

LES ACTEURS ET LES STRUCTURES

III.1 Les professions de santé

Considérées dans leur ensemble, les professions de santé représentaient, début 2003, environ 1 800 000 emplois (tableau 3.1) en France métropolitaine¹. Elles comprennent les professions réglementées par le Code de la santé publique² auxquelles s'ajoutent les aides-soignants et les agents de services hospitaliers (ASH) ainsi que d'autres professions, d'effectifs plus réduits (psychologues, ambulanciers) qui contribuent à produire des services de santé. Début 2003, dans les seules professions réglementées, on dénombre 876 600 personnes exerçant une activité³. Les infirmiers (au nombre de 423 400 début 2003), aides-soignants (415 400⁴) et agents de services hospitaliers et professions assimilées⁵ (306 600) représentent à eux trois près des deux tiers des professionnels de santé et pèsent donc sur les caractéristiques moyennes tant démographiques qu'économiques de cet ensemble de professionnels.

L'augmentation de ces emplois depuis 1985 a été d'un peu moins de 2 % par an. Les évolutions par profession sont toutefois très contrastées : la croissance des effectifs des professions médicales a été forte (71 % pour les sages-femmes, 37 % pour les médecins et 17 % pour les dentistes), mais elle a été encore plus forte pour la plupart des professions paramédicales : augmentation de 131 % du nombre d'orthoptistes, doublement du nombre des pédicures-podologues, augmentation de 68 % pour les orthophonistes, de 64 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 48 % pour les infirmières. Le nombre d'aides-soignants s'est également fortement accru depuis 1985.

- Le secteur hospitalier reste prépondérant

Regroupant 48 % des emplois, l'hôpital reste le principal secteur d'activité des professions de santé réglementées : sa part n'a pratiquement pas varié depuis 1999 dans ce secteur. 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 3.2).

1. Compte tenu de la rupture de série entraînée par le passage de l'enquête *Emploi* annuelle à l'enquête *Emploi* en continu, ce chiffre ne peut-être directement comparable à celui publié pour 2002 à partir de l'Enquête *Emploi* annuelle (cf. précédente édition de ce document).

2. Médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures podologues, ergothérapeutes, audio-prothésistes, opticiens lunetiers, manipulateurs ERM. Les psychologues bien que faisant nouvellement partie des professions réglementées ou tenues de faire enregistrer leur diplôme (circulaire Dhos/Drees/2003/143 du 21 mars 2003), ne sont pas comptabilisés dans cette catégorie.

3. SICART Daniel : « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2003 », Drees, *Document de Travail, série statistiques*, n° 52, mai 2003.

- SICART Daniel : « Les médecins au 1^{er} janvier 2003 », Drees, *Document de Travail, série statistiques*, n° 57, septembre 2003.

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

5. D'après la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles utilisée dans l'enquête *Emploi*, cette catégorie correspond aux « employés assurant l'hygiène des locaux hospitaliers ». En fait la moitié de ces employés n'exercent pas dans le secteur hospitalier mais dans les hébergements pour personnes âgées ou dans d'autres structures des secteurs de la santé et du social. Cela explique la différence entre les effectifs d'ASH tirés de l'enquête *Emploi* et ceux tirés de la Statistique Annuelle des établissements de santé (cf. chapitre 3.2).

**Tableau 3.1 – Indicateurs synthétiques démographiques
sur les professions de santé au 1^{er} janvier 2003**

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2003	Taux de croissance 2003/1985 (%)	Part des femmes (%)	Part des moins de 35 ans (%)	Part des 55 ans ou plus (%)
Médecins	201 400	37,2	37,2	7,5	20,4
Dentistes	40 648	17,0	33,6	14,4	22,6
Pharmaciens	63 909	45,4	63,5	16,0	17,3
Sages-femmes	15 684	71,4	99,1	30,6	11,6
Infirmières	423 431	48,0	87,1	28,0	12,9
Masseurs-kinésithérapeutes	56 924	64,6	43,1	29,6	18,7
Orthophonistes	14 836	68,1	95,5	30,6	11,2
Orthoptistes	2 405	131,0	92,7	39,6	10,9
Psychomotriciens	5 325		84,7	36,4	5,9
Pédicures-podologues	9 859	106,8	68,5	37,9	14,6
Ergothérapeutes	4 683		84,6	47,9	6,4
Audio prothésistes	1 620		40,3	35,7	21,9
Opticiens	12 776		43,9	49,0	13,7
Manipulateurs radio	23 113		72,6	29,6	10,3
Ensemble des professions réglemen- tées par le code de santé publique	876 613		67,6	22,6	15,7
Aides soignantes	415 445	*	91,0	31,4	6,8
Agents de service hospitaliers et professions assimilées	306 580	*	81,5	27,9	11,7
Autres	221 658	*			
Total	1 820 296	*	75,9	28,7	10,4

* Compte tenu d'une rupture de série dans l'enquête *Emploi*, ces chiffres ne sont pas comparables avec ceux de l'année précédente.

Champ : France métropolitaine.

Source : Adeli, ministère de la Santé et de la protection sociale - Drees. Enquête *Emploi* en continu, premier trimestre 2003, Insee.

**Tableau 3.2 – Indicateurs synthétiques d'activité
sur les professions de santé au 1^{er} janvier 2003**

en %

	Part de l'activité libérale	Part de l'activité salarisée hospitalière	Part de l'exercice en zone rurale	Part de l'exercice en agglomération parisienne
Médecins	60	29	6	22
Dentistes	93	1	8	22
Pharmaciens	52	8	13	18
Sages-femmes	15	77	1	17
Infirmières	14	73	7	16
Masseurs-kinésithérapeutes	79	17	10	19
Orthophonistes	80	7	6	22
Orthoptistes	77	8	2	24
Psychomotriciens	8	33	9	22
Pédicures-podologues	98	1	5	23
Ergothérapeutes	1	67	10	19
Audio prothésistes	39	0	0	16
Opticiens	35	0	2	23
Manipulateurs radio	0	74	1	21
Ensemble des professions réglemen- tées par le code de santé publique	37	48	7	18

Champ : France métropolitaine.

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale - Drees.

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

- Vieillesse de presque toutes les professions de santé

Les nouvelles générations de professionnels de la santé sont moins nombreuses qu'auparavant. C'est pourquoi un trait qui caractérise pratiquement l'ensemble des professions de santé est leur vieillissement. Alors que les moins de 35 ans y étaient majoritaires en 1983 (52,5 %), ils 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). Dans les professions salariées, elle est relativement élevée pour les agents de services hospitaliers (12 %) alors qu'elle ne dépasse pas 7 % chez les aides-soignants.

III.1.1 Les médecins : l'évolution de la démographie médicale

- Diminution attendue des effectifs

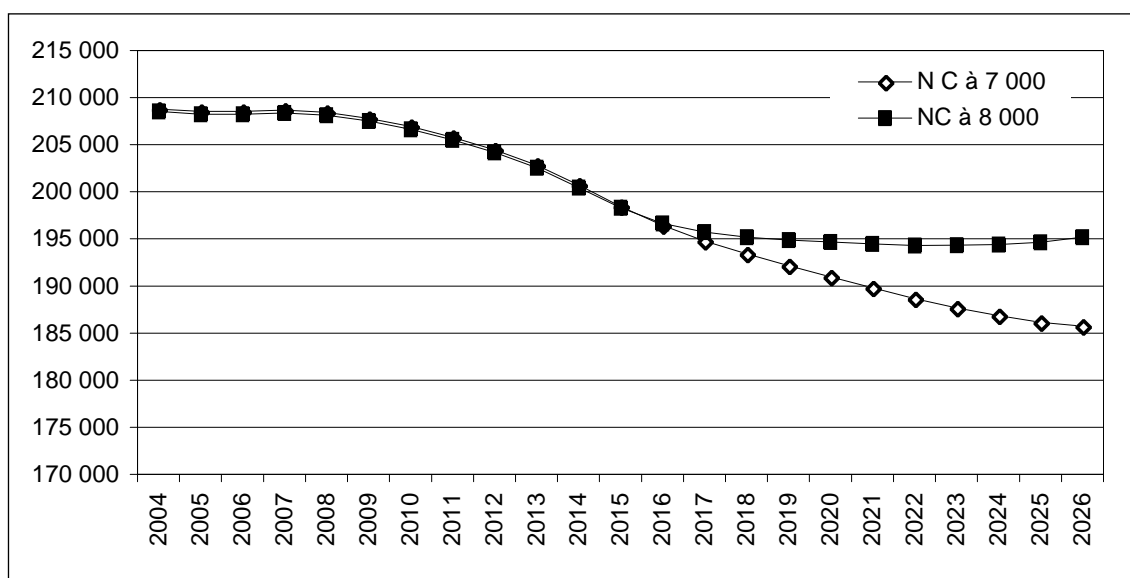
En l'espace de quarante ans, le nombre de médecins par habitant⁶ a plus que triplé : la France comptait 100 médecins pour 100 000 habitants en 1960, elle en recense 338 début 2003. Le nombre de bacheliers venant s'inscrire en faculté de médecine a enregistré un bond à la fin des années 1960 : fluctuant auparavant autour de 16 000, il s'élève à plus de 24 500 à la rentrée 1967. Le *numerus clausus*, instauré en 1971 autour de 8 500 élèves admis en deuxième année, 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, et 5 550 pour 2004. Suite à la baisse du *numerus clausus* dans les années 1970 et 1980, le nombre d'étudiants en médecine a diminué de 1,7 % entre 1992 et 2002⁷. 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 débutent leur activité, le nombre des médecins en activité en France métropolitaine a continué à augmenter jusqu'en 2003 pour atteindre 201 400, 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 2008, le nombre de nouveaux médecins devrait devenir inférieur au nombre de départs et les effectifs diminuer.

6. 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^e année, n° 1, pp. 5-35, janvier-mars 2002.

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

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 198 800⁸ en 2015. En supposant le *numerus clausus* fixé à 7 000 étudiants par an à partir de 2005, et le nombre de places à l'examen national de classement pour les spécialistes hors médecine générale à 50 % du *numerus clausus* cinq ans avant, les effectifs médicaux devraient, toujours sous les mêmes hypothèses de comportements constants, diminuer pour atteindre 186 000 en 2026. Un *numerus clausus* qui serait porté à 8 000 en 2005 n'éviterait pas une diminution du nombre de médecins jusqu'en 2022 et l'amorce d'un redressement à 195 000 en 2026 (graphique 3.1 et tableau 3.3).

Graphique 3.1 – Projections du nombre de médecins selon deux hypothèses de numerus clausus



* 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 3.3 – Principaux résultats de la projection de médecins effectuée en 2004 selon le scénario central d'un *numerus clausus* à 7 000 et « à comportements constants »

données au 1 ^{er} janvier	2006	2011	2016	2021	2026
Numerus clausus	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000
Médecins	208 832	206 148	196 737	190 099	185 966
Densité	336	326	306	292	283
% de femmes	39	41	45	49	52
% de < 40 ans	18	17	21	29	35
% spécialistes	50	50	49	48	48

Champ : France métropolitaine.

Source : ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées – Drees.

8. Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

- 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. La part des femmes est actuellement de 37 % parmi 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 (cursus classique), 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 des enfants de cadres ou professions intellectuelles supérieures. Cette proportion a augmenté entre 1992 et 2002 de plus de 8 points en deuxième année de médecine et atteint maintenant près de 57 %, alors qu'elle est restée stable dans les autres filières scientifiques comme dans l'ensemble des 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* a freiné l'arrivée des jeunes médecins sur le marché du travail, et leur part a commencé à diminuer pour atteindre aujourd'hui 19,7 %. Ils seront 17 % en 2010. En revanche, à partir des années 2016-2020, dans l'hypothèse retenue pour la projection d'un *numerus clausus* à 7 000, cette proportion tendrait à s'élever sensiblement, 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 déclarée par les médecins lors de l'enquête *Emploi* de l'Insee passe pendant la période 1992 à 2000, de 48 heures à 51 heures pour la moyenne des médecins et de 50 heures à 53 heures pour les seuls médecins à temps plein, après avoir stagné dans les années 1980⁹.

- 98 500 généralistes et 102 900 spécialistes début 2003

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 1^{er} janvier 2003, 98 500 généralistes¹⁰ et 102 900 spécialistes (tableau 3.4).

Mais les évolutions d'effectifs sont très différentes d'une spécialité à l'autre. Ainsi, les effectifs d'oto-rhino-laryngologistes (ORL) et d'ophtalmologues n'ont respectivement augmenté que de 5 et 6 %, 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.

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

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

- SICART Daniel : « Les médecins au 1^{er} janvier 2003 » – Drees, *Document de Travail, série statistiques*, n° 57, septembre 2003.

**Tableau 3.4 – Médecins par spécialité au 1^{er} janvier 2003
et évolution depuis 1990**

	Nombre	% du total	% de femmes	% de libéraux	Âge moyen	Taux de croissance des effectifs depuis 1990 en %
Ensemble des médecins	201 400	100,0	37,2	59,6	47,5	16
Omnipraticiens	98 505	48,9	36,8	68,9	46,7	7
Spécialistes	102 895	51,1	37,5	50,7	48,3	26
Spécialités médicales	56171	27,9	38,8	51,2	47,9	21
Anatomie et cytologie pathologique	1 607	0,8	59,6	45,3	47,8	24
Anesthésiologie Réanimation	10 140	5,0	37,1	32,4	48,9	-2
Cardiologie	5 812	2,9	16,2	64,6	47,6	27
Dermatologie et vénéréologie	3 961	2,0	62,6	86,4	47,8	27
Endocrinologie et métabolismes	1 372	0,7	66,1	52,2	43,7	
Gastro-Entérologie Hépatologie	3 263	1,6	20,1	59,3	46,2	32
Génétique	104	0,1	63,1	4,8	45,6	
Gynécologie médicale	1 836	0,9	90,0	92,1	51,5	-3
Hématologie	302	0,1	47,6	4,0	43,1	
Médecine interne	2 445	1,2	24,2	16,6	50,5	8
Médecine nucléaire	374	0,2	32,1	35,8	46,7	
Médecine physique et de rééducation	1 894	0,9	40,1	31,7	49,0	12
Néphrologie	1087	0,5	28,0	22,1	46,2	63
Neurologie	1 697	0,8	37,8	40,9	44,1	83
Oncologie médicale	518	0,3	39,7	24,5	43,5	
Pédiatrie	6 454	3,2	57,5	45,7	48,9	19
Pneumologie	2 624	1,3	31,0	40,0	46,4	21
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 460	3,7	27,4	65,1	47,7	77
Radiothérapie	604	0,3	32,1	45,2	48,3	-78
Rhumatologie	2 616	1,3	32,9	71,6	48,0	13
Spécialités chirurgicales	24 025	11,9	23,0	66,5	48,5	14
Chirurgie générale	4 704	2,3	6,2	44,7	50,3	-23
Chirurgie infantile	94	0,0	36,5	16,0	40,9	
Chirurgie maxillo-faciale	48	0,0	28,5	52,1	40,5	
Chirurgie orthopédique et traumatol.	1 990	1,0	2,4	59,4	45,6	
Chirurgie plastique et reconstructrice	314	0,2	19,1	80,6	41,5	
Chirurgie thoracique et cardiaque	214	0,1	7,0	37,9	42,5	
Chirurgie urologique	506	0,3	1,7	64,4	43,8	
Chirurgie vasculaire	334	0,2	4,5	66,8	47,5	
Chirurgie viscérale	479	0,2	12,6	30,9	41,4	
Gynécologie obstétrique	5 182	2,6	37,2	65,1	48,9	15
Neurochirurgie	374	0,2	8,2	22,7	47,5	34
Ophthalmologie	5 406	2,7	43,4	86,0	48,8	6
Oto-rhino laryngologie	2 971	1,5	15,3	76,9	48,8	5
Stomatologie	1 409	0,7	15,0	86,9	51,4	-24
Biologie médicale	3 066	1,5	46,9	29,1	46,8	67
Psychiatrie	13 548	6,7	42,4	48,0	49,8	18
Médecine du travail	5 016	2,5	69,4	1,5	49,6	
Santé publique	1069	0,5	58,6	1,0	45,2	
DOM	4 307		31,2	54,2		
France métropolitaine + DOM	205 437		37,0	59,6		

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale - Drees.

Des modifications dans l'organisation des études ou des spécialités expliquent souvent ces importantes variations d'effectifs. L'accroissement du nombre de médecins biologistes (+67 % 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 de jeunes médecins. Au contraire, la baisse du nombre de gynécologues médicaux (-3 % de 1990 à 2002) est due à la disparition momentanée de cette spécialité à la sortie de l'internat (puisqu'elle y a récemment été réintroduite). Celle du nombre de chirurgiens généraux (-23 %) est compensée par l'augmentation du nombre de chirurgiens dans d'autres spécialités chirurgicales spécifiques (chirurgie plastique, thoracique, infantile, urologique, vasculaire, viscérale...).

Les projections démographiques, toujours en supposant le *numerus clausus* fixé à 7 000 à partir de 2005 et le nombre de places à l'examen national de classement pour les spécialistes hors médecine générale à 50 % du *numerus clausus* cinq ans avant, et dans l'hypothèse de comportements constants, indiquent que les effectifs de généralistes et de spécialistes pourraient respectivement diminuer de 3,5 et 15,2 % entre 2003 et 2026. En termes de spécialités, les diminutions d'effectifs les plus fortes seraient attendues chez les ophtalmologistes (-43 %), les psychiatres (-36 %) et les ORL (-31 %).

- La proportion de salariés parmi les spécialistes atteint 50 %

La proportion des médecins salariés dépasse légèrement en 2003 (40,4 %) son niveau de 1985 (39,9 %), après avoir diminué nettement 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 2003) 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). La proportion de salariés travaillant à l'hôpital évolue de la même manière que celle de l'ensemble des médecins 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 libéral¹¹.

Les spécialités les plus représentées parmi les 57 800 salariés hospitaliers sont la médecine générale (12 500), l'anesthésie réanimation (6 600), les spécialités chirurgicales (7 600) et la psychiatrie (6 200). Les salariés hospitaliers des deux premières spécialités sont toutefois en diminution depuis une quinzaine d'années, à l'inverse des deux autres.

La proportion de spécialistes exclusivement salariés varie en revanche fortement 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.

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

- 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 médicale¹², une frontière sépare encore nettement l'Île-de-France et les régions du sud de la France, relativement bien dotées, des régions du Nord, qui paraissent plus défavorisées. Au 1^{er} janvier 2003, on compte ainsi 338 médecins pour 100 000 habitants dans l'ensemble du territoire métropolitain. Les densités régionales varient de 425 en Île-de-France et 418 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur à 255 en région Picardie et 267 en région Centre et 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 138) est en effet de 1,3 alors qu'il dépasse 2 pour les spécialistes. Les disparités sont encore plus prononcées au niveau départemental concernant l'implantation des médecins spécialistes, ce qui reflète leur propension à exercer dans les départements accueillant une ville universitaire¹³.

III.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 1970, passant en France métropolitaine, selon le répertoire Adeli, de 150 000 en 1971 à 423 400 au 1^{er} janvier 2003¹⁴. Le rythme de cette progression, d'abord très vif en début de période, s'est légèrement ralenti ces dernières années et se situerait, en moyenne, autour de 3 % par an (ce chiffre étant sans doute légèrement sur-évalué).

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 en activité.

12. DARRINÉ Serge : « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », Drees, *Études et Résultats*, n° 156, février 2002.

13. 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 », Drees, *Études et Résultats*, n° 30, septembre 1999, par NIEL Xavier : « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, xxxi^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001 et par BREUIL-GENIER Pascale - Démographie médicale : intérêt et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques -, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, xxxiii^e année, n° 2, p. 165-186, avril-juin 2003.

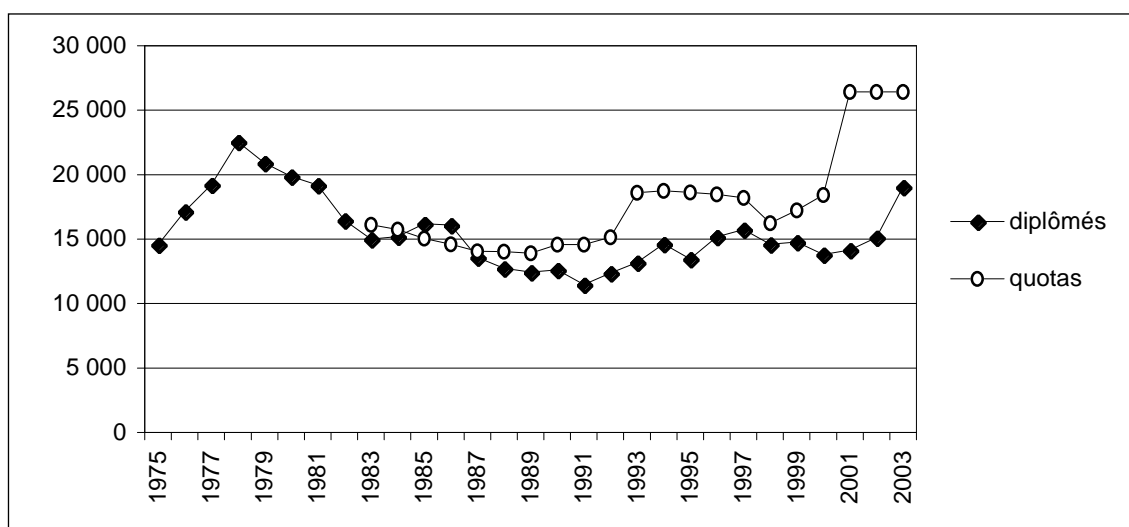
14. Des travaux d'harmonisation des données relatives aux infirmières sont en cours dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Selon les premières analyses et après redressement du nombre des infirmiers salariés non hospitaliers (sous estimés dans le répertoire ADELI) le nombre total d'infirmiers passerait à 449 000 au 1^{er} janvier 2003 au lieu de 423 400.

- 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 notable 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 2003. Conséquence directe de l'évolution du nombre de diplômés attribués au cours des années 1980, la proportion de jeunes n'a cessé de diminuer jusqu'en 1997, alors que celle des plus de 40 ans a plus que doublé et dépasse actuellement 50 %.

Ce vieillissement sera prochainement à l'origine d'une augmentation du nombre de départs à la retraite. Une diminution du nombre d'infirmières en activité 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 et 2003 (graphique 3.2). En supposant maintenus les quotas à ce niveau (30 000 élèves par an, soit 11 500 de plus qu'en 1999), les effectifs infirmiers dépasseraient ainsi pour la France entière 500 000 en l'an 2014 pour atteindre 550 000 en 2020, soit une progression annuelle moyenne de 1,7 % entre 2003 et 2020.

Graphique 3.2 – Évolution du quota et du nombre de diplômés en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)



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.

III.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 56 900 au 1^{er} janvier 2003. La part des femmes est de 43 %, et varie beaucoup selon que l'activité principale s'exerce en cabinet (37 % de femmes) ou à l'hôpital (68 %). 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 %)¹⁵. Cette orientation est surtout prise par les jeunes praticiens : 85 % des professionnels de moins de 30 ans sont libéraux. La pratique à l'hôpital 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.

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

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 1990-2003 où les effectifs ont augmenté de 45 %.

Un maintien du quota d'entrée en écoles de masseurs-kinésithérapeutes à 1 675 en France (y compris les Dom), niveau fixé pour 2004, ainsi qu'un maintien du nombre d'autorisations d'exercice délivrées à des kinésithérapeutes diplômés de pays européens à 1 400, chiffre observé pour 2003, aboutirait en 2020 à un nombre de 84 400 kinésithérapeutes (en activité en France, soit une augmentation de 48 % par rapport à 2003). Sans les 1 400 autorisations d'exercice délivrées annuellement, le seul maintien du quota annuel à 1 675 jusqu'en 2020 entraînerait une augmentation de 9 % des effectifs jusqu'à environ 62 200.

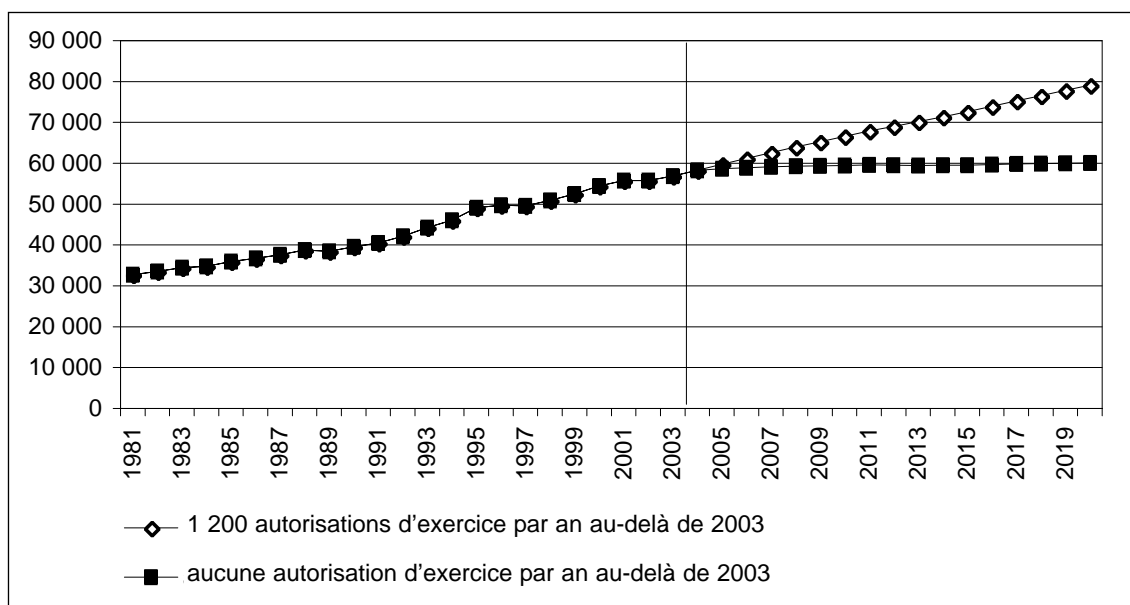
Compte tenu de la croissance de la population projetée sur cette période (+5 %), cette hausse des effectifs correspond à une densité qui, de 93 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, passerait à 98 en 2020 dans l'hypothèse du seul maintien du quota à 1 675. Dans l'hypothèse du maintien des 1 400 autorisations d'exercice en plus du quota, cette densité passerait à 133 pour 100 000 habitants (graphique 3.3).

III.1.4 Les sages-femmes : une profession en expansion

Au 1^{er} janvier 2003, 15 600 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 2003. 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.

15. DARRINÉ Serge : « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », Drees, *Études et Résultats*, n° 242, février 2002.

**Graphique 3.3 – Évolutions observées et projetées
du nombre de kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2002
selon l'hypothèse retenue sur les autorisations d'exercice au-delà de 2003**



Champ : France entière.

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

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.

- Une profession qui recommence à vieillir

Âgées de 41 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 étaient 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 (20 %). 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 croissance prévisible des effectifs 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 de formation dans les écoles de sages-femmes a été relevé chaque année depuis

1999. Dans l'hypothèse où le dernier quota (975 places en 2004) serait reconduit chaque année et en supposant le maintien des comportements actuels de durée d'activité, les effectifs de sages-femmes devraient poursuivre leur croissance, et se situer entre 18 600 et 19 100 praticiennes en 2020¹⁶.

Si l'on rapproche cette évolution de celle du nombre de naissances prévues avec une hypothèse de fécondité de 1,8 enfant par femme, le nombre d'accouchements par sage-femme devrait continuer à décroître. Cet indicateur d'activité des sages-femmes reste toutefois imparfait, dans la mesure où il ne tient pas compte des besoins en sages-femmes induits par les nouvelles réglementations (plan périnatalité notamment).

16. Projections de l'Irdes, La Documentation française, Rapport de l'Observatoire national des professions de santé 2004.

III.2 Les établissements de santé en 2002

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 qu'évolue 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 soins¹⁷. Cette double polarité qui structure l'organisation des établissements s'inscrit dans le paysage hospitalier à travers une spécialisation selon les secteurs, les missions (mise en place de réseaux hiérarchisés), et l'insertion territoriale.

Construit au fil de plusieurs décennies, résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, lucratives et caritatives, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié, pour ne pas dire complexe. Il fait ainsi 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 divers. En outre, 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 assurent les soins les plus spécialisés à l'ensemble de la population de la région ainsi que les soins courants à la population proche ; ensuite les centres hospitaliers¹⁸ qui sont les plus nombreux et assurent la majeure partie de la prise en charge, enfin les hôpitaux locaux, dont la caractéristique est de recourir aux services de médecins généralistes exerçant à titre libéral et qui ont, pour 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, et jusqu'à la mise en place complète de la tarification à l'activité prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2004, il existe principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières¹⁹ :

- 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'as-

17. 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 II).

18. 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 ».

19. 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^{er} 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).

surance 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.

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 permettant pas de regrouper les établissements par mode de financement pour les années antérieures à 1998, 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.

III.2.1 En dix ans, une substitution progressive des capacités d'hospitalisation à temps complet par celles à temps partiel

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

En 2002, on comptait au total en France métropolitaine²⁰ 3 012 hôpitaux et cliniques disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel²¹ (c'est-à-dire de places d'hôpitaux de jour ou de nuit, ou en chirurgie ambulatoire). En 2001, leur nombre était de 3 052, la diminution étant quasi-exclusivement due à la disparition d'établissements privés (à but lucratif ou non). En dix ans, ce sont un peu plus de 380 hôpitaux et cliniques qui ont disparu ou se sont regroupés, traduisant, selon les experts, les formes extrêmes et relativement isolées prises par ce qui apparaît plus comme une réorganisation progressive des structures sanitaires, qu'un réel mouvement de restructuration²². Les mécanismes à l'œuvre expliquant ces évolutions sont multiples et imbriqués. Le progrès des techniques médicales constitue un facteur essentiel de la diminution du nombre des hospitali-

20. 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 2002. On dénombrait ainsi 65 établissements dans les départements d'outre-mer en 2002 (tableau 3.5).

21. 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 dans les sections suivantes.

22. *Revue Française des Affaires sociales* - « Recomposer l'offre hospitalière » n° 3 - juillet - septembre 2003.

sations et surtout de la réduction des durées de séjour, de même que les progrès en matière d'organisation interne des établissements et ceux relatifs à l'évolution des modes de prise en charge. Ces évolutions se sont également produites sous l'impulsion des recherches de rationalisation du secteur hospitalier, à la fois dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge en essayant d'éviter ou de raccourcir les séjours hospitaliers, mais aussi de mieux réguler les dépenses de soins. Il faut encore citer la mise en œuvre, par les acteurs hospitaliers, de stratégies différenciées de positionnement des établissements dans l'offre globale de soins, hospitalière et extra-hospitalière, répondant ici encore à des incitations diverses telles que l'amélioration de l'accessibilité aux soins, et l'adaptation aux évolutions de la démographie des différentes spécialités de professionnels.

Ces facteurs ont toutefois agi de manières très différentes selon les secteurs d'hospitalisation, aboutissant à la fermeture d'un nombre beaucoup plus important d'établissements dans le secteur privé. Une comparaison rigoureuse de l'évolution de la démographie des établissements entre secteurs publics et privés reste néanmoins limitée en raison du repérage statistique un peu différent pour chacun des secteurs, la notion d'établissement de santé étant attachée à une structure géographique dans le privé, et à une entité juridique dans le public²³ (tableau 3.5) [encadré 3.1].

Tableau 3.5 – Répartition des établissements de santé selon leur statut

ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS (ET) OU ENTITÉS JURIDIQUES (EJ)		
3 012 ET/ EJ 465 494 lits 48 019 places		
SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVÉ	
1 008 EJ 304 436 lits 29 985 places	2004 ET 161 058 lits 18 034 places	
	SECTEUR PRIVÉ	
	NON LUCRATIF PSPH	NON LUCRATIF NON PSPH
	538 ET 52 930 lits 7 265 places	285 ET 14 883 lits 2 028 places
		LUCRATIF
		1 136 ET 93 245 lits 8 741 places
SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVÉ	
	SOUS DOTATION GLOBALE	SOUS OQN
1 008 EJ 304 436 lits 29 985 places	773 ET 61 599 lits 8 552 places	1 231 ET 99 459 lits 9 482 places
Total secteur sous dotation globale		

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

23. Toutefois, depuis l'année 2000, il est également possible, 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). On y recense ainsi 891 établissements géographiques pour 722 entités juridiques différentes (respectivement 29 établissements et 24 entités juridiques, dans les Dom).

ENCADRÉ 3.1 – 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 correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique : elle possède un conseil d'administration et une direction, 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 antennes¹.

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.

**Forte réduction du nombre des cliniques privées,
et en particulier de celles de court séjour MCO**

Le secteur privé, dans son ensemble, a connu en dix ans une diminution importante du nombre de ses établissements de court séjour MCO. Le nombre de cliniques privées commerciales est en effet passé de 1 014 établissements en 1992 à 708 en 2002, soit une réduction de 30 %. Cette réduction a touché les établissements avec une intensité très variable selon les disciplines pratiquées (tableau 3.6). Ainsi, le nombre d'établissements ayant une activité de médecine a diminué de seulement 7 % quand celui des établissements de chirurgie se réduisait d'un quart et celui des structures comportant une maternité de 44 %.

Tableau 3.6 – Évolution du nombre d'établissements ou d'entités juridiques

	Cliniques commerciales		Privé non lucratifs		Public		
	Établissements		Etablissements		Entités juridiques publiques		Établissements publics
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	2001
Médecine	459	427	236	186	807	721	877
Chirurgie	841	631	163	137	457	376	468
Obstétrique	392	219	70	50	433	358	396
MCO	1 014	708	293	212	813	722	891
Moyen séjour	323	344	530	499	726	739	
Long séjour	10	17	85	118	786	815	
Psychiatrie	137	141	116	141	242	256	
Total	1 426	1 136	912	868	1 057	1 008	

* 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.

Les établissements privés à but non lucratif ont connu une évolution à peu près similaire avec une diminution de 28 % des structures MCO sur la période. Toutefois, la baisse est davantage répartie sur les différentes disciplines, la chirurgie (avec 16 % de structures en moins) étant quand même moins touchée que la médecine ou l'obstétrique (respectivement une diminution de 21 et 29 %).

**Une diminution plus modérée
du nombre d'entités juridiques publiques**

Dans le secteur public, la discipline de médecine est beaucoup plus répandue que les autres en raison du nombre important d'hôpitaux locaux²⁴. On dénombre ainsi 877 établissements ayant des lits de médecine, 468 pratiquant la chirurgie et 396 ayant des lits de gynécologie-obstétrique.

On ne peut pas suivre aussi finement la démographie des établissements publics que celle des cliniques privées, en raison de la disponibilité trop récente 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, cha-

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

ENCADRÉ 3.2 – 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 2002, 1 808 établissements ou entités juridiques ont déclaré posséder 6 050 bâtiments¹, soit en moyenne 3,3 bâtiments par établissement. Ce nombre varie fortement selon le statut juridique puisque l'on compte en moyenne 5,5 bâtiments pour les entités juridiques publiques contre 1,9 pour les établissements privés sous Dotation globale et seulement 1,3 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. Une clinique privée compte en moyenne 6 200 m², un établissement privé sous dotation globale plus du double (12 600 m²) et une entité juridique publique, environ 26 700 m². Cependant, ramenées au nombre de lits, ces différences s'atténuent sensiblement sans disparaître pour autant. Un bâtiment, en moyenne tous secteurs confondus, compte 63 lits, la surface par lit étant de 78 m².

