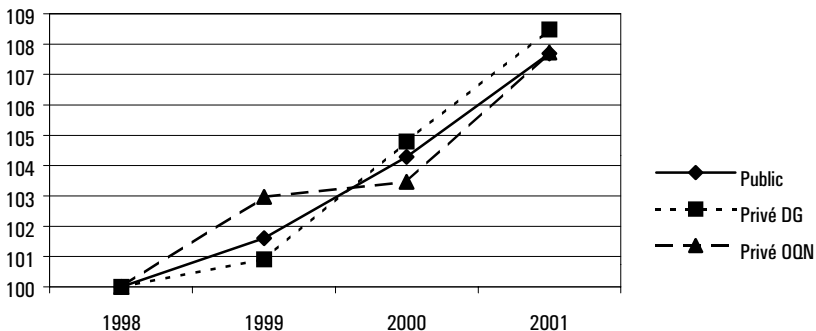
Évolution du travail à temps partiel chez les personnels non médicaux des services de soins entre 1995 et 2001

	en %	
	1995	2001
Infirmiers	20	26
Aides soignants	14	21
Agents de service hospitalier	12	18
Sages-femmes	27	35
TOTAL	17	23

Champ : France métropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees

graphique 3.7

### ÉVOLUTION ANNUELLE DES EFFECTIFS INFIRMIERS (EN ETP) ENTRE 1998 ET 2001 SELON LE SECTEUR D'HOSPITALISATION



Champ : France métropolitaine  
Source : SAE 2001, Drees



À l'inverse, les cliniques privées ont connu des difficultés de recrutement importantes en 2000, mais qui semblent avoir eu pour effet de reporter une part des embauches sur l'année 2001. Au cours de cette dernière année, ces établissements ont en effet bénéficié d'une aide financière importante pour revaloriser les salaires de leurs personnels.

***L'activité des établissements de santé :  
ralentissement de l'activité  
à temps complet et croissance  
des prises en charge à temps partiel***

L'activité des établissements de santé est très diverse et il est difficile d'en rendre compte à travers une mesure synthétique simple (encadré 3.5). Pour suivre l'activité en hospitalisation complète, deux indicateurs sont habituellement retenus : le nombre de journées d'hospitalisations et le nombre de séjours. L'activité de l'hospitalisation à temps partiel (y compris la chirurgie ambulatoire) est mesurée en venues, chaque venue correspondant à une journée d'hospitalisation. Les urgences sont dénombrées en passages ; les traitements du cancer par radiothérapie ainsi que ceux de l'insuffisance rénale

## LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

*Le 27 septembre 2001, le gouvernement signait avec quatre organisations syndicales représentatives un protocole sur la réduction du temps de travail (RTT) dans la Fonction publique hospitalière définissant le cadrage national applicable aux établissements publics à compter du 1er janvier 2002. Une enquête<sup>1</sup> visant à dresser un premier état des lieux de la mise en œuvre des 35 heures a été réalisée durant l'automne 2002. Elle s'est déroulée en coordination avec la Mission nationale d'évaluation<sup>2</sup> (MNE), et comparé au regard plus qualitatif des professionnels hospitaliers, a permis de fournir un cadrage statistique quasi exhaustif dont les principaux résultats sont rappelés ci-dessous.*

*À l'automne 2002, 80 % des établissements représentant 80 % des agents de la Fonction publique hospitalière étaient signataires d'un accord de RTT. La présence au sein des établissements d'au moins un des syndicats signataires du protocole national a en général facilité la conclusion d'un accord local.*

*En ce qui concerne les infirmiers, dans plus de trois quarts des établissements, la RTT s'est traduite par l'attribution d'au moins 15 jours de RTT. Seulement 3 à 4 % des établissements ont préféré passer aux 35 heures en réduisant exclusivement la durée quotidienne du travail, alors que la modalité d'organisation en 15 jours de RTT et 37h30 de travail effectif hebdomadaire a été choisie dans près de 40 % des hôpitaux.*

*En moyenne, le temps de travail a été réduit de 9,7 % pour atteindre 1 567 heures par an pour les infirmiers travaillant en repos fixe et 1 537 pour ceux en repos variable. Au total, on peut estimer à un peu plus de 37 000 le nombre de créations de postes programmées sur la période 2002-2004, correspondant aux notifications des Agences régionales de l'hospitalisation. Au 30 septembre 2002, 11 000 recrutements avaient été effectués, concernant principalement des postes de personnels soignants.*

*Enfin, les établissements interrogés dans l'enquête ont exprimé des difficultés liées à la fois aux nouvelles règles de gestion du temps de travail et à la crainte de l'apparition de problèmes de prise en charge des patients, une grande partie d'entre eux estimant néanmoins que la RTT pourra être l'occasion d'une amélioration de l'organisation générale du travail.*

1. BOUSQUET Frédéric : « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière : une enquête statistique auprès des établissements publics de santé », *Études et Résultats*, n° 224, mars 2003, Drees.

2. Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, présidée par monsieur Angel PIQUEMAL, directeur du centre hospitalier intercommunal de la côte Basque – rapport de mission – octobre 2002.

## UNE LARGE GAMME DE MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE, AYANT CHACUNE LEURS SPÉCIFICITÉS

On distingue habituellement cinq principaux types d'activité à l'hôpital :

1 - l'hospitalisation à temps complet (ou encore à temps plein) durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit (y sont comptés les séjours où le patient passe au moins une nuit à l'hôpital) ;

2 - les alternatives à l'hospitalisation qui correspondent à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée ne dépassant pas la journée ou la nuit. Les structures alternatives doivent permettre aux malades de bénéficier du plateau technique et des compétences générales de l'hôpital sans pour autant qu'il soit coupé de son cadre de vie habituel. Rendues possibles par les progrès techniques, thérapeutiques et organisationnels, les alternatives sont définies sur le plan des modalités de création et de fonctionnements par trois décrets de 1992 complétés par un décret en 1994 spécifique à l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire. Ces décrets distinguent trois types d'alternatives :

a - Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, qui permettent notamment la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Les services d'hospitalisations de nuit accueillent et traitent des malades dont l'état de santé n'exige qu'une hospitalisation nocturne. Ils concernent essentiellement des services psychiatriques.

b - Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire qui permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le malade à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et celles d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire doivent se doter d'une organisation spécifique et individualisée des autres services de l'hôpital. Elles doivent en cela disposer de locaux, de matériels et de personnels propres. Elles sont, néanmoins, installées dans des hôpitaux assurant une activité d'hospitalisation complète, à l'exception de quelques rares structures totalement indépendantes. Leurs capacités d'accueils ne sont pas comptabilisées en lits comme en hospitalisation complète, mais en places. Les séjours dans ces structures sont aussi appelés des « venues ». Par souci de simplification, l'activité réalisée dans ces deux types de structures est souvent appelée, « hospitalisation partielle » ou « hospitalisation de moins de 24 heures ».

c - Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) qui permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Leur fonctionnement médical est organisé par un médecin coordinateur. Contrairement aux deux types d'alternatives précédents, l'HAD est une forme de prise en charge « extra-hospitalière ».

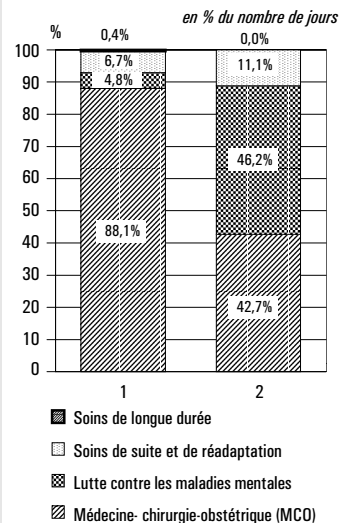
Une convention de langage importante : en général, lorsque l'on parle de l'activité des établissements de santé, on fait référence par défaut aux prises en charge à temps complet et à temps partiel (à l'exclusion de l'hospitalisation à domicile qui reste marginale). Celles-ci mobilisent en effet la majorité des personnels et des ressources de l'hôpital.

3 - On réserve généralement le terme de traitements et cures ambulatoires à des traitements itératifs généralement organisés en séquences d'une demi-journée environ et nécessitant des équipements spécifiques. On mesure en séances, les activités de radiothérapie, de dialyse et de rééducation ; par contre, la mesure des capacités de prise en charge pour ces traitements varie selon l'activité. La majorité des séances est effectuée dans un cadre ambulatoire, mais elles peuvent aussi être réalisées au bénéfice de patients hospitalisés à temps complet (c'est le cas par exemple des dialyses chez des patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés).

4 - Les consultations externes ne relèvent pas des « alternatives à l'hospitalisation » mais constituent une partie parfois importante de l'activité de soins sans hébergement dispensée dans les hôpitaux. Cette activité est en grande partie similaire à celle réalisée par des praticiens libéraux en cabinet de ville. À ce titre, il faut noter que le concept de consultations externes ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements privés financés par dotation globale. Dans les cliniques, les consultations sont dispensées par des praticiens libéraux dans des cabinets installés dans l'établissement de soins, mais juridiquement différents de celui-ci et assimilables à des cabinets de ville. Pour cette raison, les consultations réalisées dans les cliniques ne sont pas considérées comme une activité de la clinique.

5 - Enfin, les passages aux urgences, c'est-à-dire l'activité d'accueil, d'orientation et de traitement des unités spécialisées pour prendre en charge 24 h sur 24 les demandes de soins non programmées. Ces unités n'existent que dans les établissements autorisés ; elles doivent disposer d'une zone d'accueil et de boîtes de surveillance de très courte durée. La mesure de capacité se compte en boîtes, celle de l'activité en passages.

Comparaison de l'activité par discipline entre l'hospitalisation de plus de 24 heures et celle de moins de 24 heures



Champ : France métropolitaine

Source : SAE 2001, PMSI 2001 pour le MCO, Drees

chronique réalisés par hémodialyse sont comptabilisés en séances. Qu'il s'agisse des passages aux urgences ou des séances, le temps de prise en charge des malades à l'hôpital est alors, en général, inférieur à la journée.

Deux sources d'informations sont principalement utilisées pour mesurer l'activité (encadré 3.6). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concerne le seul champ du court-séjour MCO : des données fiables pour quantifier l'activité des établissements de santé sont disponibles depuis 1998, les évolutions seront ainsi présentées sur la période 1998-2001. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) existe depuis 1994 et couvre la totalité du champ de l'activité hospitalière, mais elle a connu une refonte importante en 2000, modifiant certains concepts et pouvant parfois gêner les comparaisons en 1999, 2000 et 2001 sur certains indicateurs.

## LA MESURE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE : SOURCES ET MÉTHODES

*Dans ce chapitre, deux sources d'information sont utilisées en complémentarité, selon le domaine d'activité : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (Dhos) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), profondément rénovée sur l'exercice 2000. L'objectif retenu pour cette rénovation était de permettre une meilleure appréciation des activités et des moyens à partir desquels les établissements dispensent leurs soins. Le parti a été pris de la complémentarité avec le PMSI pour réduire la charge de réponse des établissements enquêtés, et d'une interrogation par établissement géographique pour harmoniser le niveau de description des établissements publics et privés et localiser les activités et les équipements.*

*L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en journées. La rénovation de la SAE a globalement amené à un rapprochement de ces concepts dans le PMSI et la SAE. Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, le renouvellement profond de la SAE, tant dans les concepts que sur le questionnement, rend parfois difficile l'analyse des évolutions de certaines variables d'activité (entrées directes, venues, mais aussi journées d'hospitalisation) entre 1999, d'une part, et 2000 et 2001, d'autre part.*

*En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la Drees, les rapports de secteur, complètent les données de la SAE. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour proviennent du PMSI.*

*Le PMSI ne mesure toutefois que 96 % de l'activité. En effet, certains établissements n'y décrivent pas de manière exhaustive leur activité MCO et, d'autre part, son champ ne couvre pas totalement l'activité MCO des établissements à tarifs d'autorité, ni celle des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Par conséquent, deux sortes de redressements sont effectués : d'une part, la non-exhaustivité des réponses est redressée, établissement par établissement, à partir de la SAE et, d'autre part, un calage sur l'activité recueillie dans la SAE est effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et de la région d'implantation) pour corriger l'absence de réponse de certains établissements. Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison, d'une année sur l'autre, des niveaux d'activité en MCO et pour calculer leur évolution compte tenu de l'amélioration progressive de la représentativité du PMSI.*

En 2001, les séjours se sont répartis en 11,8 millions de séjours en hospitalisation complète et 10,9 millions de venues en hospitalisation partielle (hors les séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie).

La répartition des séjours dans les six grandes disciplines médicales (médecine, chirurgie, et obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et soins de longue durée) varie très fortement selon le mode d'hospitalisation. Ainsi, en hospitalisation complète, le court séjour MCO représente 88,1 % des prises en charge, les soins de suite et de réadaptation 6,7 %, la psychiatrie 4,8 % et les soins de longue durée 0,4 %. En hospitalisation à temps partiel, les soins de courte durée MCO ne constituent plus que 42,7 % des séjours, contre 11,1 % pour les soins de suite et de réadaptation. La psychiatrie qui a développé les alternatives à l'hospitalisation depuis plus longtemps que les autres disciplines, rassemble 46,2 % des hospitalisations à temps partiel.

- *Un ralentissement de l'activité à temps complet*

En 2001, les établissements de santé métropolitains ont assuré 141 millions de journées d'hospitalisation à temps complet, correspondant à la prise en charge de 11,8 millions de séjours.

Pour toutes les disciplines, à l'exception des soins de longue durée, on enregistre depuis 1998 une diminution sensible du nombre de journées qui témoigne de l'évolution des prises en charge en hospitalisation complète. Cette évolution est cohérente avec la diminution des capacités d'hospitalisation complète décrite précédemment.

En effet, toutes disciplines confondues, le nombre de journées réalisées par l'ensemble des établissements de santé a diminué de 3 % entre 1998<sup>31</sup> et 2001 (graphique 3.8).

Pour les soins aigus (MCO) qui représentent près de 90 % des séjours en hospitalisation complète, cette diminution du nombre de journées résulte à la fois d'une diminution du nombre de séjours et d'une inflexion à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS). Depuis 1998, le nombre de séjours MCO a été stable dans un premier temps, puis a amorcé une très légère baisse en 1999 qui s'est accentuée en 2000, enregistrant même un recul sensible en 2001 (-1,4 % de séjours). Sur l'ensemble de la période, le nombre de séjours MCO en hospi-

---

31. L'utilisation de la base PMSI, qui s'est généralisée à l'ensemble des établissements pour l'activité de court séjour jusqu'en 1997, a conduit à retenir 1998 comme début de période. En effet les informations recueillies lors de la première année de collecte étant de moins bonne qualité, il est préférable de ne pas les utiliser pour étudier les évolutions.

talisation complète a diminué de 2 %. Dans le même temps, la durée moyenne de séjour a peu évolué, passant de 6,3 à moins de 6,2 jours, restant à peu près stable depuis 1999. En raison du changement de méthode de mesure de l'activité, il n'est pas possible de comparer rigoureusement ces chiffres aux années précédant 1998 (encadré 3.5). Toutefois, la comparaison des différentes sources de données d'activité hospitalière<sup>32</sup> permet d'observer les tendances d'évolution. Il apparaît ainsi que jusqu'en 1998, le nombre de séjours en hospitalisation complète a continué à progresser de façon modérée (approximativement de 0,5 % par an), alors que le nombre de journées d'hospitalisation baissait en raison de la diminution de la durée de séjour. L'année 1999 semble ainsi marquer une inversion de tendance, le recul du nombre de journées d'hospitalisation étant depuis lors lié à la baisse du nombre de séjours.

D'après l'enquête de conjoncture qui suit l'évolution de l'activité hospitalière trimestre par trimestre sur un échantillon d'établissements, cette tendance se serait poursuivie en 2002, concernant plus particulièrement les établissements sous dotation globale. Ainsi, au sein des hôpitaux publics, le nombre de séjours d'hospitalisation à temps complet dans les disciplines de court séjour aurait diminué de 2 %. Le nombre de journées d'hospitalisation a également diminué, mais dans une moindre mesure (-1,2%), semblant confirmer les indices d'une stabilisation, voire d'une inflexion à la hausse de la durée moyenne de séjour depuis 1999/2000.

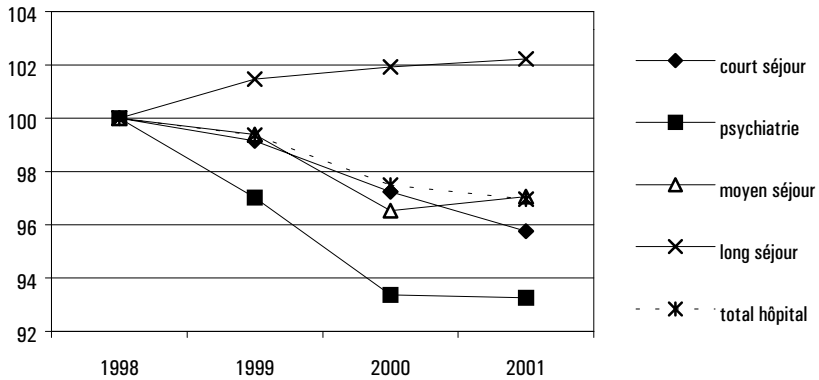
Une diminution de l'activité est également constatée pour les établissements privés sous dotation globale participant au service public hospitalier, avec respectivement une baisse de 1,7 % des séjours et 4,1 % des journées. Ce constat est un peu différent pour le secteur des cliniques privées sous OQN, l'activité resterait stable, mais le caractère très récent de cette enquête au sein de cette catégorie d'établissements ne permet pas de calculer une tendance statistique globale sur l'année 2002.

Le nombre de séjours en hospitalisation complète a également diminué entre 1998 et 2001 de près de 2 % en chirurgie et de 2,5 % en médecine. Seul le nombre d'accouchements a progressé sur la période avec une croissance de plus de 2,2 % entre 1998 et 2001 (graphique 3.9), et ce, malgré une légère diminution entre 2000 et 2001 (-1,5 %).

32. La SAE permet de comparer de manière cohérente les données d'activité des établissements de 1994 à 1999, le PMSI fournit une autre série de 1998 à 2001.

graphique 3.8

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES DANS LES GRANDES DISCIPLINES (BASE 100 EN 1998)  
TOTAL JOURNÉES EN HOSPITALISATION COMPLÈTE**

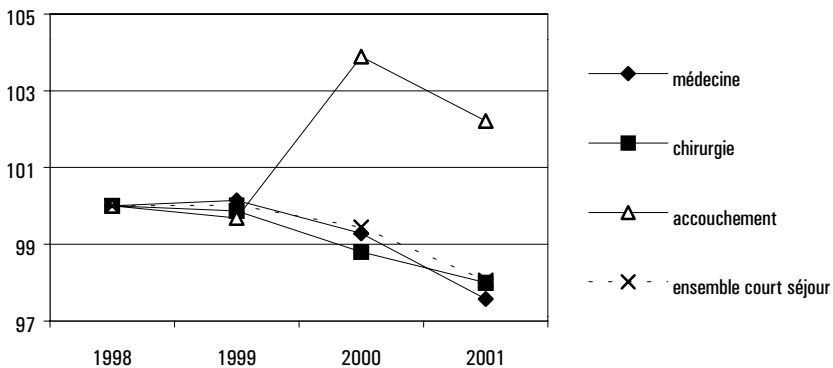


Champ : France métropolitaine

Source : PMSI pour le court séjour MCO, SAE pour les autres disciplines, Drees

graphique 3.9

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE  
EN COURT SÉJOUR MCO (BASE 100 EN 1998)**



Champ : France métropolitaine

Source : PMSI, Drees

Dans les autres disciplines, l'analyse du nombre de journées est rendue plus difficile par le changement de définition et de mode de recensement du nombre de séjours en hospitalisation complète dans l'édition 2000 de la SAE. Le problème ne se pose pas pour l'activité de court séjour qui est obtenue à la fois à partir de la SAE et par un autre système d'information (le PMSI).

En psychiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation complète a considérablement diminué depuis 1998 (-7 %). Cette diminution est confirmée par les données issues des rapports de secteurs de psychiatrie qui montrent un nombre de journées d'hospitalisation complète en diminution de 10 % entre 1997 et 2000<sup>33</sup>. Cette baisse observable depuis 1991 dans les établissements sectorisés (qui concentrent 74 % des journées d'hospitalisation complète réalisées en 2001) se poursuit à un rythme cependant de moins en moins rapide : le taux de variation annuel moyen était de -5,2 % entre 1991 et 1993, -4,4 % de 1993 à 1995, -3,6 % de 1995 à 1997 puis -2,7 % de 1997 à 2000. Elle ne s'accompagne pas pour autant d'une diminution du nombre d'entrées en hôpital psychiatrique, celles-ci ayant augmenté de 0,9 % entre 2000 et 2001 et ayant pour conséquence une poursuite de la réduction de la durée moyenne de séjour en psychiatrie qui atteint 34,2 jours, en 2001.

En moyen séjour, le nombre de journées diminue quant à lui de 2,5 % entre 1998 et 2001. Entre 2000 et 2001, alors que l'activité de soins de suite – qui représente 70 % du nombre total de journées d'hospitalisation en moyen séjour – recule (-1 % aussi bien en nombre de journées qu'en nombre de séjours), les hospitalisations complètes en réadaptation fonctionnelle progressent nettement. Les entrées directes augmentent de 3,2 % et les journées de 4,8 %. Compte tenu des besoins liés au vieillissement de la population, on assiste en effet à une reconversion des capacités de convalescence non gériatrique au profit de celles de rééducation fonctionnelle destinées à des patients dont la prise en charge est plus lourde.

- *Une croissance soutenue de l'hospitalisation à temps partiel*

À l'inverse de l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel connaît une croissance régulière et soutenue depuis plusieurs années. Elle a concerné en 2001 près de 11 millions de venues, soit une augmen-

---

33. Les rapports de secteurs sont disponibles toutes les années impaires jusqu'en 1999, puis tous les trois ans depuis 2000, ce qui explique le décalage de la période de comparaison. Une part mineure de la baisse s'explique également par une modification du système d'information en psychiatrie, l'activité des dispositifs intersectoriels autonome étant comptabilisée dans des rapports spécifiques depuis 2000.

tation toutes disciplines confondues de 5 % entre 1998 et 2001, c'est-à-dire une évolution annuelle moyenne de +1,6 % (graphique 3.10). L'augmentation la plus forte est observée pour le court séjour (+17 % en 3 ans). La chirurgie, en hospitalisation partielle, a augmenté de 18 % et la médecine de 15 % entre 1998 et 2001.

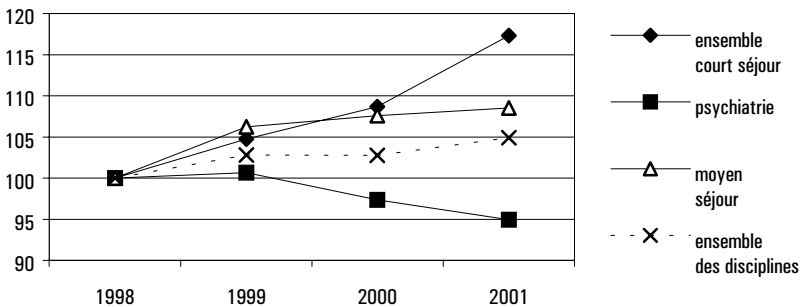
En moyen séjour, la hausse est plus modérée (+9 % entre 1998 et 2001). La diminution du nombre de venues en hospitalisation partielle en psychiatrie depuis 2000 s'accompagne d'une augmentation des prises en charge en accueil de jour (non comptabilisée dans l'activité à temps partiel qui se limite en psychiatrie à l'hospitalisation de jour ou de nuit – voir encadré 3.6), et doit être interprétée avec prudence du fait de l'imprécision de la frontière entre ces deux types de prises en charge.

Ainsi, depuis 1998, la croissance de l'activité hospitalière est exclusivement due à l'évolution de l'activité à temps partiel comme le montre le tableau 3.12.

Cette tendance concerne en fait toutes les prises en charges sans hébergement dans les établissements de santé, c'est-à-dire non seulement les hospitalisations à temps partiel, mais aussi les urgences, les consultations externes ou les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie... Il faut aussi tenir compte des diverses formes de prises en charge en dehors des murs de l'hôpital qu'il finance et organise, et qui connaissent un développement important, plus particulièrement dans le cadre de la psychiatrie.

Cette évolution structurelle importante est décrite de manière plus détaillée dans le chapitre III.2.2.

graphique 3.10  
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS EN HOSPITALISATION PARTIELLE  
(BASE 100 EN 1998)



Champ : France métropolitaine

Source : PMSI pour le court séjour MCO, SAE pour les autres disciplines, Drees



tableau 3.12  
COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE NOMBRE DE SÉJOURS  
ENTRE TEMPS COMPLET ET TEMPS PARTIEL

Évolution du nombre de séjours	en %					
	1998/1999		1999/2000		2000/2001	
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel
MCO	+0,0	+5,0	-0,6	+5,5	-1,3	+6,7
Total	+0,3	+3,0	NR	NR	-1,1	+1,6

Champ : France métropolitaine  
Source : PMSI, Drees

## L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

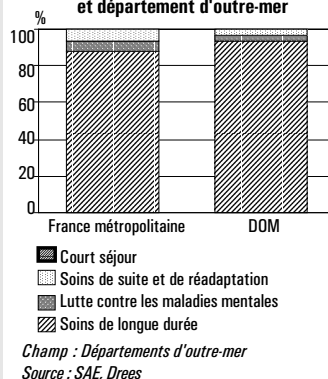
L'activité d'hospitalisation complète<sup>1</sup> mesurée en journées, des établissements de santé publics et privés des départements d'outre-mer représente, en 2001, 2 % de l'activité France entière. L'essentiel de l'activité en hospitalisation complète des DOM est du court séjour (94 % des séjours et 71 % des journées, contre respectivement 88 % et 45 % en France métropolitaine), le moyen séjour et la lutte contre les maladies mentales représentant chacun 3 % des séjours et 13 % des journées réalisés (graphique 1).

Le nombre de journées évolue différemment par discipline dans les départements d'outre-mer et en France métropolitaine. En effet, entre 1998 et 2001, les journées y diminuent en court séjour et psychiatrie (respectivement de 1 et 5,3 %), alors qu'elles augmentent en moyen et long séjour de 5 et 9,5 %. Cette évolution est cohérente avec celle des capacités d'accueil en hospitalisation complète et traduit un redéploiement des lits vers le moyen et le long séjour (leurs parts augmentent de 1 point au détriment de la psychiatrie qui perd 2 points).

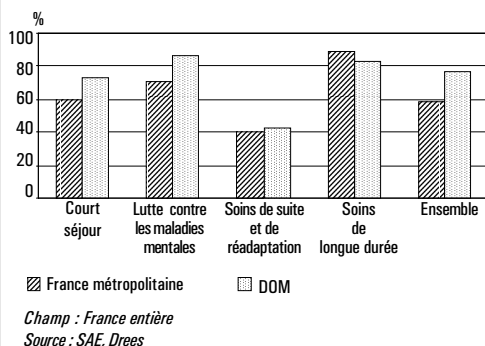
Dans ces départements, le poids du secteur public est plus élevé qu'en métropole. Il réalise 77 % des journées, contre 58 % en France métropolitaine. Cette sur-représentation existe dans toutes les disciplines, à l'exception des soins de longue durée (graphique 2). Les secteurs sous dotation globale et sous Objectif quantifié national représentent, quant à eux, respectivement 2 % et 21 %. En moyen séjour, le secteur sous OQN est majoritaire avec 56 % des journées.

Depuis 1998, l'hospitalisation à temps partiel connaît une croissance plus rapide dans les départements d'outre-mer qu'en France métropolitaine (+11,4 % entre 1998 et 2001 contre +5 % en France métropolitaine), essentiellement en court séjour MCO (+21 % contre +17 % en France métropolitaine).

1. Comparaison de la répartition de l'activité en hospitalisation complète entre France métropolitaine et département d'outre-mer



2. Comparaison de la part du secteur public entre France métropolitaine et département d'outre-mer



1. Les données utilisées pour cette analyse proviennent exclusivement de la SAE, au vu de la mauvaise qualité des données issues du PMSI pour les DOM en 2001.

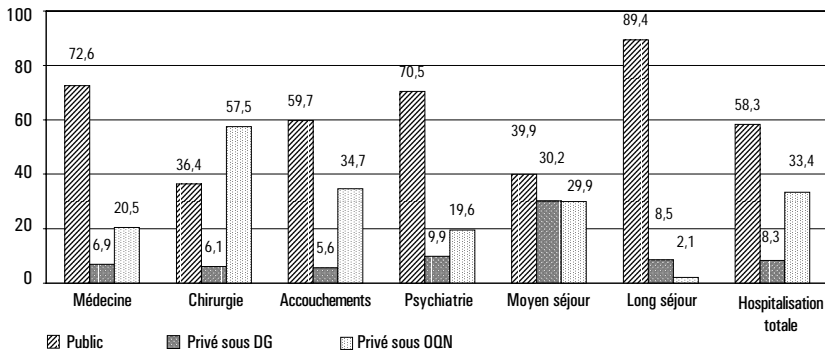
**une répartition spécialisée de l'activité entre hôpitaux publics et cliniques privées**

- *Hospitalisation à temps complet : la chirurgie largement prise en charge par les cliniques, la médecine, la psychiatrie et le long séjour majoritairement par les hôpitaux publics*

En 2001, les cliniques privées à but lucratif prennent en charge 57,5 % des séjours chirurgicaux en hospitalisation complète contre seulement 20,5 % des séjours médicaux et 34,5 % des accouchements (graphique 3.11). À l'inverse donc, ce sont les hôpitaux publics qui accueillent la majorité des séjours médicaux (près de 73 %) et des accouchements (60 %). La part des établissements privés sous dotation globale étant de l'ordre de 6 % pour chacune des disciplines.

graphique 3.11

**RÉPARTITION DES SÉJOURS EN HOSPITALISATION COMPLÈTE PAR SECTEUR D'HOSPITALISATION ET PAR DISCIPLINE**



Champ : France métropolitaine

Source : PMSI 2001 pour le court séjour (médecine, chirurgie, accouchements) et SAE 2001 pour les autres disciplines, Drees

La situation apparaît plus équilibrée sur les soins de suite et de réadaptation. Si ces hospitalisations représentent 24,5 % de l'activité des établissements privés sous dotation globale, contre 4,5 % pour les hôpitaux publics et 6 % pour les établissements sous OQN, chaque secteur prend en charge approximativement le tiers de l'activité totale de soins de suite et de réadaptation.

En psychiatrie, l'hôpital public est prédominant : avec 6 % de son activité en hospitalisation complète, il concentre 70 % des séjours de cette discipline. Les

établissements privés sous DG en accueillent 10 % et les établissements sous OQN 20 %. Enfin, le secteur public assume la quasi-totalité de l'activité de long séjour (90 % des séjours), même si celle-ci ne représente que 0,6 % de ses hospitalisations. Les établissements privés sous dotation globale accueillent quant à eux 8 % des séjours de longue durée, le secteur privé sous OQN étant quasiment absent de cette discipline.

Entre 1998 et 2001, la concentration de l'activité des cliniques privées sur la chirurgie a eu tendance à se renforcer. La part des établissements privés sous OQN a ainsi augmenté de 56 % en 1998 à 57,5 % en 2001 au détriment essentiellement du secteur public qui perd 1,3 point sur l'ensemble de la période. La part du secteur sous dotation globale reste quant à elle quasiment stable autour de 6 %. Par contre, la part du secteur public augmente en médecine, passant de 71,8 % en 1998 à 72,6 % en 2001, induisant une baisse de celle du secteur privé sous OQN de 1 point. Enfin la part des accouchements diminue dans le privé sous OQN de 1,4 point en trois ans, passant de 36,1 % en 1998 à 34,7 % en 2001, au profit des établissements publics.

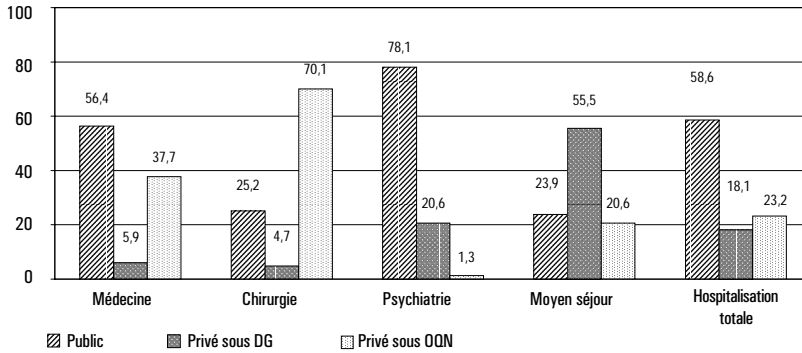
En moyen séjour, la part des cliniques privées est encore parfaitement stable entre 1998 et 2001, mais celle des hôpitaux publics diminue de 0,6 point au profit des établissements privés sous dotation globale.

En psychiatrie, l'évolution de la répartition par secteur d'hospitalisation est plus marquée. En effet, la part du secteur privé sous dotation globale diminue de 6 points en 3 ans, passant de 16 % en 1998 à 10 % en 2001. La part du public est passée de 65,5 % en 1998 à 70,5 % en 2001. Les cliniques privées, quant à elles, accroissent également leur part dans l'activité de plus de 24 heures en psychiatrie : 18,5 % en 1998 et 19,5 % en 2001. Ceci s'explique par la baisse du nombre de journées d'hospitalisation dans les établissements sous dotation globale (-19 % entre 1998 et 2001). Dans ce secteur, un nombre important de lits de psychiatrie a en effet été converti en structures médico-sociales.

- *En hospitalisation à temps partiel : prédominance de la chirurgie dans les cliniques privées*

Comme en hospitalisation complète, la concentration de l'activité des cliniques privées sur la chirurgie se renforce entre 2000 et 2001. La part du privé sous OQN augmente de 1 point en chirurgie, au détriment du secteur public, elle diminue d'autant en médecine, induisant une hausse équivalente dans le public (graphique 3.12). Dans les autres disciplines, la répartition par secteur est stable.

graphique 3.12  
**RÉPARTITION DES SÉJOURS EN HOSPITALISATION PARTIELLE  
 PAR SECTEUR D'HOSPITALISATION ET PAR DISCIPLINE**



Champ : France métropolitaine

Source : PMSI 2001 pour le court séjour (médecine, chirurgie, accouchements) et SAE 2001 pour les autres disciplines, Drees

***peu d'évolution en 2001  
de l'activité par pathologie***

Les séjours de Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) décrits à partir du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) sont classés dans des groupes homogènes de malades (GHM), c'est-à-dire des groupes de séjours relativement proches, à la fois en termes de pathologies ou d'actes thérapeutiques, et de consommation de ressources. Les GHM sont eux-mêmes regroupés en 27 Catégories majeures de diagnostics (CMD) qui permettent de décrire à grands traits l'activité des hôpitaux selon les grands groupes de pathologies.

Si la spécialisation historique du secteur privé lucratif dans la chirurgie, et plus généralement dans les activités programmées et standardisées, s'est maintenue, les études menées ces dernières années à partir de l'analyse des données issues du PMSI montrent des formes de spécialisations plus fines des différents secteurs sur certaines activités, certaines formes de prise en charge (hospitalisations à temps complet, à temps partiel et en chirurgie ambulatoire)...

***la structure d'activité  
par grande catégorie  
de diagnostics est stable  
en court séjour depuis 1998***

Près des deux tiers de l'activité sont décrits depuis 1998 par les 8 mêmes CMD sur les 27 existantes. Ainsi 15 % des séjours sont classés dans les affections du tube digestif, 11 % dans les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 9 % dans les affections de l'appareil circulatoire, 8 % dans les accouchements et

grossesses pathologiques, 7 % dans les facteurs influant sur l'état de santé<sup>34</sup>, 6 % dans les affections ORL, et 5 % dans les affections de la peau et des tissus sous-cutanés et dans les affections du système nerveux.

Toutefois, le secteur des établissements privés sous OQN se différencie des deux autres secteurs par une concentration plus forte de son activité. 78 % de celle-ci, contre les deux tiers pour les deux autres secteurs de son activité et classée dans les 8 CMD précédentes, et 55 % répartie au sein de quatre d'entre elles (affections du tube digestif, 23 %, affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 14 %, affections ORL 10 %, affections de l'appareil circulatoire, 8 %).

Les établissements publics et privés sous dotation globale réalisent quant à eux respectivement 65 % et 69 % de leur activité dans les 8 principales CMD. L'activité la plus représentée est, dans le secteur public, l'activité liée aux facteurs influant sur l'état de santé, c'est-à-dire principalement les examens de surveillance (10 %) et, dans le secteur privé sous dotation globale (11 %), le traitement des affections cancéreuses<sup>35</sup>. Ce dernier prend ainsi en charge près de 20 % des séjours liés à ces affections contre environ 6 % de l'ensemble des séjours.

**13 GHM sur 585 regroupent plus du quart des séjours en MCO**

La concentration de l'activité est encore plus marquée au niveau détaillé des groupes homogènes de malades (GHM). En effet, 13 GHM sur 585<sup>36</sup> suffisent pour décrire plus du quart des séjours (tableau 3.13). De la même manière, 53 GHM permettent de décrire la moitié des séjours et 104 les deux tiers de l'activité.

Parmi les 13 GHM les plus fréquents, 6 sont des séjours dont la durée est inférieure à 24 heures, et donc des venues en hospitalisation partielle, soulignant l'importance continuellement croissante de cette forme de recours à l'hôpital, dont la part dans le total des séjours est passée de 27 % en 1998 à 31 % en 2001. En particulier, les deux GHM les plus importants regroupent à eux seuls presque 10 % de la totalité des hospitalisations MCO. Le premier regroupe les endoscopies réalisées sous anesthésie. Cet acte exploratoire concerne dans près de 90 % des cas l'appareil digestif ; il est effectué en

34. Il s'agit très souvent de séjours pour examens sans résultats anormaux.

35. Les séances de radiothérapie, chimiothérapie ne faisant pas partie du champ de l'étude, on sous-estime cette activité ainsi que le rôle des centres de lutte contre le cancer.

36. La sixième version de la classification des séjours comporte 600 groupes homogènes de malades (GHM) auxquels nous avons retiré les 10 groupes représentant l'activité en séances et les séjours groupés en erreur.

tableau 3.13

**LES 13 GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES (GHM)  
REGROUPANT LE QUART DES SÉJOURS LES PLUS FRÉQUENTS EN MCO**

Libellé du GHM	N° du GHM	Nombre de séjours	% du nombre total de séjours	% cumulé	Répartition de séjours entre les secteurs hospitaliers (en %)		
					Public	Privés sous DG	Privés sous OQN
<b>Endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire</b>	830	879 283	6,0	6,0	11,0	5,0	84,0
<b>Accouchements par voie basse sans complication</b>	540	533 543	4,0	10,0	58,5	5,5	36,0
<b>Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire sans acte opératoire</b>	823	527 655	3,5	13,5	87,0	7,0	6,0
<b>Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie</b>	51	282 317	2,0	14,5	20,0	4,0	76,0
<b>Autres facteurs influant sur l'état de santé</b>	675	248 526	2,0	16,5	64,0	8,0	28,0
<b>Affections myéoprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus : ambulatoire, sans acte opératoire</b>	817	241 355	1,5	18,0	78,0	15,0	7,0
<b>Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres</b>	295	175 113	1,0	19,0	30,0	7,0	64,0
<b>Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire, avec acte opératoire</b>	709	164 816	1,0	20,0	18,0	5,0	77,0
<b>Interventions sur le cristallin, en ambulatoire</b>	762	162 893	1,0	21,0	10,0	3,0	87,0
<b>Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en ambulatoire</b>	777	159 028	1,0	22,0	61,0	4,0	35,0
<b>Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA</b>	587	152 552	1,0	23,0	64,0	29,0	7,0
<b>Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire</b>	184	144 105	1,0	24,0	77,0	6,0	17,0
<b>Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre</b>	182	141 474	1,0	25,0	47,0	5,0	48,0

*Champ : France métropolitaine*

*Source : PMSI 2001, Drees*

très grande majorité (84 %) dans les cliniques privées et sa fréquence augmente de 7,5 % entre 2000 et 2001. Le second GHM rassemble les séjours dont les motifs d'hospitalisation sont liés aux « facteurs influant sur l'état de santé » correspondant le plus souvent à des examens de surveillance sans résultats anormaux. Ces venues se font dans 87 % des cas dans des hôpitaux publics.

Pour les hospitalisations à temps complet, une part très importante de l'activité des établissements de santé est consacrée à la grossesse et à la naissance. En effet, le premier motif d'hospitalisation est l'accouchement. En 2001, les quelques 760 000 accouchements ont représenté comme en 2000, 7,5 % de l'activité hospitalière de court séjour – MCO. Ces accouchements sont dans 18 % des cas des césariennes, taux qui augmente de 1 point entre 2000 et 2001.

La diminution de l'activité médicale en hospitalisation complète modifie peu la part des séjours médicaux

les plus fréquents entre 2000 et 2001. Néanmoins, on peut noter une augmentation sensible (+3,6 %) des hospitalisations à temps complet dans le but de réaliser des chimiothérapies sans complication (GHM 587). À l'inverse, le nombre de séjours pour cathétérismes cardiaques ou coronarographies (GHM 182) recule de 5 %, dans le prolongement de la baisse de 7 % enregistrée entre 1999 et 2000.

***le traitement de la cataracte,  
en forte croissance,  
reste l'acte chirurgical  
le plus fréquent***

Dans le domaine de la chirurgie, une part importante de l'activité des établissements hospitaliers concerne des actes qui ne nécessitent pas de prise en charge lourde. Ces cas « légers » figurent en effet parmi les actes les plus fréquents, les 50 actes opératoires classants les plus fréquents représentant 45 %<sup>37</sup> de la totalité des actes opératoires classants recensés dans le PMSI. S'y adjoignent les interventions pour tumeurs du sein (environ 78 000 interventions en 2001) et les opérations réalisées sous circulation extra corporelle (CEC) pour certaines interventions en chirurgie cardiaque (environ 37 000 CEC réalisées en 2000).

En 2001, les interventions sur la cataracte représentent toujours l'acte chirurgical pratiqué le plus fréquemment (445 000 interventions dont 163 000 à temps partiel), enregistrant une forte augmentation (+7,5 % par rapport à 2000 et +13,5 % par rapport à 1998). La chirurgie des varices et autres troubles veineux des membres inférieurs a été pratiquée 360 000 fois. En ORL, ce sont les opérations des végétations ou les amygdalectomies qui sont toujours le plus fréquemment pratiquées (un peu moins de 217 000 actes) et les actes les plus fréquents en chirurgie orthopédique sont les arthroscopies (environ 215 000 actes classants). Le nombre d'IVG<sup>38</sup> en 2001 est du même ordre qu'en 1999, avec 203 740 séjours<sup>39</sup>. Les actes les plus fréquents sont, ensuite, en chirurgie digestive, le traitement des hernies de l'aine et les appendicites (respectivement environ 161 000 et 125 000) puis en chirurgie générale, les interventions sur le canal carpien (environ 119 000 actes).

37. Il s'agit ici d'un pourcentage d'actes et non de séjours, plusieurs actes pouvant être réalisés au cours d'un même séjour. Un acte marqueur d'une consommation de ressources significative est défini comme classant. Un acte classant peut être opératoire (intervention chirurgicale) ou pas (la radiologie interventionnelle des artères coronaires telles les coronarographies et les dilatations coronaires, appelées aussi angioplasties).

38. Le nombre d'IVG et son évolution sont calculés à partir de la SAE 2001.

39. Les IVG médicamenteuses et les interruptions thérapeutiques de grossesse sont incluses dans ce décompte. Sur la France entière, on obtient un chiffre de 217 360.

## 2.2 UNE LARGE PALETTE DE PRESTATIONS RÉALISÉES EN HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

***une activité largement concentrée sur certains actes, examens ou pathologies***

En court séjour - MCO, les hospitalisations dites de moins de 24 heures regroupent en fait deux types d'activités : l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire d'une part, et l'hospitalisation à temps partiel qui concerne essentiellement des prises en charge médicales d'autre part (encadré 3.5). Elles sont réglementées depuis 1992, notamment sur le plan des modalités de fonctionnement des structures accueillant les patients. La frontière entre ces deux activités reste cependant parfois floue, certains actes médicaux pouvant être effectués dans des structures d'anesthésie et chirurgie ambulatoire lorsqu'ils sont effectués sous anesthésie. C'est par exemple le cas, en France, de la plupart des actes d'endoscopie.

Par simplification, l'ensemble de l'activité d'hospitalisation de moins de 24 heures est souvent appelée hospitalisation à temps partiel. Pour la clarté du propos, l'activité chirurgicale sera, ici, différenciée de l'activité médicale sur la base de la définition fournie par le PMSI<sup>40</sup>. Ainsi, en 2001, les hospitalisations de moins de 24 heures se décomposent en 30 % de séjours chirurgicaux et 70 % de séjours médicaux. Ce partage est resté globalement inchangé depuis 1998.

Comme cela a été déjà souligné, l'activité d'hospitalisation à temps partiel a fortement augmenté ces trois dernières années (plus de 20 % de séjours supplémentaires), alors que le nombre de séjours en hospitalisation à temps complet diminuait de 2 % malgré l'augmentation du nombre d'accouchements. Ainsi avec plus de 4,6 millions de prises en charge, l'hospitalisation à temps partiel représente en 2001 plus de 31 % des séjours en MCO contre 27,5 % en 1998. Il reste néanmoins encore difficile d'identifier si cette divergence d'évolution résulte d'un phénomène de substitution de l'activité à temps complet vers le temps partiel<sup>41</sup>, ou si elle est la conséquence de phénomènes indépendants. Quelques éléments d'analyses suggèrent une substitution encore limitée, notamment en chirurgie, malgré le fort développement des interventions sur la cataracte dans ce cadre.

Bien que comprenant globalement une grande diversité de motifs de prises en charge, une part importante de l'hospitalisation à temps partiel, plus que celle à temps

40. Un séjour est dit « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie.

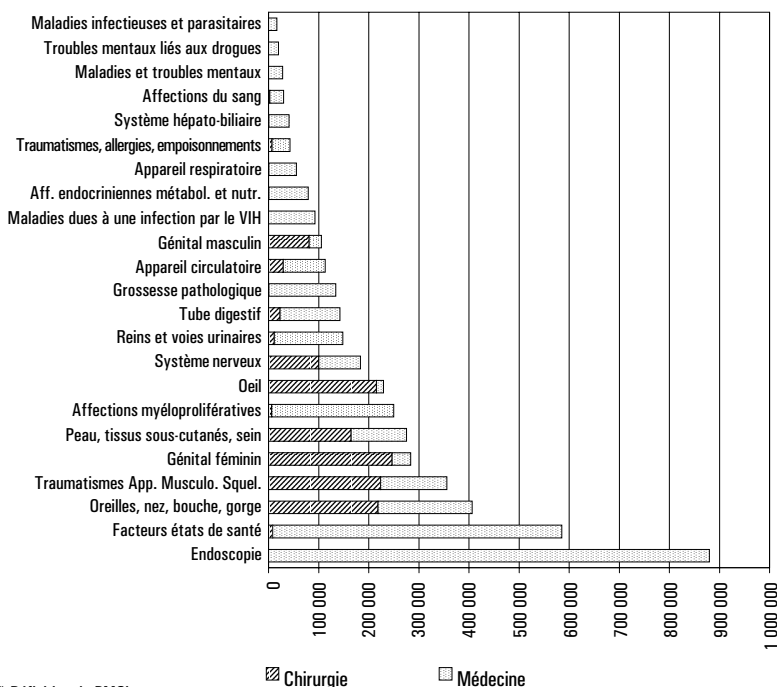
41. Les pathologies ou les actes qui étaient auparavant traités ou réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de plusieurs jours seraient dorénavant plus souvent pris en charge à temps partiel.



complet, apparaît concentrée sur certains actes ou pathologies. En effet, les endoscopies et 8 CMD regroupent plus des trois quarts (77 %) des motifs d'hospitalisation partielle en MCO<sup>42</sup>.

Près de 20 % de ces séjours sont des endoscopies réalisées sous anesthésie, 13 % sont classés dans les facteurs influant sur l'état de santé, 9 % dans les affections ORL, 7,5 % dans les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 6 % dans les affections de la peau et des tissus sous-cutanés et dans les affections de l'appareil génital féminin, 5 % en affections myéloprolifératives et affections de l'œil et enfin, 4 % dans les affections du système nerveux (graphique 3.13).

graphique 3.13  
RÉPARTITION DES SÉJOURS DE MOINS DE 24 HEURES  
PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC EN 2001



\* Définition du PMSI

Champ : France métropolitaine

Source : PMSI 2001, Drees

42. Dans le PMSI, les chimiothérapies sont théoriquement comptées en séances. En conséquence, dans cette partie de l'analyse basée sur cette source, elles ne sont pas incluses.

D'autre part, 8 GHM (4 médicaux et 4 chirurgicaux) sur les 75 recensés pour les hospitalisations de moins de 24 heures regroupent plus de la moitié de ces séjours (tableau 3.14). 4 d'entre eux donnent lieu à des séjours en forte augmentation et contribuent donc de façon importante à l'accroissement global de l'hospitalisation à temps partiel (+7 % entre 2000 et 2001). La plus forte évolution est celle des séjours pour traitement de la cataracte qui augmentent de 17,5 % entre 2000 et 2001, puis celle des facteurs influant l'état de santé (qui comprend divers soins médicaux, et examens) (+12 %). Le nombre d'endoscopies augmente quant à lui de 7,5 % et le nombre de séjours chirurgicaux pour affections de la peau et des tissus sous-cutanés de 7 %.

tableau 3.14  
LES GHM LES PLUS FRÉQUENTS

GHM	Discipline	Libellé	Nombre de séjours	Fréquence	Fréquence cumulée
830	Médecine	Endoscopies sous anesthésie	879283	19,0	19,0
823	Médecine	Facteurs influants sur l'état de santé	527 655	11,4	30,3
817	Médecine	Affections myéloprolifératives	241 355	5,2	35,5
709	Chirurgie	Affections de la peau avec acte opératoire	164 816	3,6	39,1
762	Chirurgie	Cataracte	162 893	3,5	42,6
777	Chirurgie	IVG	159 028	3,4	46,0
814	Médecine	Grossesse pathologique	133 358	2,9	48,9
763	Chirurgie	Amygdalectomie	133 044	2,9	51,8

Champ : France métropolitaine  
Source : PMSI 2001, Drees

**la prise en charge en chirurgie ambulatoire se développe surtout pour le traitement de la cataracte**

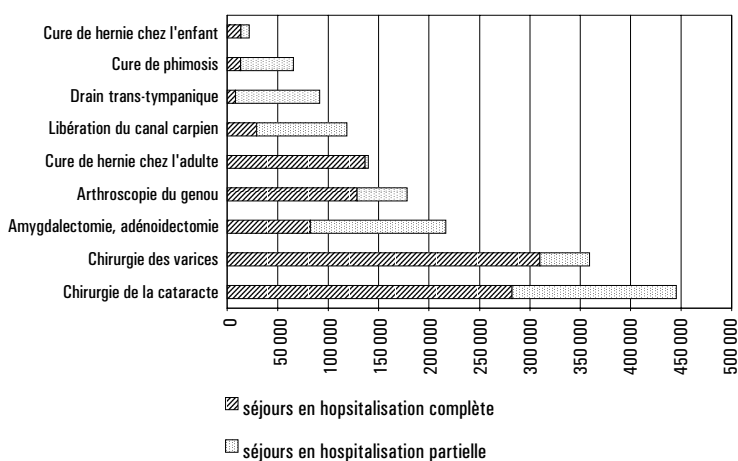
L'intervention sur la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquemment réalisé en chirurgie ambulatoire. Avec près de 163 000 séjours, le nombre de ces interventions a presque doublé depuis 1998 (91 000 séjours environ). On recense ensuite 134 000 amygdalectomies et adénoïdectomies<sup>43</sup>, 124 000 interruptions volontaires de grossesses<sup>44</sup>, 90 000 séjours pour libération du canal carpien (soit 1,5 fois plus qu'en 1998) et 83 000 poses de drains trans-tympaniques.

43. Ablation chirurgicale des végétations.

44. Les données sur les IVG proviennent de la SAE 2001.

Dans une étude réalisée par le Credes<sup>45</sup>, 17 gestes marqueurs<sup>46</sup> préconisés par l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) étaient retenus pour suivre l'évolution de la chirurgie ambulatoire. L'évolution de neuf<sup>47</sup> d'entre eux entre 1998 et 2001 est présentée ci-dessous (graphique 3.14).

graphique 3.14  
NOMBRE DE SÉJOURS ET PART DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE  
POUR NEUF GESTES MARQUEURS EN 2001



\* Définition du PMSI

Champ : France métropolitaine

Source : PMSI 2001, Drees

En 2001, ces neuf gestes constituaient 1 636 000 séjours, tous modes d'hospitalisation confondus, soit 11 % de l'ensemble des séjours en MCO. La part de l'ambulatoire varie sensiblement d'un geste à l'autre. Ainsi, la pose d'un drain trans-tympanique<sup>48</sup> se fait quasi

45. SOURTY LE GUELLEC M.J. « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°50, avril 2002, CreDES.

46. Un geste (ou un acte) est considéré comme marqueur ou traceur de la chirurgie ambulatoire s'il représente une intervention qui peut, potentiellement, être fréquemment réalisée en chirurgie ambulatoire.

47. Correspondant aux neuf actes les plus fréquents dans la liste et les plus faciles à repérer.

48. Le drain trans-tympanique est un tube creux en plastique mis en place à travers le tympan afin de favoriser l'aération de l'oreille moyenne en cas d'otites à répétition ou de rétraction tympanique.

exclusivement en ambulatoire (dans 91 % des cas, graphique 3.14). De même, 80 % des cures de phimosis<sup>49</sup>, 76 % des séjours pour libération du canal carpien<sup>50</sup>, et 62 % des amygdalectomies ont lieu en hospitalisation partielle. À l'opposé, les cures de hernies chez l'adulte (2,5 %) et les traitements chirurgicaux des varices (14 %) se font rarement en ambulatoire.

On observe une substitution particulièrement marquée entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle pour le traitement de la cataracte. En effet, tandis que le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue (9 000 séjours en moins), les hospitalisations partielles augmentent (72 000 séjours en plus). La part de l'ambulatoire dans le traitement de la cataracte augmente ainsi de 13 points sur l'ensemble de la période, passant de 24 % en 1998 à 37 % en 2001. Elle augmente davantage dans le secteur privé sous OQN (+13 points) que dans les deux autres secteurs (+9 points chacun).

Elle augmente également de 7,5 points pour les cures de phimosis (72,5 % en 1998 contre 80 % en 2001) et la libération de canal carpien (68,5 % en 1998, contre 76 % en 2001), de 7 points pour les cures de hernies chez l'enfant et de 4 points pour les arthroscopies du genou. Pour trois de ces quatre gestes (cure de phimosis, libération du canal carpien, et hernies de l'enfant), c'est aussi dans les cliniques privées sous OQN que la part de l'ambulatoire se développe le plus (respectivement +8, +8 et +9,5 points). Pour les arthroscopies la part de l'ambulatoire dans le public et dans le secteur sous OQN est la même (+4 points) alors qu'elle augmente de 8,5 points dans le secteur privé sous DG.

Les quatre autres gestes (chirurgies des varices, amygdalectomies, cures de hernies chez l'adulte et drainages trans-tympaniques) présentent un taux constant de prise en charge en chirurgie ambulatoire sur cette période, quelque soit le type d'établissement.

De fait, pour près des deux tiers des actes chirurgicaux les plus fréquemment réalisés en ambulatoire (en particulier en ORL et notamment chez l'enfant), la prise en charge en mode ambulatoire s'est développée depuis longtemps et, dès lors, ils ne constituent plus réellement un potentiel de substitution entre temps complet et temps partiel. Celui-ci est beaucoup plus important pour qua-

49. Rétrécissement du prépuce.

50. Le canal carpien est l'espace délimité par les os du poignet et un ligament rigide qui relie les os les uns aux autres, espace dans lequel passe, notamment, le nerf médian de la main. Lorsque celui-ci est comprimé, le patient se plaint de picotements dans la main, de douleurs et d'une perte de dextérité des doigts. Une décompression chirurgicale peut être nécessaire.

tre types d'interventions aisément praticables en ambulatoire par la plupart des équipes médicales<sup>51</sup> : la chirurgie de la cataracte, la chirurgie de la hernie inguinale, l'arthroscopie du genou et la chirurgie des varices. Or, il apparaît que seule la chirurgie de la cataracte en ambulatoire connaît une forte évolution. Celle de l'arthroscopie évolue comparativement peu et la chirurgie de la hernie inguinale en ambulatoire ne concerne de fait que les enfants.

Ce constat d'une substitution encore limitée vers la chirurgie ambulatoire est encore renforcé par les comparaisons avec les pays étrangers<sup>52</sup>. Près de 99 % des opérations de la cataracte sont réalisées en chirurgie ambulatoire au Canada et aux États-Unis, 67 % au Royaume-Uni, 60 % en Suisse ou encore 45 % en Espagne. En France, en 1998, 6 % des cures de hernie de l'aine étaient effectuées en ambulatoire contre 83 % aux États-Unis, 65 % au Canada, 38 % au Royaume-Uni et 24 % en Espagne la même année. Depuis, cette part a atteint en France 9 % en 2000.

***des pratiques chirurgicales  
hétérogènes  
selon les établissements***

Pour l'ensemble des neuf gestes chirurgicaux examinés ici, le secteur privé sous OQN prend en charge plus de 80 % de l'hospitalisation partielle contre 15 % pour le secteur public et 5 % pour le secteur sous dotation globale. Cette répartition est quasiment la même pour chacun de ces gestes, à l'exception du traitement en hospitalisation partielle des hernies de l'enfant qui, dans 55 % des cas, est pris en charge par le secteur public et de la chirurgie des varices qui, à l'inverse, est réalisée pour 94 % des interventions par les cliniques.

Les quatre gestes pour lesquels les taux de chirurgie ambulatoire sont les plus élevés (graphique 3.15) se répartissent de façon homogène : moins de 5 % des établissements ne les réalisent jamais en hospitalisation partielle et plus de la moitié ont des taux élevés de chirurgie ambulatoire (93 % pour la pose de drains trans-tympaniques, 83 % pour les cures de phimosis, 73 % pour les libérations du canal carpien, et 61 % pour les amygdalectomies).

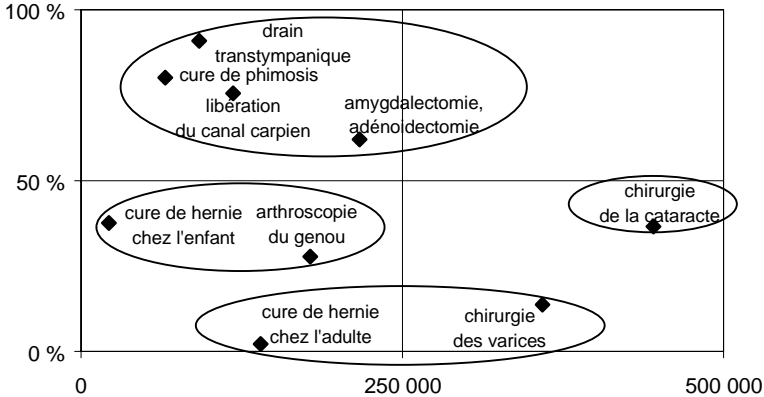
Au contraire, pour la chirurgie de la cataracte, les cures de hernies chez l'enfant et les arthroscopies les pratiques sont plus hétérogènes. En effet, si 45 % des

51. Dr CORVEZ Alain : « Description d'une étude sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en Languedoc-Roussillon » in « Quels moyens mettre en œuvre pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire », Chirurgie ambulatoire, AFCA, 2000.

52. De LATHOUVER C., POUILLIER J.P. : « *Ambulatory Surgery in 1994-1995 : the State of the Art in 29 OECD Countries* » in *Ambulatory Surgery*, Juin 1998.

graphique 3.15

## PART DE L'HOSPITALISATION PARTIELLE POUR NEUF GESTES MARQUEURS EN 2001



Champ : France métropolitaine  
Source : PMSI 2001, Drees

établissements ne traitent jamais les hernies de l'enfant en ambulatoire en 2001, un quart d'entre eux le fait dans plus de 50 % des cas, et 10 % dans plus de 70 % des cas. Près de la moitié des établissements privés sous OQN (48 %) et privés sous dotation globale (50 %) ne réalise jamais ce geste en ambulatoire contre 40 % seulement des établissements publics.

L'arthroscopie est pratiquée exclusivement en hospitalisation complète dans un quart des établissements. À l'opposé, 10 % des établissements réalisent 70 % de cette activité en hospitalisation partielle. Les établissements qui ne pratiquent l'arthroscopie qu'en hospitalisation complète sont plus fréquemment des établissements publics, dont les CHU<sup>53</sup>. Enfin, plus de 10 % des établissements n'ont pas recours à l'ambulatoire dans le traitement de la cataracte en 2001, alors qu'au contraire, un quart le pratiquent en chirurgie ambulatoire dans plus de 50 % des cas et 10 % dans plus de 75 % des cas.

Malgré tout, pour ces trois gestes, les pratiques s'homogénéisent progressivement avec le développement des

53. 30 % des établissements publics et 36 % des CHU qui ont pris en charge des arthroscopies, ne l'ont fait qu'en hospitalisation complète.

prises en charge en ambulatoire. Au bout du compte, en 2001, 45 % des établissements ne pratiquaient aucune chirurgie ambulatoire pour les cures de hernies chez l'enfant, contre 65 % en 1998 ; 25 % pour les arthroscopies contre 40 % en 1998, et 10 % pour la cataracte contre plus d'un quart en 1998.