Les cliniques privées disposent de moins de surface par lit (61 m²) et concentrent plus de lits par bâtiment (79 lits). Par contre, les établissements privés sous dotation globale apparaissent, selon ces indicateurs, les plus étendus (87 m² par lit et 71 lits par bâtiment). Pour les entités juridiques publiques, ces valeurs sont respectivement de 82 m² et de 60 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 2002, 432 établissements ou entités juridiques ont déclaré avoir mené des opérations immobilières en 2002, qu'il s'agisse d'extensions (30 %), de réhabilitations (42 %) ou de reconstructions (9 %), ces opérations correspondant en moyenne à 2 900 m² de bâtiments. Le coût moyen du mètre carré calculé à partir des données de 301 établissements sous dotation globale est d'environ 870 euros. Cependant, ce coût moyen varie fortement selon le type d'opération immobilière réalisée : il est d'environ 1300 euros dans le cas d'une extension, 1100 euros pour une reconstruction et 620 euros pour une réhabilitation.

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

cun comme une seule structure, alors que ces trois entités juridiques regroupent au total près de 70 établissements de grande taille pour la plupart. Cette situation est comparable pour la totalité des centres hospitaliers régionaux universitaires, ainsi que pour une soixantaine d'autres entités juridiques correspondant à 119 établissements différents. On peut, néanmoins, observer une diminution du nombre des entités juridiques ayant une activité MCO, de 813 entre 1992 à 722 en 2002 (-11 %). Toutefois, cette diminution du nombre d'entités juridiques, modé-

rée 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 634 établissements en 2002, soit une diminution de 14 %.

La diminution du nombre d'établissements n'a pas eu d'impact univoque sur leurs capacités d'hospitalisation complète. En fait, trois grands types d'évolution apparaissent, reflétant les différences de statut juridique. Sur les 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 85 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. Les capacités moyennes de prise en charge restent stables en obstétrique, mais chutent de 24 % en médecine et de 14 % 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 elle augmente en obstétrique.

- Cette évolution s'accompagne d'une redistribution entre lits d'hospitalisation à temps complet et places à temps partiel

Près de 75 000 lits d'hospitalisation complète ont été fermés en dix ans

En dix ans, les capacités d'hospitalisation à temps complet se sont notablement réduites. Entre 1992 et 2002, le nombre de lits installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est ainsi passé de 540 100 à 465 500 (tableau 3.7). La fermeture de ces quelque 74 600 lits s'est faite à un rythme assez régulier, se situant autour d'une diminution annuelle moyenne de 1,5 %. Ce mouvement qui résulte pour partie d'une volonté des pouvoirs publics de supprimer des lits considérés comme excédentaires traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prises en charge qui se tournent de plus en plus vers les alternatives à l'hospitalisation à temps complet, comme cela sera développé par la suite.

Tableau 3.7 – Évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet entre 1992 et 2002

	Cliniques commerciales			Établissements privés non lucratifs			Établissements publics			Total		
	1992	1998	2002	1992	1998	2002	1992	1998	2002	1992	1998	2002
Médecine	14 545	13 382	11 787	16 703	11 033	10 043	102 393	94 897	92 228	133 641	119 312	114 058
Chirurgie	50 793	45 584	41 486	12 957	10 980	9 311	58 818	48 043	44 561	122 568	104 607	95 358
Obstétrique	9 771	8 134	6 926	2 110	1 836	1 579	16 628	15 083	14 585	28 509	25 053	23 090
MCO	75 109	67 100	60 199	31 770	23 849	20 933	177 839	158 023	151 374	284 718	248 972	232 506
Moyen séjour	18 540	19 669	21 182	34 418	33 382	31 088	40 647	38 296	38 451	93 605	91 347	90 721
Long séjour	652	837	847	4 336	6 324	6 846	68 277	75 273	73 780	73 265	82 434	81 473
Psychiatrie	12 976	10 519	11 017	13 465	11 547	8 946	61 538	47 204	40 831	87 979	69 270	60 794
Total	107 277	98 125	93 245	84 496	75 102	67 813	348 301	318 796	304 436	540 074	492 023	465 494

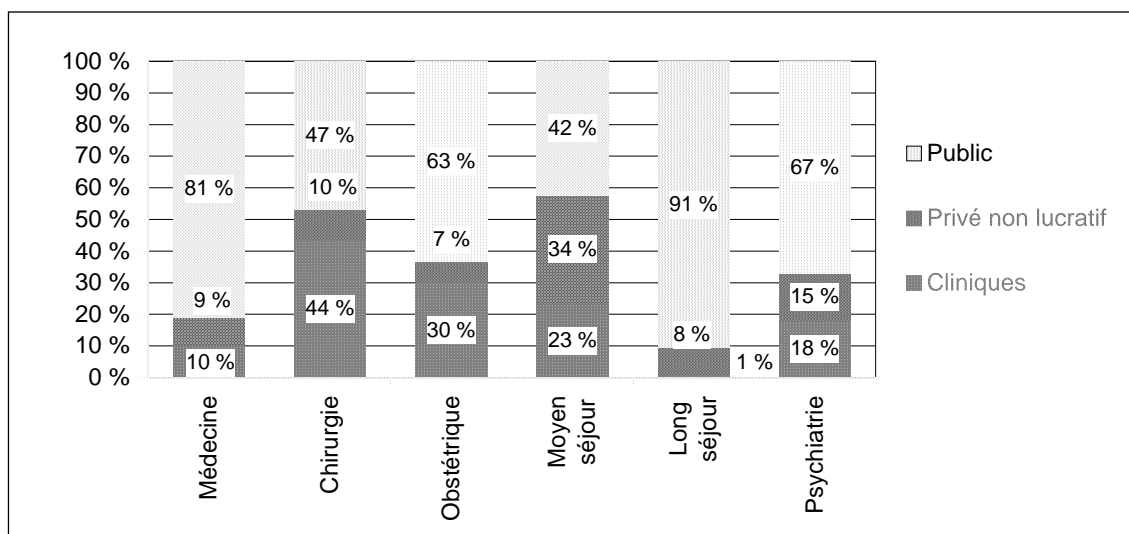
Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

Cette inflexion ne s'est toutefois pas produite avec la même intensité dans toutes les disciplines. Si on enregistre les plus fortes réductions du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie et en MCO (respectivement -31 % et -18 %), celles-ci sont beaucoup plus limitées en moyen séjour (-3 %), et on assiste même à une augmentation de 11 % 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 que la médecine (respectivement -22, -19 et -15 %)²⁵.

La diminution du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -13 % de lits en dix ans dans le secteur public, -13 % dans les cliniques privées commerciales et -20 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas été suffisamment importants au regard du poids respectif de chaque secteur pour modifier de manière significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs d'hospitalisation (graphique 3.4). En effet, en 2002, les hôpitaux publics restent toujours majoritairement détenteurs des lits d'hospitalisation complète avec 65 % des capacités totales. Les établissements privés commerciaux en détiennent 30 % et ceux à but non lucratif, 15 %. En 1992, ces chiffres étaient respectivement de 64, 30 et 16 %.

Graphique 3.4 – Répartition des lits d'hospitalisation complète entre les secteurs en 2002



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

En revanche, on assiste plus notablement 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 part de lits de chirurgie du secteur privé commercial s'est aussi accrue de 41 à 44 %, alors qu'en gynécologie obstétrique elle a diminué de 34 à 30 %.

25. L'année 2002 se retrouve proche de la tendance globale avec une diminution de lits de 1,3 % par rapport à l'année précédente. Seule la discipline de soins de suite et de réadaptation voit le nombre de ses lits augmenter en 2002 (+1,3 %). Les soins de longue durée (-2,9 %), la psychiatrie (-2,6 %), la chirurgie (-1,9 %) et l'obstétrique (-1,1 %) observent quant à elles une forte baisse de leur nombre de lits d'hospitalisation complète.

**En contrepartie, la création de 48 000 places
dans le cadre du développement
des structures de soins alternatives à l'hospitalisation**

Les 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...) ont pu être effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre ces progrès 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 et remplacement par des places à temps partiel selon des « 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 3.8)²⁶.

**Tableau 3.8 – Évolution des places d'hospitalisation à temps partiel
et de chirurgie ambulatoire entre 1994 et 2002**

	Cliniques commerciales			Établissements privés non lucratifs			Établissements publics			Total		
	1994	1998	2002	1994	1998	2002	1994	1998	2002	1994	1998	2002
Places en hôpital de jour en médecine	1 416	1 534	1 491	578	704	963	4 116	4 502	5 261	6 110	6 740	7 715
Places en chirurgie ambulatoire	5 153	5 754	6 103	98	330	865	779	977	1 352	6 030	7 061	8 320
Places en hôpital de jour en gynécologie-obstétrique	5	14	20	5	18	22	414	363	898	424	395	940
MCO*	6 574	7 302	7 614	681	1 052	1 850	5 309	5 842	7 511	12 564	14 196	16 975
Moyen séjour	1 726	880	902	1 303	2 263	2 598	683	884	1 127	3 712	4 027	4 627
Psychiatrie	1 838	270	161	3 508	5 239	4 845	20 482	21 287	21 201	25 828	26 796	26 207
Total	10 138	8 452	8 741	5 492	8 554	9 293	26 474	28 013	29 985	42 104	45 019	48 019

* Médecine, chirurgie, obstétrique.

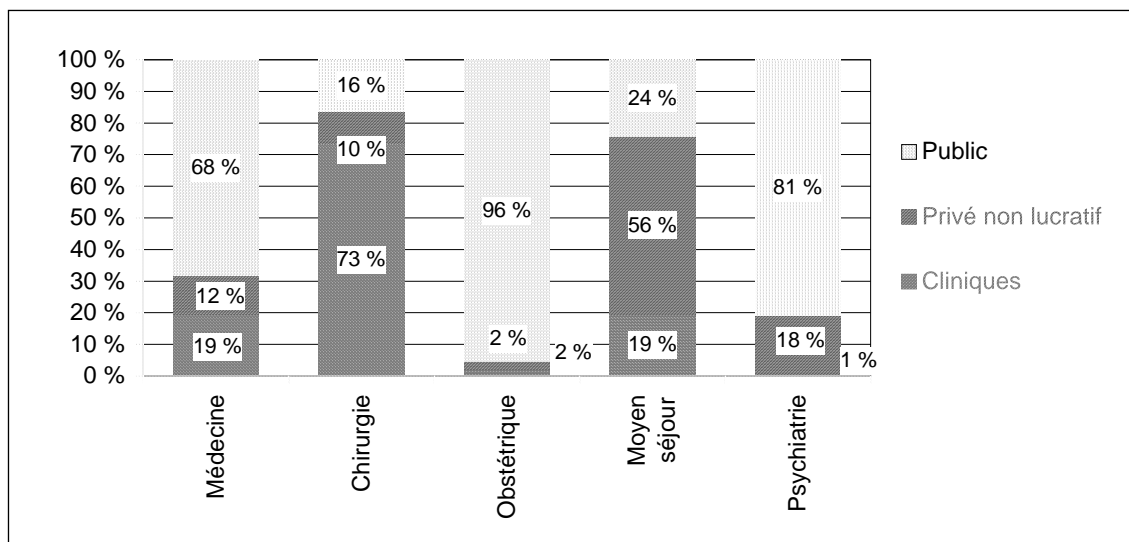
Champ : France métropolitaine.

Source : SAE 2002, Drees.

26. 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 3.7 et 3.8 montrent ainsi que la fermeture des 74 600 lits observée entre 1992 et 2002 s'est accompagnée de la création de 48 000 places d'hospitalisation à temps partiel, auxquelles il faut ajouter environ 4 200 places d'hospitalisation à domicile²⁷.

Graphique 3.5 – Répartition des places d'hospitalisation partielle entre les secteurs en 2002



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

La répartition des places d'hospitalisation partielle suivant les disciplines (graphique 3.5) traduit plus nettement encore qu'en hospitalisation complète la spécialisation des secteurs (voir § III.2.2).

En 2002, les cliniques détiennent ainsi 73 % des places de chirurgie ambulatoire, alors que les hôpitaux publics développent assez lentement ce type de prise en charge. Les hôpitaux privés non lucratifs regroupent plus de la moitié des capacités de l'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation, et 18 % en psychiatrie. Les hôpitaux publics occupent, quant à eux, une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine, en gynécologie-obstétrique et en psychiatrie : ils concentrent ainsi la quasi-totalité du potentiel de prise en charge existant en médecine et en gynécologie-obstétrique et 81 % des places en psychiatrie.

III.2.2 L'évolution de l'activité hospitalière : une transformation lente mais significative de la structure de l'activité des établissements de santé

L'activité des établissements de santé est très diverse et il est difficile d'en rendre compte à travers une mesure synthétique simple (encadré 3.3). Pour suivre l'activité en hospitalisation complète, deux indicateurs sont habituellement retenus : le nombre de journées

27. Chiffres tirés de l'état des lieux de 2002 réalisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (circulaire DHOS/O/n°44 du 4 février 2004, relative à l'HAD).

ENCADRÉ 3.3 – 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 complété 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 appelées 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 ».

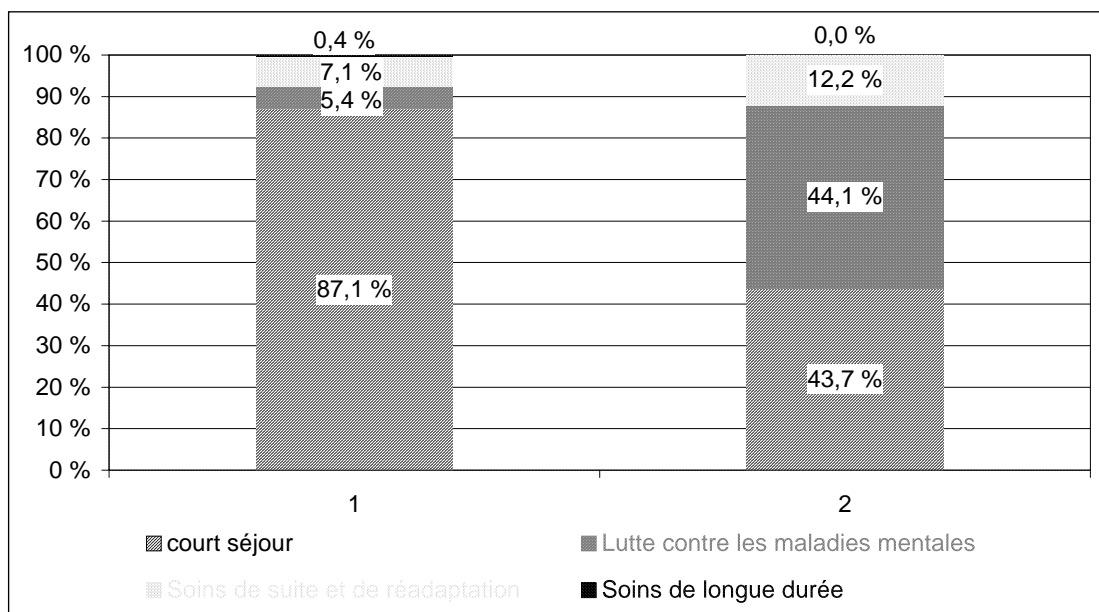
c - Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) qui permettent d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Leur fonctionnement médical est organisé par un médecin coordinateur. Contrairement aux deux types d'alternatives précédents, l'HAD est une forme de prise en charge « extrahospitalière ». 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 boxes de surveillance de très courte durée. La mesure de capacité se compte en boxes, celle de l'activité en passages.

**Graphique : Comparaison de l'activité par discipline
entre les hospitalisations de plus et de moins de 24 heures
(en % du nombre de jours)**



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2001, PMSI 2001 pour le MCO, Drees.

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 la fois à un séjour et à une journée d'hospitalisation. Les urgences sont dénombrées en passages ; les traitements du cancer par radiothérapie ainsi que ceux de l'insuffisance rénale 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 3.4). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

ENCADRÉ 3.4 – LA MESURE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE : SOURCES ET MÉTHODES

Dans ce chapitre, deux sources d'information sont utilisées de façon complémentaire, 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 98 % 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 du département 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.

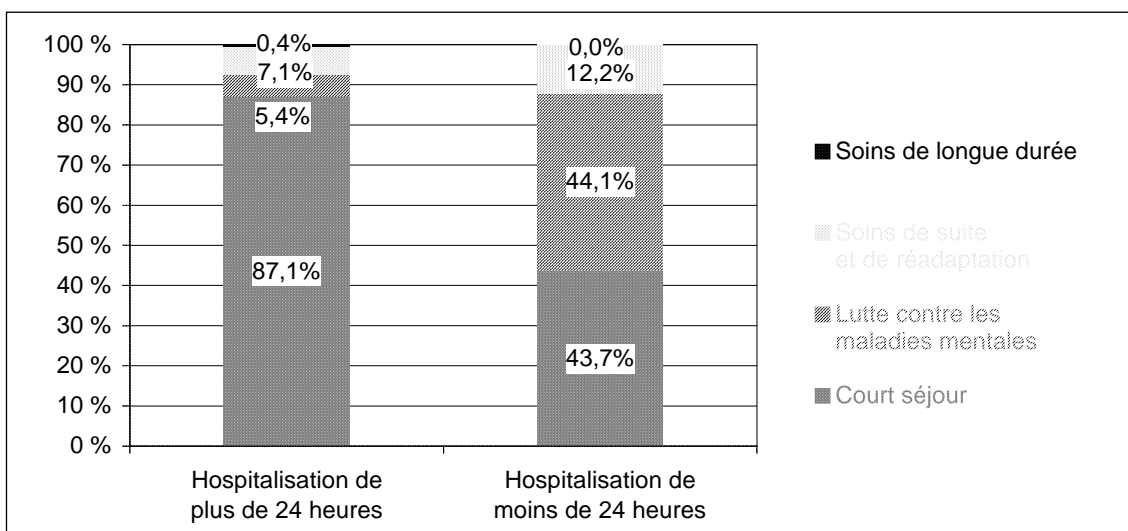
concerne le seul champ du court séjour MCO²⁸ : des données fiables pour quantifier l'activité des établissements de santé sont disponibles depuis 1998, les évolutions seront ainsi présentées sur la période 1998-2001. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) existe depuis 1994 et couvre la totalité du champ de l'activité hospitalière, mais elle a connu une refonte importante en 2000, modifiant certains concepts pour les rapprocher de ceux du PMSI, ce qui peut parfois gêner l'appréciation de l'évolution de certains indicateurs.

En 2002, on compte 11,7 millions de séjours en hospitalisation complète et 11,1 millions de venues en hospitalisation partielle (hors séances de dialyse, radiothérapie et chimiothérapie).

La répartition des séjours dans les six grandes disciplines médicales (médecine, chirurgie, et obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée) varie très fortement selon le mode d'hospitalisation (graphique 3.6). Ainsi, en hospitalisation complète, le court séjour MCO représente 87,1 % des prises en charge, la psychiatrie 5,4 %, les soins de suite et de réadaptation 7,1 %, la psychiatrie 5,4 % et les soins de longue durée 0,4 %. En hospitalisation à temps partiel, les soins de courte durée MCO ne constituent plus que 43,7 % des séjours, contre 12,2 % 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 quant à elle 44,1 % des hospitalisations à temps partiel. Ces prises en charges à temps partiel sont décrites de manière détaillée au paragraphe III.2.3.

On comptabilise par ailleurs 2,7 millions de séances de chimiothérapie, 3 millions de séances de radiothérapie et 4 millions de séances d'hémodialyse. En outre, les urgences accueillent cette même année quelque 13,7 millions de passages. Ces activités ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier en psychiatrie) font l'objet des paragraphes III.2.4 à III.2.6.

Graphique 3.6 – Comparaison de l'activité entre hospitalisation complète et partielle par discipline



Sources: Drees, PMSI 2002 pour le court séjour, SAE 2002 pour le reste

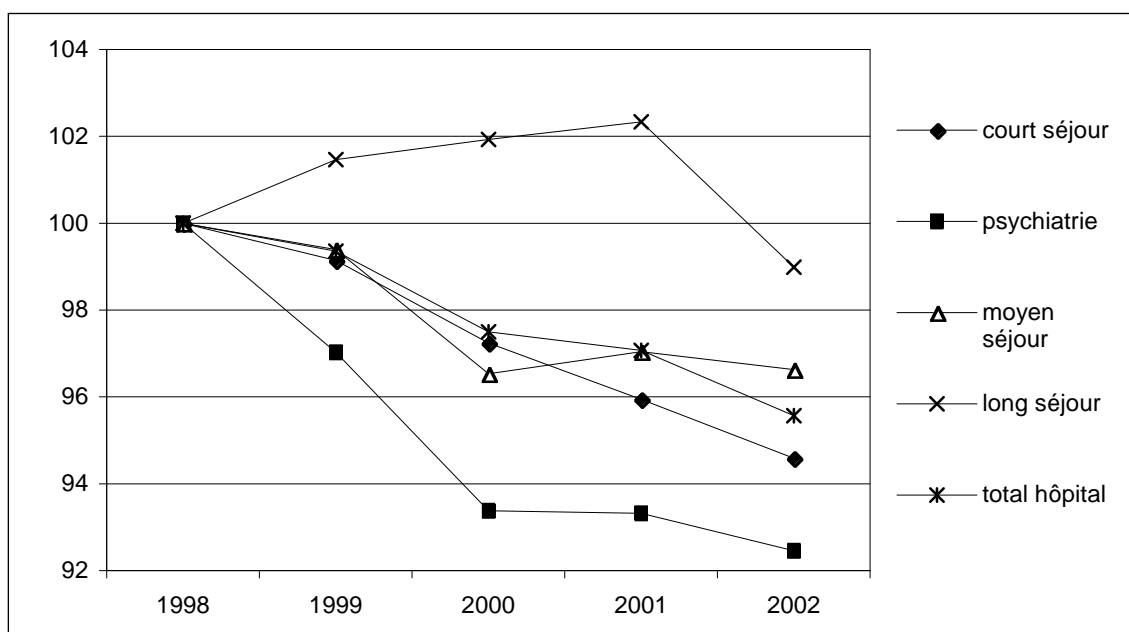
28. Le PMSI est expérimenté depuis plusieurs années en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation sans être encore opérationnel.

- Net ralentissement de l'activité à temps complet depuis 1998

Qu'elle soit mesurée en nombre de journées ou en nombre de séjours, l'activité d'hospitalisation complète a connu un recul très net entre 1998 et 2002, qui témoigne de l'évolution des formes de prises en charge par l'hôpital. Toutes disciplines confondues, le nombre de journées d'hospitalisation réalisées par l'ensemble des établissements de santé a en effet diminué de 4,4 % entre 1998²⁹ et 2002 (graphique 3.7). Sur cette période, le nombre de séjours n'est calculable que pour les disciplines de court séjour MCO qui représentent néanmoins près de 90 % des séjours en hospitalisation complète. Sur ce champ, l'indicateur montre une diminution d'activité de 3,6 %.

Graphique 3.7 – Évolution du nombre de journées dans les grandes disciplines

base 100 en 1998



Sources: Drees, PMSI pour le court séjour, SAE pour le reste.

Une réduction importante de l'activité hospitalière de court séjour depuis 2000

À partir du rapprochement des données du PMSI et de celles de la SAE, il est possible d'observer de manière précise l'évolution du nombre de séjours sur le champ MCO depuis 1998.

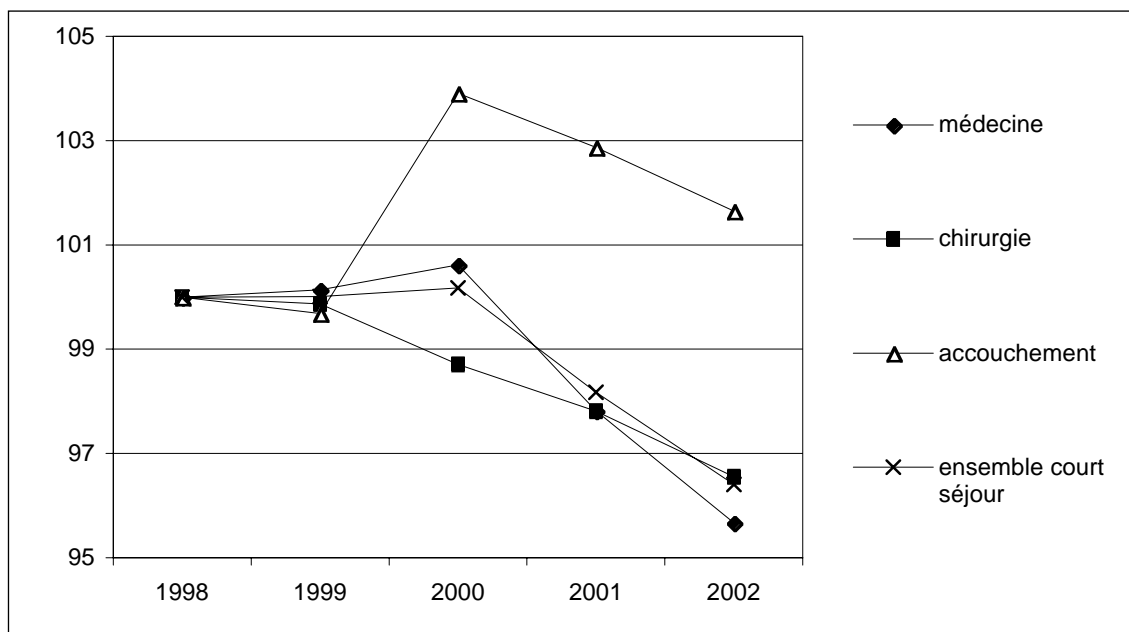
En 1998 et 1999, le nombre de séjours MCO est d'abord resté stable, n'évoluant que très modérément de +0,1 et +0,2 %. Il a ensuite amorcé une baisse à partir de 2000, enregistrant même un recul sensible entre 2000 et 2002 (-3,8 %). Le nombre de séjours en hospitalisation complète a ainsi diminué entre 1998 et 2002 de près de 3,5 % en chirurgie et d'un peu plus de 4 % en médecine. Seul le nombre de séjours liés à un accouchement a pro-

29. L'utilisation de la base PMSI, qui s'est généralisée à l'ensemble des établissements pour l'activité de court séjour 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.

gressé sur la période avec une croissance de plus de 1,6 % entre 1998 et 2002 (graphique 3.8), enregistrant un pic en 2000 et avec un infléchissement de 2,2 %.

Graphique 3.8 – Évolution du nombre de séjours en court séjour MCO

base 100 en 1998



Sources : Drees, PMSI.

Sur la même période, la durée moyenne de séjour (DMS) s'est réduite assez sensiblement passant de 6,5 jours en 1998 à 5,9 jours en 2002. Cette évolution est essentiellement due au secteur privé lucratif et non lucratif où la DMS a diminué d'environ 16 %. Sa réduction n'atteint que 4 % dans les établissements publics (tableau 3.9).

Tableau 3.9 – Évolution de la durée moyenne de séjour en MCO

	1998	1999	2000	2001	2002
public	6,9	6,8	6,6	6,6	6,6
public sous DG	7,1	6,7	6,4	6,3	6,0
privé sous OQN	5,6	5,4	5,1	4,8	4,7
ensemble	6,5	6,3	6,1	6,0	5,9

Source : Drees, SAE – PMSI, 1998 - 2002.

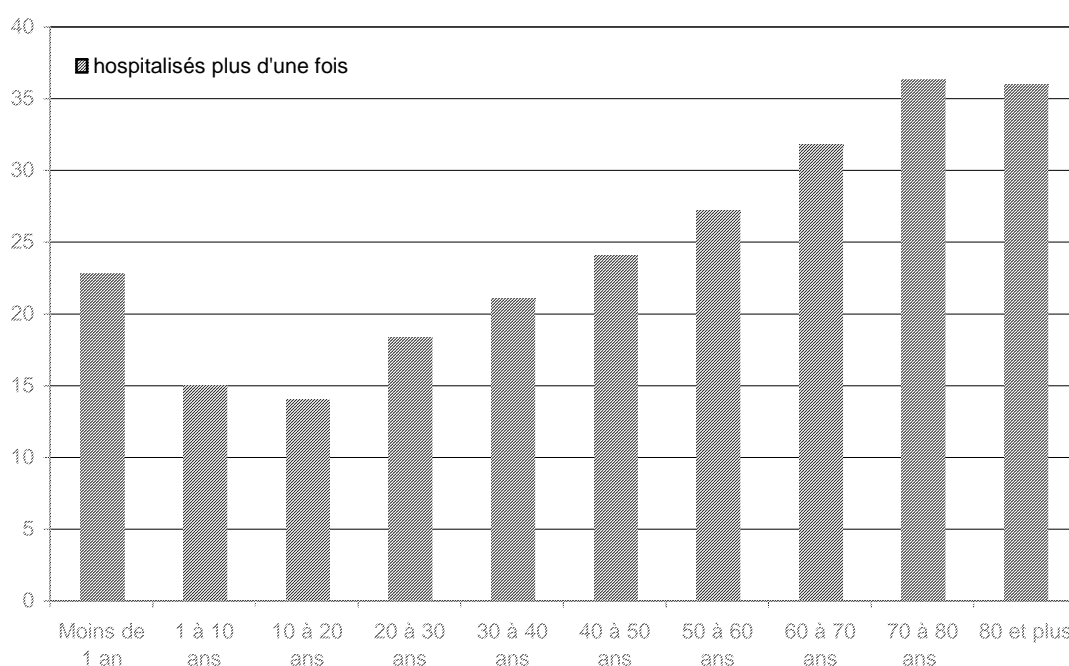
ENCADRE 3-5 : LES PATIENTS HOSPITALISÉS EN MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du PMSI, grâce à la technique dite du « chaînage ». Celle-ci crée un lien entre les différents séjours, grâce à un numéro de patient, unique et anonyme pour chaque personne hospitalisée, qui est enregistré à chaque hospitalisation. En 2002, sa mise en œuvre a été effectivement possible pour 90 % des séjours MCO en France métropolitaine. On peut donc dorénavant estimer le nombre de patients pris en charge par les établissements de santé au cours de l'année (en court séjour MCO), alors que jusqu'ici on ne connaissait que le nombre de séjours hospitaliers réalisés.

On peut ainsi évaluer à 10 millions le nombre de patients différents hospitalisés en France Métropolitaine au cours de l'année 2002, tous modes d'hospitalisations confondus : 5,5 millions de femmes et 4,5 millions d'hommes. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une fois (74 %), 16 % des patients ont été hospitalisés 2 fois, et 10 % 3 fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne concernent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, la part des hospitalisations multiples va en décroissant pour les enfants âgés de 0 à 10 ans, puis elle augmente avec l'âge (graphique). Les hospitalisations multiples sont peu fréquentes chez les jeunes de 10-20 ans avec 14 % d'entre eux hospitalisés plusieurs fois, et en nombre important pour les 70-80 ans, et les 80 ans et plus, avec 36 % de personnes hospitalisées plusieurs fois. Bien que l'hospitalisation soit plus fréquente chez les femmes, elles sont moins concernées par les séjours multiples (24 %, contre 28 % des hommes, et ce que l'on raisonne accouchements inclus ou non).

Graphique – Part des personnes hospitalisées plus d'une fois, en 2002, par classe d'âges



En 2002, les maladies dues à une infection VIH constituent, tous modes d'hospitalisation confondus, la grande catégories de diagnostics¹ pour laquelle la réhospitalisation (*i.e.* ayant pour cause la même catégorie de diagnostic) est la plus fréquente : les patients sont hospitalisés, en moyenne, 3,3 fois pour cette raison précise (ce chiffre ne comprend pas les hospitalisations pour d'autres motifs).

Globalement, les patients hospitalisés plusieurs fois, quelles que soient les raisons de leurs hospitalisations successives, le sont en moyenne 2,9 fois. Dans près de 60 % des cas ils sont hospitalisés dans le même établissement, dans deux établissements différents dans 36 % des cas, et dans trois ou quatre établissements le reste du temps.

Parmi les patients « multi-séjours », environ la moitié a été prise en charge uniquement en hospitalisation complète, 38 % ont été hospitalisés à la fois en hospitalisation complète et partielle, et 12 % exclusivement en hospitalisation partielle.

1. Catégorie majeure de diagnostics.

Du fait de l'effet combiné de la diminution du nombre de séjours et de la réduction de la DMS, le nombre de journées d'hospitalisation a donc sensiblement diminué, de l'ordre de 12 % en moyenne pour l'ensemble des secteurs.

***Pour les autres disciplines, l'activité mesurée
en nombre de journées enregistre également une diminution,
mais de façon plus modérée***

Dans les autres disciplines, l'analyse de l'évolution de l'activité 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 SAE³⁰. Par contre, le nombre de journées n'a pas changé, ce qui rend possible le suivi de l'activité à l'aide de cet indicateur.

En psychiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation complète a considérablement diminué depuis 1998 (-7,5 %). 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 2000³¹, dans le prolongement de la tendance de long terme. Cette baisse est en effet observable depuis 1991 dans les établissements sectorisés (qui concentrent 74 % des journées d'hospitalisation complète réalisées en 2001) et se poursuit à un rythme ralenti : 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 encore augmenté de 1,7 % entre 2001 et 2002. La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète s'explique donc exclusivement par la réduction de la durée moyenne de séjour qui n'atteint plus que 30,4 jours en 2002 contre 31,2 en 2001.

30. 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).

31. 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 minime 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.

En moyen séjour, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué quant à lui de 3,4 % entre 1998 et 2002. Les années 2001 et 2002 marquent toutefois un arrêt de la tendance à la baisse : légère augmentation en 2001 (+0,5 %), légère baisse en 2002 (-0,4 %). En 2002, cette évolution résulte d'un mouvement opposé des deux grandes catégories d'activité. Les soins de suite et de convalescence – qui représentent 70 % du nombre total de journées d'hospitalisation en moyen séjour – enregistrent une baisse de leur activité de 3 % en nombre de séjours et 1 % en nombre de journées). À l'inverse, les hospitalisations complètes en réadaptation fonctionnelle progressent : les entrées augmentent de 2,7 % et les journées de 1,3 %.

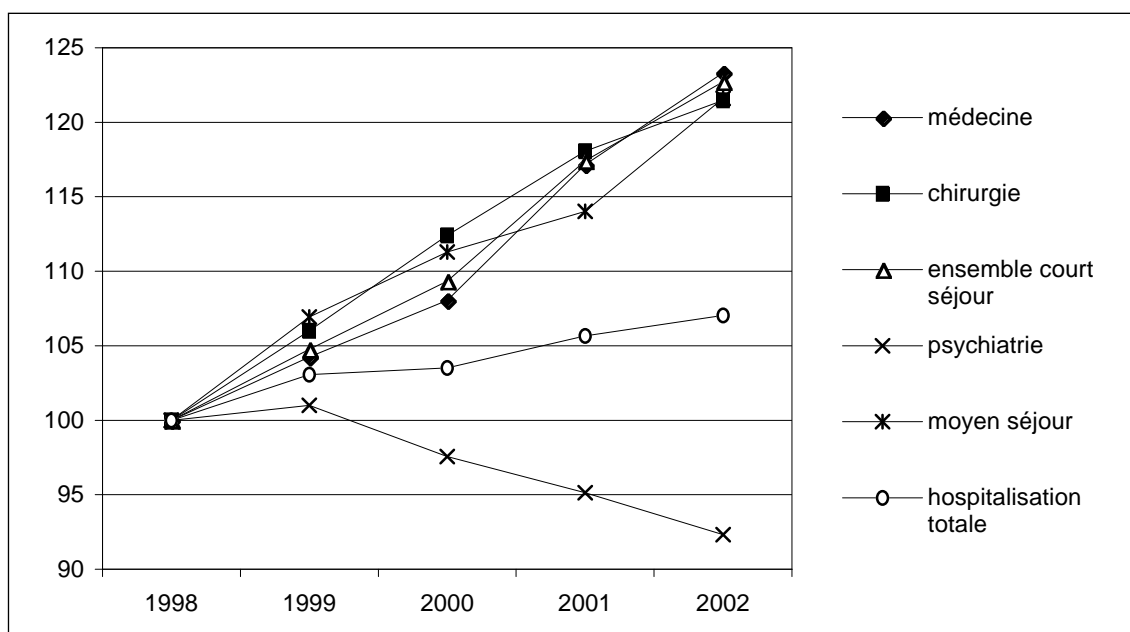
En long séjour enfin, le nombre de journées d'hospitalisation a également reculé de 1 % entre 1998 et 2002. Après un ralentissement en 2001, il a diminué de 3,3 % en 2002. Cette baisse s'explique par la transformation progressive de certains établissements sanitaires en établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit donc d'un artefact, les équipements et l'activité étant comptabilisés dans le champ médico-social et non plus dans le sanitaire.

- À l'inverse, les prises en charges à temps partiel connaissent depuis plusieurs années une croissance soutenue de leur activité

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 2002 plus de 11 millions de venues, soit une augmentation toutes disciplines confondues de 7 % entre 1998 et 2002 (graphique 3.9). Ainsi, depuis 1998, la croissance de l'activité hospitalière est presque exclusivement due à l'évolution de l'activité à temps partiel, comme le montre le tableau 3.10.

Graphique 3.9 – Évolution du nombre de séjours en hospitalisation partielle

base 100 en 1998



Sources: Drees, PMSI pour le court séjour, SAE pour le reste.

Tableau 3.10 – Comparaison de l'évolution du nombre de séjours entre hospitalisation complète et partielle

	1998/1999		1999/2000		2000/2001		2001/2002	
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel
MCO	+0,1	+5,0	+0,2	+4,4	-2,0	+7,4	-1,8	+4,6
Total	+0,3	+3,0	NR	NR	-1,1	+1,6	-1,8	+1,3

Sources: Drees, PMSI pour le court séjour, SAE pour le reste.

En MCO comme en moyen séjour, une augmentation de plus de 20 % en quatre ans

Pour le court séjour, l'accroissement de l'activité d'hospitalisation partielle atteint 22,6 % en quatre ans. Il atteint 21,4 % pour la chirurgie, 23,2 % pour la médecine entre 1998 et 2002. En moyen séjour, la hausse est marquée elle aussi, (+21,6 % entre 1998 et 2002), essentiellement grâce au développement de l'activité de réadaptation fonctionnelle qui représente, en 2002, 92 % de l'hospitalisation partielle en moyen séjour.

Le cas particulier de la psychiatrie

La diminution du nombre de venues en hospitalisation partielle en psychiatrie depuis 1998 atteint 7,4 %, mais elle s'accompagne en contrepartie d'une augmentation des prises en charge en « accueil de jour ». Cette forme de prise en charge, spécifique à la psychiatrie et pourtant proche de l'activité d'hospitalisation de jour n'est cependant pas considérée comme de l'activité à temps partiel (encadré 3.4). Cette diminution doit donc être interprétée avec prudence du fait de l'imprécision de la frontière entre ces deux types de prises en charge.

L'hospitalisation à temps partiel ne recouvre pas toutes les alternatives à l'hospitalisation complète

Par ailleurs, les hospitalisations à temps partiel ne recouvrent pas, loin s'en faut, l'ensemble des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète. Il faut aussi y ajouter toutes les prises en charges sans hébergement dans les établissements de santé, c'est-à-dire les urgences, les consultations externes ou les séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse... 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. Or, ce champ d'activité, souvent mal connu, connaît lui aussi une expansion importante depuis plusieurs années.

Cette évolution structurelle importante, qui concerne donc aussi bien les hospitalisations à temps partiel que les prises en charge sans hébergement, est décrite de manière plus détaillée dans les chapitres III.2.4 à III.2.6.

ENCADRÉ 3.6 – L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

L'activité d'hospitalisation complète des établissements de santé publics et privés des départements d'outre-mer mesurée en journées représente 2 % de l'activité France entière.

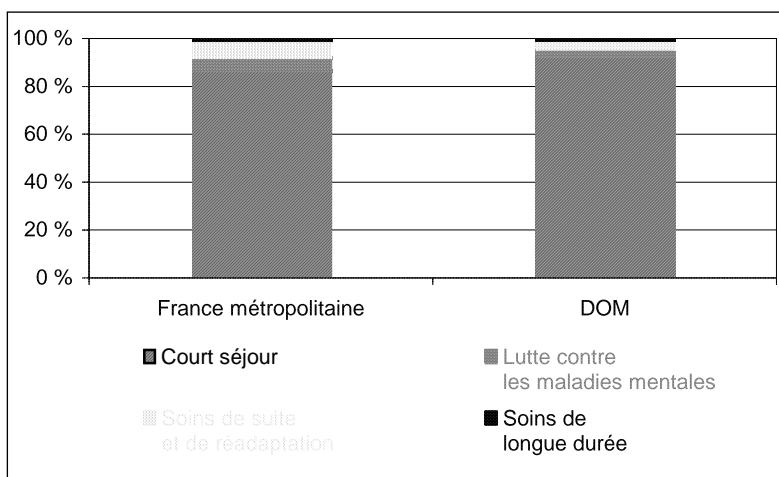
L'essentiel de l'activité en hospitalisation complète des Dom est constitué par le court séjour (93 % des séjours et 66 % des journées, contre respectivement 87 % et 45 % en France métropolitaine), le moyen séjour ne représentant que 4 % des séjours et 13 % des journées réalisés (graphique 1), soit un point de plus que la psychiatrie.

Tandis que le nombre de journées réalisé a diminué dans toutes les disciplines entre 1998 et 2002 en France métropolitaine ce n'est pas le cas dans les Dom. En effet, entre 1998 et 2002, si les journées ont décliné en court séjour et en psychiatrie (de respectivement 1 et 5,7 %), elles ont augmenté en moyen et long séjour de respectivement 13 et 16 %.

Dans ces départements, le poids du secteur public est plus élevé qu'en métropole. Il réalise 72 % des journées d'hospitalisation, contre 59 % en France métropolitaine. Cette sur-représentation existe dans toutes les disciplines, à l'exception des soins de longue durée (graphique 2). Les établissements du secteur privé sous dotation globale et sous Objectif quantifié national représentent, quant à eux, respectivement 2 % et 26 % des journées d'hospitalisation réalisées. En moyen séjour, le secteur sous OQN est majoritaire avec 55 % des journées.

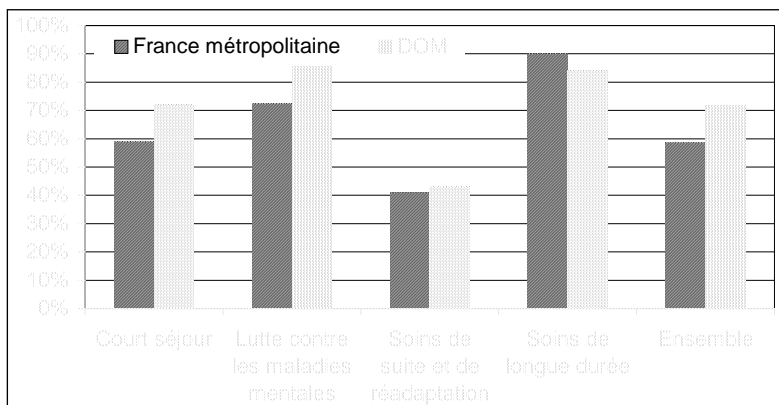
Depuis 1998, l'hospitalisation à temps partiel connaît une croissance plus rapide dans les départements d'outre-mer qu'en France métropolitaine (+16,7 % entre 1998 et 2002 contre +7 % en France métropolitaine).

Graphique 1 – Répartition des séjours dans les grandes disciplines dans les départements d'outre mer et en France métropolitaine



Champ : départements d'outre-mer.
Source : Drees, SAE 2002.

Graphique 2 – Part du secteur public dans les départements d'outre mer et en France métropolitaine



Champ : France entière.
Source : Drees, SAE 2002.

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.

- La structure de l'activité par catégorie de diagnostic évolue très peu depuis 1998, restant majoritairement concentrée sur un nombre limité d'actes et de pathologies

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, 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.

Plus des deux tiers de l'activité sont regroupés depuis 1998 dans les 8 mêmes CMD sur les 27 existantes. Ainsi, 15 % des séjours sont classés dans les affections du tube digestif, 12 % dans les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 9 % dans les affections de l'appareil circulatoire, 9 % dans les accouchements et grossesses pathologiques, 8 % dans les facteurs influant sur l'état de santé³², 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.

La concentration de l'activité est encore plus marquée au niveau détaillé des groupes homogènes de malades (GHM). En effet, 12 GHM sur environ 600³³ recouvrent plus du quart des séjours (tableau 3.11). De la même manière, 52 GHM en recouvrent la moitié des séjours et 104 les deux tiers de l'activité.

Parmi les 12 GHM les plus fréquents, 6 regroupent des séjours dont la durée est inférieure à une journée, soulignant l'importance continuellement croissante du recours à l'hospitalisation partielle. En particulier, les deux GHM les plus importants, qui concentrent à eux seuls presque 10 % de la totalité des hospitalisations MCO, sont des activités médicales réalisées en hospitalisation partielle. Le premier est composé des endoscopies réalisées sous anesthésie. Cet acte exploratoire concerne dans près de 90 % des cas l'appareil digestif. Leur nombre est en augmentation de 7 % en 2002. 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. Le nombre de venues correspondant augmente de 15 % entre 2001 et 2002.

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 à temps complet reste l'accouchement. En 2002, les quelques 752 000 accouchements ont ainsi représenté 7,5 % de l'activité d'hospitalisation complète en court séjour – MCO.

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.

Ainsi en 2002, les interventions sur la cataracte représentent toujours l'acte chirurgical pratiqué le plus fréquemment (460 000 interventions dont 188 000 à temps partiel),

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

33. Hors GHM de séances.

enregistrant une forte augmentation (+4 % par rapport à 2001 et +22 % par rapport à 1998). Les ligatures des veines ont conduit à la réalisation de 315 000 actes environ. Les actes les plus fréquents en chirurgie orthopédique sont les arthroscopies (environ 235 000 actes classés), tandis qu'en ORL, il s'agit des opérations des végétations ou les amygdalectomies (avec moins de 200 000 actes). En 2002, en France métropolitaine, 206 000 séjours³⁴ ont été réalisés pour pratiquer des IVG³⁵ dont 72 000 IVG médicamenteux. Les actes les plus fréquents

Tableau 3.11 – Les 12 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 dotation globale	Privés sous OQN
Endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire	830	936 660	6	6	11	5	84
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire (examens de surveillance ...)	823	625 135	4	10	89	7	4
Accouchements par voie basse sans complication	540	538 174	4	14	60	5	35
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	51	271 690	2	16	20	4	76
Autres facteurs influant sur l'état de santé	675	234 168	2	18	67	8	25
Interventions sur le cristallin, en ambulatoire	762	188 267	1	19	10	4	86
Gastro-entérites et maladies diverses du tubes digestif, âge de 18 à 69 ans, sans CMA	257	186 646	1	20	46	6	48
Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres	295	183 945	1	21	30	6	64
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire, avec acte opératoire	709	176 659	1	22	17	6	77
Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	587	159 931	1	23	65	29	6
Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en ambulatoire	777	155 520	1	24	62	4	34
Affection de la CMD n° 14 : ambulatoire, sans acte opératoire de le CMD n°14	814	154 253	1	25	76	3	21

Source : Drees, PMSI 2002.

34. 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.

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

sont, ensuite, en chirurgie digestive, le traitement des hernies de l'aine (environ 158 000) puis en chirurgie générale, les interventions sur le canal carpien (environ 125 000 actes).

- 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

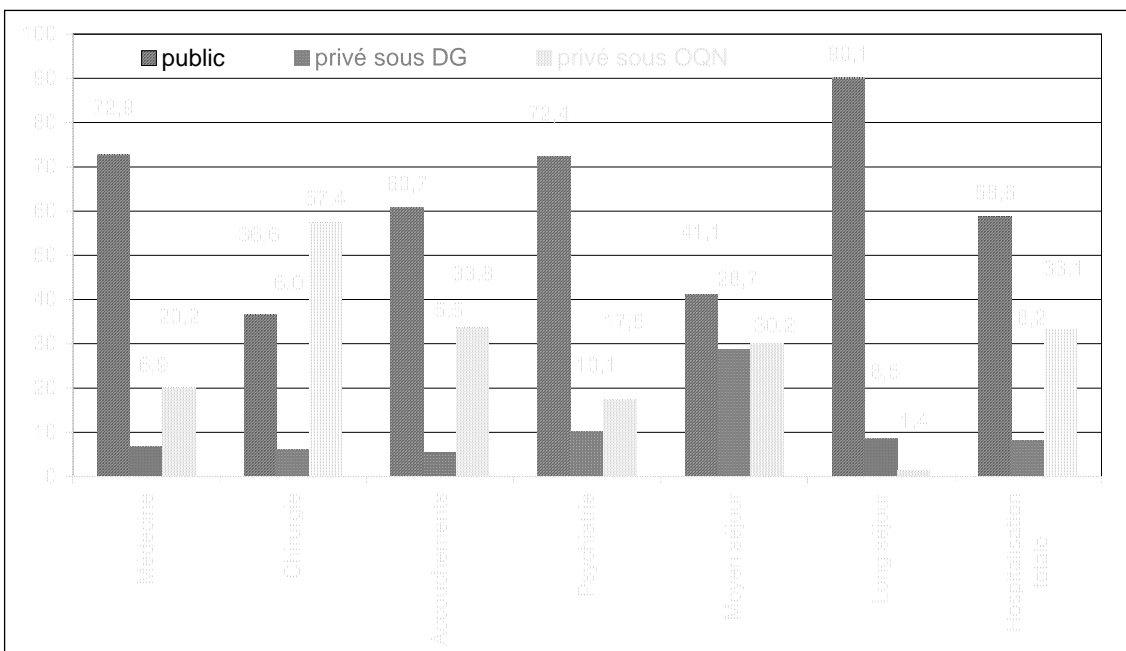
En 2002, les cliniques privées prennent en charge 57,4 % des séjours chirurgicaux en hospitalisation complète, mais seulement 20,2 % des séjours médicaux et 33,8 % des accouchements (graphique 3.10). À l'inverse donc, ce sont les hôpitaux publics qui accueillent la majorité des séjours médicaux (près de 73 %) et des accouchements (60,7 %). La part des établissements privés sous dotation globale est comprise entre 5,5 % et 7 % pour ces disciplines.

La situation apparaît plus équilibrée pour les soins de suite et de réadaptation. Si ce type d'hospitalisation représente 24,6 % de l'activité des établissements privés sous dotation globale, contre 4,9 % pour les hôpitaux publics et 6,4 % pour les établissements sous OQN, chaque secteur prend en charge une part voisine de l'activité totale dans ce domaine ; le secteur public y étant légèrement prédominant avec 41 % des séjours.

En psychiatrie, avec 7 % de son activité en hospitalisation complète, l'hôpital public concentre 72,4 % des séjours de la discipline. Les établissements privés sous DG 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

Graphique 3.10 – Répartition des séjours en hospitalisation complète par secteur d'hospitalisation et discipline

base 100 en 1998



Sources : Drees, PMSI 2002 pour le court séjour, SAE 2002 pour le reste.

0,6 % de ses hospitalisations. Les établissements privés sous dotation globale accueillent quant à eux 8,5 % des séjours de longue durée, le secteur privé sous OQN y étant quasiment absent.

Entre 1998 et 2002, la concentration de l'activité des cliniques privées sur la chirurgie a eu tendance à se renforcer. La part de l'activité de chirurgie réalisée par les établissements privés sous OQN a ainsi augmenté de 56,5 à 57,5 % sur cette période au détriment essentiellement du secteur privé sous dotation globale. Par contre, la part du secteur public augmente en médecine, passant de 71,8 % en 1998 à 72,9 % en 2002. Enfin la part des accouchements diminue dans le secteur privé sous OQN de 36,1 % en 1998 à 33,8 % en 2002, au profit des établissements publics.

En moyen séjour, la part de l'activité réalisée par les établissements privés sous dotation globale est parfaitement stable entre 1998 et 2002. Celle des hôpitaux publics diminue de presque 2 points au profit des établissements privés sous OQN.

En psychiatrie, la part du secteur privé sous dotation globale est, comme pour la plupart des disciplines, stable sur la période 1998-2002 aux alentours de 10 %. Elle diminue en revanche 0,7 point pour les cliniques privées, la part du public passant de 71 % en 1998 à 72,5 % en 2002.

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

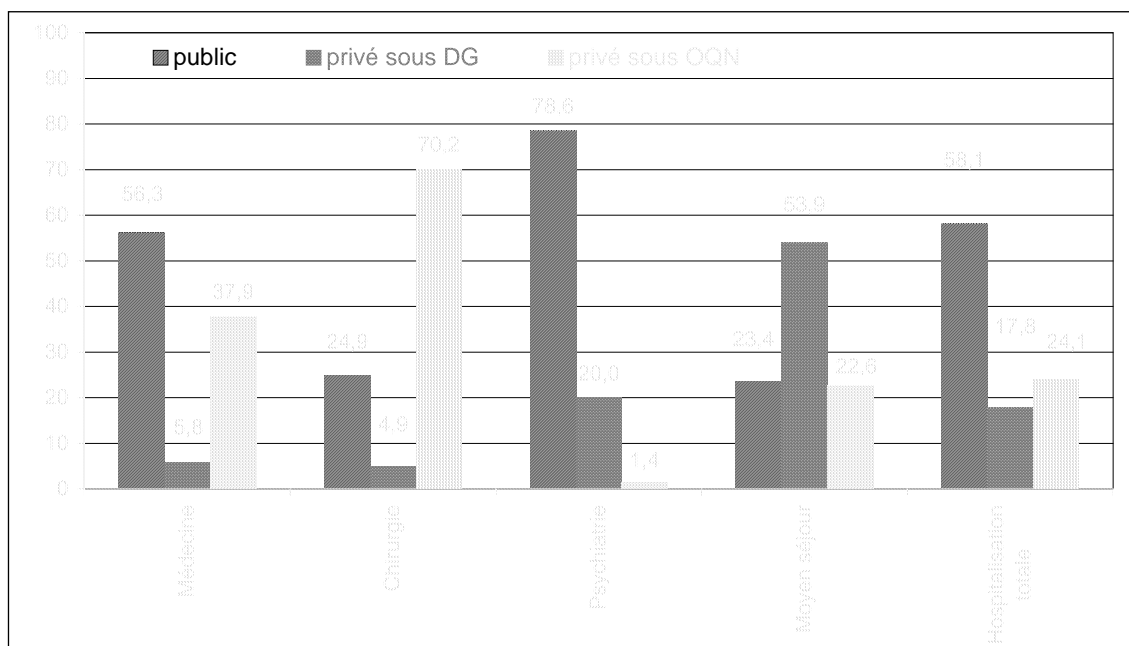
Les évolutions constatées en hospitalisation complète se retrouvent globalement en hospitalisation partielle. Ainsi la part des cliniques privées augmente en chirurgie (+1,6 point) et en moyen séjour (+0,5 point), mais diminue en médecine. Le secteur public voit au contraire sa part augmenter en médecine et diminuer en chirurgie. À l'instar du secteur privé sous OQN, il augmente sa part en moyen séjour (graphique 3.11). Le secteur privé sous dotation globale recule quant à lui sur le champ du moyen séjour (-0,8 point) et de la psychiatrie (-1,3 point), au profit des deux autres secteurs pour le moyen séjour et du seul secteur public pour la psychiatrie.

Des logiques de spécialisation très forte sur certains actes ou 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 et certaines formes de prise en charge (hospitalisations à temps complet, à temps partiel et en chirurgie ambulatoire)...

En premier lieu, le secteur des établissements privés sous OQN se différencie par une concentration plus forte de son activité. Les trois quarts de son activité est classée dans les 8 CMD citées plus haut, et plus de la moitié (54 %) est répartie au sein de quatre d'entre elles : affections du tube digestif, (24 %), affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (15 %), affections ORL (8 %), affections de l'appareil circulatoire (7 %).

Graphique 3.11 – Répartition des séjours en hospitalisation partielle par secteur d'hospitalisation et discipline



Sources : Drees, PMSI 2002 pour le court séjour, SAE 2002 pour le reste.

Ensuite, dans le groupe des huit CMD les plus fréquentes au sein des cliniques privées se trouve deux CMD n'entrant pas dans le classement national tous secteurs confondus : les affections de l'œil (8 % de son activité, les cliniques réalisant près de 80% des interventions sur la cataracte) et celles de l'appareil génital féminin (4 % de son activité). De même, les cliniques ont en grande partie capté le « marché » des endoscopies, réalisant 84 % d'entre elles. En revanche, les facteurs influant sur l'état de santé sont classés à la onzième place et les affections du système nerveux en treizième position de leurs activités les plus fréquentes.

Les établissements publics et privés sous dotation globale réalisent quant à eux respectivement 64 % et 63 % de leur activité dans les 8 principales CMD. L'activité la plus représentée est, dans le secteur public, celle liée aux facteurs influant sur l'état de santé, c'est-à-dire principalement les examens de surveillance (12 %). À eux seuls, les hôpitaux publics concentrent près de 90 % de ces séjours. Le secteur privé sous dotation globale concentre quant à lui les séjours pour traitement des affections du tube digestif (13 % de son activité), prenant ainsi en charge près de 20 % des séjours liés à ces affections. Le secteur public réalise en outre, parmi ces huit grands groupes d'activités principaux, respectivement 6 % de son activité dans le traitement des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles et 4 % dans celui de l'appareil respiratoire. Dans ce secteur les affections de la peau et des tissus sous-cutanés se situent en neuvième position, et les affections ORL en dixième.

III.2.3 Le personnel hospitalier : forte évolution du nombre d'infirmiers en quatre ans, mais croissance plus modérée de celui des médecins

- Légère progression 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 13 % du personnel des établissements de santé publics et 12 % du personnel des établissements privés sous dotation globale, contre 27 % dans les établissements privés sous Objectif quantifié national³⁶ (OQN) [tableau 3.12]. En 2002, les établissements de santé comptent un effectif médical total de 160 300 personnes (encadré 3.7), à temps plein ou à temps partiel³⁷, soit une légère progression par rapport à 2001 (+0,9 %).

Tableau 3.12 – Effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2002

		Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés soumis à l'OQN		Ensemble établissements publics et privés	
		2002	2002/2001	2002	2002/2001	2002	2002/2001	2002	2002/2001
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens	Salariés	81 844	1,2	10 439	3,1	3 937	6,0	96 220	1,6
	Libéraux	2 533	-4,2	1 893	-0,9	41 066	-0,2	45 492	-0,4
	Total (1)	84 377	1,0	12 332	2,5	45 003	0,4	141 712	0,9
Internes, FFI, DIS (2)		17 436	1,2	1 184	-2,6			18 620	0,9
Total		101 813	1,0	13 516	2,0	45 003	0,4	160 332	0,9

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

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

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

Champ : France métropolitaine.

Source : SAE, Drees.

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).

Près des deux tiers (101 800 personnes) sont employés par les hôpitaux publics, 28 % dans les établissements privés sous OQN (45 000) et 9 % dans les établissements privés sous dotation globale (13 500). Par rapport à l'année 2001, ces effectifs augmentent légèrement dans les trois secteurs : de 1,0 % dans le secteur public, 2,0 % dans le secteur privé sous dotation globale et 0,4 % dans le secteur privé sous OQN. La diminution (-2,7 %) enregistrée par ce dernier secteur en 2001 ne se poursuit donc pas en 2002.

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

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

ENCADRÉ 3.7 – EFFECTIFS DES PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX

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 (de fait, 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 des médecins généralistes 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 des établissements de santé comptabilisés à partir de l'enquête annuelle SAE incluent un certain nombre de « doubles comptes » par rapport au répertoire Adeli¹ qui enregistre individuellement les professionnels de santé, l'écart étant variable selon les spécialités médicales².

L'alternative qui consiste à mesurer les effectifs exprimés en « équivalents temps plein » (ETP) n'est applicable qu'aux salariés³. 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 un éclairage intéressant sur les moyens humains mobilisés par l'activité hospitalière, le poids respectif des différentes professions ainsi que les évolutions observées au cours du temps.

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

2. 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 déclarait un autre lieu d'exercice : CHARPAK Y., DUBURCQ A. : « Déterminer le besoin en spécialistes », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 32, 2000.

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

Au cours la période 1998-2002, le nombre de médecins, y compris les internes et faisant fonction d'internes, exerçant dans les établissements de santé s'est globalement accru de 1,8 %. 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 a augmenté pendant ces quatre ans de 1,1 %. Ce sont les effectifs de salariés qui ont progressé (+2,4 %), le nombre d'internes et de libéraux étant en diminution. Sur la même période, les effectifs médicaux ont progressé de 4,5 % dans les établissements privés sous dotation globale. Dans les cliniques sous OQN, la progression est aussi sensible (+2,8 %) mais ce sont les effectifs de salariés qui augmentent, le nombre des libéraux diminuant légèrement.

- 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 en excluant les internes et faisant fonction, 57 % ont été formés dans les disciplines de médecine (médecine générale, anesthésie réanimation, pédiatrie ou autres spécialités médicales) et 23 % dans des disciplines chirurgicales (dont 4,3 % en gynécologie-obstétrique) [tableau 3.13].

Tableau 3.13 – Estimation des effectifs des médecins exerçant en établissements en 2002 selon la spécialité médicale

Nombre de personnes hors internes et faisant fonction	Établissements publics	Établissements privés DG	Établissements privés OQN	Total	Structure en %
Médecine générale	10 587	1 811	2 116	14 514	10,2
Anesthésie réanimation	6 781	815	3 790	11 386	8,0
Pédiatrie	3 589	361	977	4 927	3,5
Spécialités médicales	27 007	4 556	18 783	50 346	35,5
Gynécologie-obstétrique	3 546	384	2 154	6 084	4,3
Spécialités chirurgicales	11 947	1 770	12 238	25 955	18,3
Biologie médicale	5 254	299	1 490	7 043	5,0
Psychiatrie	7 378	1 304	1 236	9 918	7,0
Pharmaciens	2 767	579	1 323	4 669	3,3
Autres	5 521	453	896	6 870	4,8
Total effectifs	84 377	12 332	45 003	141 712	100,0

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI 2001 pour le court séjour (Médecine, Chirurgie, Accouchements) et SAE 2001 pour les autres disciplines, Drees.

La répartition de ces spécialités médicales varie beaucoup selon le secteur d'hospitalisation. Ainsi, près des trois quarts des médecins généralistes et des pédiatres exerçant dans les établissements de santé travaillent dans les hôpitaux publics, alors que seuls respectivement 15 et 20 % d'entre eux exercent dans des cliniques privées.

En ce qui concerne les chirurgiens, la répartition entre hôpitaux publics et cliniques privées est quasi équilibrée (respectivement 46 et 47 % de l'effectif total). La part des établissements sous dotation globale se maintient à 7 %.

Malgré la concentration de l'activité de chirurgie dans les cliniques privées, les anesthésistes réanimateurs se trouvent majoritairement dans les établissements publics (59 %).

Toutes spécialités confondues, 90 % des praticiens (hors internes) exerçant dans les établissements de santé à titre libéral le font dans les cliniques privées sous OQN. Les autres se répartissent à hauteur de 4,2 % dans les établissements privés sous dotation globale et 5,6 % dans les hôpitaux publics. Ces derniers sont essentiellement des médecins généralistes ayant une activité dans les hôpitaux locaux.

- En 2002, une augmentation sensible des personnels non médicaux

En 2002, les personnels non médicaux salariés (encadré 3.7) dans les établissements représentent quant à eux 911 200 personnes en équivalent temps plein (ETP), dont les trois quarts (688 900) relèvent des établissements publics. 98 600 personnels non médicaux travaillent dans les établissements privés sous dotation globale (11 %) et 123 700 dans les cliniques privées sous OQN (14 %) [tableau 3.14].

Tableau 3.14 – 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	
	2002	2002/2001	2002	2002/2001	2002	2002/2001	2002	2002/2001
Personnel administratif	77 496	2,4	14 176	0,0	18 675	2,4	110 347	2,1
Personnels soignants et éducatifs	492 955	3,0	67 423	-0,1	92 306	1,1	652 684	2,4
<i>dont - sages-femmes</i>	7 555	6,2	598	-1,3	2 191	-4,6	10 344	3,3
<i>- personnel d'encadrement du personnel soignant</i>	23 617	-1,9	3 422	-2,5	3 316	3,0	30 355	-1,5
<i>- infirmiers (1)</i>	192 575	2,9	24 233	1,0	37 208	1,2	254 016	2,5
<i>- aides-soignants (2)</i>	167 932	4,0	18 333	1,5	27 332	0,8	213 597	3,4
<i>- ASH et autres personnels des services médicaux</i>	74 924	2,1	12 155	-1,5	19 539	0,4	106 618	1,4
<i>- autres</i>	26 352	3,9	8 682	0,7	2 720	11,4	37 754	3,6
Personnels médico-techniques	33 868	1,9	4 377	-2,1	2 464	11,4	40 709	2,0
Personnels techniques	84 606	0,8	12 612	-2,1	10 263	1,4	107 481	0,5
Total	688 925	2,6	98 588	-0,1	123 708	1,5	911 221	2,2

1. Y compris infirmiers spécialisés et de secteur de psychiatrie.

2. Non compris les élèves.

Champ : France métropolitaine.

Source : SAE, Drees.

Par rapport à 2001, ces effectifs calculés en ETP³⁸ sont en nette augmentation (+2,2 % au total). L'augmentation est surtout sensible dans les hôpitaux publics : +2,6 % de 2001 à 2002 après une hausse +6,7 % de 1998 à 2002. En 2002, la hausse est donc plus forte que les années précédentes mais dès 1999, ces établissements avaient accéléré les recrutements et anticipé l'entrée en vigueur des 35 heures au 1^{er} janvier 2002.

38. 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, seuls les personnels salariés sont comptabilisés.

La hausse des effectifs est plus modérée dans les cliniques privées (+1,5 %) et dans les établissements sous dotation globale, les effectifs sont quasi stables par rapport à 2001. La mise en œuvre plus précoce de la réduction du temps de travail dans le secteur privé peut expliquer ces évolutions différenciées.

- Forte croissance des effectifs infirmiers dès 1999 dans tous les secteurs

Parmi les personnels non médicaux des services de soins, les effectifs infirmiers sont ceux qui ont le plus sensiblement augmenté entre 1998 et 2002 : leur croissance, qui a atteint 10,7 % sur la période, a été plus rapide que celle des autres catégories de personnel [tableau 3.15], et ce dans tous les secteurs d'hospitalisation, à l'exception des établissements privés sous dotation globale où le nombre d'aides-soignants a progressé davantage que celui des infirmiers (respectivement 11,6 et 10,0 %).

Tableau 3.15 – Évolution des effectifs non médicaux en équivalent temps plein (ETP) des services de soins entre 1998 et 2002

	Établissements			Total
	publics	privés DG	privés OQN	
Infirmiers	10,8	10,0	10,4	10,7
Aides-soignants	8,1	11,6	4,8	8,0
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services de soins	2,5	7,0	4,3	3,4

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE, Drees.

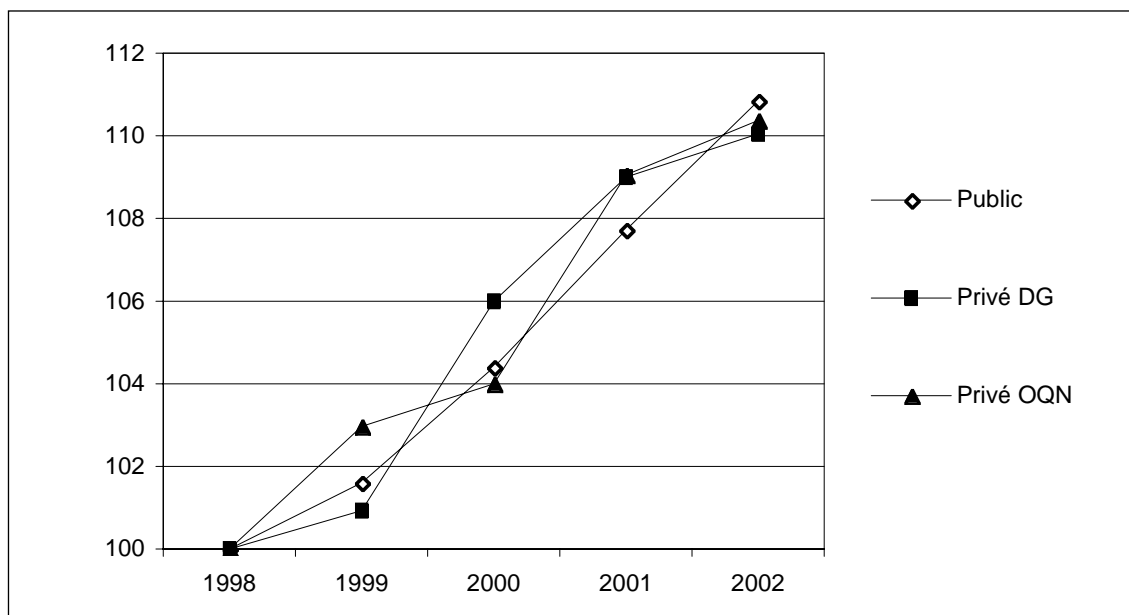
Cette augmentation des effectifs infirmiers s'étage de 10 % dans les établissements sous dotation globale à 10,8 % dans les hôpitaux publics. Elle correspond à la création de 24 500 emplois (en ETP) dont 18 800 dans les hôpitaux publics, 2 200 dans les établissements privés sous dotation globale et 3 500 dans les cliniques privées (graphique 3.12).

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 création 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'agents de service hospitalier (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 montre que ces établissements ont cherché à renforcer leurs effectifs, avant même la mise en œuvre des 35 heures au 1^{er} janvier 2002 (graphique 3.12).

- 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, la part des effectifs travaillant à temps partiel est passée de 17 % en 1995 à 21 % en 2002. et

Graphique 3.12 – Évolution annuelle des effectifs infirmiers (en ETP) entre 1998 et 2002 selon le secteur d'hospitalisation



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE, Drees.

concerne désormais 19 % des effectifs dans le public, 30 % dans le secteur privé sous dotation globale et 26 % dans le secteur privé sous OQN. Cette moyenne recouvre toutefois des différences relativement importantes selon les métiers (tableau 3.16). De fait, la pratique du temps partiel est d'autant plus répandue que la qualification des personnels est élevée. Ainsi, 34 % des sages-femmes exercent à temps partiel, alors que 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 et les aides-soignants, sans toutefois atteindre l'ampleur observée pour les infirmières et les sages-femmes.

Tableau 3.16 – Évolution du travail à temps partiel chez les personnels non médicaux des services de soins entre 1998 et 2002

	1995	2002
Infirmiers	20	25
Aides soignants	14	20
Agents de service hospitaliers	12	18
Sages-femmes	27	34
Total	17	21

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE, Drees.

En 2002, dans les hôpitaux publics, les effectifs travaillant à temps partiel diminuent de 3,2 % par rapport à 2001 alors que les temps plein augmentent de 3,6 %. Cette évolution, qui constitue un retournement de tendance par rapport aux années précédentes, résulte probablement en partie de la mise en œuvre des 35 heures. Dans les établissements sous dotation globale, les effectifs à temps partiel se maintiennent globalement mais ils diminuent pour les aides-soignants et les ASH. Seul, le secteur sous OQN maintient une hausse sensible (5,6 %) de ses effectifs à temps partiel alors que les effectifs à temps plein sont pratiquement constants.