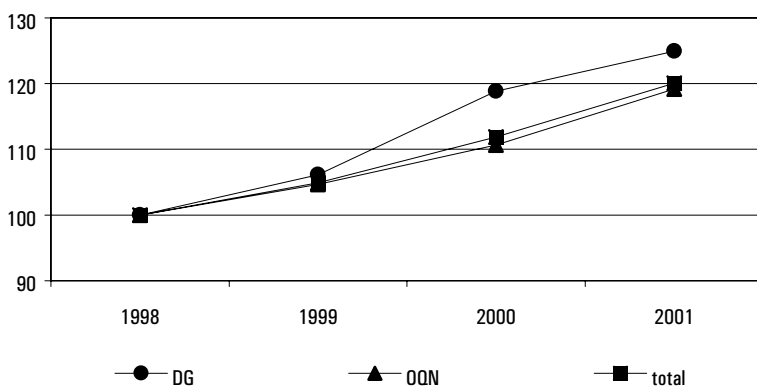
Enfin, seulement la moitié des établissements propose une prise en charge ambulatoire pour la chirurgie des varices et un quart pour la cure de hernie chez l'adulte.

**les endoscopies, en forte croissance, sont une spécialité des cliniques privées**

L'endoscopie est le motif le plus fréquent d'hospitalisation partielle. Avec près de 880 000 venues en 2001, elle constitue le quart de l'activité médicale à temps partiel. Entre 1998 et 2001, cette activité a progressé de 20 %, soit une augmentation annuelle moyenne de plus de 6,5 % (graphique 3.16). Le secteur privé sous OQN prend en charge l'essentiel de cette activité avec 740 000 séjours en 2001 contre 140 000 pour l'ensemble des établissements sous dotation globale. Sur la période, la part des établissements sous OQN a très légèrement diminué d'un point (passant de 85 % à 84 %). En effet, les hôpitaux sous dotation globale ont récemment augmenté leur nombre d'endoscopies entre 1999 et 2000.

graphique 3.16

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENDOSCOPIES PAR SECTEUR (base 100 en 1998)



Champ : France métropolitaine  
Source : PMSI 2001, Drees

Au sein du secteur privé lucratif, la pratique de l'endoscopie est concentrée sur un petit nombre d'établissements. Ainsi, le tiers des établissements qui en réalisent totalise les trois quarts de cette activité. La part des endoscopies dans l'hospitalisation partielle varie sensiblement d'un établissement à l'autre : 10 % d'entre eux y consacrent plus de la moitié de leur activité à temps partiel, alors qu'à l'opposé 25 % y consacrent moins de 3 %.

***les hôpitaux publics développent les activités de suivi de pathologies chroniques (examens, soins médicaux, conseils et surveillance, ...)***

En 2001, près de 669 000 venues relèvent de ce type d'activité<sup>54</sup>, soit 20,5 % de l'activité médicale en hospitalisation partielle, ce qui représente une augmentation de +33 % du nombre de séjours pour ce motif. Le secteur public en prend en charge 87 %, contre 6 % pour le secteur privé sous dotation globale et 7 % pour le secteur privé sous OQN. Entre 1998 et 2001, la part du secteur public a augmenté de 2 points.

29 % de ces séjours sont motivés par divers soins médicaux (chimiothérapies d'entretien, transfusions sanguines, soins préparatoires, désensibilisation aux allergènes, soins palliatifs...), 23 % sont liés à des examens de contrôle à la suite d'un traitement (tumeur maligne exclue), 9 % sont des examens de routine, 8 % des soins impliquant une rééducation, 4 % des examens à des fins médico-légales et 3 % des recours aux soins pour conseils et surveillances (par exemple des conseils diététiques). Parmi la totalité de ces séjours, 14 % concernent des patients atteints du VIH et 5 % des patients diabétiques.

***en psychiatrie, le développement des prises en charge ambulatoires***

L'observation et le suivi des prises en charge sans hébergement sont rendus difficiles par la diversité des formules qui ont été créées dans le cadre de la sectorisation (encadré 3.8). La notion d'alternative à l'hospitalisation complète est d'ailleurs impropre à définir ces différentes activités car sa définition réglementaire est loin d'englober toutes les formes de prise en charge existantes.

Deux systèmes d'informations différents permettent de suivre le champ de la psychiatrie. La Statistique annuelle des établissements (SAE) couvre la totalité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non, mais seulement la partie du champ de l'activité qui leur est commune, c'est-à-dire l'hospitalisation à temps complet et ses alternatives (hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à domicile - HAD). Elle recense également depuis 2000 les autres alternatives proposées par les secteurs de psychiatrie, mais la qualité de remplissage est encore inégale.

54. GHM 823, 837, 838, 839.



## LES SPÉCIFICITÉS DE L'ORGANISATION EN PSYCHIATRIE

*L'offre de soins psychiatriques fait l'objet d'une organisation très spécifique. On distingue ainsi la psychiatrie sectorisée qui regroupe une majorité des établissements publics et une partie des établissements privés sous dotation globale, de la psychiatrie non sectorisée composée du reste des établissements (donc essentiellement privés). La psychiatrie sectorisée propose une prise en charge des patients en réseau, au sein de zones géo-démographiques déterminées. Ainsi, si une partie de l'activité mise en œuvre pour la lutte contre les maladies mentales rentre dans le cadre du dispositif général décrit dans l'encadré 3.4, d'autres formes de prises en charge ont été développées plus spécifiquement dans le contexte de la sectorisation.*

*Ainsi, comme les autres disciplines, la psychiatrie non sectorisée dispose de structures permettant de dispenser des soins aux patients dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet, ou dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, à temps partiel ou en HAD. Toutefois, dans le cadre de la sectorisation, il existe en plus d'autres formes de prise en charge à temps complet ou à temps partiel et surtout, une partie très importante des patients est prise en charge dans un cadre dit « ambulatoire ».*

*Un arrêté du 14 mars 1986 énumère les structures des secteurs de psychiatrie. Elle distingue les prises en charge avec ou sans hébergement (tableau).*

Les différents modes de prise en charge psychiatrique		
Prise en charge avec hébergement (elles sont toutes à temps complet)		
Au sein de l'hôpital		En dehors de l'hôpital
Hospitalisation à temps complet Accueil en centre de crise (hospitalisation de très courte durée)		Centres de post-cure (après une hospitalisation à temps complet) Appartements thérapeutiques Accueil familial thérapeutique
Prise en charge sans hébergement (les structures peuvent se trouver ou non à l'hôpital)		
À temps complet	À temps partiel	En ambulatoire
Hospitalisation à domicile (HAD)	Hospitalisation à temps partiel Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	Centre médico-psychologique (CMP - centre de consultation) Centre d'accueil permanent (CMP ouvert 24h/24) Prise en charge des unités somatiques (consultations pour patients hospitalisés hors des services psychiatriques)

Parallèlement, une enquête est réalisée tous les trois ans auprès des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile (les rapports de secteurs), et couvre la totalité du champ de l'activité des secteurs, de l'hospitalisation à temps complet ou partiel aux prises en charges ambulatoires. Les rapports de secteurs les plus récents concernent l'année 2000, alors que la SAE porte sur 2001<sup>55</sup>.

55. Une autre différence entre ces enquêtes : la SAE comptabilise des séjours, alors que les rapports de secteurs dénombrent le nombre de patients soignés dans l'année, selon les différents modes de prise en charge et le nombre de journées réalisées.

Les données présentées ci-dessous concernent donc toutes les formes de prise en charge sans hébergement des patients en psychiatrie, qu'elles soient réalisées par des établissements sectorisés ou non, et ce pour la France entière.

En 2001, quels que soient les types d'établissements ou de populations prises en charge, le nombre de venues en hospitalisation de jour et de nuit connaît une diminution de 2,5 % par rapport à l'année 2000. 84 % d'entre elles sont réalisées dans le cadre de la psychiatrie sectorisée. Cette tendance est confirmée par les rapports de secteur qui font apparaître une baisse continue du nombre de venues en hospitalisation de nuit depuis 1991, ainsi qu'une diminution du nombre de venues en hospitalisation de jour depuis 1997.

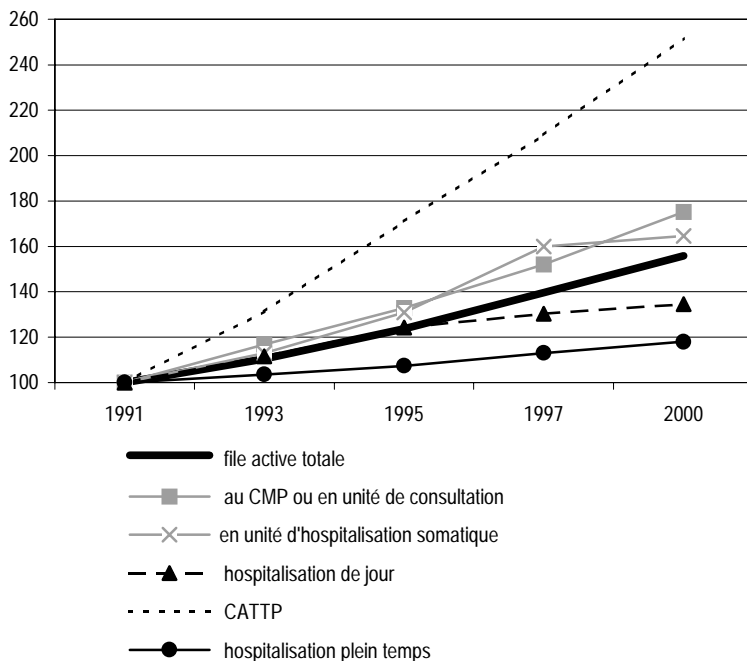
Les secteurs de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) ont suivi 167 000 patients à temps partiel en 2000, soit 11 % de la file active totale des secteurs. 44 % d'entre eux ont été hospitalisés à temps partiel (de jour et/ou de nuit).

En plus de l'hospitalisation de jour et de nuit, les deux autres principales formes de prise en charge à temps partiel spécifiques aux secteurs sont les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et les ateliers thérapeutiques.

Les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient des hôpitaux de jour sur plusieurs points : la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue, ils s'adressent à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientent plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale. Les ateliers thérapeutiques constituent une autre modalité de prise en charge à temps partiel, ces ateliers utilisant des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale, à partir d'activités artisanales, artistiques ou sportives.

La croissance des prises en charge à temps partiel (+72 % de patients suivis ainsi en dix ans) est surtout le fait des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel qui ont multiplié par 2,5 le nombre de patients suivis en dix ans (graphique 3.17). Dans le même temps, le nombre de patients suivis en hospitalisation de jour ou de nuit a également augmenté de façon plus modérée, alors que leur nombre de journées d'hospitalisation se réduisait (-23 % en hospitalisation de nuit entre 1997 et 2000, -2 % pour l'hospitalisation de jour).

graphique 3.17  
**ÉVOLUTION EN BASE 100 DES PRINCIPAUX MODES DE PRISE EN CHARGE  
 EN PSYCHIATRIE SECTORISÉE (en nombre de patients)**



Champ : France métropolitaine  
 Source : Rapports de secteurs, Drees

Les prises en charge ambulatoires sont exclusivement le fait des secteurs. Elles ont également connu une croissance très importante : +68 % de patients suivis entre 1991 et 2000. Près d'1,4 million de personnes ont été suivies ainsi en 2000. L'offre de soins ambulatoires en psychiatrie peut prendre différentes formes. La plus classique, la consultation au centre médico-psychologique (CMP), concerne 79 % des patients vus en ambulatoire. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile et constituent le pivot du dispositif de soins du secteur.

Les interventions en unité d'hospitalisation somatique, qui constituent une autre forme de prise en charge ambulatoire, ont aussi connu une très forte croissance

tableau 3.15  
**MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE DANS LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE :  
 ÉVOLUTION 1991-2000**

	1991	2000	Évolution 2000/1991
	patients	patients	en %
<b>File active totale</b>	<b>1 014 323</b>	<b>1 580 671</b>	<b>55,8</b>
Ambulatoire	832 505	1 398 283	68,0
<i>Soins ou interventions :</i>			
- au CMP ou en unité de consultation	629 837	1 103 164	75,2
- à domicile	127 444	129 594	1,7
- en institution substitutive au domicile	62 642	81 151	29,5
- en unité d'hospitalisation somatique	142 138	233 922	64,6
- en établissement médico-éducatif	2 928	5 632	92,3
- en PMI	8 232	8 426	2,4
- en milieu scolaire ou centre de formation	14 659	29 518	101,4
- autre ambulatoire	99 465	159 028	59,9
<b>Temps partiel</b>	<b>96 705</b>	<b>166 559</b>	<b>72,2</b>
<i>Accueil en :</i>			
- hospitalisation de nuit	6 978	7 596	8,9
- hospitalisation de jour	48 891	65 754	34,5
- atelier thérapeutique	6 332	5 457	-13,8
- CATTTP	35 117	88 359	151,6
- autre temps partiel	17 399	26 064	49,8
<b>Temps complet</b>	<b>266 115</b>	<b>316 114</b>	<b>18,8</b>
<i>Accueil en :</i>			
- hospitalisation plein temps	255 351	301 091	17,9
- centre de post-cure ou de réadaptation	1 289	1 796	39,3
- appartement thérapeutique	1 209	1 839	52,1
- accueil familial thérapeutique	3 809	4 143	8,8
- hospitalisation à domicile	1 696	1 634	-3,7
- autre temps complet	6 876	10 032	45,9

Note : un patient pouvant avoir recours à plusieurs formes de prise en charge dans la même année, la somme des files actives intermédiaires est supérieure à la file active totale.

Champ : France entière

Source : Rapports de secteurs, Drees

(+65 %) entre 1991 et 2000, malgré un ralentissement depuis 1997<sup>56</sup> (tableau 3.15). Ces interventions ont lieu dans les services d'urgence ou dans les services d'hospitalisation somatique (psychiatrie de liaison) et permettent une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

56. Une part de ce ralentissement peut être le fait de la rénovation des rapports de secteur en 2000, séparant l'activité des dispositifs intersectoriels autonomes de l'activité des secteurs. Un nombre important de ces dispositifs a pour objet la psychiatrie de liaison ou les urgences psychiatriques.

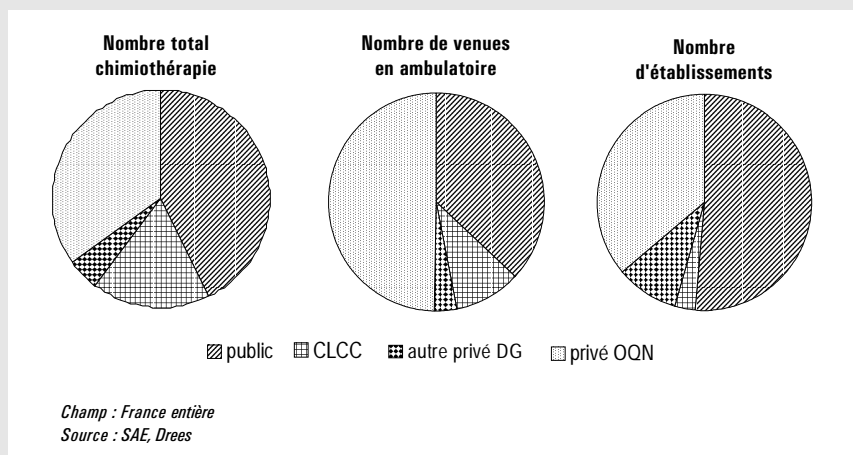
En psychiatrie infanto-juvénile, se sont également beaucoup développés les soins ou interventions en établissement médico-éducatif et en milieu scolaire : respectivement +92 % et +101 % en dix ans.

### **la place particulière des chimiothérapies**

652 établissements ont déclaré une activité de chimiothérapie dans l'enquête SAE 2001<sup>57</sup> : 335 établissements publics, les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 61 établissements privés sous dotation globale et 236 établissements privés sous OQN.

Leur activité pour l'année 2001 s'élève à 2,5 millions de chimiothérapies, dont les deux tiers ont été réalisées dans le secteur sous dotation globale (43 % dans des établissements publics, 18 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 5 % dans d'autres établissements privés sous dotation globale) et un tiers dans les établissements privés sous OQN. Globalement, la majorité des chimiothérapies délivrées (65 %) concerne des patients hospitalisés<sup>58</sup> (graphique 3.18).

graphique 3.18  
**LA CHIMIOTHÉRAPIE SELON LES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS**



57. Dans SAE, les chimiothérapies sont comptées en venues d'hôpital de jour, pour les séparer de la radiothérapie comptés en séances au sein des traitements et cures ambulatoires.

58. Cette part a été calculée sur les seuls établissements qui ont indiqué le nombre total de chimiothérapies délivrées, soit globalement 71 % des établissements. Pour les établissements n'ayant pas répondu à cette question, le nombre total de chimiothérapies a en effet été redressé par le nombre de venues en ambulatoire.

La part de l'ambulatoire est très différente selon les types d'établissements : elle est de 35 % dans le secteur sous dotation globale, et même un peu plus faible dans les CLCC (31 %), mais dépasse les deux tiers (68 %) dans le secteur privé sous OQN. Les établissements privés sous OQN réalisent ainsi la moitié des séances de chimiothérapies en ambulatoire, 45 % des établissements privés sous OQN effectuant toutes leurs chimiothérapies en ambulatoire<sup>59</sup>. À l'inverse, dans 35 établissements sous dotation globale (5 % d'entre eux), l'ensemble des chimiothérapies concerne des patients hospitalisés.

Les préparations complexes (comportant plusieurs produits parmi les plus actifs ou nécessitant des dosages non standard), doivent être réalisées sous le contrôle du pharmacien et dans des conditions particulières<sup>60</sup>, de manière à protéger le personnel qui manipule ces produits et le patient. En conséquence, la part des établissements ayant déclaré des reconstitutions à la pharmacie comme celle des chimiothérapies préparées dans ces conditions constituent des indicateurs intéressants à examiner.

Moins de la moitié des établissements (44 %) font des préparations à la pharmacie. Cette proportion varie fortement selon les catégories d'hôpitaux : un tiers seulement des cliniques privées sous OQN font état de chimiothérapies reconstituées à la pharmacie, alors que c'est le cas de la moitié des établissements sous dotation globale, et plus particulièrement de l'ensemble des CLCC.

Parmi l'ensemble des chimiothérapies, la part de celles préparées sous le contrôle du pharmacien est de 70 %<sup>61</sup> : 56 % dans les cliniques privées sous OQN, plus des trois quarts dans les établissements sous dotation globale. Au sein de ces derniers, elle atteint 75 % dans les hôpitaux publics et 90 % dans les CLCC, mais seulement 37 % dans les autres établissements privés sous dotation globale.

## 2.3 LES TRAITEMENTS ET CURES AMBULATOIRES

Au-delà des modes d'hospitalisation à temps partiel qui viennent d'être décrits, se développent également les « traitements et cures ambulatoires » qui regroupent les séances de radiothérapie, de dialyse et de rééducation.

59. Part calculée sur les seuls établissements qui ont indiqué le nombre total de chimiothérapies délivrées.

60. Sous une hotte à flux laminaire.

61. Comme précédemment, cette part a été calculée sur les seuls établissements qui ont indiqué le nombre total de chimiothérapies.

***la radiothérapie,  
une activité en pleine  
mutation technique***

La radiothérapie est utilisée dans au moins 60 % des cas de cancer. Ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses<sup>62</sup>. Ces radiations ionisantes peuvent être produites par des appareils (on parle de radiothérapie externe) ou par des aiguilles de substances radioactives implantées dans la tumeur (curiethérapie).

En matière de radiothérapie externe, deux types d'appareils sont utilisés, essentiellement, à l'heure actuelle<sup>63</sup> : les accélérateurs de particules et les télécobalts. Les accélérateurs permettent, sur une même machine, d'utiliser plusieurs types de rayonnement (photons et électrons), plusieurs gammes d'énergie, ainsi que des débits de dose importants et constants. Les appareils de Cobalt en revanche n'utilisent qu'une seule énergie de photons insuffisante pour traiter correctement de nombreux types de cancer ; ces photons sont produits par une source radioactive dont l'activité décroît avec le temps (ce qui augmente la durée du traitement) et qui doit donc être changée tous les cinq ans. Ces dernières années ont été marquées par une évolution technologique importante des appareils eux-mêmes (augmentation de puissance) et surtout de leur environnement technique. Ces nouveautés visent, en particulier, à améliorer la précision de l'irradiation pour délivrer « la bonne dose au bon endroit », tout en protégeant les tissus sains. En effet, compte tenu de la toxicité des rayonnements, avant la phase de traitement proprement dite, il faut effectuer un repérage très précis de la tumeur et des organes à protéger ce qui nécessite des moyens d'acquisition d'image (scanner), puis une simulation pour prévoir la balistique du traitement et définir les faisceaux d'irradiation (simulateur), enfin calculer les doses dans tout le volume cible tumoral et dans les tissus environnants (dosimétrie). Ces techniques modernes nécessitent par conséquent des investissements lourds, des personnels qualifiés (notamment des radiophysiciens) des procédures de contrôle qualité plus contraignantes et consomment plus de « temps-machine ». Aussi, sont-elles encore trop peu diffusées.

Dans le cadre du plan cancer, il est d'abord prévu d'améliorer l'équipement « machines » en remplaçant les télécobalts d'ici fin 2005 par des accélérateurs, de renouveler les accélérateurs les plus anciens et d'en aug-

62. La radiothérapie ne concerne pas uniquement le cancer mais, en pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est encore faible.

63. Les cyclotrons sont utilisés de façon plus marginale pour certains types de tumeurs. Il existe trois sites (Orsay, Orléans et Nice).

**une évolution déjà sensible  
de l'équipement des centres  
entre 1999 et 2001**

menter le nombre total. Tous les centres devraient ainsi être nantis d'au moins deux appareils. Il est également recommandé une diffusion progressive des éléments nécessaires à la préparation des champs décrits plus haut.

En ce qui concerne le suivi du parc des machines, une enquête nationale sur site effectuée en 1999 par les trois régimes d'assurance maladie décomptait 270 accélérateurs et 87 télécobalts répartis dans 179 établissements. 62 centres avaient un seul appareil (46 un accélérateur et 16 un télécobalt), 78 avaient 2 appareils, 25 centres 3, et 14 autres 4 et plus. En 2001, on recense<sup>64</sup> le même nombre d'établissements ayant exercé une activité de radiothérapie, leur équipement étant composé de 284 accélérateurs et 78 télécobalts en activité<sup>65</sup>. 57 établissements ne disposent que d'un seul appareil, en règle générale un accélérateur. Le nombre de télécobalts isolés a donc effectivement diminué entre 1999 et 2001 (de 16 à 10). 84 établissements font état de deux appareils, deux accélérateurs pour la moitié d'entre eux, un accélérateur et un télé cobalt pour l'autre moitié. Enfin, 38 établissements, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), disposent de trois appareils ou plus (le maximum d'appareils recensés dans un centre étant 7 accélérateurs). On voit ainsi que l'équipement des centres a d'ores et déjà progressé dans le sens souhaité entre 1999 et 2001 (tableau 3.16).

tableau 3.16  
NOMBRE D'APPAREILS DE RADIOTHÉRAPIE PAR ÉTABLISSEMENT EN 2001

	Établissements publics	Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	Autres établissements privés	Total
1 télécobalt	5	0	5	10
1 accélérateur	16	0	31	47
1 accélérateur et 1 télécobalt	15	0	25	40
2 accélérateurs	15	1	28	44
3 appareils et plus	9	19	10	38
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>99</b>	<b>179</b>

Champ : France entière  
Source : SAE, Drees

64. En 2000, le contenu du questionnaire SAE a été amendé afin de permettre un meilleur suivi de cette activité. Les données issues de SAE ont été complétées, si nécessaires, par celles de l'annuaire ACRIM (Annuaire de la cancérologie/radiothérapie et des imageries médicales en France), annuaire réalisé sous la direction de Mr le Professeur LAUGIER qui a bien voulu nous le communiquer. Nous l'en remercions beaucoup. En effet, on assiste ces dernières années à des regroupements de capitaux et des changements de titulaires d'autorisation dans le secteur privé qui ont gêné le repérage et l'interrogation de tous les centres privés.

65. SAE s'intéresse aux équipements installés qui fonctionnaient en décembre. Sur le site d'Annecy, deux centres sont autorisés, un seul (le centre privé) a fonctionné.



En ce qui concerne l'environnement technique nécessaire au traitement, la première étape de sa préparation (localisation et dimensionnement de la tumeur) suppose l'accès à un scanner. La SAE permet de connaître le nombre d'heures d'accès à un scanner des établissements ayant un service d'imagerie en propre<sup>66</sup>, c'est-à-dire les établissements sous dotation globale. Un seul hôpital public, sur les 88 établissements sous dotation globale ayant une activité de radiothérapie externe, n'a pas un accès direct à un scanner dans le cadre d'une cotitulation. Par ailleurs, 80 d'entre eux disposent de plus d'un mi-temps de scanner ; cependant, ces plages horaires étant utilisées par l'ensemble des services de ces établissements, on ne connaît pas celles réservées à la radiothérapie, généralement inférieures.

Puis, pour ajuster au mieux les faisceaux d'irradiation et effectuer les repérages nécessaires, on utilise un appareil d'imagerie appelé simulateur. Le calcul de la distribution de doses dans les différents volumes utilise un logiciel de dosimétrie permettant ce calcul en deux ou trois dimensions. De plus, il existe maintenant des modificateurs de faisceaux personnalisés, intégrés aux appareils (collimateurs multilames). La combinaison des moyens d'acquisition d'image, de systèmes de dosimétrie en 3D et de l'utilisation de collimateurs de faisceaux multilames permet d'effectuer une radiothérapie dite de conformation, qui ajuste la dose très précisément aux différents volumes. 11 centres ne disposent ni de simulateurs, ni de logiciels de dosimétrie ni de collimateurs multilames. Ceux qui ont un logiciel de dosimétrie ont, en général, également un simulateur : 125 centres disposent ainsi de logiciels de dosimétrie et de simulateurs, et 16, uniquement de simulateurs. La majorité des établissements qui disposent d'un système de dosimétrie (100 sur 128), possèdent un logiciel produisant des calculs de doses en 3D. Le collimateur multilame est, par contre, un équipement moins répandu : seuls 49 établissements en disposent un. À deux exceptions près, ces 49 établissements sont tous équipés de simulateurs et de logiciels de dosimétrie.

En ce qui concerne les ressources humaines, la situation n'a pas sensiblement évolué depuis le constat établi en 1999. Si l'on se réfère aux recommandations du groupe d'experts, citées en référence de l'enquête de la Cnamts (un radiothérapeute pour 250 à 300 patients, un radiophysicien pour 400 patients, compte tenu

66. Les cliniques privées ne gérant pas elles-mêmes leur imagerie ne remplissent pas cet item, ce qui ne signifie pas, en l'espèce, que les patients ne bénéficient pas d'un scanner dosimétrique.

de leur rôle dans la mise en œuvre des nouvelles technologies), un centre sur trois pour les radiothérapeutes et plus d'un centre sur deux pour les radiophysiciens<sup>67</sup> ne disposent pas des spécialistes en nombre correspondant en 2001. En ce qui concerne les ETP de manipulateurs, il existe une grande hétérogénéité entre les centres pour un même nombre d'appareils (les écarts entre les centres vont de 1 à 3 pour ceux disposant de 4 appareils ou plus, à 1 à 9 pour les centres n'en ayant qu'un). En moyenne dans chaque catégorie, la densité de ces manipulateurs est plus forte dans les hôpitaux publics ainsi que dans les centres de luttés contre le cancer (CLCC – lesquels appartiennent au secteur privé sous dotation globale).

**90 % des trois millions de séances de radiothérapie déclarées concernent des malades en ambulatoire**

L'activité de radiothérapie externe peut être mesurée en nombre de passages-machine ou en nombre de séances. L'enquête SAE enregistre à la fois le nombre de séances, correspondant à la fréquence de venues des patients, et le nombre de passages par machine : lors d'une même séance, un patient peut éventuellement subir plusieurs irradiations entrecoupées de temps de repos. On comptabilise alors l'activité en nombre de passages machine, qui fournit une indication plus précise du taux d'utilisation des appareils de radiothérapie dont l'installation est soumise à autorisation. Le nombre de passages-machine est toutefois à peine supérieur au nombre de séances : 3,2 millions de passages contre 3 millions de séances. Le nombre de passages-machine réalisés dans l'année par appareil est très différent selon qu'il s'agit d'un accélérateur ou d'un télé cobalt : en moyenne, en 2001, il était de 11 500 par accélérateur et 7 500 par télé cobalt<sup>68</sup> (graphique 3.19). L'activité par appareil est également très différente selon les catégories d'établissements : le nombre de passages par accélérateur passe de 8 900 dans les établissements publics, à 11 100 dans les CLCC et 14 200 dans les autres établissements privés<sup>69</sup>. Il en est de même pour le nombre de passages-machine par télé cobalt, avec très peu d'écart entre les CLCC et les autres centres privés (respectivement 9 000 et 8 800 passages par appareil), mais une plus grande différence entre les établissements publics (5 100 passages par appareil en moyenne) et les établissements

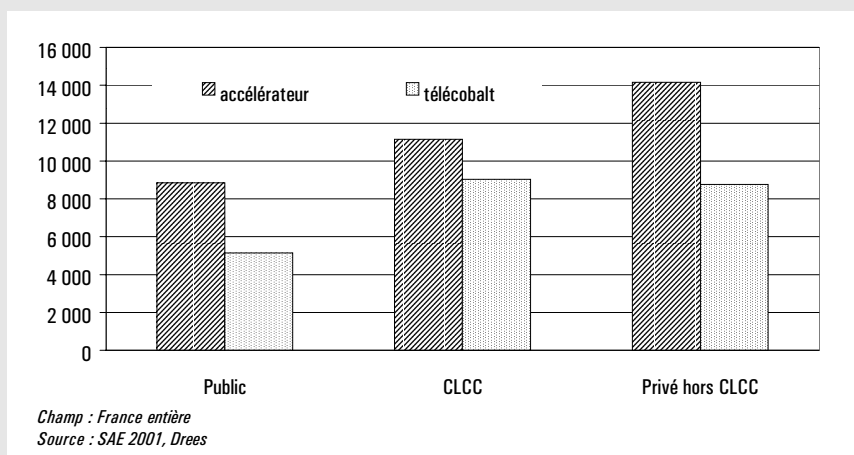
67. Chiffres établis à partir des 153 établissements ayant répondu sur leur personnel.

68. Moyennes calculées sur les seuls établissements ayant déclaré une activité, soit pour 237 des 284 accélérateurs et 64 des 78 télécobalts.