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 71,5 % 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 (72,5 % dans le public, 59 % dans le privé sous dotation globale et 56 % dans le privé sous OQN). Ces pourcentages n'ont pratiquement pas varié par rapport à 2001.

III.2.4 Les alternatives à l'hospitalisation constituent désormais une activité essentielle des établissements de santé.

- Bien qu'en augmentation constante, les hospitalisations partielles restent encore largement concentrées sur un nombre limité d'actes, d'examen ou de 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, l'hospitalisation à temps partiel qui concerne essentiellement des prises en charge médicales d'autre part (encadré 3.4). 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 PMSI³⁹. Ainsi, en 2002, les hospitalisations de moins de 24 heures se décomposent en 29 % de séjours chirurgicaux et 71 % 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 quatre dernières années (augmentation des séjours de 23 % avec 910 000 séjours supplémentaires), alors que le nombre de séjours en hospitalisation à temps complet diminuait de 3,5 % malgré l'augmentation du nombre d'accouchements. Ainsi, avec plus de 4,8 millions de prises en charge, l'hospitalisation à temps partiel représente en 2002 32,5 % des séjours en MCO contre 27,5 % en 1998. Il reste néanmoins encore difficile d'identifier dans quelle mesure cette divergence d'évolution résulte d'un phénomène de substitution de l'activité à temps complet vers le temps partiel⁴⁰, ou si elle est la conséquence de phénomènes pour partie indépendants.

Quelques éléments d'analyses suggèrent une substitution encore limitée, notamment en chirurgie, malgré le fort développement des interventions sur la cataracte et dans une moindre mesure des arthroscopies.

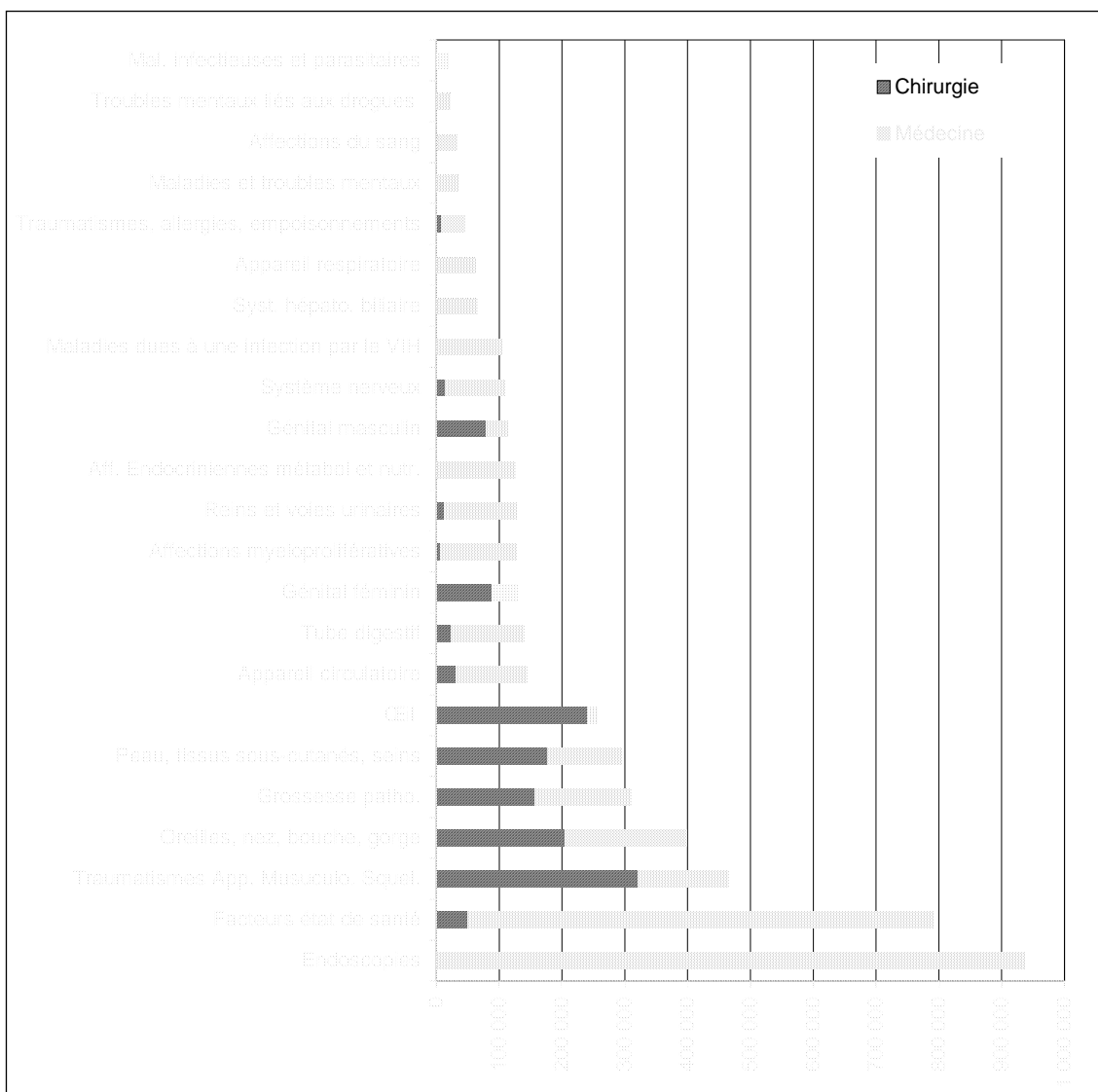
42. Un séjour est dit « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie.

43. 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.

Bien que recouvrant une grande diversité de motifs de prises en charge, une part importante de l'hospitalisation à temps partiel apparaît ainsi davantage que celle à temps complet, concentrée sur certains actes ou pathologies. En effet, comme en 2001, les endoscopies et 8 CMD regroupent plus des trois quarts (77,3 %) des motifs d'hospitalisation partielle en MCO⁴¹ en 2002.

Plus de 19 % de ces séjours correspondent à des endoscopies réalisées sous anesthésie, lesquelles ont augmenté de 7 % en 2001 comme en 2002, 16 % sont classés dans les facteurs influant sur l'état de santé, 10 % dans les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 8 % dans les affections ORL, 6 % recouvrent des grossesses pathologiques, accouchements affections du post partum, 5 % des affections de l'œil, et enfin, 3 % des affections de l'appareil circulatoire et du tube digestif (graphique 3.13).

Graphique 3.13 – Répartition des séjours de moins de 24 heures par catégories majeures de diagnostic en 2002



Source : Drees, PMSI 2002.

41. 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 3.17). 6 d'entre eux sont en forte augmentation et contribuent donc de façon importante à l'accroissement global de l'hospitalisation à temps partiel (+5 % entre 2001 et 2002 et +7 % entre 2000 et 2001). Les plus fortes évolutions sont d'abord celle des facteurs influant l'état de santé, qui recouvrent divers soins médicaux et examens (+17 % entre 2001 et 2002), suivis par les traitements de la cataracte qui augmentent de 16 %, après 17 % entre 2000 et 2001.

Tableau 3.17 – GHM les plus fréquents en hospitalisation partielle

GHM	Libellé	Nombre de séjours	Fréquence	Fréquence cumulée
830	endoscopies sous anesthésie	936 660	19	19,0
823	facteurs influants sur l'état de santé	625 135	13	32,0
762	cataracte	188 267	4	36,0
709	affections de la peau avec acte opératoire	176 659	4	40,0
777	ivg	155 520	3	43,0
814	grossesse pathologique	154 253	3	46,0
885	affections de la bouche et des dents	121 776	3	49,0
763	amygdalectomie	119 834	2	51,0

Source : Drees, PMSI 2002.

Le nombre de séjours en hospitalisation partielle pour grossesses pathologiques croit de 13 % et ceux pour affections de la bouche et des dents de 9 %.

- Un potentiel encore partiellement inexploité

La 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 plus de 188 000 séjours, le nombre de ces interventions a plus que doublé depuis 1998 (90 000 séjours environ). On recense par ailleurs 140 000 interruptions volontaires de grossesses⁴², 120 000 amygdalectomies et adénoïdectomies⁴³, 96 000 séjours pour libération du canal carpien (soit plus de 1,5 fois plus qu'en 1998), 70 000 circoncisions et 49 000 arthroscopies.

Dans une étude réalisée par le Credes⁴⁴, 17 gestes marqueurs⁴⁵ préconisés par l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) étaient retenus pour suivre l'évolution de la chirurgie ambulatoire. L'évolution de neuf⁴⁶ d'entre eux a été étudiée entre 1998 et 2002. En 2002, ces neuf gestes représentaient environ 1,5 million de séjours, tous modes d'hospitalisation confondus, soit 9,5 % de l'ensemble des séjours en MCO et plus du

42. Les données sur les IVG proviennent de la SAE 2002.

43. Ablation chirurgicale des végétations.

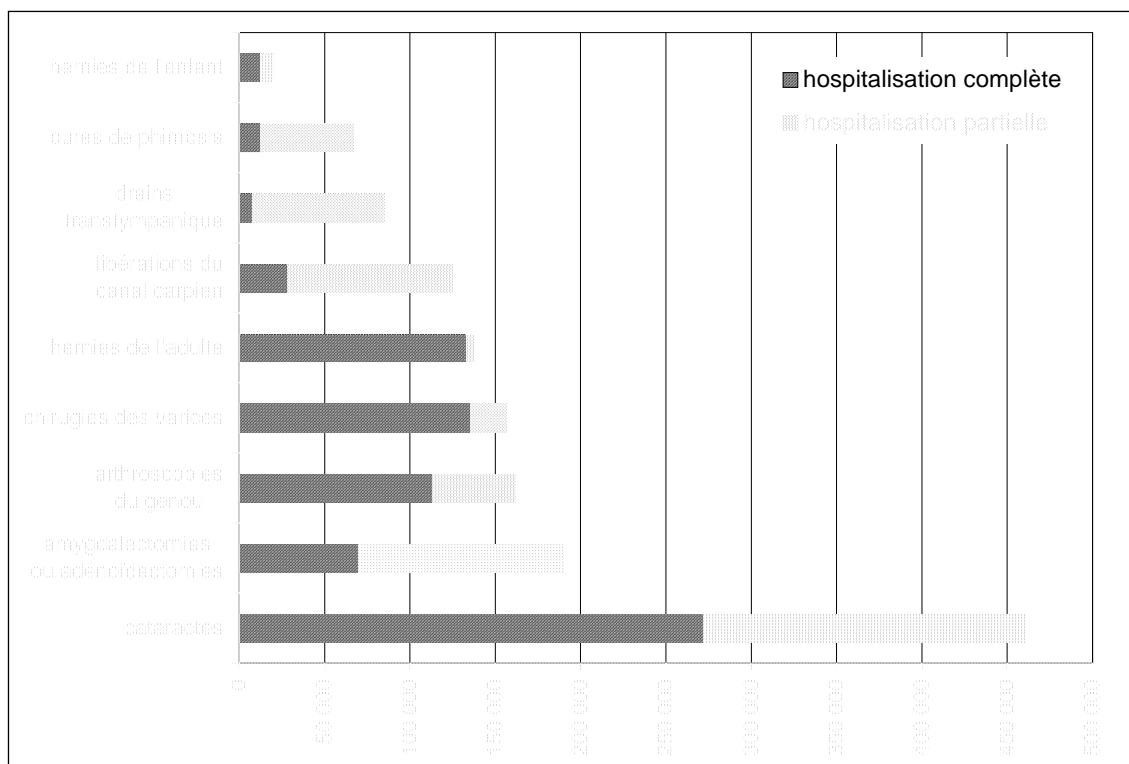
44. SOURTY LE GUELLEC M.J. « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », Bulletin d'information en économie de la santé, n°50, avril 2002, Credes.

45. 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.

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

quart (28 %) des séjours chirurgicaux. La part de l'ambulatoire varie sensiblement d'un geste à l'autre. Ainsi, la pose d'un drain trans-tympanique⁴⁷ se fait quasi exclusivement en ambulatoire (dans 91 % des cas, graphique 3.14). De même, 82 % des cures de phimosis⁴⁸, 77 % des séjours pour libération du canal carpien⁴⁹, et 63 % des amygdalectomies ont lieu en hospitalisation partielle. À l'opposé, les cures de hernies chez l'adulte (3 %) et les traitements chirurgicaux des varices (14 %) se font rarement en ambulatoire.

Graphique 3.14 – Nombre de séjours et part de la chirurgie ambulatoire pour neuf gestes marqueurs en 2002



Source : Drees, PMSI 2002.

La substitution entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle est particulièrement marquée pour le traitement de la cataracte. La part de l'ambulatoire a ainsi augmenté de 17 points sur l'ensemble de la période, passant de 24 % en 1998 à 41 % en 2002. Elle augmente davantage dans le secteur privé sous DG (+21 points) que sous OQN (+17 points), et dans le public (+14 points).

La part de l'ambulatoire augmente également de 9,3 points pour les cures de phimosis (72,3 % en 1998 contre 81,6 % en 2001) et de 9 points pour la libération de canal carpien (68,5 % en 1998, contre 77,5 % en 2001), de 8,4 points pour les cures de hernies chez l'enfant et de 6,6 points pour les arthroscopies du genou. Pour trois de ces quatre gestes (cure de phimosis, arthroscopies, et hernies de l'enfant), c'est aussi dans les cliniques privées sous

47. 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.

48. Rétrécissement du prépuce.

49. 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.

DG que la part de l'ambulatoire se développe le plus (respectivement +12,5, +11,2 et +16,7 points). Pour la libération du canal carpien la part de l'ambulatoire dans le secteur sous OQN augmente de 9,4 points contre 7 points dans le public et 5,5 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 quasiment constant de prise en charge en chirurgie ambulatoire sur la période, et ce quel que soit le type d'établissement.

Une étude de l'Assurance maladie⁵⁰ publiée en 2003 souligne l'intérêt du développement de la chirurgie ambulatoire sur le plan de l'amélioration de l'organisation des soins et de l'efficacité économique. Or, on constate encore que parmi les actes chirurgicaux les plus fréquemment réalisés en chirurgie ambulatoire, beaucoup (en particulier en ORL et notamment chez l'enfant) ne relèvent pas véritablement de ce que l'on appelle la chirurgie substitutive car ils ne nécessitent de fait que rarement une hospitalisation à temps complet. De ce point de vue, la réglementation sur l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire a surtout permis de fournir un cadre garantissant des conditions d'hygiène, et de sécurité adéquates.

Le développement d'une substitution entre temps complet et temps partiel est beaucoup plus important pour quatre types d'interventions aisément praticables en ambulatoire⁵¹ : la chirurgie de la cataracte, la chirurgie de la hernie inguinale, l'arthroscopie du genou et la chirurgie des varices. Or, il apparaît que seules la chirurgie de la cataracte en ambulatoire, et dans une moindre mesure, les arthroscopies, connaissent une forte évolution. Le traitement 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 étrangers⁵². 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 7 % en 2002.

... et la fréquence de prise en charge est hétérogène selon les établissements

Pour l'ensemble des neuf gestes chirurgicaux examinés ici, le secteur privé sous OQN prend en charge plus de 81 % de l'hospitalisation partielle contre 15 % pour le secteur public et 4 % pour le secteur sous dotation globale. Les hernies de l'enfant et de l'adulte qui, dans respectivement 52 % et 31 % des cas, sont prises en charge par le secteur public tandis que la chirurgie des varices et les interventions sur la cataracte sont, à l'inverse, réalisées dans respectivement 89 et 86 % des cas par les cliniques.

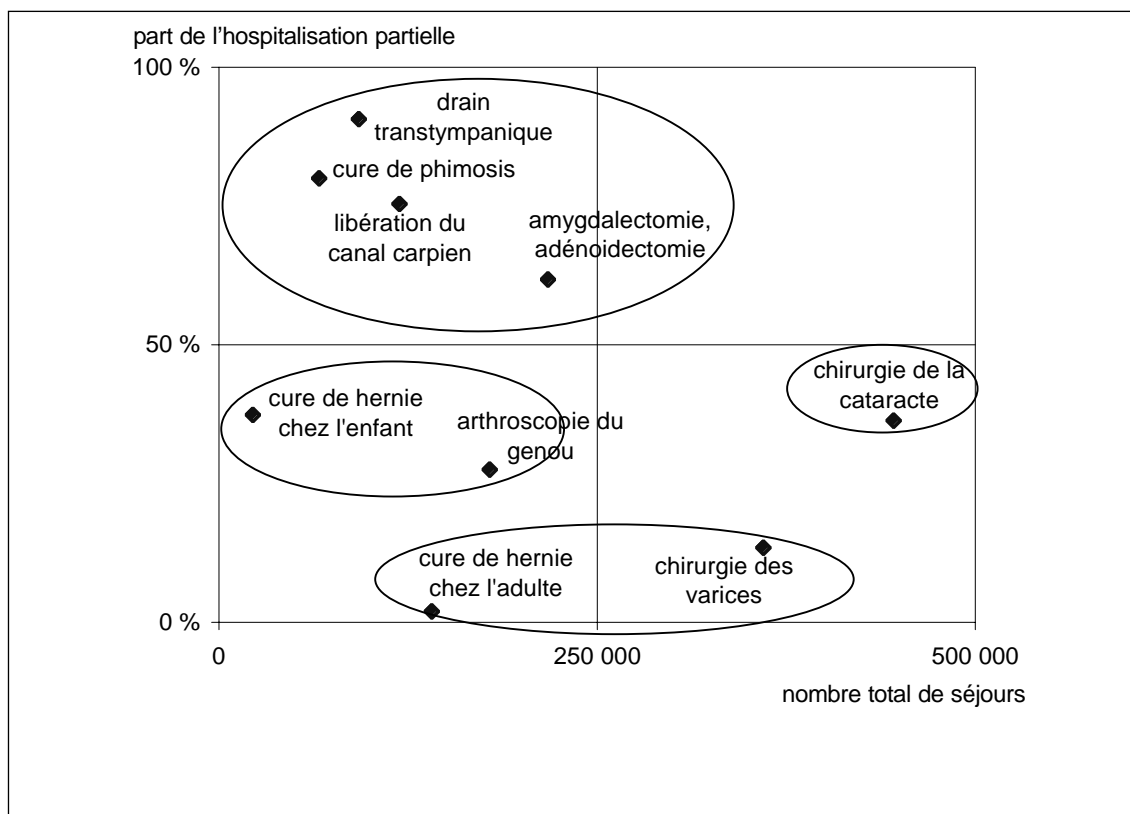
50. « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire » PNIR enquête chirurgie ambulatoire - septembre 2003

51. D' CORVEZ Alain : « Description d'une étude sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en Languedoc-Roussillon » in « Quels moyens mettre en oeuvre 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.

Les quatre gestes pour lesquels les taux de chirurgie ambulatoire sont les plus élevés (graphique 3.15) se répartissent de façon homogène entre les établissements : moins de 5 % ne les réalisent jamais en hospitalisation partielle, tandis que plus de la moitié le font de façon plus fréquente (93 % pour la pose de drains transtympaniques, 83 % pour les cures de phimosis, 77 % pour les libérations du canal carpien, et 61 % pour les amygdalectomies).

Graphique 3.15 – Part de l'hospitalisation partielle pour neuf gestes marqueurs en 2002



Source : Drees, PMSI 2002.

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 43 % des établissements ne traitent jamais les hernies de l'enfant en ambulatoire, un quart d'entre eux le fait dans plus de 50 % des cas, et 10 % dans plus de 75 % des cas. Près de la moitié des établissements privés sous DG (51 %) et 45 % des établissements privés sous OQN ne réalisent jamais ce geste en ambulatoire contre 40 % seulement des établissements publics.

L'arthroscopie est enfin pratiquée exclusivement en hospitalisation complète dans moins d'un quart des établissements (21 %). À l'opposé, 10 % des établissements la réalisent dans plus de 70 % des cas en hospitalisation partielle. Les établissements qui ne pratiquent l'arthroscopie qu'en hospitalisation complète sont plus fréquemment des établissements publics⁵³. Enfin, environ 9 % des établissements n'ont pas recours à l'ambulatoire dans le traitement de la cataracte en 2002, alors qu'au contraire, un quart le pratiquent en chirurgie ambulatoire dans plus de 56 % des cas et 10 % dans plus de 81 % des cas.

53. 27 % des établissements publics qui ont pris en charge des arthroscopies, ne l'ont fait qu'en hospitalisation complète.

Malgré tout, pour ces trois gestes, les pratiques s'homogénéisent progressivement avec le développement des prises en charge en ambulatoire. Globalement en 2002, 43 % des établissements ne pratiquaient aucune chirurgie ambulatoire pour les cures de hernies chez l'enfant, contre 55 % en 1998 ; 21 % pour les arthroscopies contre 33 % en 1998, et 9 % pour la cataracte contre un quart en 1998.

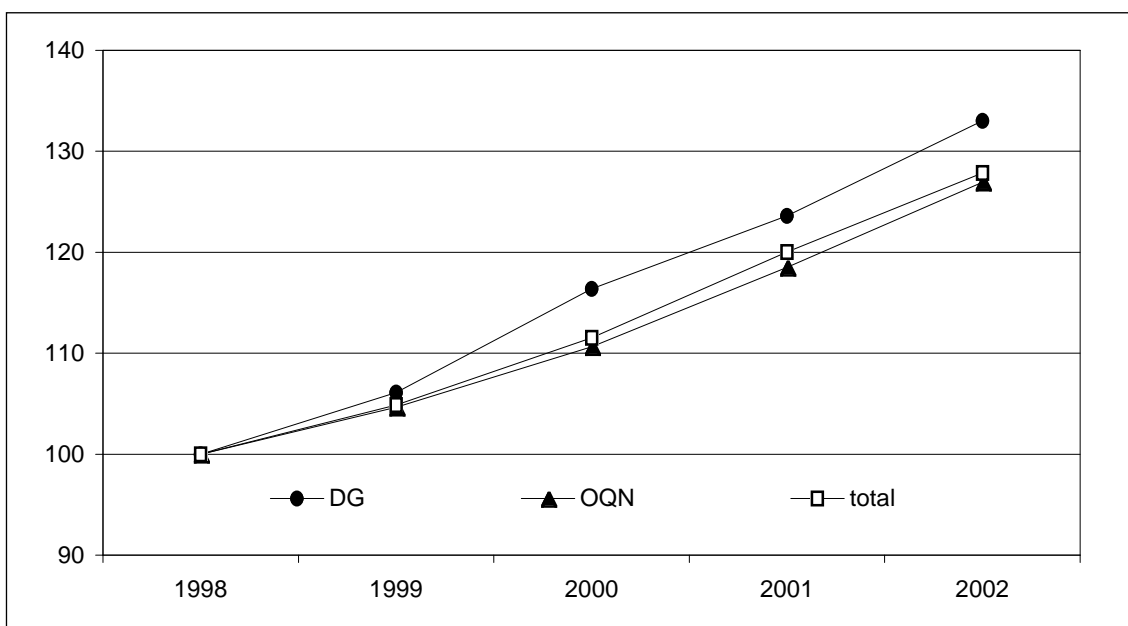
Enfin, moins de la moitié des établissements (40 %) propose une prise en charge ambulatoire pour la chirurgie des varices et un tiers pour la cure de hernie chez l'adulte.

- En médecine à temps partiel, une très forte spécialisation de l'activité entre public et privé

Les endoscopies, en forte croissance, sont une spécialité des cliniques privées

L'endoscopie demeure le motif le plus fréquent d'hospitalisation partielle. Avec près de 936 000 venues en 2002, elle constitue plus du quart (27,3 %) de l'activité médicale à temps partiel. Entre 1998 et 2002, cette activité a progressé de 27 %, soit une augmentation annuelle moyenne de près de 7 % (graphique 3.16). Le secteur privé sous OQN prend en charge l'essentiel de cette activité avec 788 000 séjours en 2002 contre 148 000 pour l'ensemble des établissements sous dotation globale. Sur la période, les parts des différents secteurs sont restées quasiment stables (85 % pour le secteur privé sous OQN, 11 % pour le secteur public et 4 % pour le secteur privé sous DG). Au sein du secteur privé lucratif, la pratique de l'endoscopie est concentrée sur un petit nombre d'établissements. Ainsi, la moitié des établissements qui en effectuent totalisent 80 % de cette activité.

Graphique 3.16 – Évolution du nombre d'endoscopies par secteur (base 100 en 1998)



Source : Drees, PMSI 2002.

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

En 2002, près de 783 000 venues relèvent de ce type d'activité⁵⁴, qui recouvre 23 % de l'activité médicale en hospitalisation partielle, et est en augmentation de +28 % par rapport à 2001. Le secteur public en prend en charge 89 %, contre 5 % pour le secteur privé sous dotation globale et 6 % pour le secteur privé sous OQN. Entre 1998 et 2002, la part du secteur public a augmenté de 10 points.

36 % de ces séjours sont motivés par divers soins médicaux (chimiothérapies d'entretien, transfusions sanguines, soins préparatoires, désensibilisation aux allergènes, soins palliatifs...), 20 % sont liés à des examens de contrôle à la suite d'un traitement (tumeur maligne exclue), 9 % sont des examens de routine, 9 % des soins impliquant une rééducation, 5 % des examens à des fins médico-légales et 3 % des recours aux soins pour conseil et surveillance (par exemple des conseils diététiques). Parmi la totalité de ces séjours, 13 % concernent des patients atteints du VIH et 5 % des patients diabétiques.

- La place particulière des chimiothérapies

658 établissements de France métropolitaine ont déclaré une activité de chimiothérapie dans l'enquête SAE de 2002 : 345 établissements publics, les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 58 établissements privés sous dotation globale et 235 établissements privés sous OQN.

Ceci correspond à une activité totale de 2,7 millions de chimiothérapies, dont les deux tiers ont été réalisées dans le secteur sous dotation globale (44 % dans des établissements publics, 17 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), 4 % dans d'autres établissements privés sous dotation globale) et un tiers dans les établissements privés sous OQN. Globalement, la moitié des chimiothérapies délivrées concerne des patients hospitalisés (graphique 3.17).

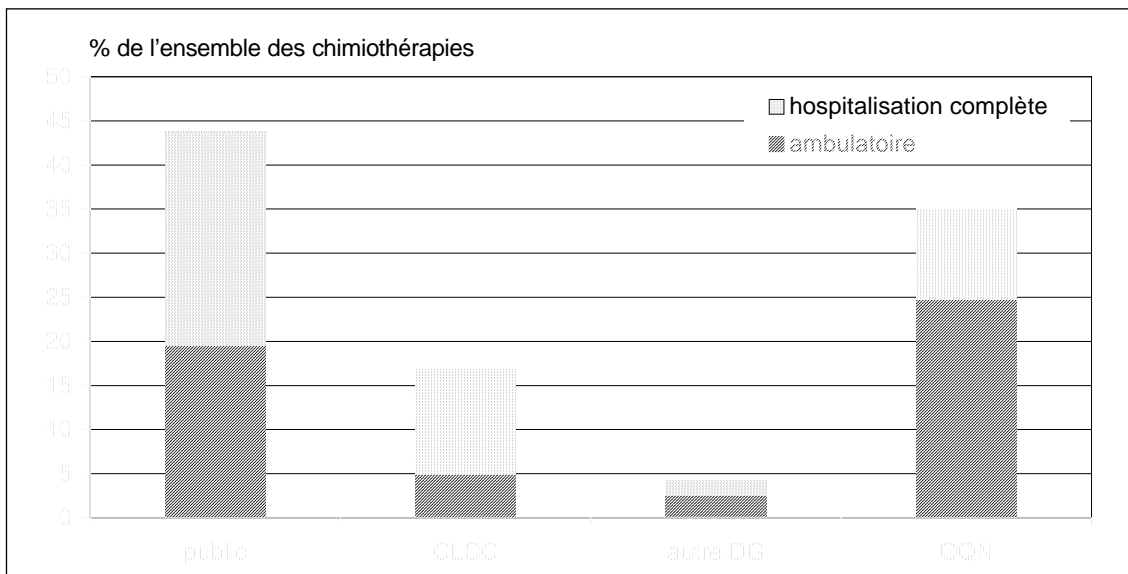
La part de l'ambulatoire est très différente selon les types d'établissements : 40 % dans le secteur sous dotation globale (45 % dans le public, et à 29 % dans les CLCC), et 71 % dans le secteur privé sous OQN.

Les établissements privés sous OQN effectuent ainsi la moitié de l'ensemble des séances de chimiothérapies réalisées en ambulatoire. La situation est inversée concernant les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète, où la part du secteur sous OQN n'est plus que de 21 %, le secteur public en réalisant 50 %, les CLCC 24 % et les autres établissements sous dotation globale 5 % (graphique 3.18)⁵⁵.

54. GHM 823, 837, 838, 839.

55. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, la Cour des comptes expliquait que la mauvaise prise en compte de la chimiothérapie par le PMSI dans les établissements hospitaliers sous dotation globale les incite à privilégier les traitements en hospitalisation complète, alors qu'à l'inverse, le système de tarification appliqué aux établissements privés à but lucratif les incite à préférer les traitements ambulatoires.

Graphique 3.17 – Répartition des séances de chimiothérapies selon le secteur en 2002



Source : Drees, SAE 2002.

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 particulières⁵⁶, de manière à protéger le personnel qui manipule ces produits et le patient. En conséquence, la part des établissements ayant déclaré, de manière générale, des reconstitutions à la pharmacie représente un indicateur intéressant à examiner.

Moins de la moitié des établissements (44 %) font des préparations à la pharmacie. Cette proportion varie fortement selon les catégories d'hôpitaux : 30 % 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 des CLCC.

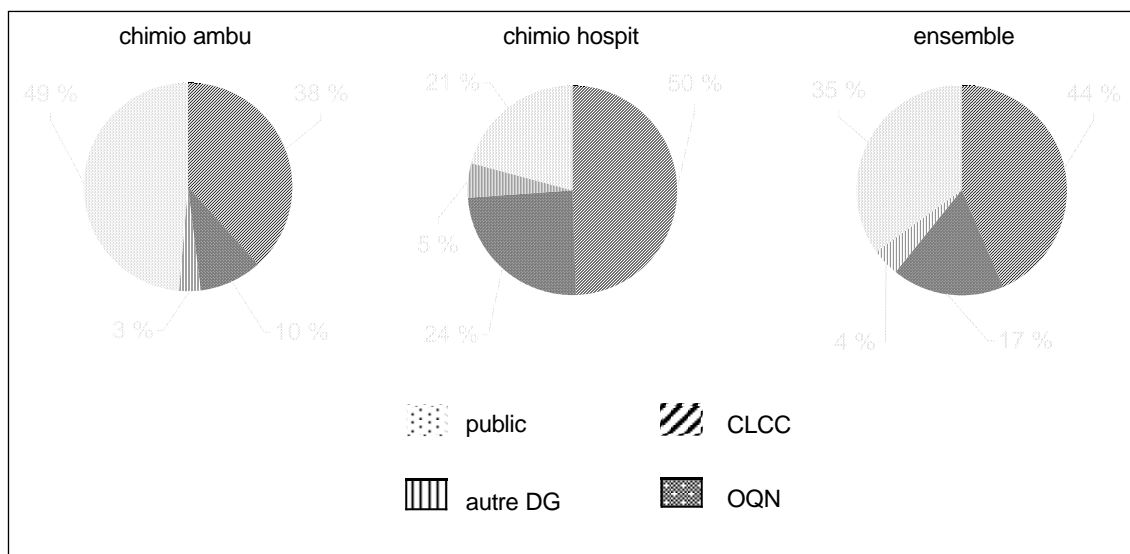
Parmi l'ensemble des chimiothérapies, la part de celles préparées sous le contrôle du pharmacien est de 61 % : 37 % dans les cliniques privées sous OQN, les trois quarts dans les établissements sous dotation globale. Au sein de ces derniers, elle atteint 69 % dans les hôpitaux publics et 95 % dans les CLCC, mais seulement 42 % dans les autres établissements privés sous dotation globale.

- 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.

56. Sous une hotte à flux laminaire.

Graphique 3.18 – Répartition des séances de chimiothérapies en hospitalisation partielle ou complète



Source : Drees, SAE 2002.

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 recueil des données est encore inégale.

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 2002⁵⁷.

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 2002, 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 3 % par rapport à l'année 2001. 85 % d'entre elles sont réalisées dans le cadre de la psychiatrie sectorisée. Cette tendance est confirmée par les rapports de secteur qui font apparaître un recul continu du nombre de venues en hospitalisation de nuit depuis 1991, ainsi qu'une diminution du nombre de venues en hospitalisation de jour depuis 1997.

57. 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.

ENCADRÉ 3.8 – 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 des alternatives à l'hospitalisation, à temps partiel ou en HAD. Toutefois, dans la sectorisation propose 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. Il distingue les prises en charge avec ou sans hébergement (tableau).

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 (CATTTP)	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)

D'après les derniers rapports de secteurs disponibles, relatifs à l'an 2000⁵⁸ l'ensemble des secteurs de psychiatrie (générale et infanto-juvénile) ont suivi 167 000 patients à temps partiel (6 450 personnes ont également été suivies à temps partiel dans le cadre de dispositifs intersectoriels formalisés), 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).

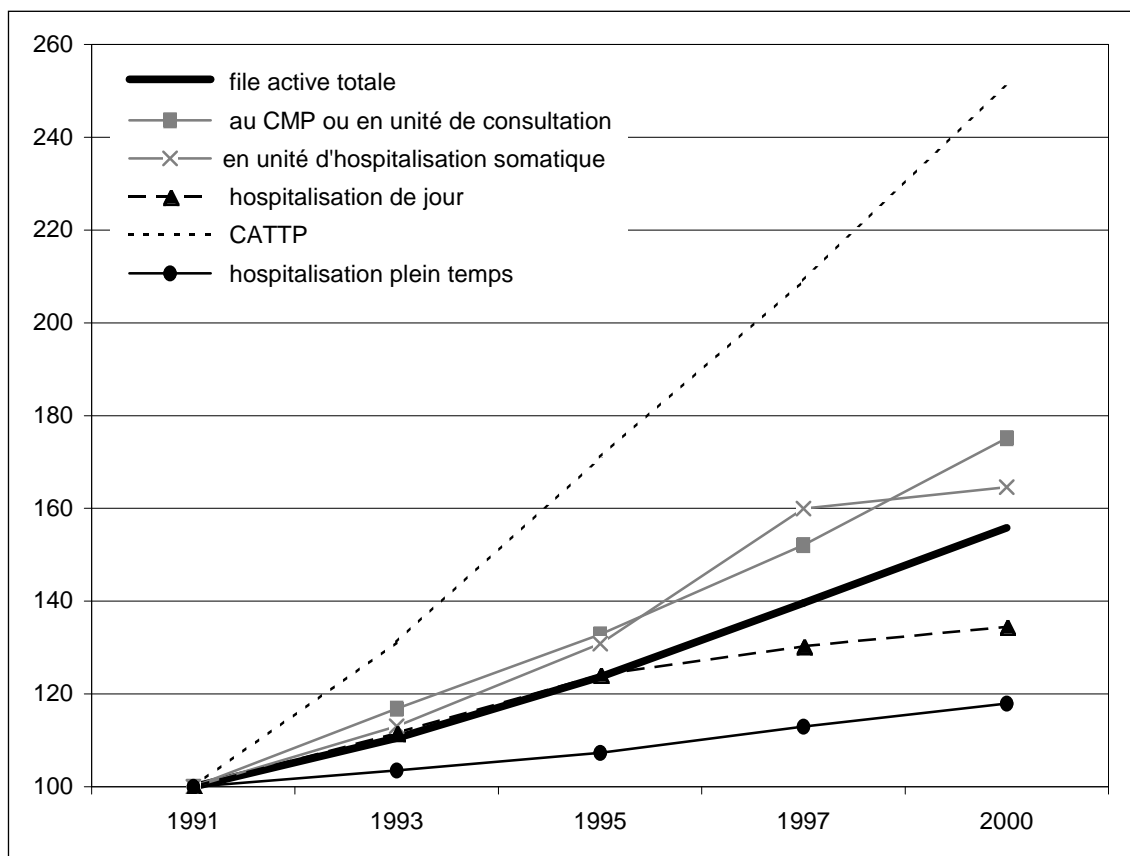
En plus de l'hospitalisation de jour et de nuit, les deux autres principales formes de prise en charge à temps partiel spécifiques aux secteurs sont les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTTP) et les ateliers thérapeutiques.

⁵⁸. Les rapports sur l'année 2003 sont en cours de collecte.

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, utilisant des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue du ré-entraînement 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 CATTP qui ont multiplié par 2,5 le nombre de patients suivis pendant cette période (graphique 3.19). 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 3.19 – Évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge en psychiatrie sectorisée (en nombre de patients)



Champ : France entière.
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 (+65 %) entre 1991 et 2000, malgré un certain ralentissement depuis 1997⁵⁹ (tableau 3.18). 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.

Tableau 3.18 – Psychiatrie générale et infanto-juvénile

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

Lecture : 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.

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.

59. 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. Près de 30 000 patients ont été vus dans le cadre de dispositifs intersectoriels relatifs à la psychiatrie de liaison ainsi que de 132 000 passages aux urgences qui ont fait l'objet d'interventions de la part d'équipes de dispositifs intersectoriels formalisés en 2000.

III.2.5 Les traitements et cures ambulatoires : des soins qui peuvent être dispensés à l'hôpital ou en ville, mais qui requièrent des équipements techniques

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. Historiquement, ces formes de prise en charge se sont développées indifféremment à l'hôpital, en ville, au sein de cabinets spécialisés ou à domicile, ou encore dans des structures de soins spécifiques qui ne disposent pas de capacité d'hébergement telles que les centres d'autodialyse.

- La radiothérapie une activité en pleine mutation technique

Deux grands types de techniques

La radiothérapie est utilisée dans au moins 60 % des cas de cancer. Ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses⁶⁰.

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 actuelle⁶¹ : 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 ».

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

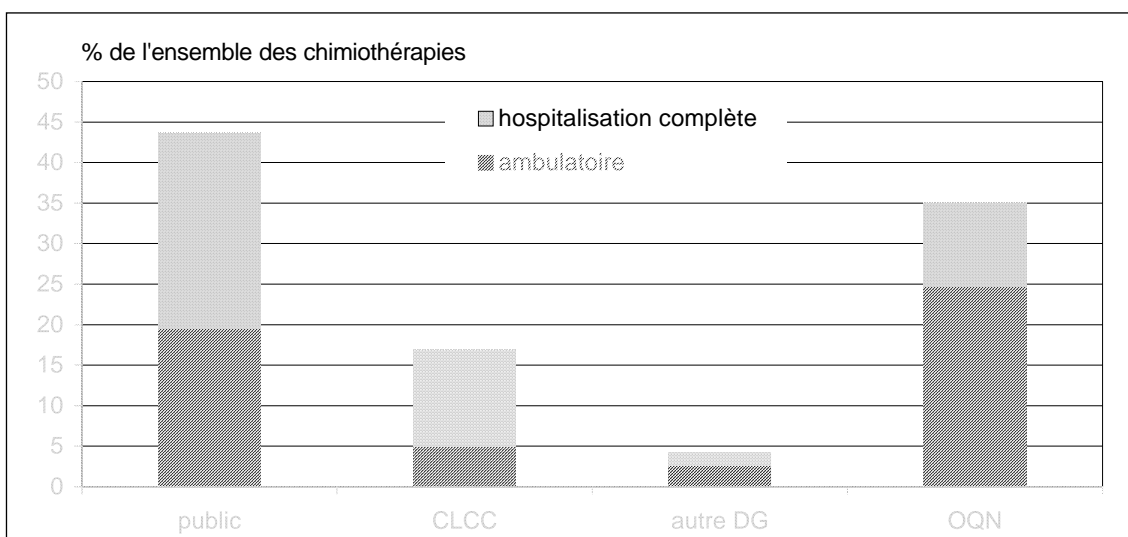
61. Les cyclotrons sont utilisés de façon plus marginale pour certains types de tumeurs. Il existe trois sites (Orsay, Orléans et Nice).

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 augmenter 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 2002, on recense dans la SAE 159 centres⁶² en France métropolitaine, leur équipement étant composé de 281 accélérateurs et 58 télécobalts en activité⁶³. Le nombre de télécobalts aurait donc diminué de presque un tiers entre 1999 et 2002. Sur les 159 centres, 49 ne disposent que d'un seul appareil, en règle générale un accélérateur. Comme en 2001, on trouve 7 télécobalts isolés. 66 établissements font état de deux appareils, deux accélérateurs pour les deux tiers d'entre eux, un accélérateur et un télécobalt pour le reste. Enfin, 44 établissements, dont 19 des 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), disposent de trois appareils ou plus (le maximum d'appareils recensés dans un centre étant 7). L'équipement des centres continue donc à progresser dans le sens souhaité par le plan cancer, avec une diminution des appareils de cobaltothérapie (58 en 2002 contre 69 en 2001) et une augmentation des accélérateurs (281 en 2002 contre 249 en 2001) [graphique 3.20].

Graphique 3.20 – Répartition des centres selon le nombre et le type d'appareils de traitement



Source : Drees, SAE 2002.

62. En 2000, le contenu du questionnaire SAE a été amendé afin de permettre un meilleur suivi de cette activité. Cependant, concernant les centres privés, on ne décompte pas toujours le site géographique d'implantation mais l'entité juridique qui détient l'autorisation. Il sera possible de localiser les différents sites dès l'exercice 2003 de la SAE. En 2001, l'annuaire ACRIM (Annuaire de la cancérologie/radiothérapie et des imageries médicales en France), annuaire réalisé sous la direction de Mr le Professeur LAUGIER dénombrait 179 centres.

63. La SAE s'intéresse aux équipements installés qui fonctionnaient au 31 décembre de l'année d'exercice. Il peut donc y avoir un décalage entre l'activité effectuée au cours de l'année et le recensement des équipements au 31 décembre.

L'hétérogénéité des situations en matière d'équipement et de fonctionnement

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 propre⁶⁴, c'est-à-dire les établissements sous dotation globale (public ou privés). Quatre hôpitaux publics, sur les 58 ayant une activité de radiothérapie externe, n'ont pas un accès direct à un scanner dans le cadre d'une co-utilisation. Par contre, tous les CLCC bénéficient de cette possibilité.

Parmi les 85 centres dont on sait qu'ils disposent d'un scanner, 72 disposent de plus d'un mi-temps de scanner. En termes d'heures d'ouverture, 9 % de ces centres n'indiquent pas les plages disponibles, environ la moitié disposent d'au moins 50 heures par semaine d'accès à un scanner et un quart d'au moins 72 heures. 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.

Quatre centres n'ont indiqué ni simulateur, ni logiciel de dosimétrie, ni de collimateur multilame. L'équipement le plus répandu est le simulateur, mais 4 % des centres n'en ont pas et seulement 55 % disposent d'un simulateur 3D. 11 % des centres n'ont pas de logiciels de dosimétrie, mais les 89 % qui en ont, disposent le plus souvent de logiciels en 3D (128 centres contre 14 centres qui n'ont qu'un logiciel 2D). Enfin, le collimateur multilames reste un équipement peu répandu : seuls 66 établissements en disposent d'un. À deux exceptions près, ces 66 établissements sont tous équipés de simulateurs et de logiciels de dosimétrie.

Parmi les 20 CLCC qui sont des centres de référence en matière de radiothérapie, 13 disposent à la fois d'un simulateur 3D, d'un logiciel de dosimétrie en 3D et d'un collimateur multilames, mais 4 n'ont qu'un simulateur 2D et 3 autres n'ont pas de collimateur multilames.

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 des groupes de travail du plan cancer, l'équipe de radiothérapie devrait être constituée :

- d'un radiothérapeute pour 300 à 400 traitements annuels, dont 1 ETP minimum par centre
- d'un radiophysicien pour 350 à 400 traitements annuels, dont 1 ETP minimum par centre

64. Dans le cas des cliniques privées ne gérant pas elles-mêmes leur équipement de radiothérapie, on ne peut rapprocher cet item d'accès au scanner de l'information concernant l'activité de radiothérapie, fournie directement par l'entité qui détient l'autorisation du matériel. Ceci ne signifie donc pas que les patients ne bénéficient pas d'un scanner dosimétrique.

- de 2 ETP de manipulateurs en électroradiologie par appareil de traitement et en permanence pendant les heures d'ouverture du centre et d'au moins un manipulateur au simulateur
- d'un dosimétriste au moins.

L'utilisation maximale d'un appareil étant fixée à 500 traitements par an ou 9 000 séances, on peut estimer qu'en moyenne, un traitement correspond à environ 18 séances. Les normes ci-dessus correspondraient alors à un radiothérapeute pour 5 400 à 7 200 séances annuelles. La SAE ne peut fournir l'effectif des radiothérapeutes, car ceux-ci ne sont indiqués que s'ils consacrent au moins 80 % de leur temps à l'activité de radiothérapie de l'établissement. On recense globalement 709 médecins dont c'est le cas en 2002, parmi lesquels 40 % sont des libéraux. La SAE ne relevant les ETP que dans le cas des salariés, on ne connaît pas non plus les ETP de médecins radiothérapeutes dont disposent l'ensemble des centres. Pour les établissements publics et les CLCC, on peut estimer le nombre de séances annuelles par ETP de radiothérapeute à 5 200 séances par ETP dans le public et à 4 940 dans les CLCC. Cependant, au sein du secteur public, les établissements des CHR ont un ratio très différent de celui des autres établissements publics, avec 4 530 séances par ETP contre 5 930, et sont ainsi plus proches des CLCC.

En ce qui concerne le personnel non médical, la SAE recense tous les effectifs, quelle que soit la quotité de temps consacrée à l'activité de radiothérapie, et les ETP sont fournis pour les salariés comme pour les non salariés. Les unités de radiothérapie ont ainsi employé 1 630 radiophysiciens, 305 manipulateurs d'électroradiologie et 1 100 autres personnels. Si l'on rapporte le nombre d'ETP de radiophysiciens de l'unité au total des séances de radiothérapie effectuées, l'écart va du simple au double entre les établissements mieux dotés (les CHR avec 1400 séances annuelles par ETP) et les moins bien pourvus (les établissements privés sous OQN avec 3 100 séances annuelles).

Concernant les manipulateurs d'électroradiologie, pour lesquels les normes préconisées sont de 2 ETP par appareil de traitement, plus un ETP par simulateur. Comme pour le reste du personnel, les établissements les mieux dotés sont les CHR qui arrivent à la moitié de cette norme, suivis des CLCC (46 % de la norme), des établissements publics hors CHR (44 %) et enfin des établissements privés sous OQN (32 %)⁶⁵.

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 : 3,7 millions de passages contre 3,4 millions de séances⁶⁶. L'activité de radiothérapie déclarée dans SAE a ainsi augmenté de 12 % par rap-

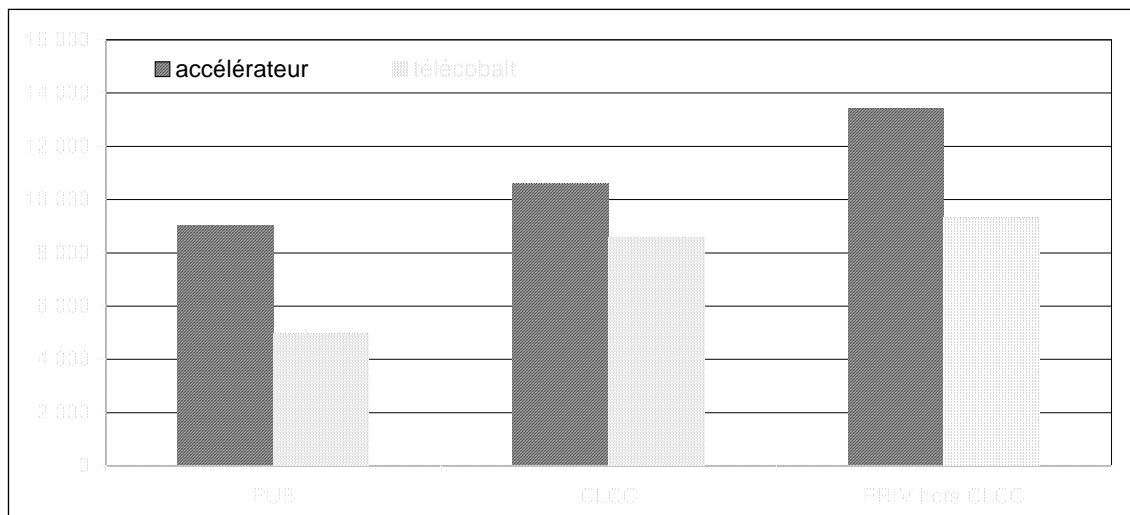
65. Ratio calculé à partir des seuls établissements ayant déclaré des ETP de manipulateurs en électroradiologie, soit 95 % des établissements.

66. Cette différence est cependant atténuée par le fort taux de non réponses concernant les séances, qui sont alors redressées par les passages-machine.

port à 2001. Il est difficile d'évaluer la part de cette augmentation due à l'amélioration de la qualité des réponses, mais on peut évaluer à 7 % la part des séances réalisées par des centres n'ayant pas répondu en 2001⁶⁷, d'où une augmentation d'au moins 5 % de l'activité.

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 télécobalt : en moyenne, en 2002, il était de 11 500 par accélérateur et 7 800 par télécobalt (graphique 3.21).

Graphique 3.21 – Nombre de passages annuels par appareil de radiothérapie



Champ : France entière.
Source : SAE 2001, Drees.

L'activité par appareil est également très différente selon les catégories d'établissements : le nombre de passages par accélérateur s'étage de 9 000 dans les établissements publics, à 10 600 dans les CLCC et 13 400 dans les autres établissements privés. Il en est de même pour le nombre de passages machine par télé cobalt, avec peu d'écart entre les CLCC et les autres centres privés (respectivement 8 600 et 9 300 passages par appareil), mais une grande différence entre les établissements publics (5 000 passages par appareil en moyenne) et les établissements privés (9 000 passages par appareil)⁶⁸.

Les 3,4 millions de séances de radiothérapie déclarées concernent à 92 % des malades traités en ambulatoire. Le secteur privé, composé des 20 centres anti-cancéreux et de 81 autres établissements privés (hors DG à deux exceptions près), prend en charge les trois quarts de cette activité de radiothérapie : 21 % des séances sont réalisées dans les CLCC, 55 % dans les autres établissements privés et 24 % dans les établissements publics.

Parmi les 159 établissements déclarant une activité de radiothérapie en France métropolitaine, 84 font aussi de la curiethérapie, dont la totalité des CLCC. De plus, 3 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) cons-

67. Qui ne sont pas nécessairement des établissements non répondants, mais qui peuvent simplement ne pas avoir eu cette activité en 2001.

68. 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.

tituées 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 87 centres traitant des malades par curiethérapie, près des deux tiers ne disposent que d'équipements à bas débit de dose, les autres disposant en plus d'équipement à haut débit de dose (à une exception près qui ne dispose que du haut débit)⁶⁹. 17 des 33 centres disposant des deux types d'équipement de curiethérapie sont des CLCC. Cependant plus de la moitié des applications de curiethérapie sont réalisées avec des équipements à haut débit de dose, qui ne représentent que 13 % de l'ensemble des équipements, mais qui permettent des temps de traitement beaucoup plus rapides (quelques minutes au lieu de quelques jours). Le nombre moyen d'applications réalisées par équipement varie ainsi de 27 par an pour un équipement à bas débit (avec ou sans projecteur de sources) à 191 pour un équipement à haut débit de dose.

- Les séances de dialyse en augmentation constante

Des prises en charges différentes selon les techniques de dialyse

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 continue 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. En 2002, il en existe 4 938 (400 de plus qu'en 2001), soit 83 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 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 peuvent être 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.

69. 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.

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 33 000 dialysés, fin décembre 2002, en France métropolitaine

Le nombre de patients traités par dialyse dans l'année peut être estimé à partir du comptage du nombre de patients traités par chaque centre ou unité, la semaine du 31 décembre 2002. Environ 33 100 patients ont ainsi été dénombrés dans les 820 structures de France métropolitaine assurant leur prise en charge selon différentes techniques, soit un patient dialysé pour 1 790 habitants, ce qui correspond à l'estimation généralement avancée⁷⁰. Celle effectuée en 1995 à partir du registre européen (*European Dialysis and Transplantation Association*) avançait un chiffre d'environ 20 000 dialysés⁷¹.

Près de neuf personnes sur dix (soit environ 29 500) sont traitées par hémodyalyse. Parmi elles, un peu plus de 20 600 le sont en centre⁷², 8 200 sont en auto dialyse⁷³ et 720 se traitent elles-mêmes à domicile. Avec 70 % des patients et 68 % des séances, l'hémodyalyse 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 2002, contre 25 % en 1999 et 17 % en 1995. Par contre, l'hémodyalyse à domicile continue à reculer passant de 172 000 séances en 1995 à 106 000 en 2002. Ainsi, cette forme de traitement ne représente plus que 2,6 % des séances d'hémodyalyse contre 5,6 % en 1995.

3 600 patients étaient traités la dernière semaine de l'année 2002 par dialyse péritonéale, la plupart (77 %) par dialyse péritonéale continue ambulatoire et 16 % par dialyse péritonéale automatisée, que ce soit des adultes ou des enfants.

Au total, 4 millions de séances d'hémodyalyse et 190 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale ont été effectuées en France métropolitaine en 2002 (tableau 3.19). Si l'on compare ces chiffres à ceux de 2001, on observe une augmentation du nombre de séances d'hémodyalyse de 5,6 %. Ce chiffre est cohérent avec les tendances enregistrées les années précédentes. Par contre, la progression de la dialyse péritonéale reste beaucoup plus limitée, puisque le nombre de semaines de traitements reste stable entre 2001 et 2002 (+0,4 %).

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

71. 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.

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

73. L'auto dialyse, comme son nom l'indique, implique la participation du patient aux gestes techniques mais, à la différence de l'hémodyalyse 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.

Tableau 3.19 – Activité selon le mode de prise en charge et évolution 2001/2002

Hémodialyse dont	Nombre de patients	Nombre de séances	Evolution séances 2001/2002	Dialyse péritonéale dont	Nombre de patients	Nombre de semaines	Évolution semaines 2001/2002
Hémodialyse en centre et entraînement	20 610	2 742 520	6,7 %	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	2 799	139 651	1,2 %
Autodialyse	8 176	1 169 152	4,5 %	Dialyse péritonéale à domicile (automatisée)	597	32979	-4,7 %
Hémodialyse à domicile	717	106 387	-8,6 %	Entraînement à la DP et semaines de repli	248	17312	3,7 %
Total hémodialyse	29 503	4 018 059	5,6 %	Total DP	3 644	189 942	0,4 %

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

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

En ce qui concerne l'hémodialyse, on dénombre 292 centres de dialyse, essentiellement des établissements publics et privés lucratifs (tableau 3.20). 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, 531 unités d'auto dialyse.

Tableau 3.20 – Nombre de centres et générateurs de dialyse par secteur hospitalier

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Nombre total de centres	152	60	80	292
Nombre de centres pratiquant l'entraînement à l'hémodialyse	62	15	38	115
Nombre de centres pratiquant l'entraînement à la dialyse péritonéale	52	7	4	63
Nombre de générateurs d'entraînement d'hémodialyse	133	87	38	258
Nombre de générateurs d'hémodialyse en centre sans entraînement	2 154	880	1 403	4 437
Nombre d'unité d'autodialyse	31	403	107	541
Nombre de générateurs d'autodialyse	400	4 342	1 205	5 947
Nombre de patients	587	5 916	1 675	8 178

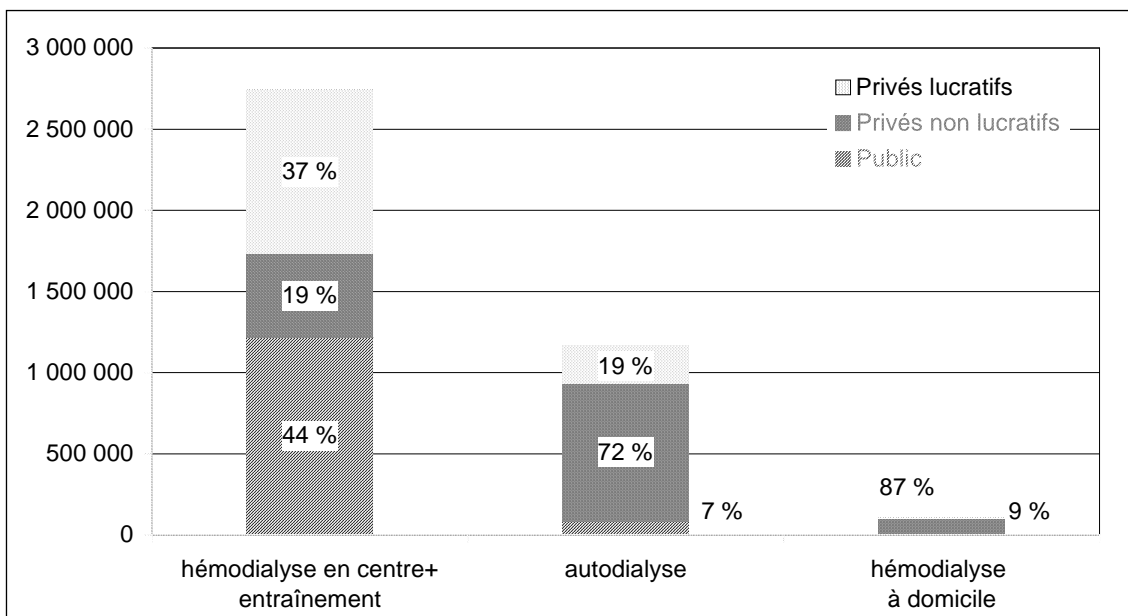
* Les catégories généralement utilisées au sein du secteur privé (sous dotation globale ou sous OQN) ne s'appliquent pas ici, les structures privées de dialyse étant financées en dehors de l'Objectif quantifié national.
Source : SAE 2002, Drees.

Sur les 152 centres publics⁷⁴, seuls 62 possèdent des appareils d'entraînement d'hémodialyse. De même, sur les 80 centres privés lucratifs qui proposent de l'hémodialyse en centre, 38 possèdent des structures pour l'entraînement. Le secteur privé à but non lucratif constitué d'associations représente 60 centres, dont 15 éduquent les patients pour l'auto dialyse ou l'hémodialyse à domicile. Il existe en outre dans ce secteur d'autres structures, une vingtaine, qui entraînent les patients à l'hémodialyse. En France métropolitaine par conséquent, environ 10 % des générateurs d'hémodialyse en centre sont utilisés pour l'entraînement.

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 fragiles⁷⁵ et réalisent 44 % 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, que ce soit des semaines de repli ou des semaines d'entraînement (près de 85 % des semaines de traitement).

Les 184 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 37 % des séances en centre (graphique 3.22). 107 proposent une prise en charge en auto dialyse, mais ils ne représentent que 20 % des séances correspondants.

Graphique 3.22 – Répartition des séances d'hémodialyse selon les différentes modalités de traitement et selon les différents secteur d'hospitalisation



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

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

74. Les données PMSI confirment cette part prééminente du secteur public pour les patients les plus instables : 87 % des 8 151 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 81 % des séjours pour insuffisance rénale (GHM 471), les cliniques privées sous OQN 13 % et le secteur privé sous dotation globale 6 %.

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 » : 72 % des séances d'auto dialyse, 76 % des semaines de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et 83 % de celles de dialyse péritonéale à domicile⁷⁶.

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 2002, 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.

Tout comme en France métropolitaine, la grande majorité (plus de 94 %) d'entre eux est traitée par hémodialyse (tableau 3.21) : un peu plus de 730 patients sont traités en centre, environ 815 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 (47 % des patients et 45 % des séances) est moindre qu'en France métropolitaine (70 % des patients et 68 % des séances), alors que l'auto dialyse y est plus développée (52 % des patients et 54 % 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 et 51 % en 2001, au détriment de l'hémodialyse à domicile (3 700 séances en 1998, 2 778 séances en 2002).

Tableau 3.21 – Nombre de patients et activité dans les Dom selon le mode de prise en charge

Hémodialyse dont	Nombre de patients	Nombre de séances	Dialyse péritonéale dont	Nombre de patients	Nombre de semaines
Hémodialyse en centre et entraînement	738	95 933	Dialyse péritonéale continue ambulatoire	43	2 215
Autodialyse	815	114 524	Dialyse péritonéale intermittente à domicile	41	1 393
Hémodialyse à domicile	18	2 778	Entraînement à la DP et semaines de repli		208
Total	1 571	213 235	Total	84	3 816

Source : SAE 2002, Drees.

76. Ce qui représente en tout 73 % des semaines de traitements par dialyse péritonéale, toutes modalités confondues.

Par ailleurs, le pourcentage de patients traités par dialyse péritonéale est plus faible dans les Dom que dans le reste de la France, même si leur nombre augmente légèrement entre 2001 et 2002 (de 76 à 84). Les moitié d'entre eux sont traités en dialyse péritonéale continue ambulatoire⁷⁷ (51 % des patients et 58 % 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 et un en Martinique, 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, par les problèmes d'éloignement des centres, compte tenu de la surface des territoires, et enfin par une « saturation » plus grande de ces centres. Il existe en effet un générateur d'hémodialyse en centre (sans distinction adultes / enfants) pour 12 500 habitants, au lieu de un pour 12 000 en métropole, alors que la densité de patients est double.

- Les traitements et cures ambulatoires en soins de suite et de réadaptation

Les traitements et cures ambulatoires concernent surtout la réadaptation fonctionnelle avec 217 000 séances, contre 16 000 en soins de suite⁷⁸. 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, qui avait très fortement augmenté en 2001 (+9 %) connaît l'évolution inverse en 2002. Cette diminution concerne la réadaptation fonctionnelle, alors que l'activité a presque doublé en soins de suite où elle était marginale. La baisse constatée en réadaptation fonctionnelle semble cependant s'expliquer par une sous-évaluation en 2002 des traitements et cures au profit des venues en hospitalisation de jour ou de nuit, les deux types de prise en charge n'étant pas toujours bien dissociés. Si l'on considère l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète (en ajoutant les venues et les séances de traitements et cures ambulatoires), l'activité s'accroît globalement de 4 %, mais recule quand-même dans le secteur public (-2 %), contrairement aux autres établissements privés (respectivement +3,5 pour le secteur privé sous DG et +9 % pour le secteur sous OQN).

En 2002, le secteur privé sous OQN réalise ainsi plus de la moitié des séances de traitements et cures ambulatoires de réadaptation fonctionnelle (52 %), le secteur privé sous OQN 37 %, la part du secteur public n'étant plus que de 11 %.

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

78. 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.

III.2.6 Consultations externes et urgences : des soins hospitaliers à la frontière de la médecine de ville

- Les consultations externes à l'hôpital

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 2002, la SAE recensait 28 millions de consultations externes dispensées au sein des établissements publics. En 2001, 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.

Les consultations externes plus nombreuses chez les personnes âgées et les jeunes enfants

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 an⁷⁹.

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 ‰).

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

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 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. 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'examens sont plus fréquentes pour les consultations de spécialités médicales et gynécologiques. Dans l'ensemble, les prescriptions de médicaments et d'examens 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.

- Une évolution régulière et soutenue du recours aux urgences

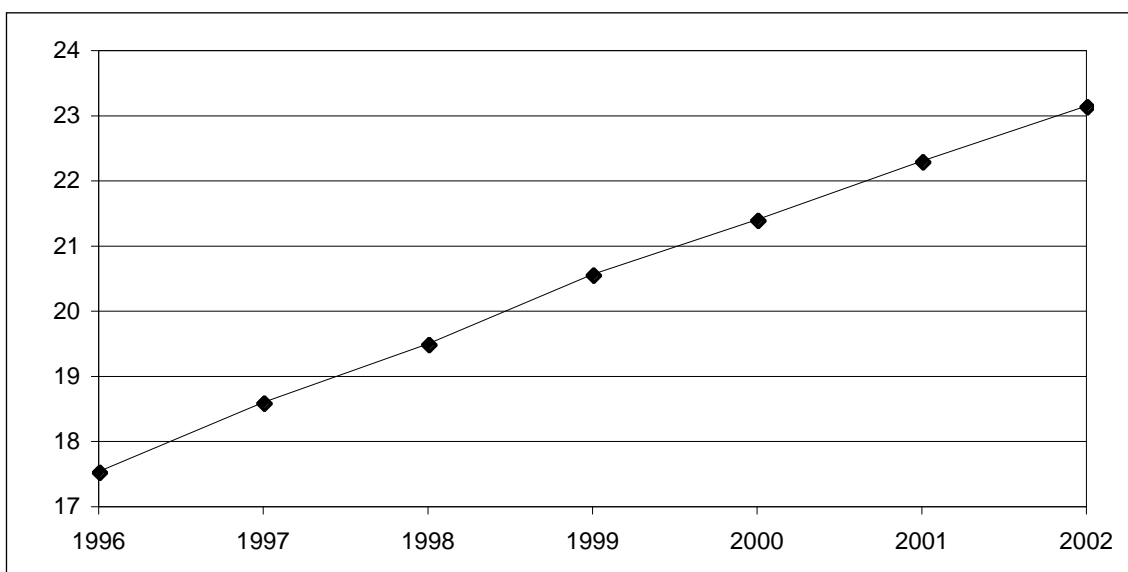
En sus de ces formes de prises en charge programmées, depuis la fin des années 1980, se développe une forte demande de soins non programmés s'adressant notamment aux services d'urgence hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. En particulier, la prise en charge 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 4,5 % par an en moyenne depuis 2000

En 2002, le nombre annuel de passages aux urgences en France métropolitaine a augmenté de 4,3 %, atteignant 13,7 millions⁸⁰. L'augmentation de l'activité des services d'urgences continue à ralentir légèrement par rapport aux années précédentes (augmentation annuelle supérieure à 5 % de 97 à 99, autour de 4,5 % depuis 2000), mais reste relativement importante : au cours des six dernières années, le nombre de passages aux urgences a ainsi augmenté en moyenne de 5,2 % par an (graphique 3.23)⁸¹.

Graphique 3.23 – Évolution du nombre de passages aux urgences en France métropolitaine de 1996 à 2002



Champ : France entière.
Source : SAE 2002, Drees.

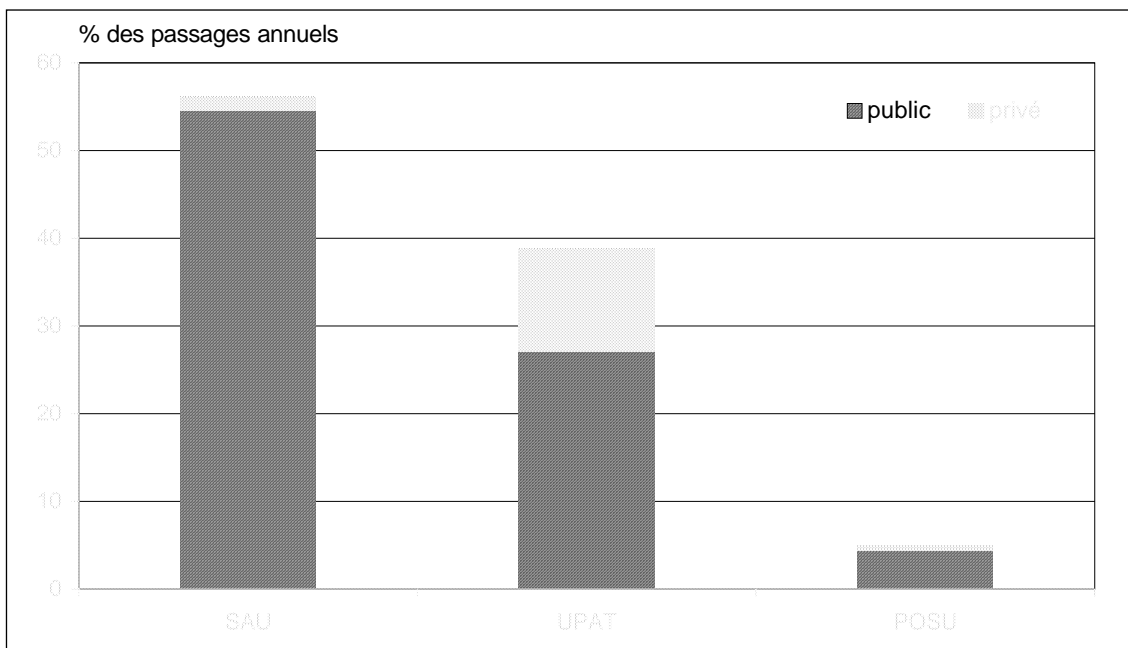
Le taux annuel de passages aux urgences (qui correspond au nombre annuel des passages aux urgences rapporté à la population au 1^{er} janvier de l'année) en France métropolitaine est en outre passé de 17,5 % en 1996 à 22 % en 2001 et 23 % en 2002. Les quatre régions dans lesquelles ce taux est le plus élevé sont, comme en 2001, la Corse (30,5 %), la Haute-Normandie (28,5 %), l'Île-de-France (27 %) – région qui concentre à elle seule 22 % du total des passages aux urgences – et Paca (26 %). Seules quatre régions ont un taux qui reste inférieur à 20 % en 2002, contre 8 en 2001.

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

81. 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.

En 2002, on dénombre en France métropolitaine 614 unités autorisées d'urgences décomposées en 218 SAU, 359 UPATOU et 37 POSU. Plus de la moitié des passages (56 %) sont pris en charge par les SAU, 39 % par les UPATOU et 5 % par les POSU (graphique 3.24).

Graphique 3.24 – Répartition des passages annuels aux urgences selon le type d'autorisation et le secteur d'hospitalisation



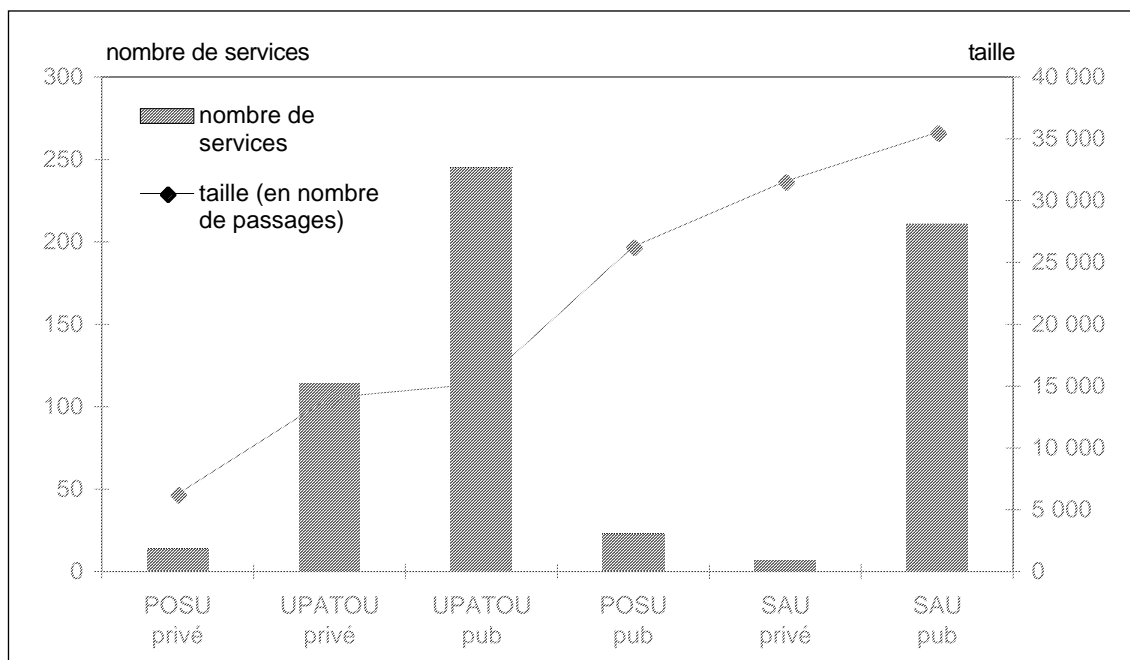
Champ : France métropolitaine.
Source : SAE, Drees.