69. En 1999, les médecins conseils avaient noté que les centres privés hors dotation globale effectuaient plus de séances par appareil que les centres sous Dotation globale pour ce qui concerne les centres avec un ou deux appareils.

privés (8 900 passages par appareil). Cette différence public / privé est liée, selon l'enquête nationale de 1999, à la complexité plus importante des traitements effectués dans le public et à l'utilisation d'accélérateurs plus sophistiqués, lesquels requièrent plus de temps de techniciens de radiothérapie.

graphique 3.19  
NOMBRE DE PASSAGES-MACHINE PAR APPAREIL DE RADIOTHÉRAPIE EN 2001



Les 3 millions de séances de radiothérapie déclarées concernent à 90 % des malades traités en soins ambulatoires. Le secteur privé (à savoir 20 centres anti-cancéreux, 5 hôpitaux sous dotation globale et 94 structures privées sous OQN) prend en charge près des trois quarts de cette activité de radiothérapie : 24 % des séances sont réalisées dans les CLCC, 48 % dans les autres établissements privés et 27 % dans les établissements publics. Cependant, compte tenu des 28 centres n'ayant pas répondu à cet item, la part du secteur privé lucratif est sous évaluée dans cette estimation.

Parmi les établissements déclarant une activité de radiothérapie, 88 font aussi de la curiethérapie, dont la totalité des CLCC. De plus, 6 établissements n'ont déclaré que de la curiethérapie. Ceci traduit la complexité des structures d'établissements dans le secteur privé lucratif : les autorisations d'équipements sont détenues par des sociétés civiles de moyens (SCM) ou des sociétés civiles professionnelles (SCP) constituées de médecins

oncologues radiothérapeutes qui les exploitent, sans disposer de lits. Cependant, le plus souvent, ces équipements sont installés au sein de cliniques propriétaires de lits et de places d'hospitalisation. La curiethérapie nécessitant une hospitalisation est donc déclarée par ces dernières, alors que l'activité de radiothérapie externe est déclarée par le centre (lequel représente un autre établissement de santé au sens administratif).

Sur les 94 centres traitant des malades par curiethérapie, les deux tiers ne disposent que d'équipements à bas débit de dose, l'autre tiers disposant en plus d'équipement à haut débit de dose<sup>70</sup>. 17 des 32 centres disposant des deux types d'équipement de curiethérapie sont des CLCC. Cependant près de la moitié des applications de curiethérapie sont réalisées avec des équipements à haut débit de dose, qui permettent des temps de traitement beaucoup plus rapides (quelques minutes au lieu de quelques jours). Le nombre moyen d'applications réalisées en un an par équipement varie de 19 pour un équipement à bas débit avec projecteur de sources, à 35 pour un équipement à bas débit sans projecteur de sources, et atteint 156 pour un équipement à haut débit de dose.

### ***les séances de dialyse en progression constante***

Lorsque la fonction rénale est altérée de façon profonde et définitive (« insuffisance rénale terminale »), la vie n'est plus possible sans une transplantation rénale ou une épuration extra rénale périodique. Deux méthodes sont utilisées pour l'épuration extra rénale : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Lors d'une séance d'hémodialyse, le sang est épuré à travers un appareil à l'extérieur du patient grâce à un dispositif de dérivation (ponction d'une fistule ou *shunt* artério-veineux). Deux ou trois séances par semaine sont en général nécessaires. Dans l'autre méthode, c'est le péritoine qui sert de membrane filtrante entre le sang du patient et une solution physiologique injectée dans son abdomen. Cette technique peut être réalisée de façon intermittente à l'aide d'un appareil qui injecte puis évacue le liquide périodiquement (« cycleur »), mais elle est plus souvent continue grâce à un système de poches changées régulièrement, ce qui permet une plus grande autonomie et se pratique à domicile (on parle de dialyse péritonéale con-

70. Si l'utilisation du haut débit de dose permet d'effectuer plus de traitements (car plus rapide), son indication n'est pas substituable au bas débit : les effets à long terme du haut débit ne sont pas connus pour de nombreuses localisations, et il n'est donc pas évident que l'objectif soit à terme de remplacer toute la curiethérapie bas débit par du haut débit. En revanche, des systèmes se développent, qui font du « bas débit » avec du « haut débit ». Mais, là encore, ces appareils coûtent pour l'instant assez cher, et nécessitent un environnement technique et en personnel plus important.

tinue ambulatoire). Les dialyses péritonéales sont, de ce fait, comptabilisées en semaines de traitement.

Il s'agit de traitements à la fois astreignants pour les patients et coûteux pour la collectivité, surtout lorsque l'état du patient nécessite une prise en charge en centre du fait du coût du personnel et des transports (le coût total était estimé par l'IGAS à 728 millions d'euros en 1992). C'est la raison pour laquelle les postes d'hémodialyse en centre ont été contingentés jusqu'ici<sup>71</sup>. En 2001, il en existe 4 422, soit 75 par million d'habitant en France métropolitaine (tous âges confondus). Cependant, la croissance continue des besoins liés à l'allongement de l'espérance de vie des patients dialysés et surtout au vieillissement de la population (avec l'accroissement des pathologies vasculaires et du diabète) constitue un véritable défi de santé publique pour maintenir un égal accès aux techniques et crée une incitation de plus en plus forte au développement des alternatives aux traitements en centre. Selon leur état clinique, leur capital vasculaire, leurs préférences, les disponibilités des techniques et les contraintes géographiques, les patients sont pris en charge par l'une ou l'autre technique et selon l'une ou l'autre modalité, et en changent au cours du temps.

Face à ces évolutions et à cette complexité, le système d'information est resté imparfait. Centré jusqu'ici principalement sur les structures, leur nombre de postes et leur volume d'activité, il n'a pas été sensiblement modifié par l'introduction de la médicalisation du système d'information (PMSI). En effet, les associations qui gèrent la majorité des alternatives à la dialyse en centre ne sont pas assujetties à ce système d'information. Un registre national (REIN) est, de ce fait, en cours de constitution. Parallèlement, SAE a été modifiée en 2000 afin de permettre un dénombrement des patients traités par épuration extra rénale, de mesurer la part relative des différentes modalités et décrire les structures de prise en charge, leur activité effective et leurs moyens humains.

- *Plus de 34 000 dialysés, fin décembre 2001, en France métropolitaine*

Ainsi, il est possible d'estimer pour la première fois, le nombre de patients traités par dialyse à partir d'une mesure du nombre de patients traités par chaque centre ou unité, la semaine du 31 décembre 2001. Environ 34 300 patients ont ainsi été dénombrés dans les 753

71. Les récents décrets parus en septembre 2002 substituent à ce contingentement de postes de la carte sanitaire, un nombre minimal et maximal de patients pris en charge annuellement par chaque structure autorisée à pratiquer l'épuration extra rénale, dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

structures de France métropolitaine assurant leur prise en charge selon les différentes techniques, soit un patient dialysé pour 1 770 habitants, ce qui correspond à l'estimation généralement avancée<sup>72</sup>. Celle faite en 1995 à partir du registre européen (*European Dialysis and Transplantation Association*) avançait un chiffre d'environ 20 000 dialysés<sup>73</sup>. Parmi ces patients présents en décembre, environ 10 000 n'étaient pas pris en charge dans la même structure ou selon la même modalité un an auparavant, ce qui témoigne de l'importance des changements au cours d'une année.

La très grande majorité de ces personnes (88 %, soit environ 30 000) est traitée par hémodialyse. Parmi elles, un peu plus de 20 000 sont traitées en centre<sup>74</sup>, environ 8 500 par auto dialyse<sup>75</sup> et 750 se traitent elles-mêmes à domicile. Avec 69 % des patients et 68 % des séances, l'hémodialyse reste donc le plus souvent effectuée en centre. Toutefois, la part de l'auto dialyse ne cesse d'augmenter : elle représente, en effet, 29 % des séances en 2001, contre 25 % en 1999 et 17 % en 1995. Par contre, l'hémodialyse à domicile continue de se réduire (de 172 000 séances en 1995, soit 5,6 % des séances d'hémodialyse, elle ne représente en 2001 que 3 %).

4 300 patients étaient traités la dernière semaine de l'année 2001 par dialyse péritonéale, la plupart (91 %) à domicile, que ce soit des adultes ou des enfants. Les dialyses péritonéales intermittentes en centre reculent, leur nombre diminuant d'environ 6 % par rapport à 2000.

Au total, 3,8 millions de séances d'hémodialyse et 195 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale ont été effectuées en France métropolitaine en 2001 (tableau 3.17). Si l'on compare ces chiffres à ceux de 1999<sup>76</sup>, on observe une augmentation du nombre de séances d'hémodialyse de 7,8 % sur les deux ans, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,8 % sur cette période. Ce chiffre est cohérent avec les tendances enregistrées les années précé-

72. La Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux (FNAIR), notamment, évoquait 30 000 dialysés.

73. LANDAIS P., STENGEL, B. FUMERON, C. JACQUELINET C. : « L'insuffisance rénale terminale traitée en France : épidémiologie et système d'information », *Médecine et Thérapeutique*, vol.4, n° 7, août-septembre, 1998.

74. Jusqu'en 2002, en l'absence de définition des « centres de dialyses allégées », ceux-ci sont comptés avec les centres.

75. L'auto dialyse, comme son nom l'indique, implique la participation du patient aux gestes techniques mais, à la différence de l'hémodialyse à domicile, s'effectue dans un local spécifique. Ces unités, parfois de petite taille, rassemblent plusieurs patients formés et autonomes, en présence d'une infirmière, et leur permettent d'être traités au plus proche de leur domicile. Elles sont gérées le plus souvent par des associations, les hôpitaux publics ne pouvant assurer eux-mêmes les prises en charge alternatives.

76. En 2000, année de la refonte, l'existence de « doubles comptes » aboutit à une surestimation des séances.

tableau 3.17

**RÉPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS ET DE TRAITEMENTS DE DIALYSE  
SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE EN 2001**

Hémodialyse dont	Nombre de patients	Nombre de séances	Dialyse péritonéale (DP) dont	Nombre de patients	Nombre de semaines de traitement
Hémodialyse en centre + entraînement	20 843	2 569 927	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	2 748	142 448
Autodialyse	8 477	1 113 405	Dialyse péritonéale intermittente à domicile	612	34 930
Hémodialyse à domicile	751	116 386	Dialyse en centre + entraînement	913	18 075
<b>Total</b>	<b>30 071</b>	<b>3 799 718</b>	<b>Total</b>	<b>4 273</b>	<b>195 453</b>

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

dentés. Par contre, la progression de la dialyse péritonéale reste beaucoup plus limitée, puisque le nombre de semaines de traitements n'a crû que de 1 % entre 1999 et 2001.

- *L'hémodialyse hors centre est largement prise en charge par les établissements privés, surtout non lucratifs*

En ce qui concerne l'hémodialyse, on dénombre 279 centres de dialyse, essentiellement des établissements publics et privés lucratifs (tableau 3.18). Ils traitent les patients qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge en dehors d'un centre, et assurent des entraînements avant l'installation pour ceux qui peuvent se traiter à domicile ou dans un local spécifique proche de leur domicile (auto dialyse). Il existe, par ailleurs, 474 unités d'auto dialyse.

tableau 3.18

**RÉPARTITION DES STRUCTURES DE DIALYSE ET DES GÉNÉRATEURS  
PAR SECTEUR HOSPITALIER**

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Nombre total de centres	150	57	72	279
Nombre de générateurs d'hémodialyse en centre (entraînement non compris)	2 143	821	1 193	4 157
Nombre de générateurs servant à l'entraînement en hémodialyse	133	86	46	265
Nombre d'unités d'auto dialyse	31	351	92	474
Nombre de générateurs d'auto dialyse déclarés	491	4 420	1 009	5 920
Nombre de patients	717	6 257	1 503	8 477

Champ : France métropolitaine

Source : SAE, Drees

Sur les 150 centres publics pratiquant l'hémodialyse<sup>77</sup>, seuls 59 possèdent des appareils d'entraînement. De même, sur les 72 centres privés lucratifs qui proposent de l'hémodialyse en centre, 29 possèdent des structures pour l'entraînement. Le secteur privé à but non lucratif constitué d'associations représente 57 centres, dont 13 éduquent les patients pour l'auto dialyse. En France métropolitaine par conséquent, environ 5 % des générateurs d'hémodialyse en centre sont utilisés pour l'entraînement.

On assiste à la situation inverse pour la dialyse péritonéale en centre. En effet, une grande partie des appareils utilisés en dialyse péritonéale le sont pour l'entraînement à la dialyse péritonéale. Ainsi, sur 59 centres publics pratiquant la dialyse péritonéale en centre (y compris l'entraînement), 42 font de l'entraînement. 7 centres privés lucratifs pratiquent la dialyse péritonéale, dont 6 qui font de l'entraînement, comme 3 des 4 centres privés non lucratifs. Ainsi, 63 % des appareils servent à l'entraînement des malades.

En termes d'activité, du fait de la politique visant à proposer des alternatives au traitement en centre pour les patients autonomes dont l'état clinique est suffisamment stable, les établissements publics se consacrent essentiellement à l'hémodialyse en centre des patients les plus fragiles<sup>78</sup> et réalisent 46 % du total des séances correspondantes (les séances d'entraînement sont incluses dans ce total). Ils prennent en charge également la quasi totalité des dialyses péritonéales en centre (près de 80 % des semaines de traitement et 93 % de patients pris en charge selon cette modalité).

Les 162 établissements privés à but lucratif sont moins spécialisés dans l'hémodialyse en centre puisque au contraire des hôpitaux publics, ils peuvent gérer des structures extrahospitalières. Ils assurent néanmoins 36 % des séances en centre (graphique 3.20). 92 proposent une prise en charge en auto dialyse, mais ils ne représentent que 17 % des séances de cette modalité.

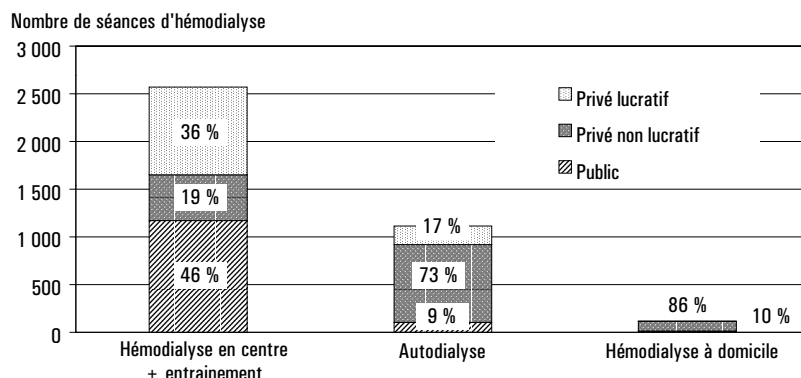
---

77. Au sens d'établissements géographiques et non d'entités juridiques.

78. Les données PMSI confirment cette part prééminente du secteur public pour les patients les plus instables : 86 % des 6 792 séjours en hospitalisation complète du GHM 470 (insuffisance rénale chronique avec dialyse) sont effectués dans les hôpitaux publics. De la même façon, avant la mise en dialyse, ils prennent en charge 80 % des séjours pour insuffisance rénale (GHM 471), les cliniques privées sous OQN 13,5 % et le secteur privé sous dotation globale 6 %.



graphique 3.20  
**RÉPARTITION DES SÉANCES D'HÉMODIALYSE SELON LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE TRAITEMENT ET SELON LES SECTEURS D'HOSPITALISATION EN 2001**



Champ : France entière  
 Source : SAE 2001, Drees

En effet, ce sont les établissements privés non lucratifs, lesquels sont souvent des structures de type associatif créées pour prendre en charge le suivi médical, l'assistance technique et le soutien logistique des patients traités hors centres – qui assurent la très grande majorité de ces « alternatives » : près de trois quarts des séances d'auto dialyse, 74 % des semaines de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et 88 % de celles de dialyse péritonéale intermittente à domicile<sup>79</sup>.

- *Une situation particulière dans les départements d'outre-mer*

Le pourcentage de cas d'insuffisance rénale traités dans la dernière semaine du mois de décembre 2001, ramenés à la population est deux fois plus important dans les DOM qu'en France métropolitaine (0,1 % contre 0,06 %). Cette prévalence plus forte est à mettre en lien, notamment, avec deux pathologies qui frappent particulièrement les populations de ces départements : la drépanocytose et le diabète de type II.

79. Ce qui représente en tout 86 % des semaines de traitements par dialyse péritonéale, toutes modalités confondues.

Tout comme en France métropolitaine, la grande majorité (plus de 93 %) d'entre eux est traitée par hémodialyse (tableau 3.19) : un peu plus de 1 090 patients sont traités en centre, environ 760 le sont par auto dialyse et un peu moins de 20 se soignent eux mêmes à domicile. Ainsi, la part de l'hémodialyse en centre (58 % des patients et 51 % des séances) est moindre qu'en France métropolitaine (69 % des patients et 68 % des séances), alors que l'auto dialyse y est plus développée (41 % des patients et 48 % des séances), l'hémodialyse à domicile représentant, comme pour le reste de la France, 1 % des séances. Cette part de l'auto dialyse augmente puisqu'en 1998, elle représentait 47 % des séances, au détriment de l'hémodialyse à domicile (3 700 séances en 1998, 2 650 séances en 2001).

tableau 3.19

**RÉPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS ET DE TRAITEMENTS EN DIALYSE  
SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE EN 2001**

Hémodialyse dont	Nombre de patients	Nombre de séances	Dialyse péritonéale (DP) dont	Nombre de patients	Nombre de séances
Hémodialyse en centre + entraînement	1 093	116 477	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	68	3 368
Auto dialyse	764	110 402			
Hémodialyse à domicile	19	2 653	Dialyse en centre + entraînement	4	208
<b>Total</b>	<b>1 876</b>	<b>229 532</b>	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>3 576</b>

Champ : France métropolitaine  
Source : SAE, Drees

Par ailleurs, le pourcentage de patients traités par dialyse péritonéale est plus faible que dans le reste de la France, et leur nombre tend encore à diminuer entre 2000 et 2001 (de 111 à 72). La quasi totalité d'entre eux sont traités à domicile en dialyse péritonéale continue ambulatoire<sup>80</sup> (94 % des patients et 94 % des semaines de traitements). Ceci est sans doute à mettre en rapport avec le fait que la quasi totalité des centres existants, à l'exception d'un établissement de la Réunion, ne proposent que l'hémodialyse.

La plus grande importance relative de l'auto dialyse dans les DOM pourrait s'expliquer par la faible part de la dialyse péritonéale, également par les problèmes d'éloignement des centres, compte tenu de la surface

80. Le cas échéant avec l'adjonction d'un cycleur la nuit (dialyse péritonéale assistée).

des territoires, enfin par une « saturation » plus grande de ces centres. Il existe en effet un générateur d'hémodialyse en centre (sans distinction adultes / enfants) pour 11 440 habitants, au lieu de un pour 13 350 en métropole, alors que la densité de patients est double.

***les traitements et cures ambulatoires  
en soins de suite et réadaptation***

Les traitements et cures ambulatoires concernent surtout la réadaptation fonctionnelle avec 229 000 séances avec en outre quelques soins de suite<sup>81</sup> (8 000). Ceci s'explique par la différence d'activité et de clientèles, les soins de suite étant majoritairement destinés à des patients âgés relevant de soins continus après une intervention lourde ou un épisode aigu. Les traitements et cures ambulatoires ne concernent dans ce domaine que les unités accueillant des patients en postcure (alcool, toxicomanie ou affections mentales). Par contre, la rééducation cardiaque après un infarctus ou la rééducation de l'appareil locomoteur après une prothèse de hanche ou un accident vasculaire cérébral se prêtent à des prises en charge discontinues, effectuées sur des patients dans un cadre ambulatoire (séances de kinésithérapie, d'ergothérapies ou d'orthophonistes...).

Cette activité ambulatoire comptée en séances a très fortement augmenté en 2001 (+9 %), et a doublé dans le secteur public où elle était marginale. Elle a progressé de 4 % dans les établissements privés sous OQN, mais a diminué de 4 % dans les établissements privés sous dotation globale. En 2001, 85 % de ces traitements ont été réalisés dans le secteur privé, dont la plus grosse part (48 %) dans les établissements sous OQN, et 15 % dans le secteur public.

**2.4 LES CONSULTATIONS EXTERNES PLUS NOMBREUSES  
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS ET LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN**

Contrairement aux autres prises en charge programmées, les consultations externes, à l'image des consultations spécialisées en ville, sollicitent essentiellement des prestations médicales et mobilisent peu le plateau technique (ou de façon différée dans le cadre de prescriptions). En 2001, la SAE recensait 26,8 millions de

81. Les services de soins de suite et de réadaptation (anciennement appelés moyen séjour) ne bénéficient pas de définition précise quant à leur activité. On distingue cependant d'une part, les soins de suite qui rassemblent notamment les unités de « convalescence, repos, régime et réadaptation non spécialisée ou de postcure » ; ils permettent la poursuite et le suivi des soins entrepris en court séjour, la restauration somatique et psychologique, l'éducation du patient et la préparation de la sortie. D'autre part, les services de réadaptation fonctionnelle spécialisée sont destinés à la rééducation active de la fonction locomotrice mais aussi cardiaque ou pulmonaire, afin de limiter les handicaps physiques ou fonctionnels et permettre la réinsertion.

consultations externes dispensées au sein des établissements de santé financés par dotation globale (public ou privés non lucratifs). En 2000, le nombre de consultations déclarées par les établissements était de 27 millions. Ces chiffres ne doivent cependant être considérés que comme un ordre de grandeur. Les fluctuations très importantes du nombre de consultations externes au cours des années précédentes semblent mettre en évidence des difficultés de recensement de cette activité par les établissements, voire une confusion avec les passages aux urgences. Une meilleure précision du champ enquêté ainsi que l'amélioration des systèmes d'information des établissements devraient permettre de fournir une meilleure évaluation quantitative de cette activité importante des hôpitaux pour les prochaines années.

Sur le plan qualitatif, une enquête menée en novembre 2000 auprès de patients des consultations externes d'un échantillon d'établissements publics, en court séjour, a permis de définir le profil des personnes qui ont recours à ces services.

Le recours annuel aux consultations externes réalisées dans les services de soins de courte durée en médecine, chirurgie et gynécologie, qui s'élevait en moyenne à 306 pour 1 000 habitants, atteignait 451 consultations en moyenne pour 1 000 personnes âgées de 65 à 74 ans et 332 consultations pour 1 000 chez les enfants de moins d'un an<sup>82</sup>.

Le recours aux consultations externes hospitalières diminue pendant l'enfance et l'adolescence, puis augmente entre 25 et 75 ans. Globalement moins nombreux qu'en population générale avant 55 ans, les usagers le sont davantage au-delà de cet âge. Cependant après 75 ans, le recours aux consultations externes diminue, de même que celui des médecins spécialistes en ville, alors que le taux d'hospitalisation devient élevé.

Globalement, le nombre annuel de consultations externes hospitalières est plus élevé dans la population féminine (325 pour 1 000 femmes et 286 pour 1 000 hommes), du fait des consultations de gynécologie qui représentent près d'une consultation sur deux pour les femmes de 20 à 34 ans. Hors gynécologie, le recours des femmes aux consultations externes est toutefois plus faible que celui des hommes (255 ‰).

Jusqu'à 15 ans, les garçons ont davantage recours aux consultations externes que les filles. Ils représentent 56,5 % des usagers de moins de 15 ans, et même

---

82. TELLIER Sergine et alii : « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », *Études et Résultats*, n° 167, avril 2002, Drees.

70,5 % de ceux de moins d'un an. En revanche, entre 15 et 34 ans, les femmes consultent à l'hôpital plus fréquemment que les hommes : elles représentent 71 % des consultants de cette classe d'âge, et même 78 % des 25-34 ans. Si on exclut les consultations de gynécologie, courantes à ces âges, les femmes restent plus nombreuses à consulter (respectivement 58 et 63 % des consultants). Les différences s'estompent entre 35 et 54 ans.

Après 55 ans, la proportion des hommes parmi les consultants s'accroît. Ce phénomène s'accroît à partir de 65 ans, comme c'est le cas pour les hospitalisations. Ainsi les hommes représentent 48,5 % des patients de plus de 64 ans et 47,5 % de ceux de 75 ans et plus, alors qu'ils ne sont que 40 et 35 % dans la population générale.

***près de la moitié des consultations  
externes sont liées  
à une hospitalisation***

Quatre consultations sur dix précèdent ou font suite à une hospitalisation, et c'est le cas de plus de la moitié des consultations effectuées dans les spécialités chirurgicales. De fait, la surveillance et la prévention constituent le principal motif de consultation à l'hôpital (environ 40 % des consultations). À peine un quart des consultations ont une visée principale de diagnostic et 13 % sont effectuées dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Les autres motifs de consultation sont liés aux visites pré-anesthésiques ou aux contrôles post opératoires, ainsi qu'à des soins infirmiers.

Deux consultations hospitalières sur trois donnent lieu à des prescriptions médicales, et dans 38 % des cas à des prescriptions de médicaments. Ce chiffre peut être rapproché de celui de l'enquête *Santé 1991-1992*, qui montrait que la prescription de médicaments lors des consultations hospitalières (39 %) était moins fréquente qu'en médecine de ville (65 %). Des examens complémentaires sont prescrits dans quatre consultations sur dix. Dans cette éventualité, le patient est quatre fois sur dix orienté vers un autre service hospitalier. Enfin, des séances de rééducation ou des soins infirmiers sont prescrits dans 15 % des cas.

Les prescriptions de médicaments et d'examen sont plus fréquentes pour les consultations de spécialités médicales et gynécologiques. Dans l'ensemble, les prescriptions de médicaments et d'examen complémentaires sont moins fréquentes avant 20 ans, à l'exception des enfants de moins d'un an. Elles augmentent ensuite jusqu'à 35 ans puis se stabilisent. Les soins paramédicaux sont davantage prescrits dans le cadre des consultations chirurgicales, ainsi que pour les enfants de 1 à 4 ans et les jeunes adultes de 15 à 34 ans, car ils sont souvent associés dans ce cas à des pathologies traumatiques.

## 2.5 UNE ÉVOLUTION RÉGULIÈRE ET SOUTENUE DU RECOURS AUX URGENCES

En sus de ces formes de prises en charge programmées, depuis la fin des années 1980, se développe une forte demande de soins non programmés s'adressant notamment aux services d'urgence hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n°97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Trois types de structures ont été définies : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, les pôles spécialisés (Posu) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques et des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou) qui peuvent traiter les cas les plus simples, mais doivent orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer.

***une augmentation du nombre de passages aux urgences d'environ 5 % par an en moyenne***

En 2001, le nombre annuel de passages aux urgences<sup>83</sup> a augmenté de 4,6 %, atteignant 13,5 millions pour l'ensemble de la France, dont 13,2 millions en métropole. Cette augmentation est légèrement moins importante que celles constatées les années précédentes : +5,4 % en 1998 et +5,8 % en 1999<sup>84</sup>, mais elle correspond au taux moyen d'augmentation observé entre 1990 et 1998 (graphique 3.21).

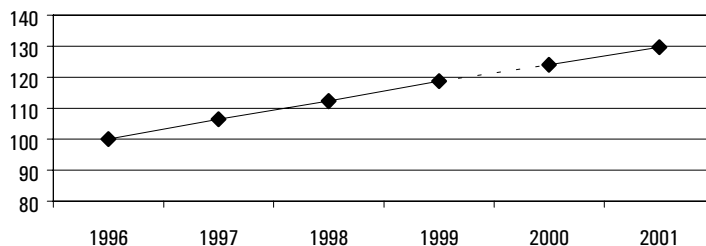
Le taux annuel de passages aux urgences (qui correspond au nombre annuel des passages aux urgences rapporté à la population au 1<sup>er</sup> janvier de l'année) en France métropolitaine est passé de 17,5 % en 1996 à 22 % en 2001. C'est en Île-de-France, région qui concentre 22 % des passages, qu'il est le plus élevé (26,3 %), ainsi qu'en Haute-Normandie (26 %) et en Paca (25,8 %).

En 2001, on dénombre pour la France entière 622 unités autorisées d'urgences décomposées en 225 SAU, 364 Upatou et 33 Posu. Plus de la moitié des passages (57 %) sont pris en charge par les SAU, 38 % par les Upatou et 5 % par les Posu (graphique 3.22).

83. Dans les unités d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation.

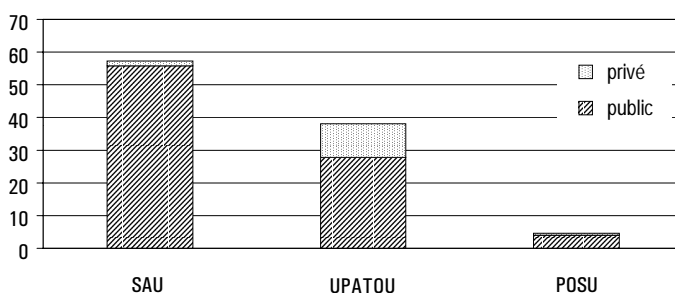
84. Ces évolutions sont cependant à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

graphique 3.21  
**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES DE 1996 À 2001**  
 (base 100 en 1999)



Champ : France entière  
 Source : SAE 2001, Drees

graphique 3.22  
**RÉPARTITION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES  
 SELON LE TYPE D'AUTORISATION ET LE SECTEUR EN 2001**



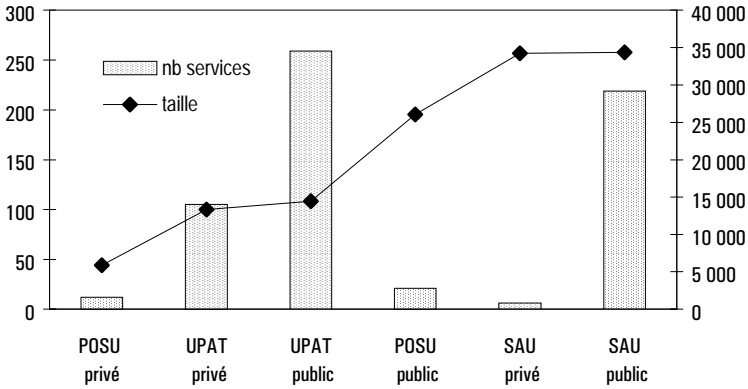
Champ : France entière  
 Source : SAE 2001, Drees

Par rapport à une moyenne de 22 000 passages par unité et par an, l'activité des SAU est nettement plus importante que celle des Upatou, respectivement 34 000 et 14 000 passages annuels. La taille moyenne des Posu est un peu plus élevée que celle des Upatou, avec en moyenne 19 000 passages annuels (graphique 3.23).