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, avec respectivement 35 000 et 15 000 passages annuels. La taille moyenne des POSU est un peu plus élevée que celle des UPATOU, avec en moyenne 19 000 passages annuels (graphique 3.25). Cependant, deux types de POSU sont à distinguer : des POSU hyper spécialisés (en cardiologie ou SOS mains), de très petite taille (en moyenne 2 400 passages par an) et des POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, qui réalisent de 14 000 à 58 000 passages par an (29 000 en moyenne).

135 unités d'urgences autorisées sont situées dans des établissements privés ; ce sont essentiellement des UPATOU (114 sur 135). Les UPATOU publiques et privées ont des niveaux d'activité très proches : 14 000 passages dans le privé, 15 000 dans le public. Par contre, la différence est très marquée au sein des POSU. Les POSU situés dans des établissements privés sont en effet très spécialisés et accueillent en moyenne 2 300 passages par an ; à l'inverse, 21 des 23 POSU pédiatriques se trouvent dans des établissements publics et ont une taille moyenne de 28 500 passages annuels.

En 2002, la part du secteur privé a encore augmenté, représentant désormais 14 % du total des passages aux urgences, après être passée de 8 % en 1997 à 12 % en 2001. Le nombre de passages aux urgences traités par les établissements privés continue à progresser très rapidement (+15 % en 2002) mais cette augmentation ne concerne que les établissements sous OQN dont la part est passée de 2 % en 1999 à 9 % en 2002. Le poids du

Graphique 3.25 – Taille des services d'urgence exprimée en milliers de passages en 2002



Champ : France entière.
Source : SAE, Drees.

privé reste en outre variable d'une région à l'autre (de 1 à 29 %). Elle dépasse 15 % dans huit d'entre elles, les établissements privés sous OQN prenant en charge plus de 10 % des passages dans six de ces régions.

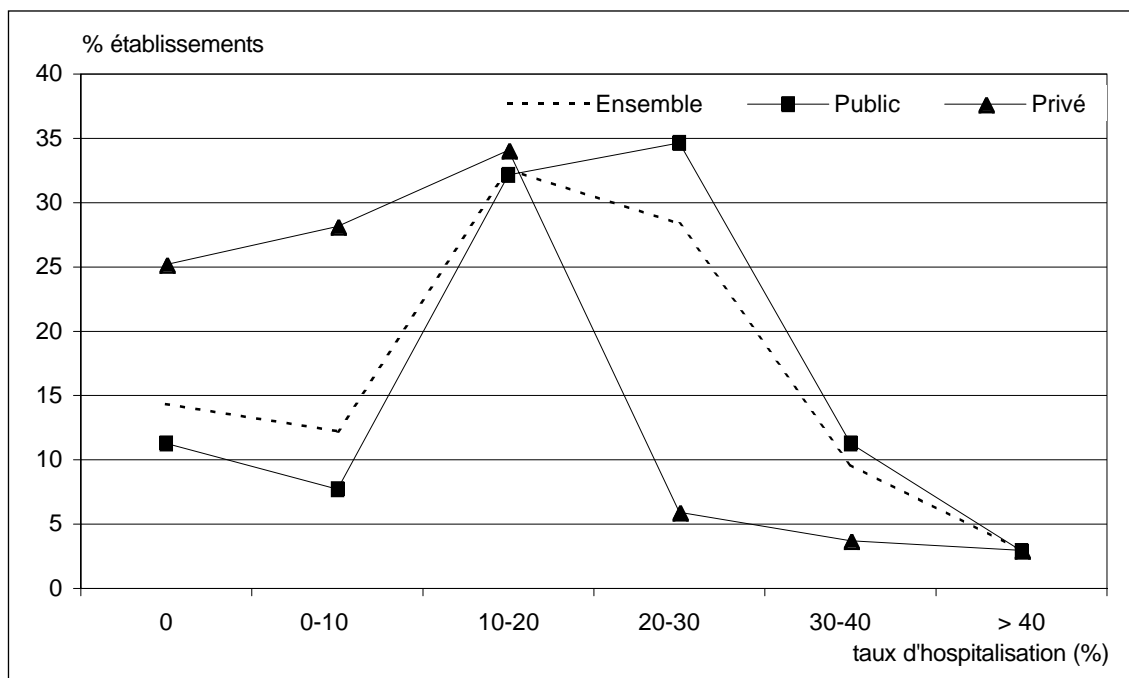
Tous secteurs confondus : 42 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et les deux tiers moins de 25 000. À l'autre extrémité, 14 % d'entre elles reçoivent plus de 40 000 passages par an et traitent un tiers de l'ensemble des passages. Ces grandes unités sont plus nombreuses en Île-de-France, région dans laquelle 42 % des unités enregistrent plus de 40 000 passages par an, alors que cette part ne dépasse pas 20 % dans les autres régions. 43 % des unités qui accueillent plus de 40 000 passages annuels sont d'ailleurs implantées en Île-de-France.

Un patient sur cinq est hospitalisé après son passage aux urgences

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences a été en moyenne de 20 %⁸² au cours de l'année 2002. Il est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (13 % contre 21 %). La différence est relativement limitée entre SAU et UPATOU avec des taux d'hospitalisation respectifs de 22 et 19 %. Par contre, dans les POSU, seulement 13 % des passages donnent lieu à une hospitalisation (graphique 3.26), avec toujours une forte différence entre ceux des établissements privés sous OQN, où le taux d'hospitalisation est de 19 % alors qu'il n'est que de 13 % dans les POSU des établissements publics et privés sous dotation globale.

82. Taux calculé sur les seuls établissements ayant déclaré des hospitalisations (soit environ 86 % 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.

Graphique 3.26 – Répartition des services d'urgences selon leur taux d'hospitalisation



Champ : France entière.
Source : SAE, Drees.

En 2002, 83 % des unités d'urgence ont indiqué la répartition de leurs passages au mois d'octobre selon la classification Gemsa⁸³ qui repose sur une analyse du mode d'accueil, indépendamment des différences d'organisation médicale ou structurelle. On peut ainsi évaluer à 5,5 % la part des passages programmés correspondant à des consultations de suites d'urgence (surveillance de plâtre, ablation de fils...), à 2,5 % 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

La réglementation⁸⁴ 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). Ce type d'installation s'avère difficile à repérer dans la pratique, où les anciens « lits-porte » continuent à être utilisés, accueillant fréquemment des patients pour une durée supérieure à 24h. La distinction entre ces lits d'hospitalisation et les places offertes par les zones de surveillance de courte durée (boxes) se faisant essentiellement par la durée moyenne de séjour des patients accueillis, leur décompte ne peut se faire de façon réellement homogène entre les différents services d'urgence.

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

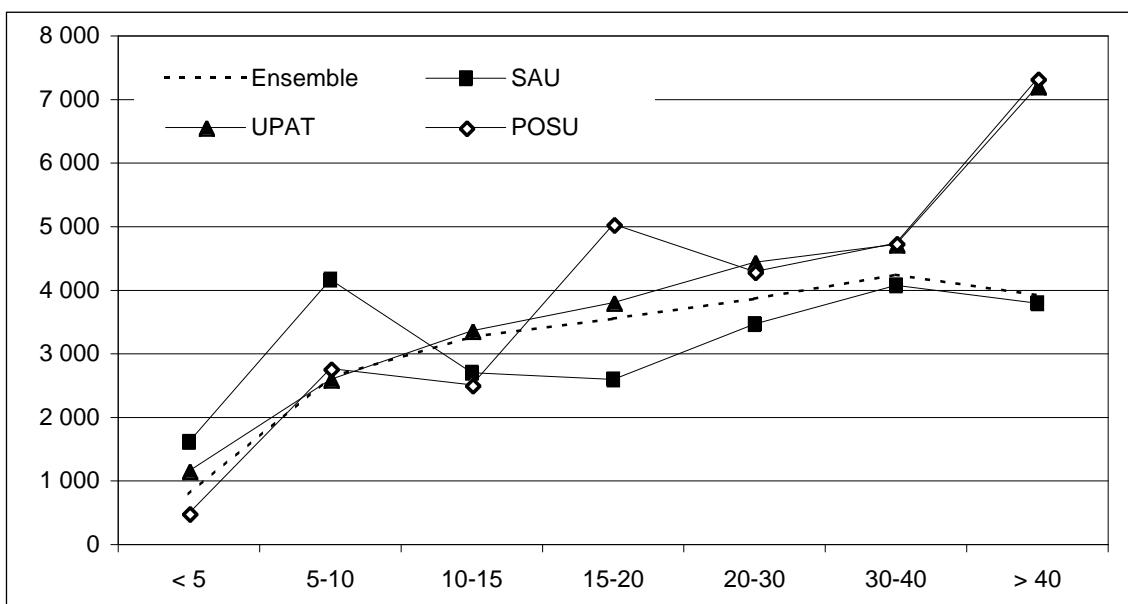
84. Décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997.

En 2002, la part des services d'urgences déclarant des boîtes de surveillance de très courte durée est un peu plus importante qu'en 2001 (85 % contre 81 %), cette augmentation étant cependant nettement plus marquée au sein des très petites unités (moins de 10 000 passages par an) dont 85 % déclarent au moins un box de surveillance en 2002 (contre 72 % en 2001)⁸⁵.

Alors que les UPATOU et les POSU sont en moyenne équipés de respectivement 4 et 5 boîtes par service, les SAU en disposent de 10. Les POSU présentent encore une fois une situation hétérogène, la moitié d'entre eux ayant moins de 5 boîtes, et 12 % au moins 10 boîtes.

Le nombre moyen de passages annuel par box est donc identique dans les SAU et les UPATOU (3 700 passages par box), soit un équipement dans les SAU légèrement inférieur aux normes fixées par le décret (maximum de 3 500 passages annuels pour un box), alors que les POSU sont un peu mieux dotés avec 3 500 passages pour un box (graphique 3.27).

Graphique 3.27 – Nombre annuel de passages aux urgences en 2002 par box selon l'autorisation et la taille du service



Champ : France entière.
Source : SAE, Drees.

La dotation en boîtes varie surtout en fonction de la taille des services. On trouve en effet en moyenne 1 box pour 2 100 passages aux urgences dans les unités qui réalisent moins de 10 000 passages par an et à l'opposé, 1 box pour 3 900 passages dans celles qui comptent plus de 40 000 passages par an.

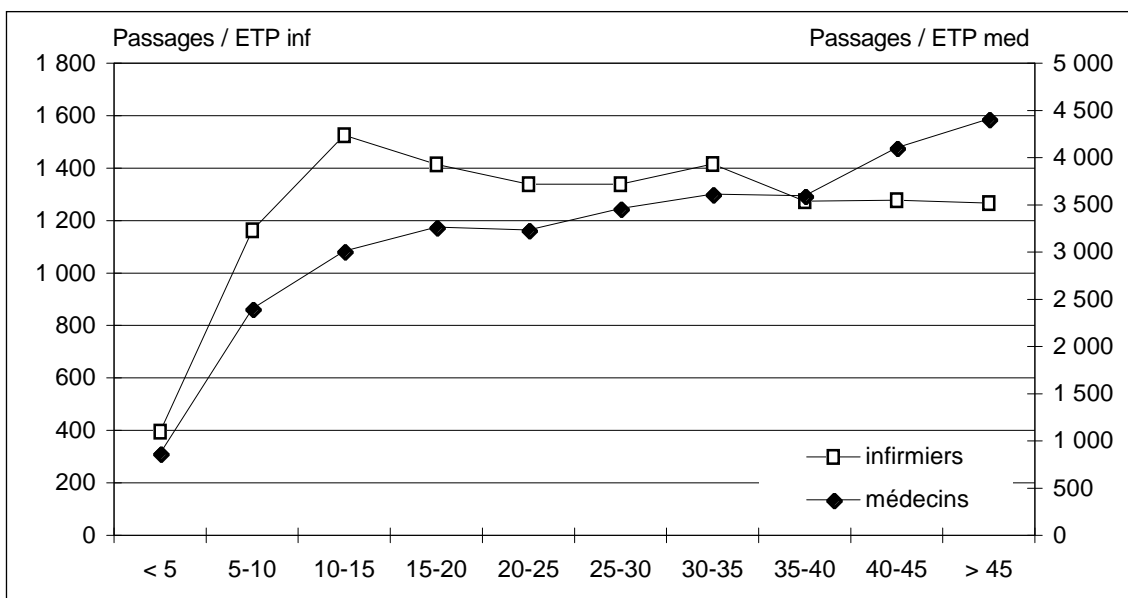
Depuis l'exercice 2002, on recueille dans la SAE le nombre de venues aux urgences passées par la zone de surveillance de très courte durée, sans être suivies d'hospitalisation. C'est le cas 4 % de l'ensemble passages annuels. Cette part est légèrement supérieure dans les seuls services ayant déclaré au moins un box (4,6 %). L'utilisation des boîtes pour ce type de passage reste donc très limitée.

85. Les données présentées par la suite sont calculées sur les seuls répondants.

En 2002, l'effectif des médecins intervenant dans les services d'urgences est estimé d'après les déclarations des établissements, à 5 540, représentant 3 970 équivalents temps plein (ETP)⁸⁶. Le nombre moyen de passages annuels par « médecin à temps plein » est de 3 460.

Il est toutefois plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé, avec respectivement 3 520 et 3 130 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 4 000, 3 600 et 3 200 passages par ETP médical (graphique 3.28). Les POSU présentent toujours une situation très contrastée entre les services privés hyper spécialisés, de petite taille, qui disposent d'un ETP médical pour moins de 600 passages par an, et les POSU pédiatriques publics qui accueillent 5 400 passages annuels pour un ETP médical.

Graphique 3.28 – Nombre annuel de passages aux urgences en 2002 par ETP médical et infirmier selon la taille du service



Champ : France entière.
Source : SAE 2001, Drees.

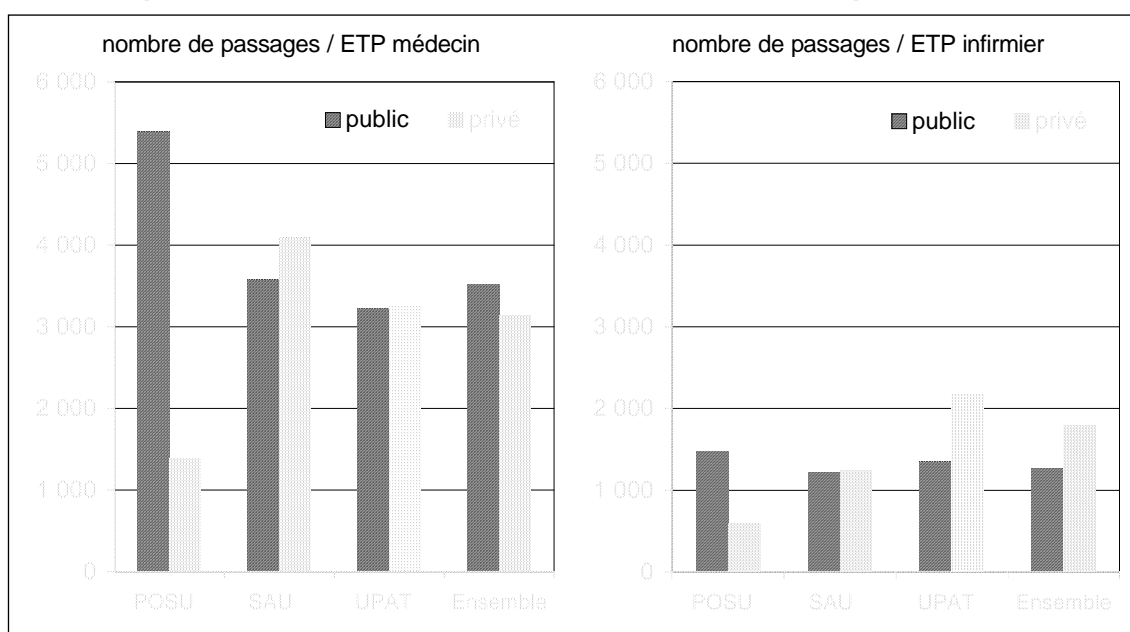
De même, le nombre de passages annuels par « médecin à temps plein » varie du simple au double entre les unités accueillant moins de 10 000 passages par an et celles en accueillant plus de 40 000 (avec respectivement 2 000 et 4 300 passages par ETP).

Les infirmiers sont à peu près deux fois plus nombreux que les médecins à intervenir dans les services d'urgences, avec un effectif total de 1 1540 représentant 10 420 ETP. En moyenne, les services d'urgences disposent d'un ETP infirmier pour 1 320 passages annuels, ce chiffre variant également selon les unités.

86. L'effectif des médecins, comme celui des infirmiers, a été redressé dans les services « non répondants » (services n'ayant déclaré aucun médecin en équivalent temps plein (ETP) ou en effectif). Ils représentent 8 % des services et 6 % des passages concernant le personnel médical, 7 % des services et 6 % des passages concernant les infirmiers. Les taux de non-réponse sur le personnel sont cependant plus élevés dans les plus petites unités, et concernant le personnel médical, il est particulièrement fort au sein des POSU : en tiers d'entre eux, qui recouvrent 25 % des passages des POSU, n'ont déclaré aucun médecin.

Les établissements publics disposent d'un plus grand nombre d'infirmiers proportionnellement à leur activité que les établissements privés (respectivement 1 270 et 1 800 passages annuels par ETP), alors qu'ils sont moins bien dotés en termes d'effectifs médicaux (graphique 3.29). Les différences de moyens infirmiers selon les autorisations sont presque inversées par rapport à celles observées pour les médecins : 1 520 passages annuels pour un « infirmier à temps plein » dans les UPATOU, 1 240 dans les POSU et 1 220 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 950 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.

Graphique 3.29 – Nombre annuel de passages aux urgences en 2002 par ETP médical et infirmier selon le secteur d'hospitalisation



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

Ces différences de dotations en personnels en fonction du nombre de passages aux urgences 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 se trouvent mécaniquement plus favorisées.

Un tiers seulement des unités d'urgences déclarent disposer d'assistants de service social. Cette part passe de 56 % pour les SAU, à 27 % pour les POSU et seulement 21 % pour les UPATOU. Globalement, 268 assistants de service social participent à l'activité des services d'urgences, représentant 185 ETP, soit en moyenne dans les services qui en ont un « assistant à temps plein » pour 33 500 passages annuels.

Enfin, 14 % des unités d'urgences n'indiquent aucun effectif à temps plein en dehors des médecins, infirmiers et assistants de service social. Cette part est beaucoup plus élevée (39 %) dans les très petites unités (moins de 5 000 passages annuels), et faible au contraire (6,4 %) dans les très grosses (plus de 40 000 passages annuels).

L'ensemble de ces autres personnels (aides soignantes, agents de service hospitalier et secrétaires notamment) représentent un peu moins de 8 600 personnes et environ 7 750 ETP dans les services répondants, soit en moyenne un ETP pour 1 580 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 population⁸⁷ : 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 compare la répartition par âge des usagers des urgences à celle de la population générale, on constate que les nourrissons de moins d'un 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

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

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 hospitalisés⁸⁸. 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 %).

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

88. 3 % ont, en outre, séjourné dans un box de surveillance de très courte durée avant de ressortir de l'établissement.

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.

III.2.7 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'accouchement, 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^e 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) rénovée 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.

- Les plateaux techniques de chirurgie

Un phénomène de lente concentration

En 2002, 1 255 établissements géographiques⁸⁹ ont déclaré une activité chirurgicale en hospitalisation complète ou partielle, parmi lesquels 39 % appartiennent au secteur public et 52 % 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 30 pour l'Aquitaine et 34 pour la Corse. Les 8 345 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 110 salles par million d'habitants en Haute-Normandie, à 174 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 en salles d'intervention 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 salles par million d'habitants et les régions du quadrant nord ouest (à l'exception de l'Île-de-France) les moins bien équipées.

La comparaison avec l'enquête GAIN Chirurgie⁹⁰ 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 (voir le chapitre 1.3).

En parallèle, dans le secteur public, une réduction de 164 salles d'intervention a été constatée depuis 1992 (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), mais sans impact sur le niveau d'activité chirurgicale du secteur. Les structures du secteur sous dotation globale sont quant à elles restées quasi inchangées.

En 2002, à champ constant (France métropolitaine et hors hôpitaux militaires), le nombre d'établissements déclarant une activité chirurgicale a également un peu diminué par rapport à 2001, de même que le nombre de salles d'intervention chirurgicale.

89. Champ : France métropolitaine, incluant les hôpitaux militaires.

90. 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.

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

6 219 031 interventions chirurgicales avec anesthésie ont été déclarées dans la SAE en 2002⁹¹, les cliniques privées en ayant réalisé 64 %. Les hôpitaux publics, qui représentent 30 % de ce total⁹², concentrent toutefois 46 % de l'équipement en salles (tableau 3.22).

Tableau 3.22 – Principales données disponibles en 2002 concernant les plateaux techniques de chirurgie

	CHU	CH	Établissements privés		Total
			sous dotation globale	sous OQN	
Nombre d'ES géographiques ayant une activité chirurgicale	103	380	108	669	1 260
Séjours chirurgicaux en 2002 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.

Le taux d'utilisation des salles varie à cet égard de façon sensible selon les secteurs : le nombre d'interventions annuelles par salle de chirurgie est ainsi en moyenne de 1 245 dans les cliniques privées sous OQN, de 769 dans le secteur privé sous dotation globale, de 666 dans les centres hospitaliers et de 660⁹³ dans les CHR (graphique 3.30).

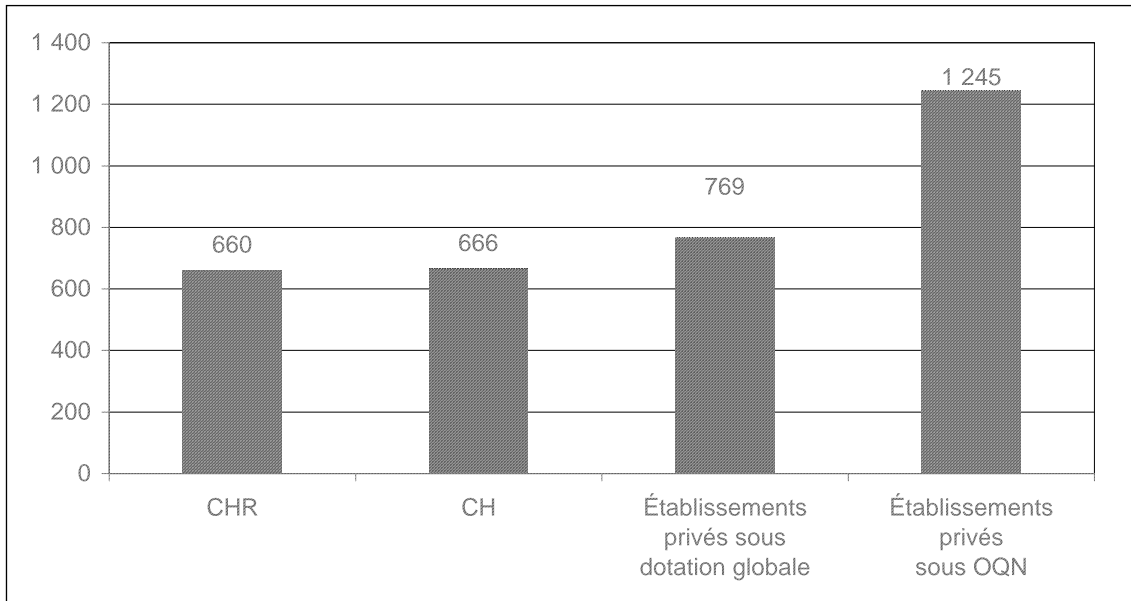
Cette plus forte occupation des salles dans le secteur privé sous OQN, déjà constatée en 1992 et confirmée en 2000 et 2002, est sans doute liée au taux d'équipement plus élevé du secteur sous dotation globale. D'autres facteurs interviennent également : en particulier, une durée moyenne d'intervention plus longue comme l'a montré l'enquête réalisée en

91. 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.

92. 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 décomposer les actes chirurgicaux.

93. 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).

Graphique 3.30 – Nombre moyen d'interventions par salle d'intervention chirurgicale



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

1996 par la SFAR sur les anesthésies⁹⁴. Cette durée dépend à la fois de la nature des actes, lesquels ne sont pas répartis uniformément entre le public et le privé⁹⁵, 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 2002, de 91 dans le secteur privé sous OQN, de 92 dans le secteur privé sous dotation globale et de 84 dans les hôpitaux publics non CHR, enfin de 108 dans les CHR. En ce qui concerne la caractérisation des patients opérés, si les cliniques privée sous OQN ont une activité globalement plus importante, et ce, pour la plupart des classes d'âge, les centres hospitaliers prennent en charge une part plus forte des séjours chirurgicaux des personnes âgées de 85 ans et plus (27 % contre 19 % de l'ensemble des séjours chirurgicaux). Les CHRU assurent, quant à eux, 48 % des séjours chirurgicaux des enfants de moins d'un an, ce qui est bien supérieur à leur part totale dans la population (14 %).

La nature « programmable » d'un plus 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 publics ou privés sous dotation globale concentrent ainsi

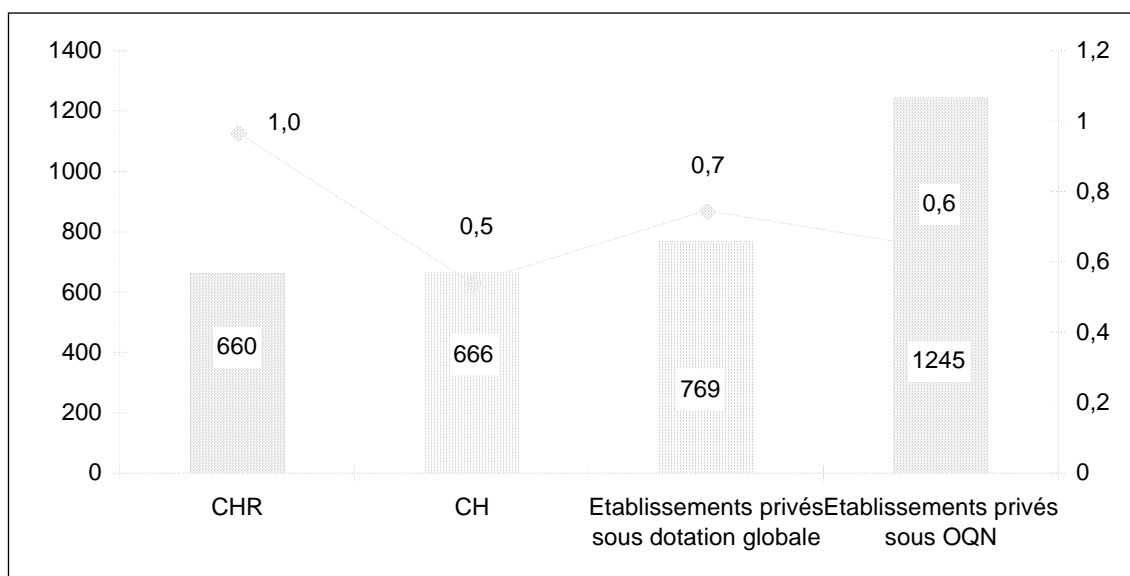
94. AUROY Y., LAXENAIRE M.-C., CLERGUE F., PEQUIGNOT, F., JOUGLA E., LIENHART A. « Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et de la procédure associée », *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation*, 1998 ; 17 : 1 311-6. En particulier, la durée d'intervention était deux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

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

62 % des maternités et la quasi totalité des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU). Ils effectuent également 68 % des 122 198 interventions chirurgicales effectuées de nuit.

Si l'on rapproche les effectifs d'anesthésistes réanimateurs du nombre de salles dans lesquels ils sont susceptibles d'intervenir⁹⁶ on voit, en 2001 comme en 2002, que les centres hospitaliers sont en position moins favorable que les autres catégories d'établissements, ce qui peut aussi contribuer à expliquer leur taux plus faible d'utilisation des salles chirurgicales (graphique 3.31).

Graphique 3.31 – Taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle selon les catégories d'établissements



Source : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

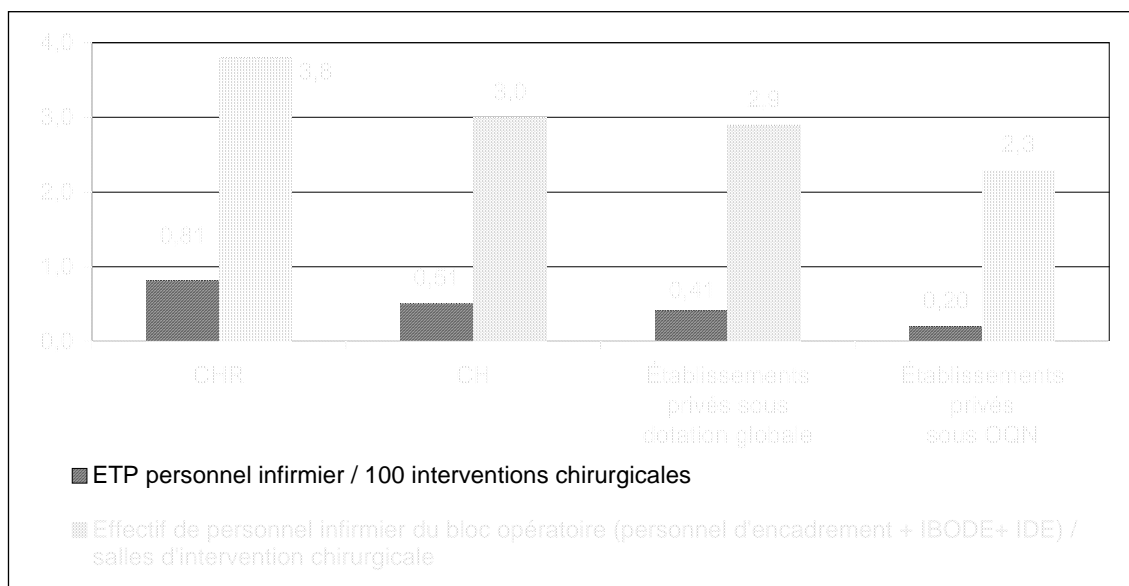
Un plus grand nombre d'infirmiers affectés aux blocs chirurgicaux dans les CHR

Les plateaux techniques de chirurgie mobilisent par nature des personnels qualifiés. En 2002, 1 960 personnels d'encadrement, 7 205 infirmières de blocs opératoires⁹⁷ (IBODE) et 14 260 infirmières étaient affectées au fonctionnement des blocs opératoires. La répartition selon les qualifications diffère selon les secteurs : 72 % des IBODE exercent dans les établissements sous dotation globale ; par ailleurs on y compte 1,5 infirmière pour 1 IBODE, contre 3 dans les cliniques privées. Enfin, globalement, les ratios de personnel infirmier par salle d'intervention et d'ETP pour 100 interventions sont nettement plus élevés dans le secteur sous dotation globale (graphique 3.32), les CHU apparaissant constamment comme les mieux dotés. En outre, de nombreux établissements sont organisés pour assurer une permanence. Ce sont au minimum 819 établissements de chirurgie, soit plus des deux tiers, qui assurent une permanence d'infirmière spécialisée la nuit, majoritairement sous la forme d'astreinte à domicile. 210 hôpitaux (la plupart publics) maintiennent en outre en permanence 24 heures sur 24 un personnel spécialisé sur place pour les interventions en urgence.

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

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

Graphique 3.32 – Densité du personnel infirmier par salle et par intervention selon les statuts



Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2002, Drees.

8 533 médecins anesthésistes et 6 984 infirmiers anesthésistes exercent dans des établissements chirurgicaux

Cette activité chirurgicale ne représente qu'une partie de l'activité d'anesthésie, 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. 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 salles de surveillance post-interventionnelle (sauf pour les maternités). En 2002, on en compte 2 360 totalisant 12 286 postes, soit environ une salle de réveil pour 3,5 salles d'intervention chirurgicale.

8 533 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 à temps partiel intervenant dans deux structures à la fois. 6 984 infirmiers aide anesthésistes (IADE) les assistent, la plupart (87 %) exerçant dans les hôpitaux publics. Des permanences sont assurées, sous forme de garde sur place ou d'astreinte à domicile, dans les 1 118 établissements (dont 84 établissements de CHR) pour lesquels les informations ont pu être collectées. Dans 50 % des cas, cette permanence est assurée simultanément par un médecin et une IADE, la majorité de ces établissements (68 %) étant des hôpitaux publics. Si l'on considère les établissements déclarant au moins une garde sur place d'anesthésiste réanimateur, ceci représente plus de 500 anesthésistes-réanimateurs mobilisés chaque nuit pour le fonctionnement des plateaux techniques de chirurgie, dont 360 dans les hôpitaux sous dotation globale⁹⁸.

98. 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.

Depuis la parution du décret sur la sécurité anesthésique, les consultations pré-anesthésiques se sont en outre développées ; 3 920 886 consultations ont été déclarées en 2002⁹⁹. Ceci équivaut à près de deux consultations pour trois 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 nécessite 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 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 3.8). Aussi, est-elle réservée aux établissements disposant d'un plateau technique conséquent et fonctionnant 24 heures sur 24, ainsi que de spécialistes en nombre suffisant¹⁰⁰.

Les CHR regroupent 41 % des lits de réanimation...

En 2002, 455 établissements ont déclaré au moins une unité de réanimation : 313 hôpitaux publics dont 78 établissements appartenant à un CHR, 41 hôpitaux privés participant au service public et 101 cliniques privées (tableau 3.23). Les CHR représentent à eux seuls 163 unités et 2 252 lits sur un total de 566 unités et 5 531 lits de réanimation en France. La taille moyenne des unités de réanimation est de 14 lits en CHR, de 9 lits dans les centres hospitaliers et les hôpitaux privés sous dotation globale, de 7 lits dans les cliniques.

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 recueillies en 2002, une faible proportion des établissements ayant une unité de réanimation respecterait cette disposition, puisque 123 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 qualité des données qu'on peut attribuer à la difficulté d'identifier des unités autonomes relevant de cette.

99. 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 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.

100. 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.

Tableau 3.23 – Principales données sur les unités de réanimation déclarées en 2002

	CHR	CH	Privé sous DG	Cliniques sous OQN	Total
Nombre d'établissements ayant déclaré au moins une unité de réanimation	78	235	41	101	455
Nombre d'unités correspondantes	163	251	42	110	566
Nombre de lits	2 252	2 206	343	730	5 531
Nombre d'admissions	87 779	98 491	16 960	53 026	256 256
Part des patients ventilés plus de 48 heures (nombre de répondants)	28 % (sur 54)	30 % (sur 179)	20 % (sur 27)	13 % (sur 33)	
Score Oméga par admission	121 (sur 54)	100 (sur 179)	79 (sur 27)	51 (sur 43)	

Champ : France entière.
Source : SAE 2002, Drees.

La répartition régionale des unités de réanimation et des lits associés n'est pas homogène : la région Pays de Loire est la moins bien dotée avec 5 unités et 47 lits par million d'habitants. 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).

... et assurent, en moyenne, la prise en charge de cas plus graves

256 080 admissions en réanimation ont eu lieu en 2002. Les centres hospitaliers régionaux en ont assuré le tiers, alors qu'ils regroupent 41 % des lits ; les établissements privés sont dans la situation inverse (une plus grande part d'admissions que de lits), les centres hospitaliers représentent 40 % des admissions et 38 % des lits. Cependant, l'activité exercée et la gravité des cas traités diffèrent très sensiblement selon les types d'établissements. 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 28 % dans les CHR, 30 % dans les centres hospitaliers et de seulement 13 % dans les cliniques¹⁰¹. 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. Ce score Omega est de 121 en CHR, de 100 en CH et de 51 dans les 43 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 spécialisés¹⁰², en particulier les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) qui reçoivent, notamment, les infarctus aigus du myocarde à la phase initiale.

101. Cent items renseignés par quarante-trois 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.

102. 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.

137 établissements sans unité de réanimation ont déclaré 893 lits de surveillance continue. Si l'on y ajoute ceux des établissements ayant une activité de réanimation, ceci correspond à 2 508 lits de surveillance déclarés¹⁰³ et plus de 160 000 admissions. Par ailleurs, 227 unités de soins intensifs cardiologiques ont été recensées correspondant à 1 930 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 moitié de ces unités et ont accueilli la même proportion des 174 000 admissions déclarées en 2002. Enfin, 80 établissements ont déclaré des unités de soins intensifs spécialisés dont l'activité n'est pas cardiologique¹⁰⁴.

- L'imagerie, une composante importante des plateaux techniques hospitaliers

En 2002, 814 hôpitaux¹⁰⁵ sous dotation globale¹⁰⁶ ont déclaré au moins une salle de radiologie conventionnelle et en totalisent 2 158 en France métropolitaine. Il faut y ajouter 388 salles de radiologie vasculaires destinés aux angiographies et aux coronarographies ainsi que 1 400 échographes dopplers¹⁰⁷ dans les services d'imagerie. Ce premier état des lieux peut être rapproché des données de l'enquête nationale¹⁰⁸ 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 vasculaire¹⁰⁹. L'ampleur de la réduction ainsi opérée est à mettre en rapport avec l'obsolescence des équipements observée en 1994¹¹⁰. Le coût des nouveaux équipements plus performants, associé à celui de l'acquisition des scanners et IRM qui s'est faite simultanément, a en effet incité les hôpitaux à concentrer leurs efforts et à optimiser l'équipement et l'utilisation de salles. Le nombre moyen d'examens 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 numérisation¹¹¹ 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 % en 1994 à 38 % en 2002.

En ce qui concerne les équipements matériels lourds d'imagerie auxquels ont accès les équipes hospitalières pour leurs patients¹¹², 373 établissements ont déclaré au moins un scanner implanté dans leurs murs, totalisant 431 appareils. Parmi eux, 128 ont également un remnographie (soit un total de 139 IRM) et 115, une unité de médecine nucléaire

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

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

105. 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.

106. 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.

107. 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.

108. 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.

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

110. L'imagerie médicale Inserm.

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

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

ENCADRÉ 3.9 – 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 2002, la SAE enregistre en France métropolitaine 1 451 équivalents temps plein non médicaux consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales, selon les déclarations de 2 437 établissements ou entités¹. Il s'agit de chiffres encore fragiles, car un nombre important d'entités juridiques publiques et d'établissements privés (20 %), ayant essentiellement moins de 400 lits, n'ont pas répondu à cette question. Les entités juridiques publiques et établissements privés de 400 lits et moins consacrent à ce sujet en 2002 en moyenne 0,4 ETP, ceux de 400 à 800 lits 1,6 ETP, ceux de 800 lits et plus 6,0 ETP contre respectivement 0,3 ETP, 1,5 ETP et 4,9 ETP en 2001.

De plus, conformément aux recommandations établies par l'Anaes, la prescription des antibiotiques doit en principe 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 1 236 déclarent dispenser nominativement des antibiotiques². 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 1^{er} juillet 1998, les diverses recommandations³ 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. Environ la moitié des établissements sous dotation globale et 74 % des cliniques privées hors dotation globale 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).

(273 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, 227 hôpitaux offrent l'accès de leur scanner et 110 de leur remnographie à d'autres établissements.

En 2002, le délai d'attente moyen avant d'avoir un examen de scanner pour un patient en consultation externe est de 16 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 (58 heures au lieu de 49 pour un scanner). Ils atteignent 15 jours en CHR pour les patients hospitalisés alors qu'on observe un élargissement des horaires de fonctionnement (66 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 51 sites assurent simultanément une garde sur place et une astreinte de radiologues seniors en permanence, 50 autres une garde et 424 une astreinte à domicile. En outre, des manipulateurs sont également présents ou disponibles 24 heures sur 24 dans 382 établissements. 328 hôpitaux¹¹³ ont enfin indiqué avoir effectué des examens après 20 heures et avant 8 heures ; pour 70 d'entre eux, cela représente 20 examens par nuit en moyenne.

- Les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

En 2002, en France métropolitaine, 653 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont ainsi pris en charge près de 752 000 accouchements dans les 18 389 lits dédiés à cette activité. Parmi ces 752 000 accouchements près de 19 % se font par césarienne, soit une augmentation de 0,7 point en 1 an, et de 5 points depuis 1991. Le secteur sous dotation globale prend en charge environ le tiers (66 %) de cette activité, part qui augmente de 0,5 point par rapport à 2001 (tableau 3.24).

Tableau 3.24 – L'activité des maternités par secteur

Secteur	DG	OQN	Total
Nombre d'établissements	421	232	653
Nombre d'accouchements	496 629	255 578	752 207
Taux de césariennes	18,5 %	19,6 %	18,9 %
Nombre de lits	11 764	6 625	18 389

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE 2001, Drees.

Le nombre de maternités diminue régulièrement, passant de 711 sites en 2000 à 678 en 2001 et à 653 en 2002. Cette réduction du nombre de sites touche davantage les maternités privées, financées dans le cadre de l'objectif quantifié national (-9 % entre 2000 et 2001, -6 % entre 2001 et 2002), que les maternités sous dotation globale (-2,5 % pour les

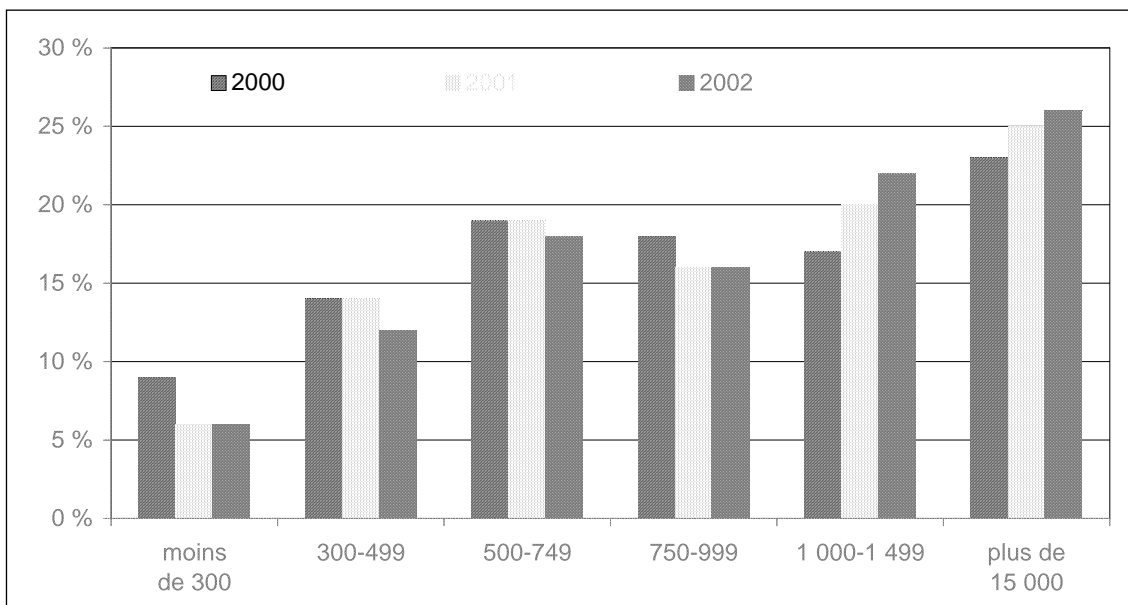
113. Ce chiffre sous-estime la réalité car plus de la moitié des établissements de CHR n'ont pas répondu, y compris ceux qui assurent une mission d'accueil et de traitement des urgences.

deux périodes). Cette diminution s'inscrit dans une tendance de long terme : depuis 1996, le nombre de maternités a diminué de presque 20 %. Conjointement à la baisse du nombre de maternités, le nombre de lits de gynécologie obstétrique s'est réduit de 7 % sur l'ensemble de la période (entre 2001 et 2002 le nombre d'obstétrique uniquement diminue quant à lui de 3 %). Le nombre de lits moyen par maternité est ainsi passé de 30,5 en 1996 à 35,4 en 2002.

Ces divers phénomènes sont allés de pair avec une diminution de la durée moyenne des séjours (de 6,2 jours en 1997 à 5,6 jours en 2002) et une augmentation du taux d'occupation des lits en gynécologie obstétrique (de 69 à 70 %).

Les maternités ont donc concentré leurs capacités d'accueil, et réalisent en moyenne 41 accouchements par lit d'obstétrique en 2002, contre 40 en 2001 et 39 en 2000. Dans le secteur sous dotation globale, un lit d'obstétrique recevait 42 accouchements en moyenne en 2002 contre 38 dans le secteur sous OQN. Les maternités ont également intensifié leur activité, plus du quart d'entre elles (contre 23 % en 2000) réalisant en 2002 plus de 1 500 accouchements et 22 % (contre 17 % en 2000) entre 1 000 et 1 500 accouchements (graphique 3.33). 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 1 150 en 2002.

Graphique 3.33 – Comparaison de la répartition des maternités par niveau d'activité de 2000 à 2002



Champ France métropolitaine.
Source SAE, Drees.

La part du secteur privé sous OQN dans le nombre d'accouchements total a diminué de 4 points en six ans, passant de 38 % en 1996 à 34 % en 2002. 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 avec un recul de 1,5 point entre 2000 et 2002.

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, soit entre 2003 et 2004, et celui réalisé sur la base des équipements installés qui représentent l'état actuel des maternités.

Parmi les 202 maternités autorisées de niveau 2, 193 avaient en 2002 des lits de néonatalogie déjà installés (96 % contre 93 % en 2001). Les 9 maternités de niveau 2, sans lits de néonatalogie sont soit en cours d'installation de ces capacités d'accueil (c'est le cas de 5 d'entre elles), soit en cours de fusion avec un centre de néonatalogie (cas de 4 maternités). Ces 193 maternités disposaient en 2002 de 1 786 lits de néonatalogie.

Pour les maternités autorisées de niveau 3, le décalage est davantage marqué : sur les 59 maternités de niveau 3, 12 ne déclarent pas encore de lits de réanimation néonatale sur le même site et 2 ne déclarent ni lit de réanimation néonatale, ni lit de néonatalogie.

Les maternités de niveau 2 et 3 sont quasi exclusivement des établissements sous dotation globale (respectivement 85 et 97 %) alors que les maternités de niveau 1 sont aussi souvent publiques que privées (tableau 3.25).

Tableau 3.25 – Comparaison entre niveau de maternité autorisé et installé

Niveau		1	2	3	Total
Autorisé	Nombre d'établissements	392	202	59	653
	Accouchements	314 395	297 458	140 354	752 207
	Part des accouchements	42 %	40 %	19 %	100 %
Installé	Nombre d'établissements	403	203	47	653
	Accouchements	330 915	306 284	115 008	752 207
	Part des accouchements	44 %	41 %	15 %	100 %

Champ : France métropolitaine.
Source : SAE, Drees.

Entre 1996 et 2002, on observe un déport des accouchements vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2002, 56 % des accouchements ont eu lieu dans les 250 maternités disposant d'un service 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.

Les maternités prennent en charge d'autant plus de femmes « à risque obstétrical » important que leur niveau est lui-même élevé. Il est donc logique que les taux de césariennes soient plus élevés dans les maternités de niveau 3 (20,4 %), sachant qu'il est le même dans les maternités de niveaux 1 et 2. Le taux de césarienne varie également en fonction du

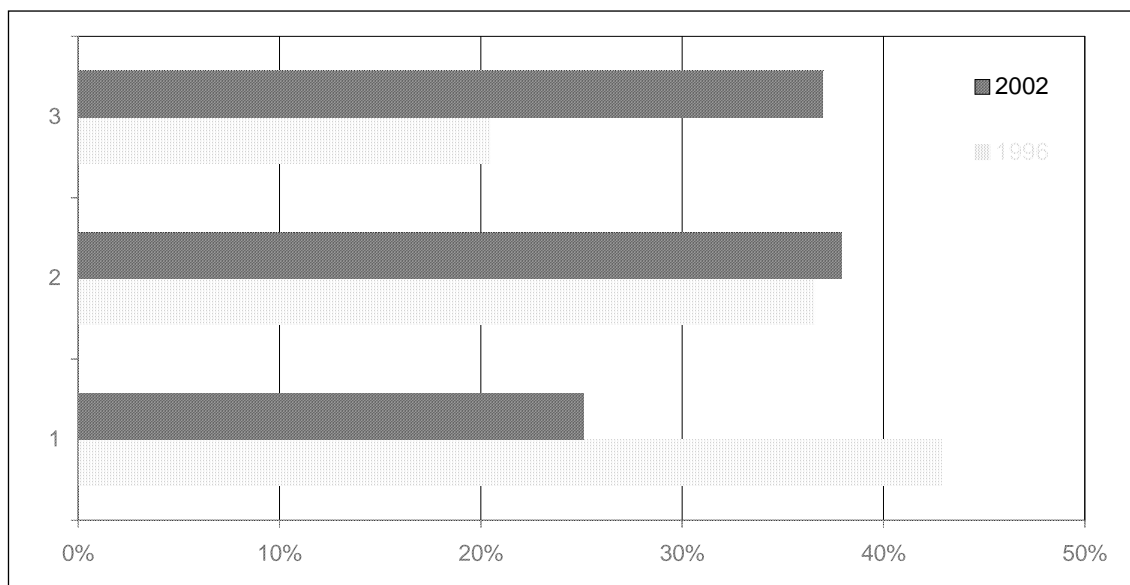
mode de financement de la maternité. Ainsi pour les maternités de niveau 1 et 2¹¹⁴, le taux de césarienne est plus élevé dans les établissements privés sous OQN (respectivement 19,3 et 20,5 %) que dans les établissements privés sous dotation globale (respectivement 18,1 et 19,1 %), et dans les maternités publiques (respectivement 17 et 17,9 %).

L'évolution de la prise en charge des risques à travers un indicateur : la naissance multiple

En 2002, 2,8 % des naissances (environ 21 500) 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 de niveau 2 et 3 ont accueilli 75 % de ces naissances en 2002 contre 57 % en 1996, soit une augmentation de 18 points. Cette hausse s'est faite essentiellement au profit des maternités de niveau 3 (+16 points et +1,5 point pour les maternités de niveau 2). Entre 1996 et 2002, l'adéquation entre le niveau de risque encouru par ces nouveaux-nés et l'environnement pédiatrique de la maternité s'est donc beaucoup amélioré (graphique 3.34).

Graphique 3.34 – Comparaison de la prise en charge des naissances multiples entre 1996 et 2001 selon le niveau des établissements



Champ France métropolitaine.
Source SAE, Drees.

114. Les maternités de niveau 3 sont quasiment toutes publiques.

III.2.8 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. 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.

- Un usage de l'hôpital complémentaire à celui de la médecine de ville

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, assez 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 quarts des usagers des urgen-

ces 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 des éléments qui entrent dans cette 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 patient, 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'usagers¹¹⁵. 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, à 5 954 patients en 2000, 5 978 en 2001 et 6 096 en 2002, de rencontrer à leur demande un médecin conciliateur : 3 502 en 2000, 3 859 en 2001 et 4 035 en 2002 dans les hôpitaux publics, 2 452 en 2000, 2 119 en 2001 et 2 061 en 2002 dans les hôpitaux et cliniques privées¹¹⁶.

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

116. En 2002, 983 établissements ou entités ont déclaré au moins un patient vu par le conciliateur, en moyenne 10 dans le public et 4 dans le privé (ce qui s'explique par la taille beaucoup plus importante des entités publiques).

III.3 Les établissements médico-sociaux

III.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 retraite¹¹⁷.

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 les personnes étaient autonomes et 89 si elles étaient rattachées à un hôpital. Les logements-foyers, quant à eux, ont, en moyenne, une cinquantaine de places¹¹⁸. 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 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).

117. 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.

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

- 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). Les 1 750 services¹¹⁹ de soins infirmiers recensés sur le territoire français en 2002 proposent un peu plus de 71 000 places aux personnes âgées de 60 ans et plus (96 % de leur clientèle), ce qui représente un taux d'équipement national d'environ 16 places installées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. 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 de la 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.

III.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.

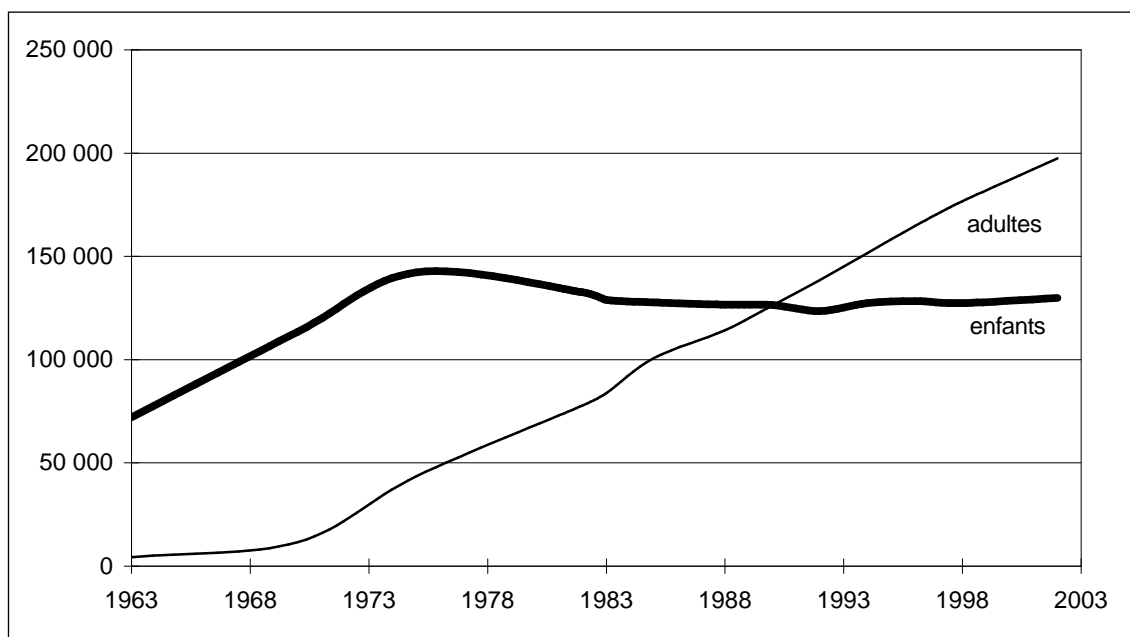
¹¹⁹. Finess 2002.

- 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 3.35). 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 100 % en 2001, ce qui correspond à la saturation de leurs capacités d’accueil (tableau 3.26). 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, 12 000 places d’internat ont été fermées ou reconverties alors que 15 000 places en Sessad étaient créées en France métropolitaine (tableau 3.27).

Graphique 3.35 – 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.

Champ : France métropolitaine.

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

Tableau 3.26 – Taux d'occupation des différents types d'établissements pour enfants handicapés

	Effectif présent	Capacité	Taux d'occupation
Établissement pour enfant déficients intellectuels	69 772	69 556	100,31 %
SESSAD	22 922	21 743	105,42 %
Instituts de rééducation	15 391	15 617	98,55 %
Établissements pour enfants polyhandicapés	4 165	4 210	98,93 %
Établissements pour enfants déficients moteurs	7 155	7 313	97,84 %
Établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients visuels	1 837	1 998	91,94 %
Instituts d'éducatons sensorielle pour enfants déficients auditifs	5 513	6 455	85,41 %
Instituts d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles	713	939	75,93 %

Champ : France métropolitaine.
Source : enquête ES 2001.

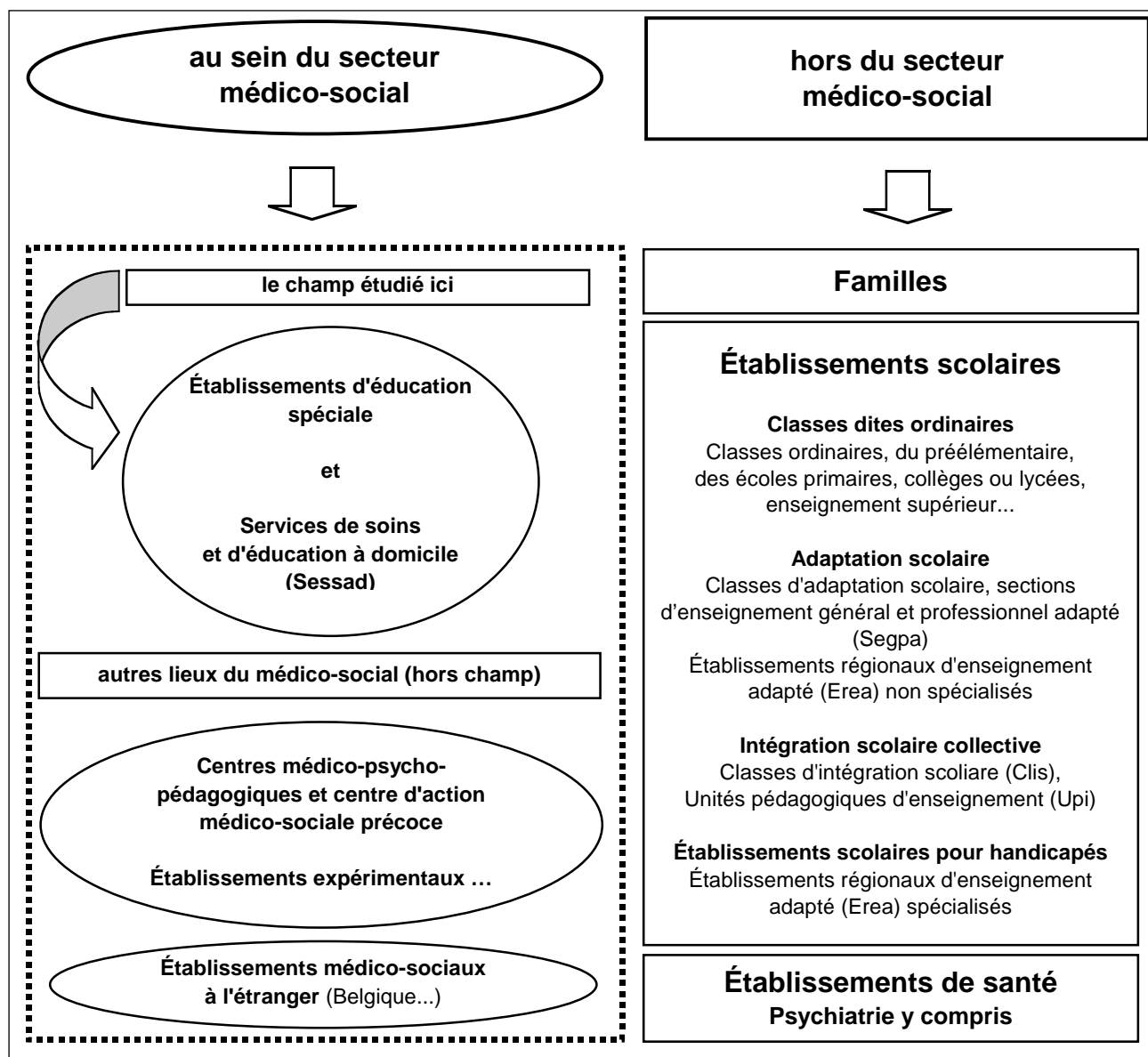
Tableau 3.27 – Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour enfants handicapés

données au 31 décembre 1987 et 2001

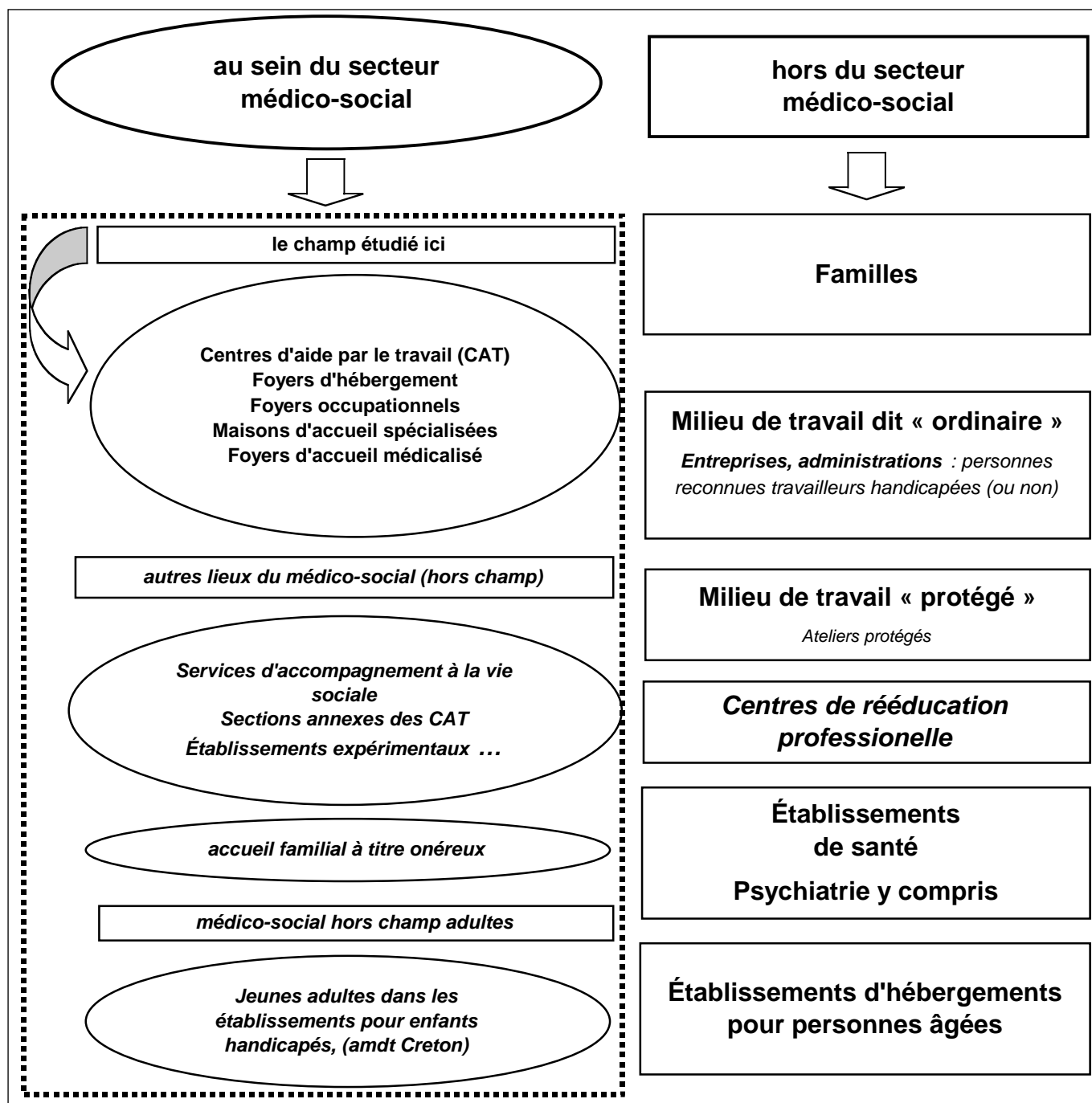
	Structures		Places				Taux d'équipements (TE)		
	Nombre		Nombre de places installées		Évolution du nombre de places		TE pour 1 000 habitants 0-19 ans		Évolution du TE moyen
	1987	2001	1987	2001	1987/2001	1987/2001	1987	2001	1987/2001
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels (1)	1 265	1 178	83 228	69 556	-13 672	-16 %	5,25	4,64	-12 %
Établissements pour enfants polyhandicapés (1)	14	154	522	4 210	3 688	707 %	0,03	0,28	835 %
Instituts de rééducation (1)	265	342	13 363	15 617	2 254	17 %	0,84	1,04	24 %
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (1)	128	121	8 231	7 313	-918	-11 %	0,52	0,49	-6 %
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	-22 %
Services autonomes et non autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile	279	898	6 577	21 743	15 166	231 %	0,41	1,45	253 %
Ensemble des établissements et services d'éducation spéciale	2 095	2 837	124 680	127 831	3 151	3 %	7,86	8,52	8 %

(1) Uniquement les places installées en internat et semi-internat.
Champ : France métropolitaine.
Source : Drees / Enquêtes ES - Population : INSEE - projection omphale.

ENCADRÉ 3.10 – PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL
DES ENFANTS HANDICAPÉS



ENCADRÉ 3.11 – PRINCIPAUX LIEUX D'ACCUEIL
DES ADULTES HANDICAPÉS



- 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 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 places en foyer occupationnel, en maison d'accueil spécialisée et en foyer d'accueil médicalisé contribuent également à cette croissance (tableau 3.28). Le plan pluriannuel 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 3.29).

Tableau 3.28 – Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour adultes handicapés

données au 31 décembre 1987 et 2001

	Structures		Places				Taux d'équipements (TE)		
	Nombre		Nombre de places installées		Évolution du nombre de places		TE pour 1 000 habitants 20-59 ans		Évolution du TE moyen
	1987	2001	1987	2001	1987/2001	1987/2001	1987	2001	1987/2001
Centres d'aide par le travail	990	1 388	64 362	97 378	33 016	51 %	2,17	3,06	41 %
Foyers d'hébergement	935	1 289	30 915	40 357	9 442	31 %	1,04	1,27	22 %
Foyers occupationnels	345	1 072	13 755	34 453	20 698	150 %	0,46	1,08	135 %
Maisons d'accueil spécialisées	118	356	4 711	14 342	9 631	204 %	0,16	0,45	181 %
Foyers à double tarification	nd	274	nd	8 978	nd	nd	nd	0,28	nd
Ensemble des établissements pour adultes handicapés	2 388	4 105	113 743	195 508	81 765	72 %	3,83	6,14	60 %

Champ : France métropolitaine.

Source : Ministère en charge des affaires sociales, Drees / Enquêtes ES - Population : INSEE - projection omphale.

- 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).

Tableau 3.29 – Taux d'occupation des différents types d'établissements pour adultes handicapés

	Effectif présent	Capacité	Taux d'occupation
Centres d'aide par le travail	95 507	97 378	98 %
Foyers d'hébergement	38 021	40 357	94 %
Foyers occupationnels	33 808	34 453	98 %
Maisons d'accueil spécialisées	13 897	14 342	97 %
FDT/FAM	8 825	8 978	98 %

Champ : France métropolitaine.
Source : enquête ES 2001.

ENCADRÉ 3.12 – 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.

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels demeurent, avec plus de 70 000 places, les structures médico-éducatives les plus répandues. Ils comptent plus de la moitié des places installées dans ce secteur (tableaux 3.26 et 3.27). 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 21 800 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.

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 3.28). 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 23 % et 43 % 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 confirme¹²⁰.

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 rencontrées. 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, 14 % des enfants et adolescents et 23 % des adultes étaient placés hors de leur département. Environ 4 % des enfants et 10 % des adultes sont accueillis dans un département non limitrophe à leur département d'origine. Cette proportion de personnes d'origine plus lointaine a d'ailleurs 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.

120. 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.

Indicateurs de suivi des objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique

Point d'étape

L'annexe A du PLFSS relative aux données sanitaires et sociales propose ici une synthèse des premiers résultats du groupe d'experts réuni par la Drees et la DGS pour sélectionner et définir de façon opérationnelle les indicateurs pertinents et accessibles pour le suivi des objectifs proposés dans le cadre du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

À ce stade, les indicateurs sélectionnés pour le suivi de 35 objectifs sont présentés ici de façon succincte en rapport avec les thèmes suivants: alcool, tabac, cancer, santé et l'environnement, maladies infectieuses, traumatologie et périnatalité.

Principes méthodologiques

Les objectifs de santé publique inscrits dans le rapport annexé à la loi portent le plus souvent sur des résultats à atteindre en termes d'évolution de l'état de santé ou de l'exposition à un facteur de risque. Les indicateurs à définir doivent donc en principe être le reflet le plus direct possible de ces états de santé ou de ces expositions.

Dans quelques cas, par exemple lorsque l'objectif fait explicitement référence à une stratégie d'action spécifique, ou lorsque l'état de santé visé n'est pas mesurable de façon régulière, il peut être nécessaire de définir des indicateurs correspondant à des résultats d'actions ou de programmes, en complément ou à la place d'indicateurs de l'état de santé que ces actions cherchent à améliorer.

La définition des indicateurs a également parfois nécessité des clarifications ou des interprétations de la formulation des objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi. Les indicateurs retenus par le groupe d'experts et, le cas échéant, des indicateurs complémentaires, sont présentés ci-après sur un tableau récapitulatif relatif à chaque objectif. Un nombre limité d'indicateurs (35) pour lesquels cette sélection est achevée, est présenté ici. La pertinence de la production de chaque indicateur, ou d'indicateurs approchés, au niveau régional est envisagée de façon systématique, compte tenu de l'importance de ce niveau pour la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Au-delà des indicateurs directement liés à ces objectifs spécifiques, l'appréciation de l'état sanitaire en France repose sur l'analyse d'indicateurs transversaux : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues ou encore santé perçue, santé fonctionnelle, accès au soins etc. qui sont la base des comparaisons internationales et servent à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français. Un travail d'analyse sera également fait en ce sens pour préciser les indicateurs transversaux indispensables à l'appréciation globale de l'état de santé de la population et au pilotage de la politique de santé. Il s'agit pour la plupart d'indicateurs déjà évoqués dans le chapitre I de cet ouvrage.

Chaque indicateur, transversal ou spécifique, représente en soi un aspect de l'état de santé d'une population donnée à un temps donné. L'interprétation des évolutions ou de comparaisons nécessite de prendre également en compte des éléments de contexte, qui peuvent être de plusieurs types. Les contextes démographique, bien sûr, mais aussi socio-économique 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 entendu d'une modification de son état de santé ; ce mécanisme, bien connu, est généralement traité dans les statistiques nationales et internationales en construisant des indicateurs standardisés par sexe et âge. Mais les caractéristiques socio-économiques des personnes ou des ménages nécessitent également d'être prises en compte pour analyser, par exemple, les disparités régionales de situations d'alcoolisation excessive, de suicide ou de recours aux examens de prévention. Les indicateurs de contexte ou les variables à prendre en compte, ainsi que les opérations de standardisation, de stratification ou d'ajustement indispensables pour les comparaisons régionales,

internationales et temporelles ainsi que pour la compréhension des évolutions seront précisés dans le cahier des charges final, parallèlement à la description précise de chaque indicateur.