123 unités d'urgences autorisées sont situées dans des établissements privés ; ce sont essentiellement des Upatou (105 sur 123). Elles sont en moyenne de plus petite taille que celles des établissements publics : 14 000 passages annuels en moyenne contre 24 000. Les Upatou

graphique 3.23

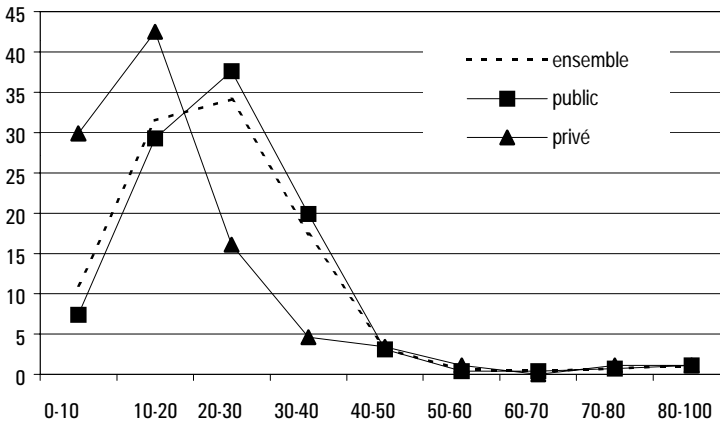
**TAILLE DES SERVICES D'URGENCE EXPRIMÉE EN MILLIERS DE PASSAGES EN 2001**



Champ : France entière  
Source : SAE 2001, Drees

graphique 3.24

**RÉPARTITION DES SERVICES D'URGENCE SELON LEUR TAUX D'HOSPITALISATION ET LEUR STATUT**



Champ : France entière  
Source : SAE 2001, Drees



publiques et privées ont toutefois des niveaux d'activité assez proches : 13 000 passages dans le privé, 14 000 dans le public.

En 2001, elles ont accueilli 12,4 % des passages. Cette part a fortement augmenté entre 1997 et 2001 : elle était en effet de 8 % en 1997, 8,5 % en 1999 et 11,7 % en 2000. En 2001, le nombre de passages aux urgences traités par les établissements privés a progressé de 11 %. Cette augmentation ne concerne que les établissements sous OQN dont la part passe de 2 % en 1999 à 7 % en 2001, et dépasse ainsi celle des établissements privés sous dotation globale qui, à l'inverse, baisse légèrement, passant de 6 à 5 %. Le poids du privé est, cependant, très variable d'une région à l'autre et dépasse 15 % dans six d'entre elles, alors qu'il reste pratiquement nul dans cinq autres.

Tous secteurs confondus, les petites unités sont plus nombreuses : 43 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et 60 %, moins de 20 000. À l'autre extrémité, 12 % d'entre elles reçoivent plus de 40 000 passages par an et traitent 31 % de l'ensemble des passages. Ces grandes unités sont plus nombreuses en Île-de-France, région dans laquelle la moitié des unités enregistrent plus de 30 000 passages par an, et 43 % plus de 40 000. Presque la moitié des unités réalisant plus de 40 000 passages annuels sont d'ailleurs implantées en Île-de-France.

- *Un peu plus d'un patient sur cinq est hospitalisé après son passage aux urgences*

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est en moyenne de 22 %<sup>85</sup> sur l'année 2001. Il est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (14 % contre 23 %). La différence est relativement limitée entre SAU et Upatou avec des taux d'hospitalisation respectifs de 23 et 20 %. Par contre, dans les Posu, seulement 12 % des passages donnent lieu à une hospitalisation (graphique 3.24).

Cette différence du taux moyen d'hospitalisation reflète une grande différence de type d'unité entre public et privé. Les unités du privé sont majoritairement des Upatou de petite taille, dans lesquelles les passages donnent peu souvent lieu à hospitalisation : 30 % de ces unités ont un taux d'hospitalisation inférieur à 10 % et 72 % un taux inférieur à 20 % (contre respectivement 7 et 37 % dans le public).

85. Taux calculé sur les seuls établissements ayant déclaré des hospitalisations (soit environ 80 % des services). À noter que les séjours isolés dans les boxes de surveillance de très courte durée ne sont pas comptés ici comme des hospitalisations.

Le taux global d'hospitalisation varie également selon la taille des unités : plus élevé dans les plus petites (25 % pour les moins de 10 000 passages par an), il décroît légèrement ensuite jusqu'à 20 % dans les unités réalisant entre 25 et 30 000 passages, puis atteint son maximum dans les unités de 35 à 40 000 passages (27 %) avant de diminuer à nouveau jusqu'à 19 % dans celles accueillant plus de 40 000 passages par an. Ces résultats peuvent être rapprochés des données sur les délais d'hospitalisation fournies par l'enquête sur les usagers des services d'urgence, qui montre que le temps d'attente pour trouver un lit augmente avec la taille des établissements<sup>86</sup>. La difficulté pour trouver un lit d'aval pourrait ainsi conduire les services les plus importants à recourir moins souvent à l'hospitalisation.

En 2001, 80 % des unités ont indiqué la répartition de leurs passages au mois d'octobre selon la classification Gemsa<sup>87</sup> qui repose sur une distinction du mode d'accueil et du mode de sortie de tous les patients, indépendamment des différences d'organisation médicale ou structurelle existantes. On peut ainsi évaluer à approximativement 6 % la part des passages programmés correspondant à des consultations de suites d'urgence (surveillance de plâtre, ablation de fils...), à 2 % la part de ceux nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate, importante ou prolongée et à un peu moins de 4 % les réorientations secondaires vers un autre établissement.

***des moyens en équipements  
et en personnels  
variables selon la taille des services,  
mais un effectif minimal  
pour les plus petits***

La réglementation<sup>88</sup> impose aux unités d'accueil des urgences, d'être organisées en une zone d'accueil et une zone de surveillance comportant un nombre de boxes, variable selon l'autorisation : 3 à 5 boxes pour 10 000 passages pour les SAU et les Posu (soit 2 000 à 3 500 passages par box), et 2 à 4 boxes pour 10 000 passages pour les Upatou (soit 2 500 à 5 000 passages par box).

En moyenne, il y a très peu de différence d'équipement entre SAU et Upatou, et le nombre de passages annuel moyen par box reste dans la fourchette fixée par le décret<sup>89</sup> : 3 500 passages par box dans les SAU, 3 450 dans les Upatou et 3 300 dans les Posu (graphique 3.25).

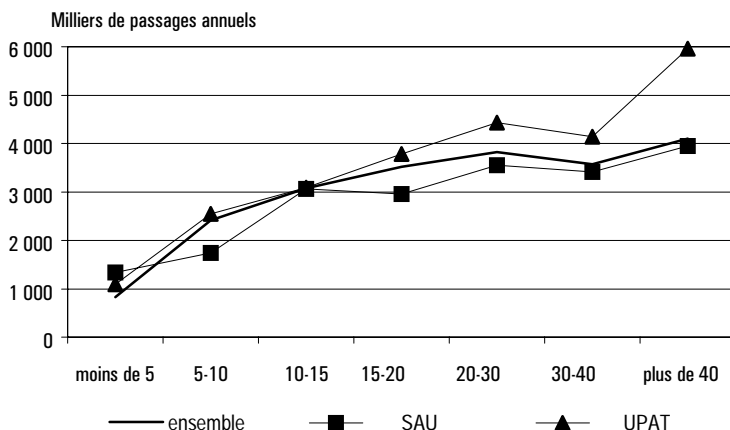
86. CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique : « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, janvier 2003, Drees.

87. Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil.

88. Décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997.

89. Seules 78 % des répondants ont indiqué un nombre de boxes. Les données présentées sont calculées sur les seuls répondants.

graphique 3.25  
**NOMBRE ANNUEL DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2001 PAR BOX  
 SELON L'AUTORISATION ET LA TAILLE DU SERVICE**



Champ : France entière  
 Source : SAE 2001, Drees

Par contre, les petites unités comptent proportionnellement plus de boxes que les grandes : on trouve en moyenne 1 box pour 1 900 passages dans les unités réalisant moins de 10 000 passages par an et à l'opposé, 1 box pour 4 100 passages dans celles de plus de 40 000 passages par an.

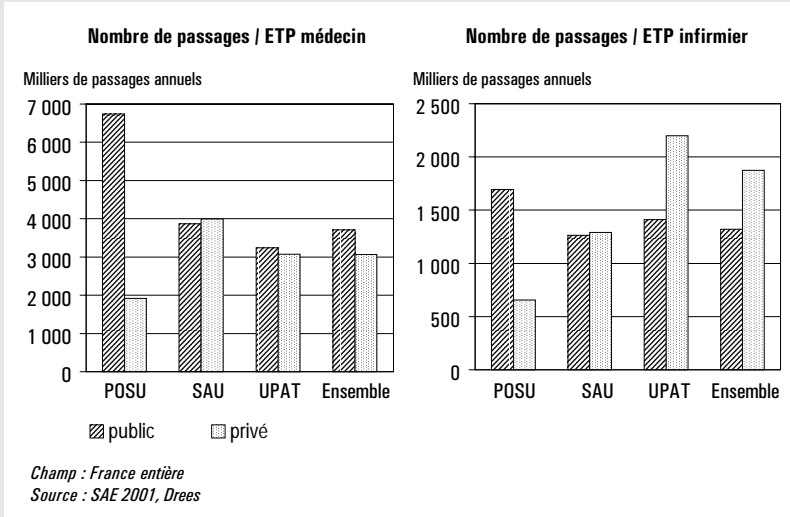
En 2001, l'effectif des médecins intervenant dans les services d'urgences est estimé d'après les déclarations des établissements, à 4 730, représentant 3 440 équivalents temps plein (ETP)<sup>90</sup>. Le nombre moyen de passages annuels par « médecin à temps plein » est de 3 620<sup>91</sup>.

Il varie néanmoins considérablement selon les unités (graphique 3.26). Ainsi, dans un quart des unités, le nombre de passages par ETP médical est inférieur à 2 500, alors que dans le quart opposé, il est supérieur à 4 900.

90. Effectif calculé sur les services « répondants » (services ayant déclaré au moins un médecin en équivalent temps plein (ETP) ou en effectif) qui recouvrent 92 % des passages. 15 % des unités ayant déclaré une activité d'accueil des urgences en 2001 n'ont indiqué aucun ETP médical affecté au service d'urgences et 12 % d'entre elles, aucun ETP de personnel infirmier. Les taux de non-réponse sont plus élevés dans les plus petites unités.

91. Moyenne calculée sur les seuls services répondants.

graphique 3.26  
**NOMBRE ANNUEL DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2001  
 PAR ETP MÉDICAL ET INFIRMIER SELON LA TAILLE DU SERVICE**



Le nombre moyen de passages par médecin est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé, avec respectivement 3 710 et 3 070 passages. Proportionnellement au nombre de passages annuels, on compte moins de médecins intervenant dans les Posu que dans les SAU et surtout dans les Upatou : respectivement 5 080, 3 880 et 3 200 passages par ETP médical.

Un autre facteur déterminant est la taille des unités, le nombre de passages annuels par « médecin à temps plein » variant du simple au double entre les unités accueillant moins de 10 000 passages par an et celles en accueillant plus de 40 000.

Les infirmiers sont à peu près deux fois plus nombreux que les médecins à intervenir dans les services d'urgences, soit un effectif de 9 920 représentant 9 050 ETP. En moyenne, les services d'urgences disposent d'un ETP infirmier pour 1 370 passages annuels, ce chiffre variant également considérablement selon les unités.

Ce sont les établissements publics qui disposent du plus grand nombre d'infirmiers proportionnellement à leur activité, que les établissements privés (respectivement 1 320 et 1 880 passages annuels par ETP), alors qu'ils sont moins bien dotés en termes d'effectifs médicaux (graphique 3.26). Si les différences de moyens infirmiers se-

lon les autorisations sont moins importantes que celles concernant les effectifs médicaux, la situation est presque inversée : on compte 1 570 passages annuels pour un « infirmier à temps plein » dans les Upatou, 1 410 dans les Posu et 1 270 dans les SAU. La taille des unités n'intervient pas non plus de la même façon : si les plus petites unités (moins de 10 000 passages annuels) restent les mieux dotées avec 1 040 passages par « infirmier à temps plein », il n'y a guère de différence entre les unités réalisant 10 000 passages ou 35 000, et les moyens semblent même légèrement supérieurs dans les unités de taille supérieure à 35 000 passages annuels.

Ces différences de dotations en personnels en fonction du nombre de passages s'expliquent toutefois en partie par l'existence d'effets de seuil imposant un effectif minimal à une équipe pour pouvoir fonctionner, indépendamment du nombre de patients à traiter. De ce fait, les unités accueillant peu de patients apparaissent mécaniquement plus favorisées que les autres.

Enfin, un peu plus d'un tiers des unités d'urgences déclare disposer d'assistants de service social. Cette part passe de 58 % pour les SAU, à 30 % pour les Posu et seulement 21 % pour les Upatou.

Globalement, 451 assistants de services social participent à l'activité des services d'urgences, représentant 405 ETP, soit un « assistant à temps plein » pour 33 300 passages annuels.

Enfin, 18 % des unités d'urgences n'indiquent aucun effectif à temps plein en dehors des médecins, infirmiers et assistants de service social. L'ensemble de ces autres personnels (aides soignantes, agents de service hospitalier et secrétaires notamment) représentent un peu moins de 7 800 personnes dans l'ensemble des services d'urgences et environ 7 200 ETP, soit en moyenne un ETP pour un peu plus de 1 600 passages annuels.

***un recours aux urgences  
particulièrement élevé  
chez les enfants de moins d'un an  
et, dans une moindre mesure,  
les personnes âgées de plus de 80 ans***

L'enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services de France métropolitaine, a livré des informations intéressantes sur les différentes populations fréquentant les urgences, leurs modes d'accès, les motifs pour lesquelles elles consultent et les soins qu'elles y ont reçus.

Cette enquête montre que la clientèle des urgences est globalement plus jeune que l'ensemble de la population<sup>92</sup> : le quart des patients a moins de 15 ans et 43 % moins de 25 ans, alors que les personnes âgées de plus de 70 ans ne représentent que 14 % du total. Si l'on

92. CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique : « Les usagers des urgences ; premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, janvier 2003, Drees.

compare la répartition par âge des usagers des urgences à celle de la population générale, on constate que les nourrissons de moins de 1 an sont proportionnellement 2,4 fois plus nombreux dans la clientèle des urgences.

Si l'on s'intéresse au pourcentage d'une classe d'âge qui aura fréquenté les urgences dans l'année, ce sont les nourrissons de moins d'1 an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (48 %, soit 1,7 fois plus que les enfants entre 1 et 5 ans).

Au deuxième rang, viennent les personnes âgées de 80 ans et plus (38 %), enfin les enfants de 1 à 5 ans. À l'opposé, ce sont les personnes âgées de 51 à 70 ans qui ont le taux de recours le plus faible (12 %).

La gravité de l'état des patients est habituellement évaluée par les spécialistes de l'urgence à l'aide d'une échelle croissante de 1 à 5 (dite classification clinique des malades des urgences ou CCMU). Près de trois quarts des patients (74 %) ont été classés par les médecins au niveau 2 (état clinique jugé stable – décision d'actes complémentaires techniques à visée diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence). Les autres se répartissent essentiellement entre des personnes dont l'état clinique ne nécessite pas le recours à un acte complémentaire (14 % des passages relevant de la CCMU1) et des malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital (11 % des passages relevant de la CCMU3). Les deux dernières classes qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2 % des passages sont classés en CCMU4 et 0,4 % ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU5).

Globalement, selon l'enquête de 2002, près des trois quarts des patients (75 %) ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences, 43 % en ayant eu au moins deux. Cette proportion est significativement plus faible pour les nourrissons (40 %), y compris lorsque le motif d'arrivée est un traumatisme, de même que chez les très jeunes enfants (58 %). Elle s'élève par contre, à 90 % chez les patients de plus de 70 ans. Il faut souligner que les prescriptions (ordonnances de médicaments ou de soins infirmiers en ville par exemple) ne sont pas comptabilisées comme des actes techniques. Par conséquent, dans cette enquête l'absence d'examen ou de geste thérapeutique ne signifie pas l'absence de prestation médicale et ne doit pas être interprétée comme le signe d'un recours aux urgences « non justifié ».

Deux tiers des usagers ont bénéficié d'un ou plusieurs actes diagnostiques, généralement une radio (plus

d'un patient sur deux). Plus du quart (28 %) a eu un prélèvement biologique et 19 % un électrocardiogramme. Les autres examens diagnostiques sont réalisés de façon plus marginale (consultation spécialisée 4 %, échographie 2,8 %, scanner 2,5 %).

Dans l'échantillon concerné par l'enquête, 19 % des patients pris en charge aux urgences ont été hospitalisés<sup>93</sup>. Parmi eux, 91 % l'ont été en hospitalisation de court séjour, 6 % ont été orientés vers des services psychiatriques, 1,4 % en soins de suite et 1,2 % en long séjour. La majorité a été hospitalisée au sein du même établissement, bien qu'il apparaisse des différences selon les disciplines : 86 % des patients hospitalisés en MCO sont restés dans le même hôpital, alors qu'un tiers des personnes hospitalisées en psychiatrie a été transféré vers d'autres hôpitaux. Cette différence s'explique du fait que tous les hôpitaux accueillant des urgences ne disposent pas d'unités d'hospitalisation complète dans cette discipline.

- *Des modes d'utilisation des urgences distincts selon les âges*

À travers cette enquête nationale, se dessine une segmentation des populations qui fréquentent les services d'urgence hospitaliers et des modes d'utilisation qu'elles en font, lesquels correspondent dans une large mesure à leur âge. Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmées l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents, majoritairement en fin de soirée et ce, pour des problèmes somatiques qui font peu appel à des examens complémentaires (un sur cinq seulement a une radio), puis ils repartent à leur domicile.

Les jeunes enfants se distinguent des tout petits par l'horaire plus précoce de leurs arrivées et la fréquence plus élevée de la traumatologie et des examens (30 % ont une radio). Entre 6 et 15 ans, la traumatologie liée aux accidents scolaires ou aux activités sportives devient prédominante avec, comme corollaire, une consommation plus forte d'examen complémentaires diagnostiques (radiologie essentiellement) et d'actes thérapeutiques mobilisant un plateau technique chirurgical minimal (sutures, plâtres). Les enfants et adolescents de moins de 15 ans sont rarement hospitalisés. Les 16-25 ans ont des modalités de recours et des prises en charge proches de celles des plus jeunes, avec toutefois une plus forte fréquence des problèmes de psychiatrie et de violence (5 %).

93. 3 % ont, en outre, séjourné dans un box de surveillance de très courte durée avant de ressortir de l'établissement.

Les adultes constituent une population mixte qui recourt aux urgences à la fois pour des motifs liés à la traumatologie et pour des problèmes somatiques divers, en particulier les affections cardiovasculaires, dont la part relative augmente avec l'âge. C'est aussi la tranche d'âge la plus concernée par les problèmes d'addiction (4 %) ou de tentative de suicide.

À partir de 70 ans, le secteur privé est moins souvent sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire. Plus souvent que les patients plus jeunes qui ont en général recours aux urgences spontanément, les patients de plus de 70 ans sont adressés aux urgences par un médecin. En outre, la proportion de ceux dont l'état de santé est susceptible de s'aggraver devient significative, les investigations diagnostiques sont les plus nombreuses et les plus diversifiées (biologie, ECG) et le passage aux urgences débouche alors plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

Tout se passe, dans ce cas, comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée. Les personnes de plus de 80 ans (7 % des passages), en particulier, sont adressées par un médecin pour être hospitalisées, arrivent seules, souvent le matin alors que les sorties programmées libérant les lits n'ont lieu généralement que l'après midi. Lorsqu'elles justifient une hospitalisation hors traumatologie, elles séjournent alors plus longtemps dans l'unité d'urgence avant leur transfert, et les équipes soignantes signalent dans leur cas plus fréquemment un problème social. En particulier, pour les personnes de 80 ans et plus, qui ne relèvent pas du court séjour mais d'une autre orientation, on note des délais beaucoup plus longs avant l'hospitalisation : 5 heures 20 pour le transfert en moyen séjour, 6 heures 40 en long séjour si celui-ci est au sein de l'établissement, 13 heures 30 à l'extérieur, même si ces cas extrêmes sont relativement rares.

## 2.6 LES PLATEAUX TECHNIQUES AU CENTRE DE L'ACTIVITÉ DES HÔPITAUX

La deuxième moitié des années 1990 et le début des années 2000 sont donc marquées par la croissance soutenue des différents types d'activité sans hébergement, alors que l'hospitalisation complète (en particulier de court séjour) a connu un ralentissement et même un recul à partir de 1999. Cette évolution est sans doute, pour partie, due aux progrès médicaux, ainsi qu'à la disponibilité au sein des établissements de santé de plateaux techniques complets. Sous cette appellation, on désigne à la fois les lieux et les équipements qui permettent de réaliser des actes curatifs et diagnostiques. Il s'agit principalement des blocs opératoires, des salles d'accouche-



ment, d'anesthésie et de réveil, des unités de réanimation, des sites d'imagerie (radiologie, scanners, IRM...), de radiologie interventionnelle ou d'endoscopie, ainsi que des laboratoires d'analyses biologiques.

Suivant la très forte « technicisation » de la médecine au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les plateaux techniques sont devenus un point central de l'hôpital autour duquel sont organisés les flux de patients. Après un très fort développement dans les années 1970 et 1980, plusieurs éléments ont incité à repenser leur organisation au cours des années 1990. La nécessaire maîtrise des dépenses de santé, de même que la forte émergence d'un souci de sécurité sanitaire ont incité à rationaliser le fonctionnement de ces structures souvent grosses consommatrices d'investissements. Dans le même temps, les très importants progrès réalisés en matière d'anesthésie et d'imagerie médicale ont incité au développement de nouveaux plateaux techniques spécialisés sur certains actes.

Dans ce cadre en particulier, les résultats tirés de la Statistique annuelle des établissements (SAE) renouvelée qui renseignent sur la disponibilité et le dimensionnement des moyens diagnostiques et thérapeutiques des établissements en particulier en matière de chirurgie et de réanimation, comme sur leur activité s'avèrent riches d'information.

***la lente concentration  
des plateaux techniques de chirurgie***

En 2001, 1 260 établissements géographiques ont déclaré une activité chirurgicale en hospitalisation complète ou partielle, parmi lesquels 38 % appartiennent au secteur public et 53 % sont des cliniques privées sous OQN. Le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie varie beaucoup d'une région à l'autre : de 18 établissements pour 1 million d'habitants pour la région Nord, à 27 pour l'Aquitaine et 34 pour la Corse. Les 8 420 salles d'intervention chirurgicale au sein desquelles s'effectue cette activité sont, elles aussi, réparties de façon inégale mais les disparités régionales sont un peu moins marquées (de 105 salles par million d'habitants en Haute-Normandie, à 172 en Paca). Les écarts entre départements sont quant à eux plus accusés en raison de la présence dans certains d'entre eux de CHR : on passe ainsi de 63 dans l'Ain à 208 dans les Bouches du Rhône et 259 à Paris. En définitive, les quatre régions du sud de la France avec l'Auvergne et la Corse apparaissent les mieux dotées en terme d'établissements et de salle par million d'habitants et les régions du quadrant nord ouest (à l'exception de l'Île-de-France) les moins bien équipées.

- *Un phénomène de concentration en neuf ans*

La comparaison avec l'enquête *GAIN Chirurgie*<sup>94</sup> réalisée par l'assurance maladie montre que, à champ constant entre 1992 et 2000, 18 % des plateaux techniques de chirurgie ont disparu du fait de reconversions, de fermetures ou encore de regroupements, principalement dans le secteur privé sous OQN (cf. le chapitre 2.1.3).

En parallèle, dans le secteur public, 164 salles d'intervention chirurgicale ont disparu (pour 53 plateaux techniques supprimés), alors que leur nombre restait stable dans les établissements privés sous dotation globale (malgré 12 cessations d'activité). On a donc globalement assisté à une concentration des salles sur un plus petit nombre de plateaux techniques, mouvement auquel a sans doute contribué le décret sur la sécurité anesthésique paru en 1994.

Entre 2000 et 2001, du fait de regroupements, la diminution du nombre d'établissements sous OQN pratiquant la chirurgie et des équipements correspondants s'est poursuivie (40 sites et 175 salles en moins), sans impact sur l'activité chirurgicale du secteur. Par contre, les structures du secteur sous dotation globale sont restées quasi inchangées.

- *Un taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale plus élevé dans les cliniques privées*

6 255 300 interventions chirurgicales avec anesthésie ont été déclarées dans la SAE en 2001<sup>95</sup>, les cliniques privées en ayant réalisé 63 %. Les hôpitaux publics qui ne représentent que 32 % de ce total<sup>96</sup> concentrent 45 % de l'équipement en salles (tableau 3.20).

En parallèle, le taux d'utilisation des salles varie de façon sensible selon les secteurs : le nombre d'interventions annuelles par salle de chirurgie est ainsi en moyenne

94. Cet état des lieux exhaustif a concerné essentiellement les plateaux techniques de chirurgie de la France métropolitaine mais également les maternités pratiquant la chirurgie gynécologique et quelques établissements de médecine, soit 1 590 établissements.

95. À rapprocher des séjours chirurgicaux hors césariennes dans le PMSI. L'écart est lié au fait que plusieurs interventions chirurgicales peuvent avoir lieu au cours d'un même séjour. Par ailleurs, si l'on s'intéresse aussi dans SAE aux interventions mineures n'ayant pas mobilisé de moyens anesthésiques, on obtient 7 400 900 interventions chirurgicales.

96. Il existe, sans doute, une certaine sous-déclaration des interventions chirurgicales pour ce secteur dans SAE car, du fait de leur mode de financement, les établissements publics, notamment certains centres hospitalo-universitaires, n'ont pas mis en place les systèmes nécessaires pour décompter les actes chirurgicaux.

de 1 307 dans les cliniques privées sous OQN, de 910 dans le secteur privé sous dotation globale, de 670 dans les centres hospitaliers et de 652<sup>97</sup> dans les CHR (graphique 3.27).

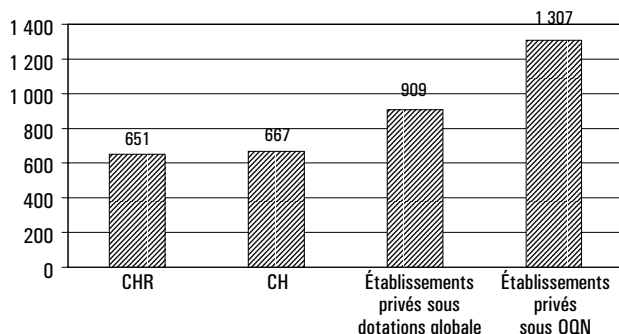
tableau 3.20  
PRINCIPALES DONNÉES DISPONIBLES EN 2001  
CONCERNANT LES PLATEAUX TECHNIQUES DE CHIRURGIE

	CHR	CH	Établissements privés		Total
			Sous dotation globale	Sous OQN	
Nombre d'établissements géographiques ayant une activité chirurgicale en hospitalisation complète ou partielle	103	380	108	669	1 260
Séjours chirurgicaux en 2001 hors césariennes (source PMSI)	717 052	952 684	286 550	3 069 618	5 025 905
Nombre d'interventions chirurgicales avec anesthésie	772 935	1 166 154	348 462	3 967 749	6 255 300
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 675	2 174	581	3 986	8 416
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire hors astreinte	74	59	51	59	
Interventions chirurgicales réalisées la nuit	27 304	47 585	6 017	31 332	112 238
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	38	168	45	281	532

Champ : France entière

Source : SAE, PMSI, DHOS, Drees

graphique 3.27  
NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS PAR SALLE D'INTERVENTION CHIRURGICALE



Champ : France entière

Source : SAE 2001, Drees

97. Pour rendre les comparaisons plus homogènes, les établissements qui font de la chirurgie cardiaque ou de la neurochirurgie ont été exclus de ces calculs, ces interventions étant à la fois nettement plus longues et plus valorisées en terme de KC (lettre clé de la nomenclature servant à tarifier l'activité chirurgicale).

Cette plus forte occupation des salles dans le secteur privé sous OQN, déjà constatée en 1992 et en 2000, est sans doute liée au taux d'équipement plus élevé du secteur sous dotation globale. Alors que le nombre moyen de lits et places de chirurgie par salle d'intervention est de 3 380 dans les cliniques privées, il se situe à 3 100 dans les CHR, 2 980 dans les hôpitaux privés sous dotation globale et 2 840 dans les centres hospitaliers. D'autres facteurs interviennent également : en particulier, une durée moyenne d'intervention plus longue ainsi que l'a montré l'enquête réalisée en 1996 par la SFAR sur les anesthésies<sup>98</sup>. Cette durée dépend à la fois de la nature des actes, lesquels ne sont pas répartis uniformément entre le public et le privé<sup>99</sup>, et des patients. Le nombre moyen de KC par intervention (KC est la lettre clé de la nomenclature générale des actes professionnels qui permet de tarifier les actes chirurgicaux) constitue un indicateur grossier de « complexité » et, par conséquent, de la durée des actes : il est en moyenne en 2001, de 89 dans le secteur privé sous OQN, de 91 dans le secteur privé sous dotation globale et de 77 dans les hôpitaux publics non CHR, enfin de 100 dans les CHR. En ce qui concerne la caractérisation des patients opérés, les centres hospitaliers prennent une part plus forte des séjours chirurgicaux des personnes âgées de 85 ans et plus, ou avec complications médicales associées (26 %). Les CHR assurent, quant à eux, 44 % des séjours chirurgicaux des enfants de moins d'1 an, ce qui est bien supérieur à leur part totale (15 %).

La nature « programmable » d'un plus grand nombre d'interventions effectuées dans le secteur privé (cataracte, adénoïdectomies, varices par exemple) permet également de prévoir un plus grand nombre d'actes successifs sans risque de décalage gênant. Au contraire, dans les hôpitaux qui assurent une mission d'accueil et de traitement des urgences ou une activité d'obstétrique, la nécessité de faire face à tout moment à l'imprévu impose soit de maintenir des salles libres, soit de « desserrer » les plannings pour intercaler d'éventuelles urgences et permettre au personnel d'anesthésie d'intervenir en cas de besoin, par exemple pour une césarienne. Les établissements pu-

98. AUROY Y., LAXENAIRE M.-C., CLERGUE F., PEQUIGNOT F., JOUGLA E., LIENHART A. « Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et de la procédure associée », *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation*, 1998 ; 17 : 1 311-6. En particulier, la durée d'intervention était deux fois plus longue en CHU que dans les cliniques privées.

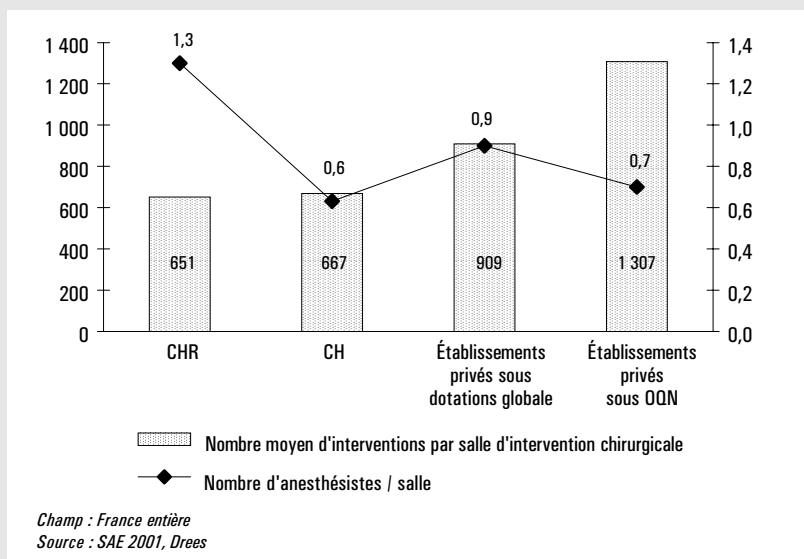
99. MOUQUET Marie-Claude : « Les pathologies prises en charge à l'hôpital - Une spécialisation marquée entre établissements relevant du secteur public et du secteur privé », *Études et Résultats*, n° 41, décembre 1999, Drees.

blics ou privés sous dotation globale concentrent ainsi 62 % des maternités et la quasi totalité des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), à une exception près. Ils effectuent également 72 % des 112 240 interventions chirurgicales effectuées de nuit.

Si l'on rapproche les effectifs d'anesthésistes réanimateurs du nombre de salles dans lesquels ils sont susceptibles d'intervenir<sup>100</sup>, on voit, en 2000 comme en 2001, que les centres hospitaliers sont en position moins favorable que les autres catégories, ce qui peut aussi contribuer à expliquer leur taux plus faible d'utilisation des salles chirurgicales sachant que l'amplitude horaire d'ouverture (hors astreinte) des salles est équivalente à celle des cliniques privées (graphique 3.28).

graphique 3.28

**TAUX D'UTILISATION DES SALLES D'OPÉRATION ET NOMBRE D'ANESTHÉSISTES PAR SALLE SELON LES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS**



100. Dans SAE, sont recensées, à côté des salles d'intervention chirurgicale, l'ensemble des salles destinées aux actes sous anesthésie, lesquelles incluent les boxes de travail et salles d'exploration comme la radiologie vasculaire.

Ces données tirées de SAE corroborent donc l'analyse faite par la SFAR d'une tendance à la spécialisation : plus d'urgences et d'obstétrique dans les centres hospitaliers, plus d'actes de chirurgie programmée dans les cliniques, plus d'interventions longues et complexes dans les CHR.

- *Un plus grand nombre d'infirmiers affectés aux blocs chirurgicaux dans les CHR*

Ces plateaux techniques de chirurgie mobilisent des personnels qualifiés. En 2001, 1 864 personnels d'encadrement, 7 286 infirmières de blocs opératoires<sup>101</sup> (Ibode) et 12 533 infirmières étaient affectées au fonctionnement de ces blocs opératoires. La répartition selon les qualifications diffère selon les secteurs : 73 % des Ibode exercent dans les établissements sous dotation globale ; par ailleurs on y compte 1,3 infirmière pour 1 Ibode, alors que dans les cliniques privées on en compte 2,8. Enfin, globalement, les ratios d'effectifs de personnel infirmier par salle d'intervention et d'ETP pour 100 interventions sont nettement plus élevés dans le secteur sous dotation globale (graphique 3.29), les CHU apparaissant constamment comme les plus dotés. En outre, de nombreux établissements sont organisés pour assurer une permanence. Ce sont au minimum 960 établissements de chirurgie, soit les deux tiers, qui assurent une permanence d'infirmière spécialisée la nuit, majoritairement sous la forme d'astreinte à domicile. Cependant, 200 hôpitaux (la plupart publics) maintiennent en permanence, 24 heures sur 24 un personnel spécialisé sur place pour les interventions en urgence.

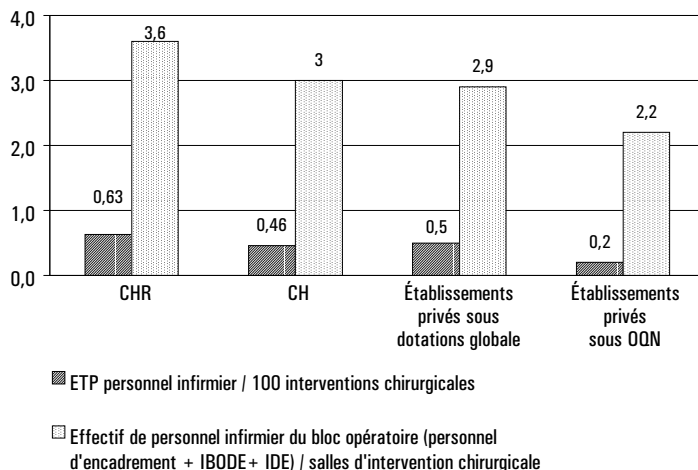
- *8 350 médecins anesthésistes et 7 150 infirmiers anesthésistes assurent des permanences dans 86 % des établissements chirurgicaux*

Cette activité chirurgicale ne représente qu'une partie de l'activité anesthésique, en particulier dans les hôpitaux sous dotation globale où on compte trois salles destinées aux anesthésies pour deux salles d'opération proprement dites, en raison de la présence des salles de travail et d'explorations sous anesthésie. Ces lieux d'anesthésie sont plus dispersés (3,3 par site de regroupement) que dans les cliniques privées (3,7 par site). Un tel regroupement facilite la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle. Le décret sur la sécurité anesthésique a rendu en effet obligatoire les

101. Ces infirmières ont acquis une spécialisation après leur diplôme d'état pour assister les chirurgiens.

graphique 3.29

## DENSITÉ DU PERSONNEL INFIRMIER PAR SALLE ET PAR INTERVENTION SELON LES STATUTS



Champ : France entière

Source : SAE 2001, Drees

salles de surveillance post-interventionnelle (sauf pour les maternités). En 2001, on en compte 1 926 totalisant 10 770 postes, soit environ une salle de réveil pour quatre salles d'intervention chirurgicale.

8 337 anesthésistes réanimateurs consacrent tout ou partie de leur temps à la pratique des anesthésies dans ces établissements. Cet effectif inclut des doublons liés aux médecins temps partiel intervenant dans deux structures à la fois. 7 150 infirmiers aide anesthésistes (Iade) les assistent, la plupart (85 %) exerçant dans les hôpitaux publics. Des permanences sont assurées, sous forme de garde sur place ou d'astreinte à domicile, dans 86 % des 1 158 établissements (hors CHR) pour lesquels les données existent<sup>102</sup>. Dans 47 % des cas, cette permanence est assurée simultanément par un médecin et une Iade, la majorité de ces établissements (58 %) étant des

102. Les données des CHU sont, cette année encore, trop incomplètes et cette analyse les exclut : le quart de leurs établissements n'a déclaré ni garde ni astreinte alors que, par ailleurs, il existe sur le site des activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie ou d'accueil et de traitement des urgences qui supposent une permanence d'anesthésiste réanimateur au bloc 24h sur 24.

hôpitaux publics. Si l'on considère les établissements déclarant au moins une garde sur place d'anesthésiste réanimateur et si l'on y ajoute selon toute vraisemblance au moins 100 anesthésistes dans les 108 établissements appartenant aux hôpitaux universitaires, ceci représente près de 500 anesthésistes réanimateurs au moins mobilisés chaque nuit pour le fonctionnement des plateaux techniques de chirurgie, dont 330 dans les hôpitaux sous dotation globale<sup>103</sup>.

Depuis la parution du décret sur la sécurité anesthésique, les consultations pré-anesthésiques se sont en outre développées ; 3 512 700 consultations ont été déclarées en 2001<sup>104</sup>. Ceci équivaut à un peu plus d'une consultation pour deux interventions chirurgicales sous anesthésie déclarées ; ce ratio est sans doute sous estimé mais, du fait des interventions en urgence, les deux chiffres ne peuvent pas, de toutes façons, être identiques.

***une inégale répartition des unités de réanimation sur le territoire***

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Cette activité s'exerce au sein d'unités fonctionnelles identifiées et sollicite fortement des moyens matériels lourds et disponibles 24 heures sur 24 (bloc opératoire, scanner, angiographie, imagerie par résonance magnétique, laboratoire), ainsi qu'une permanence 24 heures sur 24 médicale et paramédicale hautement qualifiée à la disposition exclusive de chaque unité. De plus, elle partage avec la chirurgie le fait de constituer une activité à risque pour les infections nosocomiales et réclame une équipe opérationnelle spécialisée (encadré 3.10). Aussi, est-elle réservée aux établissements disposant d'un plateau technique conséquent et fonctionnel 24 heures sur 24, ainsi que de spécialistes en nombre suffisant<sup>105</sup>.

En 2001, 455 établissements ont déclaré au moins une unité de réanimation : 311 hôpitaux publics dont 79 établissements appartenant à un CHR, 44 hôpitaux pri-

103. Cette estimation représente une fourchette basse ; dans les plus gros établissements, plusieurs gardes sont assurées sur un même site, notamment pour les spécialités comme la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie.

104. Ce chiffre est sous estimé, les plus gros établissements ayant manifestement des difficultés pour renseigner cette donnée. C'est ainsi, par exemple, que les CHU de Strasbourg, Caen, Nîmes, Reims, Pointe à Pitre n'ont déclaré aucune consultation pré-anesthésique sur l'ensemble de leurs sites et que d'autres n'ont répondu que pour certains de leurs sites.

105. Depuis 2000, il existe dans SAE un bordereau spécifique décrivant l'organisation et la capacité des différentes unités, leur activité ainsi que le personnel qui y est affecté. Si, avant la parution des Décrets n° 2002-465 et 466 du 5 avril 2002, JO du 7 avril 2002, il n'existait ni définition réglementaire de la réanimation, des soins intensifs spécialisés et de la surveillance continue, ni autorisation administrative permettant de valider la compréhension qu'en avaient les établissements, les explications fournies dans l'aide au remplissage de l'enquête étaient celles du projet de décret. Les éventuelles distorsions entre les déclarations enregistrées dans SAE et les demandes d'autorisation qui vont être déposées sont donc réduites. Ainsi, les résultats permettent-ils un premier état des lieux des unités en activité et des moyens qui y sont consacrés sur le territoire.



## L'IMAGERIE, UNE COMPOSANTE IMPORTANTE DES PLATEAUX TECHNIQUES HOSPITALIERS

*En 2001, 764 hôpitaux<sup>1</sup> sous dotation globale<sup>2</sup> ont déclaré au moins une salle de radiologie conventionnelle et en totalisent 2 915 dans la France entière. Il faut y ajouter 372 salles de radiologie vasculaires destinés aux angiographies et aux coronarographies ainsi que 1 280 échographes dopplers<sup>3</sup> dans les services d'imagerie. Ce premier état des lieux peut être rapproché des données de l'enquête nationale<sup>4</sup> réalisée en 1994 dans le cadre d'une mission confiée à l'Inserm. Le nombre de salles de radiologie conventionnelle a nettement diminué (d'environ un millier de salles, soit 25 %), tout comme les salles de radiologie vasculaire<sup>5</sup>. L'ampleur de la réduction ainsi opérée en sept ans est à mettre en rapport avec l'obsolescence des équipements observée en 1994<sup>6</sup>. Le coût des nouveaux équipements plus performants, associé à celui de l'acquisition des scanners et IRM qui s'est faite simultanément, a contraint les hôpitaux à concentrer leurs efforts et à optimiser leurs salles. Le nombre moyen d'examen par salle a augmenté sensiblement dans les centres hospitaliers (+20%) et surtout, a presque doublé dans les hôpitaux privés sous dotation globale. La progression de la numérisation<sup>7</sup> est un autre élément qui témoigne de cette modernisation et explique cette augmentation de productivité. En effet, la proportion de salles numérisées est passée de 9 à près de 25 %.*

*En ce qui concerne les équipements matériels lourds d'imagerie auxquels ont accès les équipes hospitalières pour leurs patients<sup>8</sup>, 367 établissements ont déclaré au moins un scanner implanté dans leurs murs, totalisant 406 appareils. Parmi eux, 133 ont également un remnographe (soit un total de 143 IRM) et 116, une unité de médecine nucléaire (271 gammacaméras). Cependant, du fait de certaines non réponses, ces chiffres sous-estiment quelque peu le nombre d'équipements installés au sein d'établissements de santé sous dotation globale. En outre, un certain nombre d'autres hôpitaux y ont accès dans le cadre de conventions de co-utilisation, les autorités ayant encouragé le partage de ces équipements lourds. Ainsi, 56 hôpitaux disposent de plages horaires pour réaliser les examens de scanner dont leurs patients ont besoin et 95 utilisent pour leurs patients un remnographe situé au sein d'un autre établissement.*

*En 2001, le délai d'attente moyen avant d'avoir un examen de scanner pour un patient en consultation externe est de 15 jours et de 5 pour un patient hospitalisé. Ces délais sont similaires pour obtenir un examen de médecine nucléaire. Par contre, pour un examen d'IRM, ces délais sont beaucoup plus longs, respectivement 39 et 13 jours, malgré un nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaires plus élevé (64 au lieu de 54 pour un scanner). Ils s'allongent en CHR (44 et 15) alors qu'on observe un élargissement des horaires de fonctionnement (68 heures).*

*Ces plateaux techniques d'imagerie, également sollicités par les examens liés aux urgences, assurent dans un certain nombre de cas une permanence spécialisée. Ainsi 13 sites (tous des sites CHR chargés d'un SAU) assurent simultanément une garde sur place et une astreinte de radiologues seniors en permanence, 36 autres une garde et 445 une astreinte à domicile. Seul un site SAU (sur 192 ayant rempli les items de personnels d'imagerie) n'assure ni garde ni astreinte de radiologue. En outre, des manipulateurs sont également présents ou disponibles 24 heures sur 24 dans 317 établissements (mais 37 SAU n'en ont pas déclaré). 333 hôpitaux<sup>9</sup> ont enfin indiqué avoir effectué des examens après 20 heures et avant 8 heures (parmi eux un tiers sont des SAU) ; pour une centaine d'entre eux, cela représente plus de 10 examens par nuit (les deux tiers sont des SAU).*

1. Les hôpitaux locaux, les établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales et les établissements de repos et de convalescence ne sont pas inclus dans cette analyse.

2. Les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques sont plus souvent des sociétés civiles de moyens ou professionnelles détenues par des praticiens libéraux et constituent des entités distinctes des cliniques. Ils sont de ce fait considérés comme des cabinets libéraux de ville et échappent donc au recensement de la SAE qui ne couvre que les établissements de santé.

3. Les échographes simples et tous les appareils utilisés par les services cliniques ne sont pas inclus dans ce chiffre, qui ne concerne que les équipements des services d'imagerie.

4. Une enquête sur échantillon représentatif avait été confiée à la société CEMKA. Son responsable médical, le Dr Bruno Detournay, a bien voulu nous transmettre les éléments nécessaires à cette comparaison. Nous le remercions vivement.

5. Dans les 200 établissements de l'échantillon initial, la diminution a été, en moyenne, du tiers.

6. L'imagerie médicale INSERM.

7. La numérisation des images nécessite des équipements informatiques complémentaires mais permet, notamment, de réduire les temps d'examen.

8. Les cabinets d'imagerie privés qui disposent de scanners et/ou d'IRM ne sont pas interrogés dans l'enquête SAE.

9. Ce chiffre sous-estime la réalité car plus de la moitié des établissements de CHR n'ont pas répondu, y compris ceux qui assurent une mission d'accueil et de traitement des urgences.

vés participant au service public et 101 cliniques privées (tableau 3.21). Les CHR représentent à eux seuls 166 unités et 2 243 lits sur un total de 568 unités et 5 503 lits de réanimation en France. La taille moyenne des unités est de 13 lits en CHR, de 9 lits dans les centres hospitaliers et les hôpitaux privés sous dotation globale, de 7 lits dans les cliniques. Ces chiffres masquent d'importantes disparités de taille<sup>106</sup> : 173 unités ont moins de 8 lits<sup>107</sup> (dont les deux tiers sont sous dotation globale) et, parmi eux, 84 moins de 6 lits (dont la moitié sous dotation globale). Par contre, 394 unités ont 8 lits et plus dont 57 ont 16 lits et plus .

tableau 3.21

**PRINCIPALES DONNÉES SUR LES UNITÉS DE RÉANIMATION DÉCLARÉES EN 2001**

	CHR	CH	Privé sous DG	Cliniques sous OQN	Total
Nombre d'établissements ayant déclaré une unité au moins de réanimation	79	232	43	101	455
Nombre d'unités correspondantes	166	250	44	108	568
Nombre de lits	2 243	2 149	372	739	5 503
Nombre d'admissions	90 740	102 742	18 365	52 701	264 548
Part des patients ventilés plus de 48 heures (nombre de répondants)	36 % (sur 48)	32 % (sur 158)	23 % (sur 29)	16 % (sur 27)	
Score oméga total par admission	129,5 (sur 49)	98,5 (sur 161)	75,7 (sur 30)	64 (sur 33)	

Champ : France entière

Source : SAE 2001, Drees

Pour qu'un établissement soit autorisé à exercer une activité de réanimation, il doit également comporter au moins une unité de surveillance continue afin d'y accueillir les malades « qui nécessitent, en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique ». Au vu des déclarations en 2001, une faible proportion des établissements ayant une unité de réanimation respecterait cette disposition, puisque 125 seulement d'entre eux ont fait état de lits de surveillance continue, parmi lesquels une majorité sont des cliniques privées. Il s'agit cependant là, vraisemblablement, d'un défaut de qua-

106. La capacité minimale déclarée par unité est 2, la capacité maximale est de 41 lits.

107. Compte tenu des moyens mobilisés, le décret prévoit qu'une unité comporte au moins 8 lits. Cependant à titre dérogatoire, les agences peuvent autoriser une unité de 6 lits si les conditions d'isolement géographique et les besoins l'exigent.

lité des données qu'on peut attribuer à la difficulté d'identifier des unités autonomes relevant de cette définition large, notamment dans les plus gros établissements (25 CHR seulement et 26 centres hospitaliers ayant une activité de réanimation ont répondu). Au contraire, dans les cliniques, les tarifs étant spécifiques pour ces lits de réanimation et de surveillance continue, leur identification est, dès lors, plus aisée.

La répartition régionale des unités et des lits n'est pas homogène : les régions les plus mal dotées (5 unités et 55 lits par million d'habitants sont le Nord-Pas-de-Calais et les Dom (respectivement 6 et 52, mais l'insularité, les faibles densités de population et des données incomplètes pour la Guyane rendent les comparaisons moins significatives). À l'opposé, l'Alsace et la Lorraine sont les régions les plus dotées en lits (158 et 134 par million d'habitants) et en nombre d'unités (14 en Lorraine, 12 en Alsace, niveau identique à celui de l'Île-de-France, de la Bourgogne et de Paca).

264 548 admissions en réanimation ont eu lieu en 2001. Les 79 établissements de CHR en ont assuré le tiers, alors qu'ils représentent 41 % des lits ; les établissements privés sont dans une situation inverse (une plus grande part d'admissions que de lits) ; les centres hospitaliers représentent 39 % des admissions et des lits. Cependant, l'activité et la gravité des patients diffèrent très sensiblement selon les catégories. En effet, si l'on considère les établissements ayant renseigné cet item, la part des patients sous ventilation assistée pendant plus de 48 heures est de 36 % dans les CHR<sup>108</sup>, 32 % dans les centres hospitaliers et nettement plus faible dans les cliniques (16 %<sup>109</sup>). Les réanimateurs ont également élaboré un score qui évalue le nombre et la lourdeur relative des actes réalisés pour chaque patient au cours d'un séjour. Plus le chiffre est élevé, plus le patient a sollicité des actes de réanimation. Ce score Omega est de 129,5 en CHR, de 98,5 en CH et de 65 dans les 33 cliniques privées qui ont rempli cet item.

En complément de ces résultats concernant la réanimation proprement dite, d'autres éléments sont disponibles sur la surveillance continue et les unités de soins intensifs spécialisés<sup>110</sup>, en particulier les Unités de soins

108. Malheureusement en CHR, 48 établissements seulement sur 79 ont indiqué le nombre de ces patients et les scores Omega, alors que 158 CH (sur 232) l'ont fait.

109. Item renseigné par 27 établissements seulement, mais, dans ce secteur tout particulièrement, il est possible que ces « non réponses » signifient aucun patient ventilé pendant plus de 48 h. Cette interprétation est renforcée par les données sur le score Omega.

110. Ces unités prennent en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un seul organe, mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

intensifs cardiologiques (USIC) qui reçoivent, notamment, les infarctus aigus du myocarde à la phase initiale. 141 établissements sans unité de réanimation ont déclaré 937 lits de surveillance continue. Si l'on y ajoute ceux des 125 établissements ayant une activité de réanimation, ceci correspond à 2 514 lits déclarés<sup>111</sup> et plus de 150 000 admissions. Par ailleurs, 224 unités de soins intensifs cardiologiques ont été recensées correspondant à 1 900 lits sur l'ensemble du territoire. 80 % des unités et des lits se situent dans le secteur public. Les centres hospitaliers représentent à eux seuls un peu plus de la

### QUELQUES ÉLÉMENTS RELATIFS À LA POLITIQUE DE SÉCURITÉ SANITAIRE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

*Depuis 1988, plusieurs textes ont progressivement défini les obligations des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes. Après une phase d'incitation à la création de postes en hygiène hospitalière (1992) dans les hôpitaux publics, recommandation élargie par la suite à l'ensemble des établissements, le décret du 6 décembre 1999 impose la mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, éventuellement par la voie d'une action de coopération entre établissements. La circulaire du 29 décembre 2000 fixe l'objectif, d'ici fin 2003, d'un ratio d'un personnel infirmier en équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique en équivalent temps plein pour 800 lits.*

*Fin 2001, la SAE enregistre 1 414 équivalents temps plein non médicaux consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales, selon les déclarations de 1 200 établissements ou entités<sup>1</sup>. Il s'agit de chiffres encore fragiles, seule une partie des non-réponses (un tiers des établissements ayant des lits de court séjour) signifiant réellement l'absence de tout personnel. Les entités juridiques publiques et établissements privés de 400 lits et moins disposent en moyenne de 0,9 ETP, ceux de 400 à 800 lits de 1,7 ETP, ceux de 800 lits et plus de 5 ETP.*

*De plus, conformément aux recommandations établies par l'ANAES, la prescription des antibiotiques doit être nominative et leur distribution contrôlée pour maîtriser le développement de la résistance bactérienne. Les pharmaciens, qui ont un rôle essentiel dans le contrôle de ces procédures, peuvent donc rendre compte du nombre d'antibiotiques utilisés dans leur établissement et soumis à ces règles de bon usage. Sur l'ensemble des entités juridiques publiques et des établissements privés interrogés seulement 1 149 déclarent dispenser nominativement des antibiotiques<sup>2</sup>. Sur ces établissements, le nombre moyen d'antibiotiques (molécules) gérés en dispensation nominative est d'environ 24 pour les entités juridiques publiques et les établissements privés sous dotation globale et d'environ 18 pour les établissements privés sous OQN.*

*Enfin, depuis la loi de sécurité sanitaire du 1er juillet 1998, les diverses recommandations<sup>3</sup> tout comme le manuel d'accréditation insistent sur la nécessité pour les établissements de santé de gérer globalement les risques et, par conséquent, de s'intéresser aux affections iatrogènes dans leur ensemble. Dans cette optique, l'existence d'un recueil centralisé des infections nosocomiales et des vigilances constitue une base pour cette gestion et, par conséquent, un indice d'une telle préoccupation. Un peu plus d'un tiers des établissements sous dotation globale et 45 % des cliniques privées disent avoir mis en place ce type de procédure.*

1. Depuis 2000, a été inséré un questionnaire consacré au suivi des politiques nationales. Cependant, certaines entités juridiques publiques de taille importante, dont des centres hospitaliers universitaires n'ont pas rempli ce bordereau et n'ont déclaré aucun personnel.

2. Vraisemblablement en raison de la nouveauté du questionnement et à la participation insuffisante des professionnels au contrôle des chiffres transmis.

3. Notamment celles du rapport du Groupe technique national de définition des objectifs (élaboration de la Loi relative à la politique de santé publique).

111. Rappelons que ceci constitue un chiffre sous-évalué, compte tenu des nombreuses données manquantes dans les plus gros établissements.

moitié de ces unités et ont accueilli la même proportion des 172 000 admissions déclarées en 2001. Enfin, 76 établissements ont déclaré des unités de soins intensifs spécialisés non cardiologiques<sup>112</sup> dont le cinquième sont des hôpitaux privés participant au service public.

En définitive, ce sont 638 établissements (dont 397 du secteur public, 70 privés sous dotation globale) qui ont déclaré l'une ou l'autre de ces activités, souvent associée (c'est le cas pour 460 d'entre eux) à la mission d'accueil des urgences et à la disponibilité d'un scanner.

***les activités d'obstétrique,  
de néonatalogie  
et de réanimation néonatale***

En 2001, en France métropolitaine, 677 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont ainsi pris en charge près de 756 500 accouchements dans les 18 861 lits dédiés à cette activité<sup>113</sup>. Le secteur financé par dotation globale, qui regroupe près de 64 % des maternités (tableau 3.22), accueille près des deux tiers des accouchements (65,5 %).

tableau 3.22

**L'ACTIVITÉ DES MATERNITÉS PAR SECTEUR**

Secteur	DG	OQN	Total
Nombre d'établissements	432	245	677
Accouchements	495 774	260 598	756 372
Lits	11 853	7 008	18 861
Part des accouchements	65,5 %	34,5 %	100,0 %
Part des lits	62,8 %	37,2 %	100,0 %

Champ : France entière

Source : SAE 2001, Drees

Entre 2000 et 2001, le nombre de maternités a diminué de 5 %, passant de 711 à 677 sites. Cette réduction du nombre de sites touche davantage les maternités privées, financées dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN), que les maternités sous dotation globale (-9 % contre -2,5 %). Elle s'inscrit dans une tendance de moyen terme : depuis 1996, le nombre de maternités a diminué de presque 20 %. Conjointement à la baisse du nombre de maternités, le nombre de lits d'obstétrique a lui aussi diminué mais sensiblement moins (-4 %).

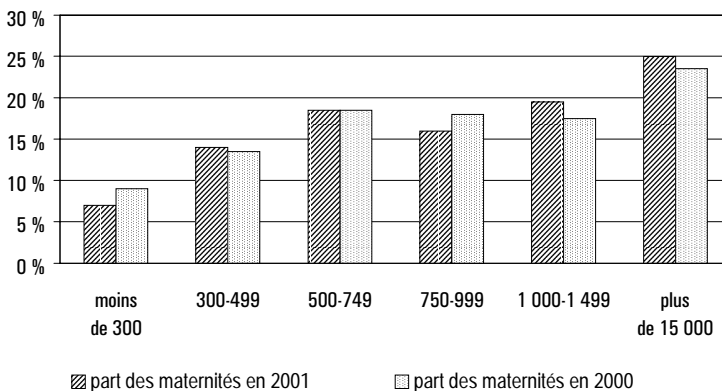
112. Il existe en effet, par exemple, quelques services de soins intensifs pneumologiques pour les patients insuffisants respiratoires.

113. On ne comptabilise ici que les structures et les équipements spécifiquement dédiés à la seule activité d'obstétrique, à l'exclusion de la gynécologie. Ceci explique les différences de chiffres constatées avec ceux présentant les lits et places installés en France pour la discipline de gynécologie-obstétrique au chapitre 2.1.

La concentration des sites s'est en effet accompagnée d'une concentration de l'activité, grâce à l'augmentation des capacités moyennes d'accueil par site, l'accroissement des taux d'occupation et une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS). Entre 2000 et 2001, malgré la très légère baisse du nombre d'accouchements (-0,8 %), les maternités ont concentré leur capacité d'accueil et réalisent en moyenne 40 accouchements par lit d'obstétrique en 2001, contre 39 en 2000. Dans le secteur sous dotation globale un lit d'obstétrique recevait 42 accouchements en moyenne en 2001, alors que le secteur sous OQN en recevait 37. Les maternités ont également intensifié leur activité, le quart d'entre elles (contre 23,5 % en 2000) réalisant en 2001 plus de 1 500 accouchements et presque 20 % entre 1000 et 1500 accouchements (19,5 % en 2001 contre 17,5 % en 2000) [graphique 3.30]. Cette concentration de l'activité est également le prolongement d'un phénomène ancien puisque, depuis 1996, le nombre moyen d'accouchements par maternité n'a cessé d'augmenter, passant de près de 850 en 1996 à plus de 1 100 en 2001.

graphique 3.30

**COMPARAISON DE LA RÉPARTITION DES MATERNITÉS  
PAR NIVEAU D'ACTIVITÉ ENTRE 2000 ET 2001**  
(répartition des activités selon leur volume d'activité)



Champ : France entière  
Source : SAE 2001, Drees

Parallèlement à la baisse du nombre de sites et de lits, le nombre d'accouchements est resté quasiment stable, à un niveau plus élevé que les années antérieures, entre 2000 et 2001 (-0,8 %), ayant augmenté de 4,5 % entre 1996 et 2000.

Ces divers phénomènes se traduisent par une diminution de la Durée moyenne de séjour (DMS) qui passe de 6,2 jours en 1997<sup>114</sup> à 5,6 jours en 2001.

C'est la part du secteur privé sous OQN dans le nombre d'accouchements total qui a diminué de 3,5 points en cinq ans, passant de 38 % en 1996 à 34,5 % en 2001. Cette diminution s'est d'abord concentrée sur la période 1996-1998 avec une baisse de 2,5 points, s'est ensuite stabilisée jusqu'en 2000, pour reprendre en 2001 avec un recul d'un point.

- *La mise en place progressive d'un réseau hiérarchisé*

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998 pose un cadre d'organisation des soins en réseaux, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis :

- un établissement est de niveau 3 s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ;
- un établissement est de niveau 2 s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ;
- un établissement est de niveau 1 s'il dispose d'un service d'obstétrique.

Une fois son autorisation obtenue, l'établissement a trois ans pour se mettre en conformité avec ces définitions. Ainsi, il existe un décalage entre l'état des lieux réalisé à partir des autorisations, qui représente ce que seront les maternités une fois le délai de mise en conformité révolu (entre 2003 et 2004) et celui réalisé sur la base des équipements installés qui représentent l'état actuel des maternités.

Parmi les 206 maternités autorisées de niveau 2, 192 (93 %) avaient des lits de néonatalogie installés en 2001. Les 14 maternités de niveau 2, sans lit de néonatalogie peuvent être dans deux situations différentes : soit elles sont en cours d'installation de ces capacités d'accueil

114. L'information concernant la durée moyenne de séjour provient du PMSI qui n'est renseigné par tous les établissements que depuis 1997. C'est pourquoi, dès que les données proviennent du PMSI, la comparaison temporelle sera faite à partir de 1997, alors que pour les données de la SAE, l'année 1996 est retenue comme référence.

(c'est le cas de 10 d'entre elles dont 6 sous OQN), soit elles sont en cours de fusion avec un centre de néonatalogie (cas de 4 maternités sous dotation globale). En 2001, parmi ces 192 maternités et 4 centres de néonatalogie en France métropolitaine, on recensait respectivement 1 852 et 42 lits de néonatalogie.

Pour les maternités autorisées de niveau 3, le décalage est davantage marqué : sur les 56 maternités de niveau 3, 10 (soit 15 % des accouchements dans ce niveau) n'ont pas encore de lits de réanimation néonatale sur le même site et 2 n'ont ni lit de réanimation néonatale, ni lit de néonatalogie. Comme pour les maternités de niveau 2, ces 10 maternités de niveau 3 sont soit en cours de fusion, soit en cours d'installation de ces lits (tableau 3.23). On dénombrait en 2001, 46 maternités de niveau 3 disposant de 1 191 lits de néonatalogie et 566 lits de réanimation néonatale, ainsi que 10 établissements pratiquant la néonatalogie et la réanimation néonatale sans obstétrique et disposant de 299 lits de néonatalogie et 90 lits de réanimation néonatale.

tableau 3.23

**COMPARAISON DES MATERNITÉS AUTORISÉES ET INSTALLÉES PAR NIVEAU**

		1	2	3	Total
Autorisé	Nombre d'établissements	415	206	56	677
	Accouchements	333 107	291 994	131 271	756 372
	Part des accouchements	44,0 %	38,6 %	17,4 %	100,0 %
Installé	Nombre d'établissements	431	200	46	677
	Accouchements	357 611	287 177	111 584	756 372
	Part des accouchements	47,3 %	38,0 %	14,8 %	100,0 %

Champ : France entière

Source : SAE 2001, Drees

Les maternités de niveau 2 et 3 sont quasi exclusivement des maternités du secteur public sous dotation globale, que l'on raisonne à partir des autorisations (respectivement 86 % et 100 %) ou des équipements installés (respectivement 88 % et 100 %) alors que les maternités de niveau 1 sont majoritairement des établissements privés sous OQN (entre 50 % à partir des équipements, et 52 % avec les autorisations).

Entre 1996 et 2001, on observe un déport sensible des accouchements vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2001, 52,7 % des accouchements ont eu lieu dans les 246 maternités disposant d'un ser-



vice de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale, alors qu'en 1996 43,5 % seulement d'entre eux avait lieu dans les 250 maternités de ce type. Le type de recrutement des maternités, qui doivent prendre en charge d'autant plus de femmes « à risque obstétrical » élevé que leur niveau est lui-même important, aboutit à des différences de taux de césariennes selon les niveaux. Logiquement ce sont les maternités de niveau 3 qui présentent les taux de césariennes les plus élevés : 20 %, mais ce ne sont pas les maternités de niveau 1 qui ont le taux le plus faible (18 % contre 17,5 % en niveau 2). Dans chaque niveau le taux de césarienne varie également en fonction du mode de financement de la maternité. Ainsi pour les maternités de niveau 1 et 2<sup>115</sup>, le taux de césarienne est plus élevé dans les maternités privées sous OQN (respectivement 18,5 % et 19,5 %) que dans les établissements privés sous dotation globale (respectivement 17,5 % et 18 %), qui est lui-même plus élevé que dans les maternités publiques (16,5 % dans les 2 niveaux.).

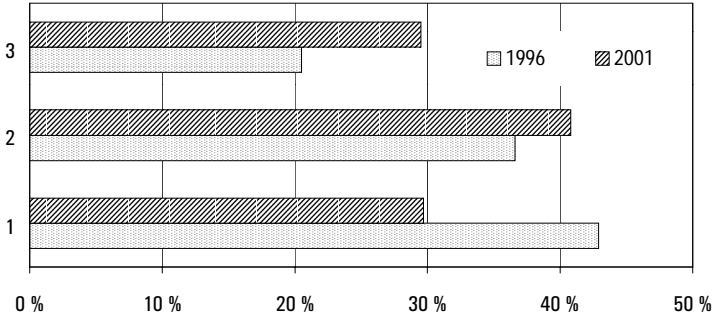
- *L'évolution de la prise en charge des risques à travers un indicateur : les naissances multiples*

En 2001, 2,9 % des naissances (environ 22 000) étaient des naissances multiples. Ce facteur de risque est détectable à la fois par l'examen clinique et par l'échographie, ce qui permet d'orienter précocement les femmes vers les maternités disposant au minimum d'une unité de néonatalogie.

Les maternités disposant de lits de néonatalogie ou de réanimation néonatale (maternités de niveaux 2 et 3) ont accueilli 70,5 % de ces naissances contre 57 % en 1996, soit une augmentation de 13 points (graphique 3.31). Cette hausse se fait essentiellement au profit des maternités disposant de lits de néonatalogie et de réanimation néonatale (+9 points et +4 points pour les maternités ayant des lits de néonatalogie). Entre 1996 et 2001, l'adéquation entre le niveau de risque encouru par ces nouveau-nés et l'environnement pédiatrique de la maternité s'est donc amélioré. On peut penser que cette amélioration se poursuivra puisque la seule mise en conformité avec les autorisations augmenterait la part des naissances multiples en niveaux 2 et 3. Ainsi, si l'on répartit les naissances multiples entre maternités en tenant compte des niveaux autorisés mais non encore installés, la part des naissances multiples augmenterait de 3,5 points dans les maternités de niveau 3 au détriment des niveaux 1 (-2 points) et 2 (-1,5 point).

115. Les maternités de niveau 3 sont toutes publiques.

graphique 3.31

COMPARAISON DE LA PRISE EN CHARGE DES NAISSANCES MULTIPLES  
ENTRE 1996 ET 2001 SELON LE NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS

Champ : France entière  
Source : SAE 2001, Drees

## 2.7 VERS DE NOUVEAUX MODES D'UTILISATION DE L'HÔPITAL PAR LES PATIENTS ?

La réalisation, depuis deux à trois ans, d'enquêtes statistiques nationales auprès d'usagers de l'hôpital (ceux des consultations externes en novembre 2000, des services d'urgence en janvier 2002), ainsi que d'un « atelier d'expression » autour de la définition des performances hospitalières, permet de mettre en évidence quelques premiers éléments sur les modes d'utilisation de l'hôpital ainsi que sur les opinions des patients sur leur prise en charge ou leurs besoins d'information.

### ***un usage de l'hôpital complémentaire à la médecine de ville***

En matière d'adressage et de lien avec la médecine de ville, urgences et consultations externes apparaissent ainsi, à première vue, comme deux modes de recours opposés. Dans les deux tiers des cas, les patients qui consultent pour la première fois en consultation externe ont été adressés aux spécialistes hospitaliers par un intermédiaire médical, médecin généraliste, spécialiste ou, plus rarement, médecin urgentiste. Les autres sont venus de leur propre initiative. Ces proportions sont pratiquement inverses pour les usagers des services d'urgence : dans leur très grande majorité (62 %), ils prennent leur décision de recours seuls ou avec leur entourage. Un quart d'entre eux évoque un avis médical, dont 16 % un adressage par leur médecin traitant. Les autres ont été orientés aux urgences par un professionnel non médecin, le plus souvent les pompiers.

Pourtant, cette opposition apparente entre urgences et consultations externes s'atténue beaucoup dans certaines situations. Ainsi, la part de l'initiative personnelle est particulièrement élevée pour les consultations externes de gynécologie, où elle concerne les deux tiers des patientes (67 %), parmi lesquelles professions intermédiaires et cadres moyens sont particulièrement représentés. L'initiative personnelle est, au contraire, très faible en consultation externe de médecine où près de 80 % des patients sont adressés par un intermédiaire médical, de même qu'aux urgences pour les patients les plus âgés : plus des deux tiers des patients de plus de 80 ans y ont bénéficié d'une orientation médicale préalable.

De plus, l'hôpital est loin de représenter le lieu unique de recours aux soins chez les usagers des consultations externes comme chez ceux des services d'urgence. Ainsi, 88 % des usagers des consultations externes déclarent s'adresser en priorité à leur médecin généraliste pour un nouveau problème de santé, en dehors d'une urgence et ce, qu'ils soient venus ou non à l'hôpital de leur propre initiative. Parmi les usagers des urgences, pratiquement la même proportion (87 %) indique avoir un « médecin habituel », qu'à peine plus d'un quart a essayé de joindre avant de se rendre à l'hôpital. À l'issue de leur passage, près de quatre consultants externes sur dix manifestent leur intention de consulter leur médecin traitant. Parmi les patients des urgences ayant un médecin habituel, 59 % déclarent qu'ils iront le consulter à la suite de leur passage. La venue à l'hôpital apparaît donc plutôt, dans les deux cas, comme un complément explicitement choisi au recours à la médecine de ville que comme un substitut systématique.

La familiarité avec l'hôpital est d'ailleurs assez grande dans les deux cas : près de la moitié des consultants externes hors gynécologie, et 80 % dans cette dernière spécialité, disent être suivis régulièrement à l'hôpital. Près des trois quart des usagers des urgences déclarent être déjà venus dans le service auparavant, pour eux ou pour un membre de leur famille, et cette proportion atteint même 87 % lorsque le patient a entre 6 et 15 ans.

***L'importance de l'information  
et de la communication  
avec les professionnels de soins***

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater que la très grande majorité des usagers se déclare satisfaite de son passage à l'hôpital. Plus intéressante est l'analyse de la construction de leur satisfaction. Aux urgences, ses déterminants sont fortement liés à l'ensemble des conditions d'accueil et de communication au sein des services : le respect de la confidentialité concernant la situation personnelle et le problème de santé du pa-

tient, un temps d'attente modéré à l'accueil et pour voir un médecin, une durée de passage de moins de deux heures, le sentiment d'avoir pu s'expliquer et se faire expliquer sa situation ou les mesures à prendre, s'accompagnent chacun d'une hausse de satisfaction du même ordre de grandeur, à côté du fait d'avoir bénéficié d'actes diagnostiques et thérapeutiques effectifs. Pour les consultations externes, les aspects les plus générateurs d'insatisfaction sont d'ordre organisationnels : la date de rendez-vous et le temps passé en salle d'attente. Dans les deux cas, la satisfaction concernant le dialogue médecin / malade est meilleure, « toutes choses égales par ailleurs », pour les patients les plus diplômés, et la compréhension des explications ou des consignes du médecin semble plus difficile pour les plus âgés. Pour les consultations externes, le diplôme semble jouer un rôle inverse en matière d'appréciation de l'organisation administrative.

Les premières conclusions que l'on peut tirer de ces deux enquêtes auprès d'usagers (utilisation spécifique de l'hôpital en complément à la médecine de ville, importance de la communication avec les professionnels de soins) sont cohérentes avec les conclusions d'une approche plus qualitative et expérimentale, celle d'un atelier d'expression organisé par une équipe de chercheurs avec un groupe d'usagers<sup>116</sup>. Les deux questions principales ressortant des discours ou attitudes du groupe étaient ainsi la demande d'une information permettant de mieux s'orienter dans le système de soins en décrivant les moyens mis en œuvre, les spécialités et les fonctions hôtelières et administratives des établissements de santé, ainsi que le souhait d'une qualité dans la communication et les relations avec les médecins et personnels soignants. La légitimité de cette demande des usagers a été reconnue par l'ordonnance de 1996, laquelle a instauré la médiation d'un conciliateur interne à l'établissement lors de conflits survenus avec les équipes soignantes. Ce dispositif a permis ainsi, selon les données de SAE 2001, à 8 300 patients en 2000 et 9 505 en 2001, de rencontrer à leur demande un médecin conciliateur : 5 680 dans les hôpitaux publics, 3 820 dans les hôpitaux et cliniques privés<sup>117</sup>.

116. AMAR Laure et *alii* « Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital », *Études et Résultats*, n° 115, mai 2001, Drees.

117. 1 007 établissements ou entités ont déclaré au moins un patient vu par le conciliateur, en moyenne 14 dans le public et 9 dans le privé (ce qui s'explique par la taille des entités publiques beaucoup plus importante).

### 3.1 LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

L'accueil des personnes âgées dépendantes dans des établissements d'hébergement adaptés à leurs besoins est un aspect essentiel de leur prise en charge.

En 2003, les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA) regroupent des maisons de retraite, catégorie la plus nombreuse (6 500), des logements-foyers (3 000) et des unités de soins de longue durée des hôpitaux (1 100). Ces établissements réalisent généralement un hébergement de longue durée, moins de 200 d'entre eux proposent un hébergement temporaire. Par ailleurs, l'accueil familial concernait environ 6 000 personnes en 1997.

Sur l'ensemble des EHPA, 5 800 relèvent du secteur public, un peu moins de 3 000 établissements ont un statut d'associations à but non lucratif et 1 800 sont des établissements commerciaux, essentiellement des maisons de retraite<sup>118</sup>.

En 1996, les maisons de retraite commerciales avaient une capacité moyenne de 48 places, celles à but non lucratif accueillait en moyenne 60 personnes et les maisons de retraite publiques, souvent plus grandes, comptaient en moyenne 75 places si elles sont autonomes et 89 si elles sont rattachées à un hôpital. Les logements-foyers, quant à eux, ont, en moyenne, une cinquantaine de places<sup>119</sup>. Ils accueillent essentiellement des personnes autonomes ou très peu dépendantes puisque plus de 90 % d'entre eux n'acceptent pas de personnes dépendantes.

Les maisons de retraite accueillent selon leur statut juridique des personnes plus ou moins dépendantes. 40 % des maisons de retraites publiques acceptent à l'entrée des personnes confinées au lit ou au fauteuil ; près de 90 % d'entre elles ont des places de Section de cure médicale (SCM), ce qui permet aux personnes âgées de rester dans l'établissement jusqu'à la fin de leur vie. Les maisons de retraite à but non lucratif sont moins nombreuses à offrir des places de SCM et seulement un quart

118. Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) 2003, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.

119. NEISS Martine : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Enquête EHPA. Situation au 31 décembre 1996 », *Document statistique*, n° 297, janvier 1998, ministère de l'Emploi et de la solidarité, SESI.

des établissements commerciaux en sont dotés ; ils sont aussi les moins nombreux à accepter les personnes souffrant de dégradation des facultés intellectuelles.

Les unités de soins de longue durée, le plus souvent rattachées à des hôpitaux, accueillent des personnes souvent très dépendantes en provenance de leur domicile ainsi que des personnes venant parfois d'autres établissements d'accueil pour personnes âgées (environ 10 % des personnes de ces unités viennent d'un logement-foyer ou d'une maison de retraite).

***les soins à domicile :***  
***1 750 services de soins infirmiers***

Le maintien à domicile est toutefois favorisé chaque fois qu'il est possible et souhaité par la personne âgée. Les personnes dont l'état de santé exige des soins et une surveillance régulière peuvent avoir recours à des infirmiers libéraux ou à des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). On recense environ 1 750 services<sup>120</sup> de soins infirmiers sur le territoire français en 2002. Les soins dispensés par ces services sont totalement pris en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

***les services d'aide à domicile (Sapad)***  
***ont bénéficié à 1,1 million***  
***de personnes âgées en 1998***

Pour de nombreuses personnes âgées qui ne sont pas malades, la perte d'autonomie engendre un besoin d'aide pour l'accomplissement de certains actes de la vie quotidienne. L'aide à domicile leur permet de demeurer chez elles ou chez un membre de leur famille.

Les régimes d'assurance-vieillesse financent en partie ou totalement un nombre d'heures d'aide ménagère au bénéfice des personnes âgées. D'après l'enquête Drees sur les demandeurs d'aide ménagère en 2000, la Cnav et la MSA financent en moyenne 17 heures par mois pour l'ensemble des personnes ayant un handicap reconnu.

Les personnes âgées peuvent aussi employer directement un aidant dans le cadre d'une procédure de gré à gré. Les particuliers âgés employeurs peuvent être exonérés de charges sociales. Le dispositif « emplois familiaux » leur permet aussi de bénéficier d'une réduction d'impôts sur les sommes versées à leurs employés.

Mais l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes rend nécessaire le développement de la profession d'aidant ainsi que l'amélioration de ses compétences. Les aidants professionnels sont encore peu qualifiés : en 1998, seuls 9 % des aidants des structures d'aide prestataires et mandataires agréées étaient titulaires du Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (Cafad). De nouvelles mesures ont été prises récemment pour professionnaliser le secteur de l'aide à domicile et le rendre plus attractif.

120. FINESS 2002.

### 3.2 LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Les établissements médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés ne sont pas apparus au même moment, et leur développement ne procède pas de la même dynamique. Leur implantation départementale n'est pas homogène, mais cette dispersion s'est atténuée au cours des années 1990.

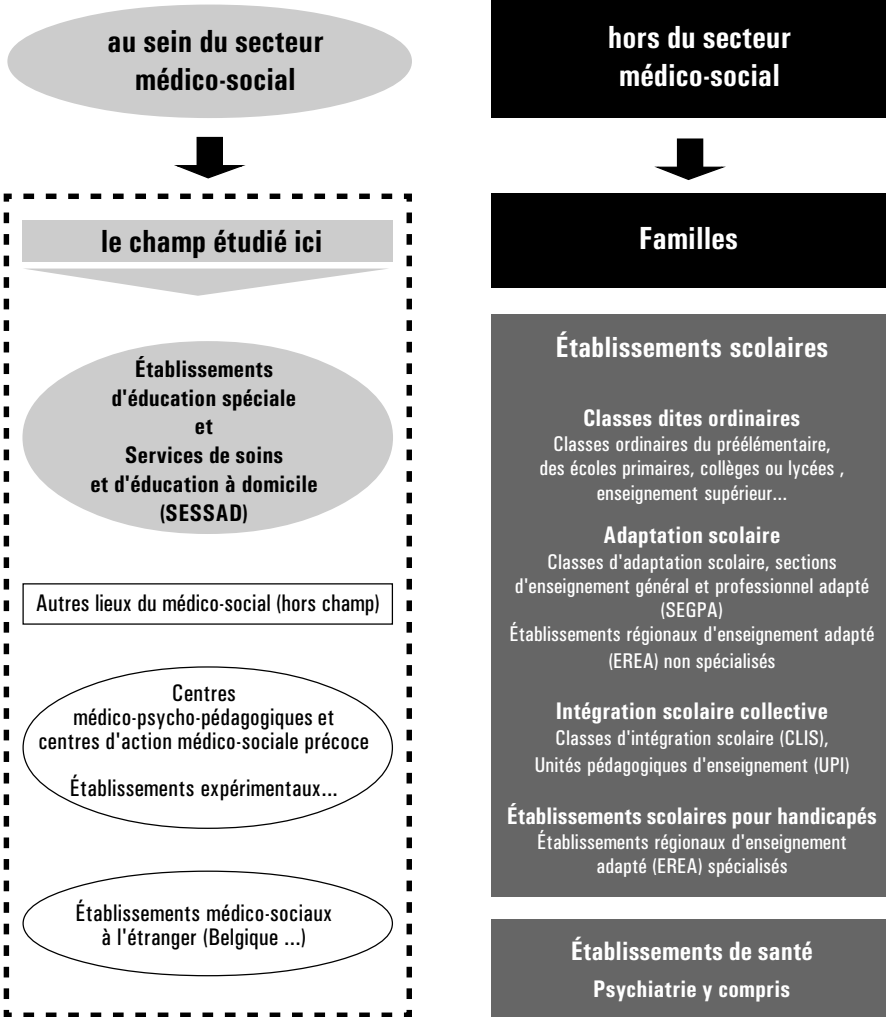
***le secteur « enfants »  
est aujourd'hui en mutation***

Le secteur médico-social destiné aux enfants handicapés se compose d'établissements et de services. Ces établissements sont spécialisés dans la prise en charge d'un handicap particulier : la déficience intellectuelle, sensorielle ou motrice... Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont, quant à eux, vocation à intervenir sur le lieu de vie des enfants (encadré 3.10) : famille, crèche, école... Ils jouent aujourd'hui un rôle moteur dans l'intégration scolaire.

Les établissements et services d'éducation spéciale se sont développés à partir des années 1950 jusqu'au milieu des années 1970 (graphique 3.32). Cette croissance a été essentiellement portée par les établissements pour enfants déficients intellectuels qui représentent toujours la grande majorité des places installées. De nombreux établissements pour enfants déficients sensoriels, qui accueillent un nombre plus faible d'enfants, étaient déjà en activité dès les années 1950 et disposaient d'un nombre de places sensiblement équivalent à celui d'aujourd'hui. Après une baisse, le nombre total des places d'éducation spéciale est resté stable, à hauteur de 130 000, au cours des années 1980 et 1990. Trois mouvements importants sont toutefois intervenus lors de la dernière décennie. Tout d'abord, sur la période 1988-2002, les taux d'occupation des établissements ont constamment augmenté pour se stabiliser autour de 99 % en 1998, ce qui correspond à la saturation de leurs capacités d'accueil (tableau 3.24). Le second fait marquant est le développement de certains types d'établissements, par exemple ceux pour les enfants polyhandicapés et les instituts de rééducation (notamment par reconversion d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels). Le troisième reflète une modification des modes de prise en charge : entre 1988 et 2002, 14 600 places d'internat ont été fermées ou reconverties alors que 17 000 places en SESSAD et 7 000 places en semi-internat étaient créées en France métropolitaine (tableau 3.25).

encadré a

**PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL DES ENFANTS HANDICAPÉS**

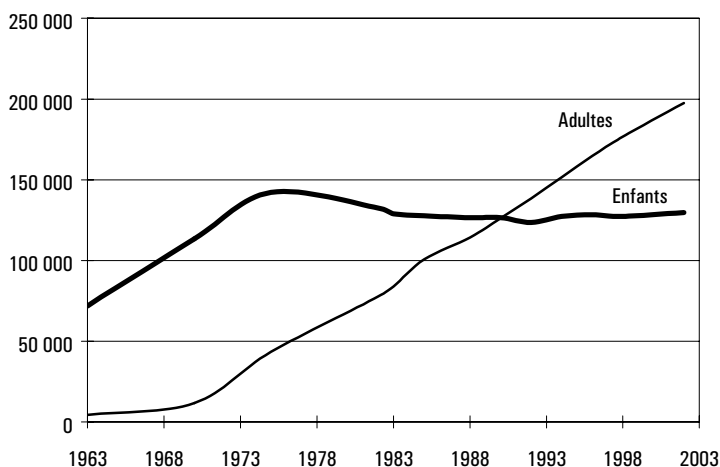


Champ : France métropolitaine  
Source : DREES, PMSI 2000



graphique 3.32

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES INSTALLÉES DES ÉTABLISSEMENTS  
ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS,  
DE 1963 À 2002 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE**



Note : les centres médico-psycho-pédagogiques, les centres d'action médico-sociale précoce, les services d'accompagnement à la vie sociale, les sections annexes de centres d'aide par le travail ainsi que les établissements expérimentaux ne sont pas inclus dans ces effectifs.

Champ : France métropolitaine

Source : Enquête ES et autres enquêtes du ministère en charge des Affaires sociales

tableau 3.24

**TAUX D'OCCUPATION DES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉTABLISSEMENTS  
POUR ENFANTS HANDICAPÉS**

	Capacité	Taux d'occupation
Établissement pour enfants déficients intellectuels	69 556	100 %
SESSAD autonomes et non autonomes	21 738	105 %
Instituts de Rééducation	15 617	99 %
Établissements pour enfants polyhandicapés	4 215	99 %
Établissements pour enfants déficients moteurs	7 313	98 %
Établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients visuels	1 998	92 %
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants déficients auditifs	6 455	85 %
Instituts d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles	939	76 %

Champ : France métropolitaine

Source : Enquête ES 2001, résultats provisoires

tableau 3.25

**QUATORZE ANS D'ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES  
D'ÉDUCATION SPÉCIALE POUR ENFANTS HANDICAPÉS**
Données au 1<sup>er</sup> janvier 1988 et 2002

	Structures		Places				Taux d'équipement*	
	Nombre		Nombre de places installées		Évolution du nombre de places		pour 1 000 habitants 0-19 ans	
	1988	2002	1988	2002	1988/2002	1988/2002	1988	2002
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels (1)	1 265	1 178	83 228	69 556	-13 672	-16 %	5,25	4,64
Établissements pour enfants polyhandicapés (1)	14	154	522	4 215	3 693	707 %	0,03	0,28
Instituts de rééducation (1)	265	342	13 363	15 617	2 254	17 %	0,84	1,04
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (1)	128	121	8 231	7 313	-918	-11 %	0,52	0,49
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives (1)	144	144	12 759	9 392	-3 367	-26 %	0,80	0,63
Services autonomes et non autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile	279	898	6 577	21 738	15 161	231 %	0,41	1,45
<b>Ensemble des établissements d'éducation spéciale</b>	<b>2 095</b>	<b>2 837</b>	<b>124 680</b>	<b>129 833</b>	<b>5 153</b>	<b>4 %</b>	<b>7,86</b>	<b>8,65</b>

\* Le taux d'équipement met en regard un nombre de places et un nombre de personnes susceptibles d'y recourir (voir définition dans l'encadré p.xx).

(1) Uniquement les places installées en internat et semi-internat.

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES / Enquête ES - Population : INSEE - projection omphale, résultats provisoires

**les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, plus récents, sont en expansion**

Les centres d'aide par le travail (CAT) participent au développement de la vie sociale des personnes qu'ils reçoivent grâce à des conditions de travail aménagées (encadré 3.11). Les foyers d'hébergement et les foyers occupationnels hébergent ou accueillent dans la journée, sans les loger, des adultes handicapés. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) accueillent des personnes lourdement handicapées et leur dispensent les soins nécessaires.

Ce secteur s'est développé de façon soutenue à partir des années 1970. Cette croissance a d'abord été assurée pour l'essentiel par l'ouverture de places en centres d'aide par le travail et en foyers d'hébergement. Depuis le début des années 1980, les créations de pla-

ces en foyer occupationnel, en maison d'accueil spécialisée et en foyer d'accueil médicalisé contribuent également à cette croissance (tableau 3.26). Le plan plurianuel pour les personnes handicapées qui couvre les années 1999 à 2003 et concerne les centres d'aide par le travail, les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés, alimente ce mouvement. Les taux d'occupation constatés pour l'ensemble des établissements pour adultes suggèrent, à l'instar de la situation constatée pour les enfants, une saturation des capacités d'accueil (tableau 3.27).

tableau 3.26

### QUATORZE ANS D'ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE POUR ADULTES HANDICAPÉS

Données au 1<sup>er</sup> janvier 1988 et 2002

	Structures		Places				Taux d'équipement*	
	Nombre		Nombre de places installées		Évolution du nombre de places		pour 1 000 habitants 20-59 ans	
	1988	2002	1988	2002	1988/2002	1988/2002	1988	2002
<b>Centres d'aide par le travail</b>	990	1 388	64 362	97 378	33 016	51 %	2,17	3,06
<b>Foyers d'hébergement</b>	935	1 289	30 915	40 357	9 442	31 %	1,04	1,27
<b>Foyers occupationnels</b>	345	1 072	13 755	34 453	20 698	150 %	0,46	1,08
<b>Maisons d'accueil spécialisées</b>	118	356	4 711	14 342	9 631	204 %	0,16	0,45
<b>FDT / FAM</b>	nd	274	nd	8 978	nd	nd	nd	0,28
<b>Ensemble des établissements pour adultes handicapés</b>	<b>2 388</b>	<b>4 379</b>	<b>113 743</b>	<b>197 510</b>	<b>83 767</b>	<b>74 %</b>	<b>3,83</b>	<b>6,20</b>

\* Le taux d'équipement met en regard un nombre de places et un nombre de personnes susceptibles d'y recourir (voir définition dans l'encadré p.xx).

(1) Uniquement les places installées en internat et semi-internat.

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES / Enquête ES - Population : INSEE - projection omphale, résultats provisoires

tableau 3.27

### TAUX D'OCCUPATION DES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS

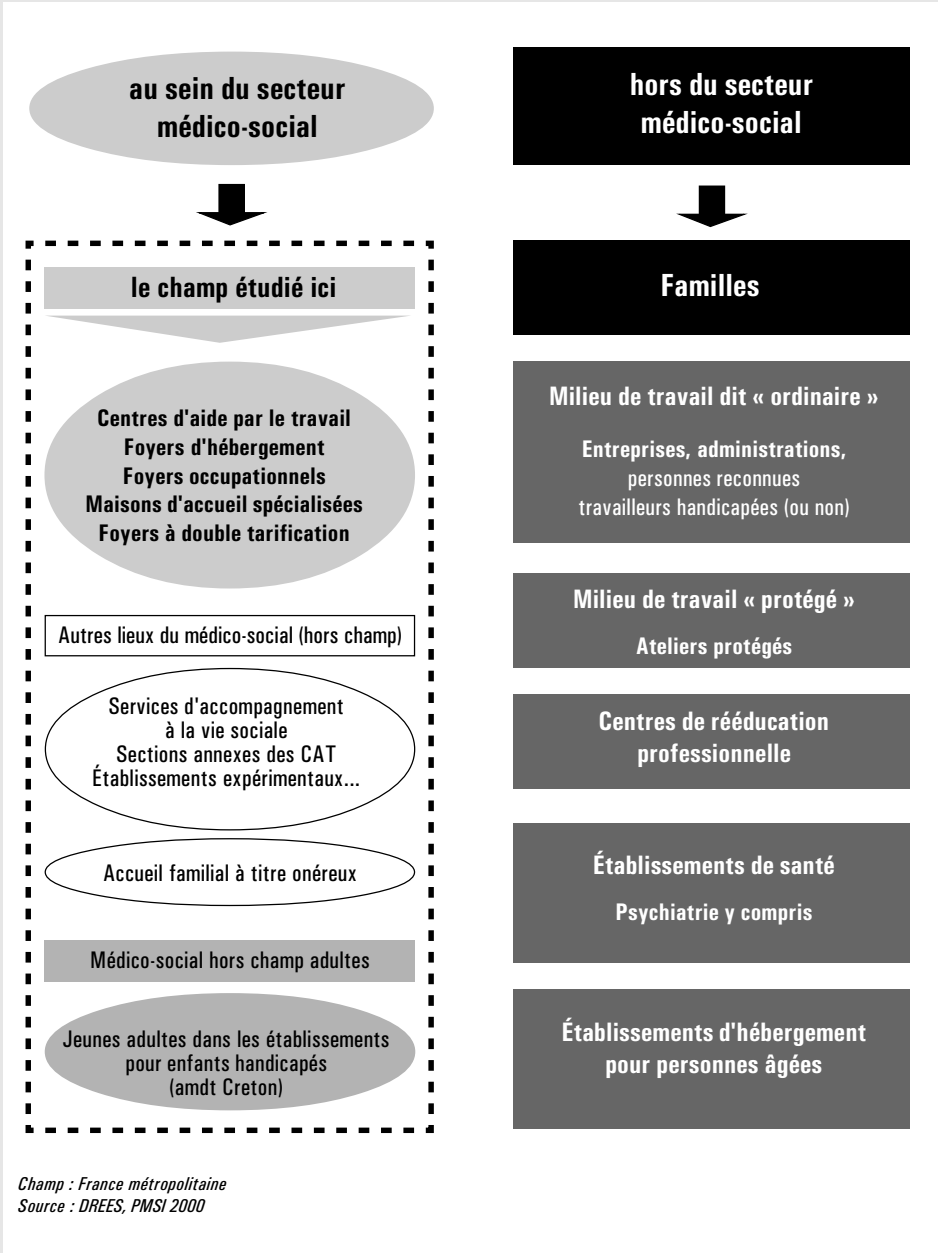
	Capacité	Taux d'occupation
<b>Centres d'aide par le travail</b>	97 378	99 %
<b>Foyers d'hébergement</b>	40 357	96 %
<b>Maisons d'accueil spécialisées</b>	14 342	98 %
<b>Foyers occupationnels</b>	34 453	99 %
<b>FDT/FAM</b>	8 978	99 %

Champ : France métropolitaine

Source : Enquête ES 2001, résultats provisoires

encadré b

**PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPÉS**



**une réduction globale des disparités  
d'implantation des établissements  
médico-sociaux pour enfants  
et adultes handicapés  
entre 1988 et 2002,  
en France métropolitaine**

Les établissements médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés sont inégalement implantés sur le territoire français, et les densités d'équipements variables selon les catégories d'établissement (encadré 3.12).

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels demeurent, avec près de 70 000 places, les structures médico-éducatives les plus répandues. Ils comptent plus de la moitié des places installées dans ce secteur (tableaux 3.24 et 3.25). Leur répartition par rapport aux populations départementales de jeunes âgés de 0 à 19 ans est également la plus homogène. À l'inverse, la capacité en places des établissements pour enfants déficients sensoriels ou moteurs est moindre et ils ne sont présents que dans un nombre limité de départements. Les taux d'équipement départementaux sont donc beaucoup plus hétérogènes pour ces structures, de même d'ailleurs que pour les instituts de rééducation.

Les SESSAD ont vu leurs capacités d'accueil tripler (de 6 600 à 21 700 places installées) entre 1988 et 2002, date à laquelle le nombre de places offertes restait cependant près de trois fois inférieur à celui des établissements pour enfants déficients intellectuels. Ces services, dont la couverture géographique présentait en 1988 une hétérogénéité proche de celle des établissements pour enfants déficients physiques (sensoriels ou moteurs), ont à l'inverse, en 2002, un degré de dispersion proche des établissements pour enfants déficients intellectuels.

Comme les SESSAD, les établissements pour enfants polyhandicapés ont bénéficié d'une politique de création de places (même si elle est sans comparaison en termes de volume). Malgré une amélioration, ces établissements sont parmi les plus inégalement répartis des structures médico-éducatives, proches du niveau des établissements pour enfants déficients physiques.

## LES TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAUX : DÉFINITION

*Le taux d'équipement met en regard un nombre de places et un nombre de personnes susceptibles d'y recourir. Son utilisation repose sur plusieurs hypothèses. La première a trait au choix de la population de référence. En l'absence de données nationales et départementales concernant la population handicapée, le taux d'équipement est calculé en utilisant comme population de référence la population générale : habitants de 0 à 19 ans concernant les établissements pour enfants et de 20 à 59 ans pour les établissements pour adultes. La population générale permet d'approcher les écarts attendus de la demande sur les équipements, en faisant l'hypothèse que la proportion des personnes handicapées est relativement égale d'un département à l'autre et que la demande est ainsi proportionnelle à la taille de la population générale du département.*

*Une deuxième hypothèse implicite s'appuie toutefois sur l'idée que l'équipement du département a vocation à être utilisé essentiellement par la population dudit département. Or, en ce qui concerne les établissements pour enfants ou adultes handicapés, il existe des flux importants entre les départements que cette notion ne prend pas en compte.*

Toutes les catégories de structures médico-éducatives ont néanmoins vu la dispersion géographique de leurs capacités s'atténuer, au regard des populations départementales, entre 1988 et 2002.

Cette évolution est également perceptible pour les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés dont les capacités ont augmenté de manière importante sur la même période (tableau 3.26). La dispersion des taux de places des centres d'aide par le travail (CAT) a continué de baisser de 1998 à 2002. Les CAT sont devenus les établissements médico-sociaux qui présentent la répartition géographique la plus homogène. Bien que leur répartition soit plus inégale, les foyers d'hébergement et foyers occupationnels ont également connu une réduction de la dispersion géographique des places qu'ils offrent au regard des populations des départements. Ils restent sur ce plan dans une position intermédiaire entre les CAT et les établissements plus médicalisés que sont les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM, ex-FDT), dont les répartitions sont plus inégales. Les MAS et les FAM ont vu leurs capacités augmenter respectivement de 22% et 44% sur la seule période 1998-2002. Dans ce contexte de montée en charge, la tendance à la diminution de la dispersion de ces équipements se confirme<sup>121</sup>.

Le caractère historique de l'implantation de certains types d'établissements, l'impact économique du secteur médico-social dans certains départements ou encore le caractère particulier des installations de structures en phase de montée en charge figurent parmi les facteurs explicatifs des disparités de taux d'équipement rencontrés. Il en va de même des possibilités d'autres formes de prises en charge hors du secteur médico-social, pour ces personnes handicapées (encadré 3.11).

En raison notamment de ces disparités territoriales, certaines personnes handicapées sont orientées hors de leur département d'origine. En 2002, 16 % des enfants et adolescents et 23 % des adultes étaient placés hors de leur département d'origine. Parmi ces derniers, 37 % des enfants et 56 % des adultes l'étaient dans un département non limitrophe, et cette proportion de personnes d'origine plus lointaine a progressé de 1996 à 2002. Ces mouvements de personnes existent dans tous les départements. Ils correspondent aussi bien à des entrées qu'à des sorties ; mais le « solde » traduit parfois un déséquilibre important.

121. Ceci si l'on exclut deux départements (la Lozère pour les MAS et le Loir-et-Cher pour les FAM) dont les positions très élevées au regard des autres taux départementaux ont été à nouveau renforcées entre 1998 et 2002, d'une manière telle qu'elles faussent à elles seules les analyses.

**liste des tableaux,  
graphiques et carte**



## TABLEAUX

### CHAPITRE 1

<i>Tableau 1.1</i>	Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1980 à 2002 .....	11
<i>Tableau 1.2</i>	Variations de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991 .....	14
<i>Tableau 1.3</i>	Variations de l'espérance de vie à 65 ans et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991 .....	14
<i>Tableau 1.4</i>	Principales causes de décès en 1999 – Mortalité prématurée et mortalité totale .....	15
<i>Tableau 1.5</i>	Motifs de recours et/ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe .....	28
<i>Tableau 1.6</i>	Affections de longue durée (ALD) en 2001 – Répartition des nouveaux cas selon la cause .....	31
<i>Tableau 1.7</i>	Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle de 1982 à 1996 .....	44
<i>Tableau 1.8</i>	Espérance de vie pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991 .....	47
<i>Tableau 1.9</i>	Espérance de vie sans incapacité pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991 .....	48
<i>Tableau 1.10</i>	Indicateurs de santé évalués dans et hors Zep .....	50

### CHAPITRE 2

<i>Tableau 2.1</i>	Couverture vaccinale des enfants à l'âge de 2 ans .....	62
<i>Tableau 2.2</i>	Couverture vaccinale des 3-4 ans : rougeole - oreillons - rubéole et BCG .....	64
<i>Tableau 2.3</i>	Prévalence de l'asthme à 6 ans en fonction de la taille de l'agglomération .....	69
<i>Tableau 2.4</i>	Accidents du travail : incapacité permanente ou décès selon la branche professionnelle .....	75
<i>Tableau 2.5</i>	Accidents du travail : incapacité permanente selon l'âge – Tous groupements d'activité du régime général .....	76
<i>Tableau 2.6</i>	Caractéristiques démographiques des patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000 .....	91
<i>Tableau 2.7</i>	Répartition des lieux de survenue des accidents de la vie courante .....	113
<i>Tableau 2.8</i>	Évolution des naissances vivantes, de la fécondité et de l'âge moyen des mères .....	125
<i>Tableau 2.9</i>	Principales causes de décès par tumeur en 1999 – Mortalité prématurée et mortalité totale .....	141
<i>Tableau 2.10</i>	Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : tous cancers .....	141
<i>Tableau 2.11</i>	Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : hommes .....	142
<i>Tableau 2.12</i>	Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : femmes .....	142
<i>Tableau 2.13</i>	Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 2000 selon le sexe .....	143
<i>Tableau 2.14</i>	Taux de suicide par tranche d'âge pour 100 000 habitants en 1999 (taux bruts) .....	155
<i>Tableau 2.15</i>	Évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités .....	166
<i>Tableau 2.16</i>	Diverses approches du handicap dans l'ensemble de la population .....	167
<i>Tableau 2.17</i>	Origine socio-professionnelle des personnes âgées en institution et à domicile .....	181
<i>Tableau 2.18</i>	Aides techniques : usages et besoins .....	186
<i>Tableau 2.19</i>	Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées .....	192
<i>Tableau 2.20</i>	Nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES), tous régimes, de 1990 à 2002 .....	194
<i>Tableau 2.21</i>	Les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap autour de l'année 2000 .....	196
<i>Tableau 2.22</i>	Modes de scolarisation des enfants et adolescents en établissements et services médico-sociaux au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 .....	197



<i>Tableau 2.23</i>	Orientations en établissements et services médico-éducatifs en 1999-2000 .....	198
<i>Tableau 2.24</i>	Demandes ayant reçu une décision favorable de la Cotorep .....	201
<i>Tableau 2.25</i>	Bénéficiaires adultes des prestations d'invalidité .....	203
<i>Tableau 2.26</i>	Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes handicapées .....	204
<i>Tableau 2.27</i>	Bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes handicapées par type d'établissement .....	205
<i>Tableau 2.28</i>	Les travailleurs handicapés à la fin de 1999 .....	206
<i>Tableau 2.29</i>	Décisions d'orientation par les Cotorep .....	207
<i>Tableau 2.30</i>	Décisions d'orientation en établissement médico-social .....	208
<i>Tableau 2.31</i>	Structure des effectifs par déficience et type d'établissement au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 .....	209

### CHAPITRE 3

<i>Tableau 3.1a</i>	Indicateurs synthétiques démographiques sur les professions de santé au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 .....	214
<i>Tableau 3.1b</i>	Indicateurs synthétiques d'activité sur les professions de santé au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 .....	215
<i>Tableau 3.2</i>	Principaux résultats de la projection « à comportements constants » de la démographie médicale effectuée en 2002 .....	217
<i>Tableau 3.3</i>	Médecins par spécialité au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 et évolution depuis 1990 .....	219
<i>Tableau 3.4</i>	Répartition des établissements de santé selon leur statut .....	231
<i>Tableau 3.5</i>	Évolution du nombre d'établissements ou d'entités juridiques en 1992 et 2001 selon le secteur d'hospitalisation et la discipline médicale .....	233
<i>Tableau 3.6</i>	Évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet entre 1992 et 2001 .....	234
<i>Tableau 3.7</i>	Évolution du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel et de chirurgie ambulatoire entre 1994 et 2001 .....	237
<i>Tableau 3.8</i>	Effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2001 .....	241
<i>Tableau 3.9</i>	Estimation des effectifs des médecins exerçant en établissements en 2001 selon la spécialité médicale .....	242
<i>Tableau 3.10</i>	Sages-femmes et personnels non médicaux - Effectifs en équivalent temps plein (ETP) .....	244
<i>Tableau 3.11</i>	Évolution des effectifs non médicaux en équivalent temps plein (ETP) des services de soins entre 1998 et 2001 .....	245
<i>Tableau 3.12</i>	Comparaison de l'évolution du nombre de séjours entre temps complet et temps partiel .....	255
<i>Tableau 3.13</i>	Les 13 groupes homogènes de malades (GHM) regroupant le quart des séjours les plus fréquents en MCO .....	260
<i>Tableau 3.14</i>	Les GHM les plus fréquents .....	264
<i>Tableau 3.15</i>	Modalité de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie : évolution 1991-2000 .....	274
<i>Tableau 3.16</i>	Nombre d'appareils de radiothérapie par établissement en 2001 .....	278
<i>Tableau 3.17</i>	Répartition du nombre de patients et de traitements de dialyse selon le mode de prise en charge en 2001 .....	285
<i>Tableau 3.18</i>	Répartition des structures de dialyse et des générateurs par secteur hospitalier .....	285
<i>Tableau 3.19</i>	Répartition du nombre de patients et de traitements en dialyse selon le mode de prise en charge en 2001 .....	288
<i>Tableau 3.20</i>	Principales données disponibles en 2001 concernant les plateaux techniques de chirurgie .....	305
<i>Tableau 3.21</i>	Principales données sur les unités de réanimation déclarées en 2001 .....	312
<i>Tableau 3.22</i>	L'activité des maternités par secteur .....	315
<i>Tableau 3.23</i>	Comparaison des maternités autorisées et installées par niveau .....	318
<i>Tableau 3.24</i>	Taux d'occupation des différents types d'établissements pour enfants handicapés .....	327
<i>Tableau 3.25</i>	Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour enfants handicapés ..	328
<i>Tableau 3.26</i>	Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour adultes handicapés ..	329
<i>Tableau 3.27</i>	Taux d'occupation des différents types d'établissements pour adultes handicapés .....	329

## GRAPHIQUES

### CHAPITRE 1

<i>Graphique 1.1</i>	Espérance de vie à la naissance dans l'Union européenne en 2001 (hommes-femmes) .....	12
<i>Graphique 1.2</i>	Mortalité prématurée dans l'Union européenne (hommes-femmes) .....	17
<i>Graphique 1.3</i>	Mortalité prématurée par tumeurs malignes dans l'Union européenne (hommes - femmes) .....	18
<i>Graphique 1.4</i>	Mortalité prématurée par causes externes de traumatismes et d'empoisonnements dans l'Union européenne (hommes - femmes) .....	19
<i>Graphique 1.5</i>	Estimation de l'état de santé en 2000 – Note moyenne sur une échelle de 0 à 10 .....	24
<i>Graphique 1.6</i>	Morbidité déclarée par sexe et âge .....	26
<i>Graphique 1.7</i>	Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO des établissements hospitaliers publics et privés - Toutes causes selon le sexe et l'âge des patients ....	29
<i>Graphique 1.8</i>	Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée MCO selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2001 .....	34
<i>Graphique 1.9</i>	Recours au généraliste et au spécialiste selon le sexe et l'âge en 2001 .....	36

### CHAPITRE 2

<i>Graphique 2.1</i>	Évolution de l'obésité de 1991 à 2000 .....	82
<i>Graphique 2.2</i>	Proportion de femmes ayant déjà eu une interruption volontaire de grossesse en fonction de l'âge .....	87
<i>Graphique 2.3</i>	Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000 par âge et type d'usage .....	93
<i>Graphique 2.4</i>	Ventes de cigarettes depuis 1990 .....	95
<i>Graphique 2.5</i>	Évolution de la consommation de tabac en population générale adulte .....	97
<i>Graphique 2.6</i>	Consommation actuelle de tabac .....	99
<i>Graphique 2.7</i>	Pourcentage de personnes victimes dans l'année d'au moins un accident de la vie courante .....	113
<i>Graphique 2.8</i>	Mortalités infantile, néo-natale et périnatale .....	126
<i>Graphique 2.9</i>	Estimation de l'état dentaire .....	131
<i>Graphique 2.10</i>	État dentaire estimé par l'absence de dents .....	132
<i>Graphique 2.11</i>	Répartition des cancers selon l'âge médian d'incidence et la fréquence en 2000 .....	145
<i>Graphique 2.12</i>	Durée de survie et taux de létalité par localisation de cancer .....	145
<i>Graphique 2.13</i>	Les inégalités socio-professionnelles devant le handicap pour les incapacités .....	171
<i>Graphique 2.14</i>	Les inégalités sociales devant le non-emploi des personnes handicapées pour raison de « santé » .....	172
<i>Graphique 2.15</i>	Taux de prévalence de la dépendance par âge (grilles Aggir et EHPA) .....	176
<i>Graphique 2.16</i>	Nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus selon différents scénarii .....	179
<i>Graphique 2.17</i>	Types d'aide selon le groupe d'âge des personnes âgées .....	182

### CHAPITRE 3

<i>Graphique 3.1</i>	Évolution et projections du nombre de médecins pour 100 000 habitants .....	217
<i>Graphique 3.2</i>	Évolution du quota et du nombre de diplômés en instituts de formation en soins infirmiers .....	223
<i>Graphique 3.3</i>	Évolution observée et projetée du nombre de kinésithérapeutes au 1 <sup>er</sup> janvier 2002 selon l'hypothèse retenue sur les autorisations d'exercice au-delà de 2003 .....	225
<i>Graphique 3.4</i>	Nombre moyen observé et projeté d'accouchements par sage-femme .....	226

<i>Graphique 3.5</i>	Répartition des lits d'hospitalisation complète entre les secteurs en 2001 .....	236
<i>Graphique 3.6</i>	Répartition des places d'hospitalisation partielle entre les secteurs en 2001 .....	238
<i>Graphique 3.7</i>	Évolution annuelle des effectifs infirmiers (en ETP) entre 1998 et 2001 selon le secteur d'hospitalisation .....	246
<i>Graphique 3.8</i>	Évolution du nombre de journées dans les grandes disciplines (base 100 en 1998) Total journées en hospitalisation complète .....	252
<i>Graphique 3.9</i>	Évolution du nombre de séjours en hospitalisation complète en court séjour MCO (base 100 en 1998) .....	252
<i>Graphique 3.10</i>	Évolution du nombre de séjours en hospitalisation partielle (base 100 en 1998) .....	254
<i>Graphique 3.11</i>	Répartition des séjours en hospitalisation complète par secteur d'hospitalisation et par discipline .....	256
<i>Graphique 3.12</i>	Répartition des séjours en hospitalisation partielle par secteur d'hospitalisation et par discipline .....	258
<i>Graphique 3.13</i>	Répartition des séjours de moins de 24 heures par catégorie majeure de diagnostic en 2001 .....	263
<i>Graphique 3.14</i>	Nombre de séjours et part de la chirurgie ambulatoire pour neuf gestes marqueurs en 2001 .....	265
<i>Graphique 3.15</i>	Part de l'hospitalisation partielle pour neuf gestes marqueurs en 2001 .....	268
<i>Graphique 3.16</i>	Évolution du nombre d'endoscopies par secteur (base 100 en 1998) .....	269
<i>Graphique 3.17</i>	Évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge en psychiatrie sectorisée (en nombre de patients) .....	273
<i>Graphique 3.18</i>	La chimiothérapie selon les catégories d'établissements .....	275
<i>Graphique 3.19</i>	Nombre de passages-machine par appareil de radiothérapie en 2001 .....	281
<i>Graphique 3.20</i>	Répartition des séances d'hémodialyse selon les différentes modalités de traitement et selon les secteurs d'hospitalisation en 2001 .....	287
<i>Graphique 3.21</i>	Évolution du nombre de passages aux urgences de 1996 à 2001 (base 100 en 1999) .....	293
<i>Graphique 3.22</i>	Répartition du nombre de passages aux urgences selon le type d'autorisation et le secteur en 2001 ..	293
<i>Graphique 3.23</i>	Taille des services d'urgence exprimée en milliers de passages en 2001 .....	294
<i>Graphique 3.24</i>	Répartition des services d'urgence selon leur taux d'hospitalisation et leur statut .....	294
<i>Graphique 3.25</i>	Nombre annuel de passages aux urgences en 2001 par box selon l'autorisation et la taille du service .....	297
<i>Graphique 3.26</i>	Nombre annuel de passages aux urgences en 2001 par ETP médical et infirmier selon la taille du service .....	298
<i>Graphique 3.27</i>	Nombre moyen d'interventions par salle d'intervention chirurgicale .....	305
<i>Graphique 3.28</i>	Taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle selon les catégories d'établissements .....	307
<i>Graphique 3.29</i>	Densité du personnel infirmier par salle et par intervention selon les statuts .....	309
<i>Graphique 3.30</i>	Comparaison de la répartition des maternités par niveau d'activité entre 2000 et 2001 .....	316
<i>Graphique 3.31</i>	Comparaison de la prise en charge des naissances multiples entre 1996 et 2001 selon le niveau des établissements .....	320
<i>Graphique 3.32</i>	Évolution du nombre de places installées des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés de 1963 à 2002 en France métropolitaine .....	327

## CARTES

### CHAPITRE 1

<i>Cartes 1.1</i>	Espérance de vie à la naissance (hommes, femmes) en 2000 .....	21
-------------------	--	----

**index  
alphabétique**



**A**

Accidents .....	15-18,22, 108-114
Accidents de la circulation .....	15, 75, 109, 110-112
Accidents du travail .....	74-76, 91, 110, 203
Accidents de la vie courante .....	15, 110, 112-113
Accouchements .....	35
<i>Adultes handicapés (voir personnes handicapées)</i>	
Affections de longue durée (ALD) .....	30-31, 35-36, 164
Aide à domicile (aides techniques et humaines) .....	137, 139, 178-179, 181-188, 324
Aide sociale aux personnes âgées .....	181-192
Aide sociale aux personnes handicapées .....	202-204
Aide sociale (conseils généraux) .....	191-192, 202-204
Alcoolisme .....	15-18, 28, 34, 40-42, 83-94, 127-128, 147
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) .....	191
Allocation d'adulte handicapé (AAH) .....	91, 199, 202
Allocation d'éducation spéciale (AES) .....	193-194
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) .....	174, 188-192
Alzheimer (maladie d') .....	152-153
Anesthésistes .....	308-310
Antidépresseurs .....	104-105, 109, 115
Anxiolytiques .....	105-107, 115
Arthrose .....	
Assurance maladie .....	
Asthme .....	22, 28, 34, 40-42, 68-71, 72
Atelier protégé .....	207

**B**

BCG .....	62-63
-----------	-------

**C**

Cancers .....	16, 28, 34, 40-42, 77, 83-84, 89, 94, 140-148, 277-282
Cannabis .....	101-102
Carie .....	129-130
Carte d'invalidité .....	193-194, 202
Cataracte .....	135, 261, 264, 265-266
Causes de décès ( <i>voir aussi mortalité</i> ) .....	71, 72, 80, 89, 94, 109, 111-112, 114, 146, 148, 154, 158
Centre d'aide par le travail (CAT) .....	207, 208, 328-329
Chimiothérapie .....	261, 275-276
Chirurgie .....	236, 237, 243, 258, 261, 262, 267-269
Cirrhose .....	16-18, 28, 34, 40-42, 89, 161

Chutes .....	109, 139
Coefficient d'occupation ( <i>voir hospitalisation</i> ) .....	
Commission départementale d'éducation spéciale (CDES) .....	193-198
Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) .....	199-202, 206, 208
Comportements alimentaires ( <i>voir nutrition</i> ) .....	
Comportements sexuels .....	84-89
Contraception .....	85, 86-87
Coqueluche .....	61-62
Couverture universelle maladie (CMU) .....	48-49, 53-55, 90

## D

Décès (causes médicales et accidentelles) ( <i>voir mortalité</i> ) .....	
Déficiences .....	109-110, 156, 167-173
Démence .....	134, 152-153, 168, 169-170
Démographie (données) .....	11, 174-179
Démographie médicale .....	216-223
Dentistes .....	130-131
Dépendance (des personnes âgées) .....	121, 134, 166-192
Dépression .....	150, 153-154, 155
Diabète .....	79, 135, 163-166
Dialyse .....	282-289
Diphthérie .....	61-62
Disparités géographiques .....	80-82, 88, 91-92, 129, 155, 159, 165
Dopage .....	107-108
Drogues .....	101-108, 159, 161-162

## E

Emploi des personnes handicapées .....	204-207
Empoisonnement .....	15, 28, 34, 40-42
Enfants et jeunes .....	22-32, 40-42, 50, 60-64, 68, 70, 80-81, 92-94, 96-98, 101-102, 106-107, 109-110, 122-124, 130, 134, 149-151, 154, 289 -291, 299-300, 301, 325-332
Enfants handicapés (établissements et services, scolarisation) .....	193-199, 325-328
Espérance de vie .....	11-14, 20-22, 44, 166, 173-174
Établissements de santé .....	227-322
Établissements et services d'éducation spéciale .....	325-327, 331
Établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) .....	121, 179-180, 189, 323-324
Établissements médico-éducatifs (EME) .....	196-197, 198
Établissements médico-sociaux .....	198-199, 208-210, 325-332

**F**

Fécondité .....	86-87, 125
Femmes .....	93-94, 96, 106, 110, 115-116, 118-120, 139, 140, 147, 156, 179-180
Foyer d'accueil médicalisé .....	208-210, 328-329
Foyer occupationnel .....	208-210, 328
Foyer d'hébergement .....	208-210, 328

**G**

Généralistes .....	90-92, 106, 218-219, 321
Glaucome .....	135
Greffes .....	
Grille AGGIR .....	174-175, 178
Grippe .....	65
Grossesse .....	87, 125-128, 260-261
Groupe homogène de malades .....	258, 264

**H**

<i>Haemophilus influenzae</i> .....	61-62
Handicap .....	110, 136, 167-173, 193-210
Hébergement pour personnes âgées .....	323-324
Hébergement pour personnes handicapées .....	325-332
Hépatites (B et C) .....	62, 65, 104, 160-163
Héroïne .....	102-104
Hôpital .....	90-92, 214, 220-221, 227-322
Hospitalisation à temps complet .....	27-32, 38, 229-237, 248, 253, 256-257
Hospitalisation à temps partiel .....	229-237, 239, 248, 253-254, 257, 262-276
Hypertension artérielle .....	79, 164
Hypnotiques .....	105-106, 115

**I**

Incapacité .....	76, 153, 169-170
Indicateur EHPA .....	174-175, 178
Inégalités de recours aux soins .....	42-55
Inégalités de santé .....	20-22, 42-55
Inégalités sociales .....	32-42, 55, 81, 88, 89-90, 98, 114, 128, 132, 168, 170-173
Infections nosocomiales .....	66-67, 310
Infirmiers .....	222-223, 244-245, 298-299, 308-310
Insuffisance rénale .....	163, 282-283
Internes .....	218
Interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	87, 261, 264

**J**

Journée (voir Hospitalisation)

## L

Légionellose .....	65-66
Logement-foyer .....	180, 323

## M

Maison d'accueil spécialisée .....	209, 328-329
Maison de retraite .....	121, 180, 323
Maladies de l'appareil respiratoire .....	15, 24-26, 28, 32-34, 40-42, 68-69, 72, 94, 138
Maladies cardio-vasculaires .....	15, 28, 34, 40-42, 72, 79, 94, 139, 148-149, 164 302, 314
Maladies chroniques .....	138, 140-166
Maladies infectieuses .....	27-28, 34, 40-42, 138
Maladies professionnelles .....	68, 76-79, 136
Maltraitance .....	117-124
Masseurs-kinésithérapeutes (effectif, formation) .....	223-224, 239
Maternités .....	127, 315-319
Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) .....	29, 227-237, 258-261, 290-291, 301
Médecins (activité, effectifs, spécialité, revenu) .....	216-223, 239, 240-243, 297-298
Médicament .....	104-107, 154, 291
Méningite .....	61-62
Morbidité .....	22-27, 71, 111-113, 148-149, 156, 162
Mortalité générale .....	15-22, 140
Mortalité infantile (néonatale, périnatale) .....	22-23, 126
Mortalité par accidents .....	15, 18, 40-42
Mortalité prématurée .....	17-20, 146-147, 148

## N

Naissances .....	125, 128-129, 318-319
Natalité (taux de) .....	
Neuroleptiques .....	105-106
Numerus clausus .....	216-218
Nutrition .....	83-84, 139

## O

Obésité .....	24, 28, 34, 40-42, 79-84, 165
Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) .....	228
Objectif quantifié national (OQN) .....	228
Omnipraticiens ( <i>voir généralistes</i> ) .....	
Oreillons ( <i>voir Ror</i> ) .....	50-51
Ostéoporose .....	139
Oto-rhino-laryngologistes (ORL) .....	220



## P

Pathologies ( <i>voir maladies</i> )	
Pensions (invalidité, vieillesse) .....	123, 151
Périnatalité .....	125-128, 317-319
Personnel (des établissements de soins) .....	220-221, 222, 239-247
Personnes âgées .....	37-42, 109, 114, 120-122, 134-136, 138-139, 149, 152-153, 289-291, 300-301
Personnes handicapées (prestations, travail, hébergement) .....	199-210
Pharmaciens .....	
Pilule .....	86-87
Plomb ( <i>voir saturnisme</i> ) .....	
Poliomyélite .....	61, 65
Pollution .....	71-74
Préservatif .....	85, 86, 159-160
Prestation spécifique dépendance (PSD) .....	174, 191
Prévention .....	25-27, 59-79, 147-148, 149, 161-163, 165
Professions de santé (effectif, formation) .....	161, 173
Professions paramédicales (effectif, formation) .....	169, 173
Protection maternelle et infantile (PMI) .....	60, 63
Puéricultrices ( <i>voir PMI</i> )	
Psychiatrie (infanto-juvénile, générale) .....	149-152, 156, 238, 239, 256, 270-275, 301
Psychotropes (consommation) .....	104-107
Psychose alcoolique .....	89

## R

Radiothérapie .....	277-282
Réanimation .....	66, 310-314
ROR (Rougeole, oreillons, rubéole) .....	63-64

## S

Sages-femmes (effectifs, formation, hospitaliers, PMI) .....	224-226, 239
Santé bucco-dentaire .....	24, 129-133, 139
Santé mentale .....	30, 114-117
Santé perçue .....	22-32, 37-38, 40-42, 115, 131
Saturnisme .....	67-68
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) .....	195, 198-199, 325, 331
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) .....	184, 323
Sida (Syndrome d'immunodéficience acquis) .....	19, 85, 104, 157-160
Soins de suite et de réadaptation .....	66, 289
Souffrance psychique .....	109, 114, 150
Spécialistes (médecins) .....	218-220, 242-243

Structure d'aide aux personnes âgées à domicile (Sapad) .....	182-184, 324
Suicides .....	15, 22, 116, 154-156
Surdose .....	104
Surmortalité .....	13-16, 21
Surpoids .....	24, 28, 34, 40-42, 79-84, 165
Syphilis .....	160

## T

Tabagisme .....	94-101, 127
Tétanos .....	61-62, 65
Transfusion sanguine .....	161-162
Traumatismes .....	33-34, 40-41, 109, 114, 300
Travail protégé .....	207
Troubles auditifs .....	78-79, 136, 169
Troubles du comportement .....	116, 150, 152-153, 175-176
Troubles endocriniens .....	37, 40-42, 80
Troubles du langage .....	51, 137-138, 169, 180
Troubles mentaux .....	30, 34, 40-42, 105, 149-157, 169
Troubles visuels .....	24, 133, 163, 169
Tuberculose .....	62-63
Tumeurs (morbidité et mortalité) .....	15, 28, 34, 40-42

## U

Unité de soins de longue durée (USLD) .....	180, 323-324
Urgences .....	292-302, 306, 320-321

## V

Vaccination .....	59-65
Vieillesse ( <i>voir personnes âgées</i> )	
VHC ( <i>voir hépatite</i> )	
VIH ( <i>voir Sida</i> )	
Vieillessement .....	135, 138-139, 146, 169-170, 173-179
Violence ( <i>voir maltraitance</i> )	