Le cahier des charges des travaux permettant de disposer des indicateurs retenus pour le suivi des objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi à l'horizon de la mi-2005 sera achevé et diffusé d'ici la fin de l'année.

Quelques constats sur les sources statistiques mobilisées

Selon leur niveau de disponibilité, quatre catégories d'indicateurs ont été distinguées.

Les indicateurs d'ores et déjà 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 (ESPS)* du CreDES, les enquêtes Insee sur les Conditions de vie ou l'Enquête nationale décennale sur la Santé... Certains sont disponibles en routine sur une base annuelle, d'autres sur une base moins fréquente, mais régulière.

D'autres données sont potentiellement disponibles, mais leur utilisation pour obtenir les indicateurs souhaités nécessite certains approfondissements méthodologiques. C'est le cas, pour le PMSI, pour l'utilisation du chaînage des séjours des patients, par exemple. Certaines sources actuellement peu mobilisées mériteraient en outre des investigations supplémentaires, comme les données des centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie.

D'autres systèmes sont en cours de développement, comme le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram), qui contiendra l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales.

Certains indicateurs, enfin, correspondent à des objectifs envisagés par le rapport annexé à la loi mais ne peuvent être obtenus à partir du système d'information actuel. Leur production nécessite un effort d'élaboration et de spécification ainsi que la définition des supports d'information nécessaires à leur collecte. Il s'agira alors souvent d'envisager des enquêtes *ad hoc*, notamment auprès des populations ou des usagers du système de soins. La mise en œuvre de ces opérations mobilisera des moyens statistiques spécifiques, et leur méthodologie comme leur périodicité seront précisées et coordonnées.

La définition des indicateurs les plus complexes 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.

La production d'indicateurs au niveau régional

Seuls les indicateurs définis à partir des données exhaustives (données de mortalité, PMSI, ALD) permettent d'obtenir directement les indicateurs souhaités au niveau régional ou infra-régional.

Les dispositifs d'enquête portant sur des échantillons définis au niveau national permettent en revanche rarement de produire des indicateurs régionaux. Un travail de modélisation est alors nécessaire pour préciser la part respective des déterminants sociodémographiques et des déterminants spécifiquement régionaux dans les variations interrégionales observées pour divers aspects de santé. Ceci peut permettre de produire des estimations régionales extrapolées à partir de données nationales en fonction des caractéristiques structurelles, démographiques et sociales, de la population de chaque région. Il peut toutefois aussi être souhaitable de produire des estimations fondées sur des données locales, notamment pour rendre compte de l'impact spécifique éventuel des politiques mises en œuvre dans une région donnée.

(Thématiques, objectifs du rapport annexé et indicateurs de suivi)

Alcool et Tabac

- Objectif n° 1*302
Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)
- Objectif n° 2*303
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance
- Objectif n° 3*304
Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)
- Objectif n° 4*305
Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

Santé et Environnement

- Objectif n° 18*306
Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2 % en 1999 à 1 % en 2008
- Objectif n° 19*307
Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE)
- Objectif n° 20*308
Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NO_x, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)
- Objectif n° 21*309
Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008
- Objectif n° 22*310
Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides
- Objectif n° 23*311
Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) 12
- Objectif n° 24*312
Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l'Écologie, INRETS)

Maladies infectieuses

- Objectif n° 25*313
Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses

<i>Objectif n° 36</i>	314
<i>Infection VIH – Sida</i> : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)	
<i>Objectif n° 37</i>	315
<i>Hépatites</i> : 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	
<i>Objectif n° 38</i>	316
<i>Tuberculose</i> : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008	
<i>Objectif n° 39</i>	317
<i>Grippe</i> : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %) et personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008	
<i>Objectif n° 40</i>	318
<i>Maladies diarrhéiques</i> : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au delà)	
<i>Objectif n° 41</i>	319
Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2	
<i>Objectif n° 42</i>	320-321
<i>Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale</i> : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux ages appropriés en 2008 (aujourd'hui 83 à 98 %)	
<i>Objectif n° 43</i>	322
<i>Infections sexuellement transmissibles</i> : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008	

Santé Périnatale

<i>Objectif n° 44</i>	323
Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008	
<i>Objectif n° 45</i>	324
Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008	
<i>Objectif n° 46</i>	325
<i>Grossesses extra-utérines</i> : diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité	
<i>Objectif n° 47</i>	326
<i>Santé périnatale</i> : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	

Cancer

<i>Objectif n° 48</i>	327
<i>Cancer du col de l'utérus</i> : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV	

<i>Objectif n° 49</i>	328
<i>Toutes tumeurs malignes</i> : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients	
<i>Objectif n° 50</i>	329
<i>Cancer du sein</i> : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans	
<i>Objectif n° 51</i>	330
<i>Cancer de la peau, mélanome</i> : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome	
<i>Objectif n° 52</i>	331
<i>Cancer de la thyroïde</i> : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens	
<i>Objectif n° 53</i>	332
<i>Cancer colorectal</i> : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage	

Traumatologie

<i>Objectif n° 92</i>	333
<i>Suicide</i> : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).	
<i>Objectif n° 93</i>	334
<i>Traumatismes non intentionnels dans l'enfance</i> : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008	

Objectif n° 1
Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %
(passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt d'ici à 2008)

L'objectif fait indirectement référence aux estimations de *World Drink Trend* (WDT), dont on ne connaît pas précisément le mode de calcul. Ces estimations sont différentes de celles produites chaque année, par exemple, par l'Insee et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Dans la mesure où le mode de calcul doit être validé, il est apparu préférable de privilégier la source nationale coordonnée par l'OFDT.

En termes de dénominateur utilisé pour le suivi de la consommation d'alcool, il s'avère plus pertinent de suivre la population des 15 ans ou plus, qui est la population effectivement concernée par la consommation d'alcool.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus	OFDT et groupe IDA en associant l'Insee	Non	Annuelle	

Objectif n° 2
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool
et prévenir l'installation de la dépendance

Objectif préalable

Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue)

Les mésusages de l'alcool sont définis soit par leurs conséquences (abus, utilisation nocive pour la santé, dépendance), soit en terme de quantités absorbées (usage à risque).

L'âge moyen d'initiation à l'alcool peut être très précoce et risque d'être difficile à définir du fait de l'intégration de ce produit aux rites festifs de notre société. Il n'a pas été retenu pour le suivi de cet objectif.

L'ivresse déclarée est plutôt un phénomène juvénile¹, par ailleurs fort subjectif. Au niveau international, cet indicateur est présent dans les enquêtes auprès des jeunes, mais absent des bases de données internationales sur les adultes. Pour les jeunes, c'est l'indicateur d'ivresse « régulière » (au moins 10 dans l'année) qui semble le plus pertinent comme indicateur d'usage à risque². Il a été retenu pour les jeunes âgés de 17 et 18 ans.

L'indicateur portant sur la consommation déclarée d'alcool pendant la grossesse est considéré comme peu fiable dans l'état actuel des choses, dans la mesure où il existe une sous-déclaration importante. Il existe un besoin de travaux spécifiques sur les modalités de recueil d'informations valides sur la consommation d'alcool des femmes enceintes.

Des indicateurs, principalement issus d'enquêtes déclaratives en population générale, portant sur la consommation à risque, l'abus et la dépendance apparaissent indispensables. Le test DETA est un indicateur qui renseigne sur la prévalence déclarée de la dépendance ou de l'abus d'alcool dans la vie. Sa sensibilité semble toutefois insuffisante et cet indicateur aurait surtout un intérêt pour les comparaisons temporelles. Il est donc apparu souhaitable d'ajouter un indicateur sur les consommations d'alcool à risque, intégrant les notions de fréquences et de quantités pour la population des 15 ans ou plus. Cet indicateur sera produit à partir des trois premières questions du test AUDIT.

Le nombre (et la proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec une alcoolémie supérieure au seuil légal autorisé est un indicateur des risques immédiats associés à la consommation d'alcool.

La mortalité attribuable à l'alcool (maladies alcooliques du foie, psychoses alcooliques, et cancers des voies aéro-digestives supérieures) est un indicateur complémentaire retenu par le groupe d'experts du fait de son importance en France. C'est un indicateur disponible au niveau national et régional.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool (15 ans ou plus)	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, Irdes, OFDT) 3 premières questions du test Audit	Sexe, classe d'âge et CSP	Bisannuelle	Oui
Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance au cours de la vie (15 ans ou plus)	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, Irdes, OFDT) test Deta	Sexe, classes d'âge et CSP	Bisannuelle	Oui
Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif	Fichier national des accidents de la circulation	Sexe, classes d'âge et catégories d'usagers	Annuelle	Oui
Prévalence déclarée des ivresses régulières (chez les 17-18 ans)	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, Irdes, OFDT)	Sexe	Bisannuelle	Oui
(Nombre de décès), taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique (ou mortalité attribuable à une consommation chronique d'alcool)	Inserm CépiDc	Sexe et classes d'âge	Annuelle	Oui

1. Baromètre santé Inpes : plus de 3 ivresses dans l'année : 14 % à 19 ans, mais < à 1 % après 45 ans.

2. *Escapad* : il concerne 11 % des garçons et 3 % des filles de 17 et 18 ans.

Objectif n° 3
Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25%
chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici 2008
(en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)

L'indicateur souhaitable est appelé « âge moyen d'expérimentation » de la première cigarette. Il a été proposé comme facteur de risque de la persistance du tabagisme en effet, plus l'âge d'expérimentation est précoce, plus le risque de dépendance est important. Il a été décidé de retenir la tranche d'âge des 17-18 ans, afin de suivre cet indicateur dans les générations successives de jeunes.

L'âge moyen de début d'un usage quotidien a également été retenu par le groupe d'experts. La tranche d'âge la plus pertinente est celle des 17-18 ans, en cohérence avec l'indicateur précédent.

L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien est présent dans de nombreuses enquêtes déclaratives en population générale. Il sera complété par la prévalence des fumeurs quotidiens selon la quantité de cigarettes fumées par jour. Les seuils de référence sont : \leq 10 cigarettes par jour (un demi paquet par jour) ; 11 à 20 (un paquet par jour) ; 21 ou plus (plus d'un paquet par jour).

La prévalence du tabagisme pendant la grossesse est également retenue. Il sera utile de disposer également du pourcentage de fumeuses avant la grossesse.

La mortalité par cancer du poumon, reflet de la mortalité attribuable au tabac, est enfin apparue comme un indicateur important à intégrer, avec les précautions d'interprétation nécessaires du fait des délais entre le début du tabagisme et la survenue du décès.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Prévalence des fumeurs quotidiens et prévalence selon la quantité de cigarettes consommées par jour				
15 à 75 ans	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, Irdes, OFDT)	Sexe, classes d'âge et CSP	Annuelle	Oui
Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse	Enquête nationale périnatale	Classes d'âge et CSP	Triennale	Oui
Age moyen d'expérimentation du tabac et âge moyen de début d'usage quotidien : 17-18 ans	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, OFDT)	Sexe	Bisannuelle	Oui
(Nombre de décès), taux brut et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon	INSERM CépiDC	Sexe et classes d'âge	Annuelle	Oui

Objectif n° 4
**Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale),
 les lieux de loisirs et l'environnement professionnel**

Objectif préalable

L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire le dispositif de mesure.

Le tabagisme passif dans les établissements scolaires est en premier lieu celui subi par les élèves. Pour les enseignants, la question rejoint celle, plus générale, de l'environnement professionnel.

L'objectif n'identifie pas les « lieux de loisirs » concernés, mais les principaux sont suggérés dans la présentation des indicateurs souhaitables : restaurants, discothèques. Cette liste n'est pas limitative.

Concernant le dispositif de mesure pour les lieux de loisirs et les lieux de travail, il existe plusieurs possibilités : les enquêtes en population générale (population estimant subir le tabagisme passif dans ces différents lieux) et les enquêtes sur les lieux considérés (proportion de lieux respectant la réglementation).

Pour le milieu scolaire, l'enquête de l'Institut d'Observation et de décision (IOD) et de l'OFDT sur l'application de la loi Evin dans les établissements scolaires fournit des indicateurs de la proportion déclarée d'établissements avec des emplacements réservés aux fumeurs (pour les élèves d'une part et les personnels d'autre part) d'après les déclarations des chefs d'établissements ainsi que celles des jeunes et des personnels.

Pour la population générale :

- plusieurs questions dans le Baromètre Santé peuvent fournir des informations approchées.
- une question dans l'enquête décennale santé sur le tabagisme passif en milieu professionnel (existence, durée).
- une question dans l'enquête EROPP 2002 porte sur l'intensité du tabagisme subi dans la vie quotidienne.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Proportion d'établissements scolaires où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés				
Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés				
Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés				
Pourcentage de personnes qui déclarent être exposées au tabac : - à domicile - en milieu professionnel - dans les lieux de loisirs	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, OFDT)	Sexe, classes d'âge	Bisannuelle	Oui
Pourcentage de jeunes (17-18 ans) qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire	Enquêtes déclaratives (Inpes, Insee, OFDT)	Sexe	Bisannuelle	Oui

Objectif n° 18

Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/l ; passer de 2 % en 1999 à 1 % en 2008

Cet indicateur sera produit par l'InVS au niveau national et par régions, mais sans déclinaison selon les groupes à risque : l'organisation d'une nouvelle enquête de prévalence est en effet en cours, mais elle devra par la suite être répétée à intervalles réguliers.

L'approche complémentaire selon les groupes à risque est constituée par deux indicateurs qui mesurent l'activité de dépistage : le nombre d'enfants ayant fait l'objet d'un dépistage par région et par ville et la proportion d'enfants atteints de saturnisme parmi ceux qui sont dépistés.

Des éléments de contexte devront être pris en compte pour l'analyse des évolutions notamment la distribution des sources d'exposition : habitat ancien dégradé et pollutions industrielles. Pour l'habitat, la DGS réalise des bilans annuels à partir de différentes sources (enquêtes déclaratives en population générale : données sur le confort du logement corrélées au risque plomb, dépistage obligatoire lors des ventes et, dans le futur, lors des locations), en collaboration avec le ministère du logement. Pour les pollutions industrielles : le ministère de l'Environnement est susceptible de donner des informations par région.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie > 100 µg/l en population générale	Enquête de prévalence InVS		Première en 2005 Périodicité à définir	Oui
Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme par région, par ville	Système national de surveillance du saturnisme infantile et DO	Groupes à risque	Annuelle	Non exhaustif
Proportion des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l parmi ceux qui ont été dépistés	Système national de surveillance du saturnisme infantile et DO	Groupes à risque	Annuelle	
Distribution des sources d'exposition : Habitat ancien dégradé, pollutions industrielles	DGS/MEDD			

Objectif n° 19
Bâtiments publics : réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE)

L'objectif porte sur le risque dû à la présence d'un taux de radon et nécessite d'appréhender l'évolution des taux mesurés dans les bâtiments publics.

Les indicateurs retenus par le groupe d'experts sont les suivants :

- pourcentage des établissements d'enseignement et des établissements sanitaires et sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m³ dans les 31 départements considérés comme prioritaires.
- pourcentage de bâtiments pour lesquels un dépistage a été réalisé.
- pourcentage de bâtiments dépistés effectivement traités sur les bâtiments dépistés.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Pourcentage d'établissements scolaires et médico-sociaux ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m ³ parmi ceux des 31 départements considérés comme « prioritaires »	Estimation DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)
Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département	Recueil systématique DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)
Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les taux de radon sont descendus au dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil	Recueil systématique DGS - InVS et IRSN		Annuelle	Départemental (dans les 31 départements prioritaires)

Objectif n° 20

Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NO_x, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002)

Ce sont les polluants réglementés dans l'air ambiant qui sont visés par cet objectif.

Concentrations en particules : l'indicateur retenu est fondé sur des données actuellement mesurées de façon régulière sur l'ensemble du territoire. En effet, les paramètres mentionnés dans l'objectif ne sont pas tous actuellement disponibles : les systèmes de surveillance de la qualité de l'air ne prennent pas en compte les particules ultrafines, pour lesquelles des investigations pourraient être renforcées. Pour les particules fines, on parle de particules PM10 (actuellement mesurées par toutes les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air), et PM2,5 (particules fines, qui ne sont mesurées que par certaines associations).

Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour chaque polluant : Une estimation du nombre de personnes soumises à des dépassements des seuils réglementaires d'information ou d'alerte sera fournie par l'ADEME.

Retentissement sur la santé : L'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine procède d'une démarche aujourd'hui bien définie. Elle nécessite des données localisées sur les niveaux d'exposition à la pollution, la mortalité et les admissions hospitalières, ainsi que la connaissance des relations entre les indicateurs sanitaires et l'exposition afin de calculer, pour la zone considérée, le nombre de cas attribuables à la pollution atmosphérique, en terme de décès ou d'hospitalisations. Ces indicateurs sont aujourd'hui bien standardisés et sont utilisés à l'échelle européenne. Un indicateur d'impact de la pollution atmosphérique urbaine à court terme et à long terme pour les zones urbaines pour lesquelles il existe des niveaux d'exposition ou pour des zones similaires sera calculé par l'InVS.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, NO _x , SO ₂ , O ₃ dans l'air ambiant	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA/ADEME		Annuelle	Oui Niveaux de résolution variables sur le territoire national
Fréquence de dépassement des seuils légaux (une mesure par polluant)	Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air AASQA/ADEME		Annuelle	Oui Niveaux de résolution variables sur le territoire national
Nombre de personnes exposées à des dépassements des seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO ₂ et Ozone)	Estimation ADEME		Annuelle	Oui
Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés	InVS sur la base d'un programme Inter-CIRE		Quinquennal	Zones où la mesure d'exposition est réalisée et zones similaires

Objectif n° 21

Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : réduire les rejets atmosphériques : - 40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010 ; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 ; - 50 % pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008

En plus des indicateurs sur les émissions, des indicateurs permettant de suivre l'évolution des niveaux d'exposition sont également apparus nécessaires.

Émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques : Les émissions de composés organiques volatils sont approchées par un produit traceur, le benzène, et celle de métaux lourds, par le plomb. Ces données seront fournies par le Citepa pour les zones et villes où des mesures sont effectuées (à noter que pour les dioxines, il existe une certaine marge d'incertitude des mesures).

Zones et agglomérations touchées par des dépassements des seuils réglementaires pour certains polluants : cet indicateur fera l'objet d'une estimation de l'Ademe pour les métaux toxiques et les composés organiques volatils (benzène).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Emissions totales et sectorielles de : composés organiques volatils dioxines métaux toxiques	Citepa		Annuelle	Oui
Zones et agglomérations touchées par des dépassements des seuils réglementaires pour : les métaux toxiques les composés organiques (benzène)	Estimation Ademe		Annuelle	Oui

Objectif n° 22

Qualité de l'eau : diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides

Cet objectif est exprimé en termes de respect des normes, la directive européenne : 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine fixant les paramètres à contrôler.

L'eau distribuée doit répondre à des exigences de qualité fixées par le Code de la santé publique qui détermine, en outre, la fréquence des contrôles sanitaires devant être effectués.

Pesticides : La diversité des pesticides étant importante, ils ne peuvent être tous recherchés systématiquement lors du contrôle sanitaire des eaux : ce sont donc les autorités sanitaires qui déterminent les pesticides à étudier à l'échelon local en fonction du contexte agricole (cultures, pesticides employés...).

L'indicateur retenu prendra en compte les analyses réalisées à la sortie des installations de production au cours des trois dernières années, cette période d'observation étant rendue nécessaire par la faible fréquence des analyses de pesticides pour les petites unités de distribution (inférieure à une par an).

Paramètres microbiologiques : Les analyses microbiologiques sont plus fréquentes dans la mesure où ces paramètres déterminent le risque microbien immédiat (Plus de 350 000 analyses microbiologiques sont réalisées chaque année). Compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage, la conformité des eaux pour ces paramètres se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologique (Escherichia coli et entérocoques) pour 95% des prélèvements annuels. On estime aujourd'hui à environ 5 % la part de la population qui n'est pas desservie par de l'eau de bonne qualité microbiologique.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques Estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non-conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire.	DDASS / DGS		Annuelle	Oui
Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides Estimée par le rapport de la somme des débits d'eau produits dont la qualité de l'eau n'a pas été conforme en permanence au cours des trois dernières années sur la somme des débits d'eau produits.	DDASS / DGS		Annuelle	Oui

Objectif n° 23
Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)
Objectif préalable
Préciser les estimations de la mortalité (actuellement 150 à 300 décès annuels)

Nombre annuel de décès par intoxication au CO

L'indicateur de mortalité répond au suivi de l'objectif et paraît robuste. Il faudra toutefois soustraire les décès dus à des intoxications au CO par suicide ou incendie, qui n'entrent pas dans la problématique de l'objectif. Pour évaluer la validité de cet indicateur, une enquête spécifique sur la qualité de la certification et sur la codification devra être envisagée.

Nombre d'intoxications au CO signalées sur l'ensemble du territoire

Dans la mesure où l'intoxication par le CO comporte aussi des risques sanitaires non létaux, il sera souhaitable à l'avenir d'interpréter l'objectif dans un sens plus large et d'envisager des indicateurs mesurant l'évolution des intoxications non mortelles.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)	Inserm CépiDc et InVS	Sexe, classes d'âge	Annuelle	Oui

Objectif n° 24

Bruit : réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (Ministère de l'écologie, INRETS)

Une directive européenne de 2002 oblige les grandes agglomérations (de plus de 250 000 habitants), ainsi que les grandes infrastructures routières et ferroviaires et les grands aéroports à se doter d'une carte globale du bruit. Cette directive est en cours de transposition mais la date limite pour la réalisation des premières cartes est le 30 juin 2007. Quelques villes ont déjà réalisé leur carte de bruit³ sur la base des modélisations qui n'ont pas été totalement validées.

Des indicateurs sur l'exposition au bruit sont actuellement en cours d'élaboration par l'OMS. Par ailleurs, il existe des expérimentations avec des indicateurs intégrés dans le temps : mesures d'exposition au bruit au cours de la journée (individus porteurs d'un sonomètre sur la journée). Ce type de mesure correspondrait mieux à l'exposition effective de la population dans ses différents milieux de vie. En ce qui concerne la musique amplifiée, des mesures sont réalisées par les DDASS et les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), lorsqu'elles vérifient la conformité des établissements aux dispositions du décret n° 98-1143 (niveau moyen limité à 105 dB à l'intérieur des locaux).

Dans un premier temps, la mise en place de ces systèmes de mesure devra être suivie au cours du temps, sachant que la population couverte sera limitée.

La proposition de mise en place d'un indicateur de suivi du « bruit ressenti », tel qu'il peut être déclaré dans les enquêtes en population générale, a été discutée au sein du groupe d'experts. Ces enquêtes ne prennent en compte que les effets subjectifs du bruit (gêne notamment) qui dépendent de nombreux facteurs : des facteurs individuels, des facteurs contextuels (un bruit choisi est moins gênant qu'un bruit subi, un bruit prévisible est moins gênant qu'un bruit imprévisible, etc.) et des facteurs culturels. De fait, le niveau de bruit mesuré n'explique qu'une faible partie, au mieux 35 %, de la variabilité des réponses individuelles au bruit. Cet indicateur de qualité de vie ne constitue qu'une réponse partielle du fait de l'amplitude du champ couvert par l'objectif (gêne due au voisinage, risques auditifs induits par les baladeurs...). Un tel indicateur pourra toutefois être utilisé en cas d'impossibilité de construire un indicateur d'exposition plus objectif.

3. La mairie de Paris publie une cartographie des nuisances sonores en fonction du bruit routier moyen et des statistiques d'exposition de la population au bruit (nuisances sonores en façade des bâtiments) moyen de la circulation automobile entre 6h et 22h dans chaque arrondissement selon des niveaux de décibels (inférieur à 61 décibels, entre 61 et 70 décibels, supérieur à 70 décibels).

Objectif n° 25
Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses

Le système de surveillance ainsi que la sensibilisation du public et des professionnels s'améliorent. Le taux de déclaration des légionelloses, faible il y a quelques années, avait nettement augmenté en 1998 et a probablement continué de progresser depuis. Ainsi, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été évaluée à 10% en 1995, 33% en 1998 et doit être à nouveau évaluée pour 2002. En ce sens, l'évolution actuelle des cas déclarés reflèterait plus l'amélioration de la déclaration obligatoire (et des pratiques diagnostiques) que l'évolution réelle de l'incidence. Le groupe d'experts a donc souhaité le compléter par une expertise des apports respectifs du PMSI et des données du centre national de référence des légionelloses pour estimer l'évolution du taux de déclaration et contextualiser les données issues des déclarations obligatoires.

Par ailleurs, la présence de légionelles dans les réseaux d'eaux des domiciles privés n'est pas connue à l'heure actuelle, alors qu'elle est susceptible de représenter une source de contamination pour les personnes fragilisées. Cet aspect qualitatif devra être approché par des études périodiques pour déterminer la fréquence de la présence de légionelles dans les logements ordinaires.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire	InVS, DO	Sources de contamination : nosocomiale, suspectée mais non nosocomiale et cas sporadiques	Annuelle	Oui
Nombre de décès, taux brut et taux standardisés de mortalité par légionelloses	Inserm CépiDc		Annuelle	
Qualité de l'eau et présence de légionelles dans les domiciles privés	Enquête dans les logements ordinaires à envisager		Bisannuel ?	

Objectif n° 36
Infection VIH – Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008
(actuellement 3,0 pour 100 000)

Les infections par le VIH (quel qu'en soit le stade) appartiennent à la liste des maladies à déclaration obligatoire. La notification obligatoire des cas de sida est plus ancienne que celle des nouveaux diagnostics d'infection à VIH qui a été mise en place au cours de l'année 2003.

Le taux d'incidence des cas de sida notifiés est l'indicateur principal. Deux indicateurs complémentaires ont été jugés nécessaires : l'analyse des caractéristiques des nouveaux cas de sida, selon plusieurs désagréments (sexe, âge, nationalité, l'ignorance de la séropositivité, l'absence de prise de traitement avant le diagnostic et le niveau régional) ainsi que le nombre et les caractéristiques des nouveaux diagnostics d'infections à VIH (selon le sexe, les classes d'âge, la nationalité, le mode de transmission, les infections récentes et le niveau régional).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux d'incidence des cas déclarés de sida	InVS Notification obligatoire		Annuelle	Oui
Nombre et caractéristiques des nouveaux cas déclarés de sida	InVS Notification obligatoire	Sexe Classes d'âge Nationalité Ignorance de la séropositivité Sans traitement préalable	Annuelle	Oui
Nombre et caractéristiques des nouveaux diagnostics déclarés d'infection à VIH	InVS Notification obligatoire	Sexe Classes d'âge Nationalité Mode de transmission Infections récentes	Annuelle	Oui

Objectif n° 37
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

En l'état actuel des connaissances, la mortalité associée aux hépatites chroniques ne peut être directement évaluée. Le codage en CIM10 à partir de l'année 2000 permettra dorénavant d'identifier les hépatites B et C, ce qui n'était pas le cas auparavant. Mais il est probable que les décès associés aux hépatites chroniques B et C sont sous-évalués sur les certificats de décès, notamment lorsque les hépatites sont compliquées d'hépatocarcinomes ou de cirrhoses. Une étude est en cours auprès des médecins certificateurs sur un échantillon aléatoire de décès survenus en 2001 pour lesquels les causes spécifiées sont susceptibles d'être associées à des hépatites B ou C (Inserm CépiDc, InVS, AFEF et fédération des pôles de référence des hépatites C).

Il faudra de plus distinguer les hépatites chroniques B et C dans la mesure où l'impact, les modes de transmission, ainsi que les modalités thérapeutiques sont distincts.

Un indicateur complémentaire a été retenu afin d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B et C prises en charge par le système de soins : le nombre de patients admis en ALD n°6 pour hépatite virale B ou C. Cet indicateur peut être produit à l'échelon régional.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Nombre de décès associés à une hépatite chronique par le VHC ou le VHB	Inserm, CépiDc, InVS, AFEF et ENPRRH	Sexe, classes d'âge	Quinquennale	
Nombre de patients admis en ALD n° 6 pour hépatite chronique B ou C	Cnamts, Canam et MSA	Sexe, classes d'âge	Annuelle	Oui

Objectif n° 38
Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. On peut donc disposer du nombre de nouveau cas et des taux d'incidence nationaux et régionaux. Toutefois, l'exhaustivité des déclarations est actuellement estimée à 65 % pour la tuberculose.

En ce qui concerne l'analyse des caractéristiques des nouveaux cas déclarés, la désagrégation doit porter sur les groupes à risque (populations aux conditions économiques difficiles ou précarisées et populations vivant en collectivité). De plus, il convient de différencier les personnes de nationalité française et celles de nationalité étrangère pour lesquelles la tendance évolutive est très différente. Au sein de ces sous-groupes, une désagrégation par sexe et âge semble aussi indispensable. Enfin, une différenciation selon la zone de résidence, en distinguant l'Île de France du reste du pays est également nécessaire.

Le nombre de patients admis en ALD n°29 pour tuberculose active a été intégré en tant qu'indicateur complémentaire, ainsi que le nombre de patients remboursés pour traitement anti-tuberculeux. (les experts et les représentants de l'assurance maladie doivent en préciser les critères).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux d'incidence des cas déclarés de tuberculose	InVS DO		Annuelle	Oui
Nombre et caractéristiques des nouveaux cas déclarés de tuberculose	InVS DO	Nationalité puis sexe, classes d'âge et lieu de résidence	Annuelle	Oui
Nombre et caractéristiques des patients admis en ALD n°29 pour tuberculose active	Cnamts, Canam et MSA	Sexe, classes d'âge, CMU	Annuelle	Oui
Nombre et caractéristiques des patients ayant été remboursé pour traitement anti-tuberculeux pendant une durée minimale	Cnamts, Canam et MSA	Sexe, classes d'âge, CMU	Annuelle	Oui

Objectif n° 39

Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %) et personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008

Toutes les Affections de longue durée (ALD) ne sont pas concernées par cette recommandation vaccinale. Il semble donc raisonnable de se référer aux indications des recommandations officielles, à savoir les neuf ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin.

Actuellement, les données relatives aux plus de 65 ans ne permettent pas de distinguer les taux de vaccination des personnes de ces âges qui ont une ALD donnant lieu à une énumération du ticket modérateur pour le vaccin. Parallèlement, les données relatives à la couverture vaccinale des personnes en ALD ne concernent que les moins de 65 ans.

Une expertise s'impose pour évaluer la capacité des enquêtes en population générale à produire des données spécifiques et suffisamment précises pour permettre le suivi de la couverture vaccinale des professionnels de santé (voire, selon les recommandations du calendrier vaccinal, de l'ensemble des professionnels « en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque »).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux de vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus	Cnamts, Canam et MSA	Classes d'âge (65-69 ans, 70 ans et plus)	Annuelle	Oui
Taux de vaccination contre la grippe chez les personnes de moins de 65 ans bénéficiant d'une des 9 ALD donnant lieu à la prise en charge à 100 % de la vaccination contre la grippe	Cnamts, Canam et MSA		Annuelle	Oui
Taux déclaré de vaccination récente contre la grippe (dans l'année) des personnes exerçant dans le secteur sanitaire ou social	Enquête Santé Insee		Biennal	Non

Objectif n° 40

Maladies diarrhéiques : diminuer de 20 % d'ici 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au delà)

Il s'agit des maladies infectieuses intestinales virales ou bactériennes.

Le taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant un an mais s'élève particulièrement aux grands âges. Il est donc probable que le vieillissement de la population induise une augmentation du taux de mortalité pour les 65 ans ou plus.

Le nombre annuel global de décès étant relativement faible, les données régionales devront être calculées sur des regroupement pluriannuels.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par maladies infectieuses intestinales	Inserm, CépiDc	Classes d'âge (moins d'un an, 65-74 ans, 75-84 ans, 85-94 ans, 95 ans et plus)	Annuelle	Sur des regroupements pluriannuels

Objectif n° 41
Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la
prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2
Objectif préalable
Maintien et amélioration de la surveillance épidémiologique des IST

En l'état actuel, on ne dispose pas de données de routine sur l'incidence des gonococcies et de la syphilis ni sur la prévalence des chlamydioses et de l'herpès génital (la déclaration obligatoire de la syphilis a été supprimée depuis 2000 du fait d'une sous-déclaration importante).

Les données disponibles sur les infections sexuellement transmissibles (IST) sont fournies par l'Institut de Veille Sanitaire grâce à plusieurs réseaux de surveillance constitués de laboratoires volontaires (RENAGO, RENACHLA...).

Les données issues de ces réseaux permettent d'approcher l'évolution des IST, et ont été retenues comme indicateurs approchés :

- pour les gonococcies : le nombre annuel de diagnostic microbiologique de gonococcie au sein du réseau de surveillance RENAGO (InVS),
- pour la syphilis : le nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans des centres volontaires de référence (ces données seront complétées par l'indication du nombre de boîtes d'Extencilline vendues dans le pays),
- pour l'infection à *chlamydiae trachomatis* : le nombre annuel de diagnostic microbiologique d'infection à *chlamydiae trachomatis* au sein du réseau de surveillance RENACHLA (InVS),
- herpès génital (infection à HSV1 et 2) : la prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV2 est l'indicateur le plus pertinent mais non disponible actuellement (le recueil doit être prochainement construit par l'InVS).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Prévalence des infections à Chlamydia trachomatis en population générale et chez les femmes de moins de 25 ans	A créer	-	-	-
Nombre de diagnostic microbiologique d'infections à chlamydiae trachomatis au sein du système de surveillance des laboratoires volontaires de RENACHLA et caractéristiques des personnes infectées	InVS RENACHLA	Sexe, classes d'âge	Annuelle	IDF / autres régions
Nombre de diagnostic microbiologique de gonococcie au sein du système de surveillance des laboratoires volontaires de RENAGO et caractéristiques des personnes infectées	InVS RENAGO	Sexe, classes d'âge	Annuelle	IDF / autres régions
Nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires de référence et caractéristiques des personnes infectées	InVS	Sexe, classes d'âge, statut VIH, homosexuels masculins	Annuelle	-
Prévalence des sérologies positives à HSV1 et HSV2 et caractéristiques des personnes infectées	Recueil à mettre en place	Sexe, classes d'âge et phase de l'infection	Annuelle	
Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MU) vendues	Sniiram, Cnamts, Canam, MSA		Annuelle	Oui

Objectif n° 42
Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination
en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies)
un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux ages appropriés en 2008
(aujourd'hui 83 à 98 %)

Objectif préalable

Améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale dans les populations à risque et aux âges clés

La référence permettant d'estimer la couverture vaccinale devrait en principe tenir compte de l'évolution des connaissances sur le nombre d'injections et la fréquence des rappels nécessaires pour assurer une immunisation efficace.

Il faut noter que la couverture vaccinale des adultes est à ce jour mal connue. En regard, pour les enfants, le système d'information sur la couverture vaccinale se complète progressivement avec les remontées des services départementaux de PMI (certificats de santé à 24 mois, examens de santé à 3-4 ans) et les données du cycle triennal en milieu scolaire (5-6 ans, CM2, troisièmes).

Compte tenu de la formulation de cet objectif qui évoque implicitement les différents âges de la vie, le groupe d'experts a estimé nécessaire de maintenir l'ensemble des indicateurs proposés, qui couvrent les différentes vaccinations du calendrier vaccinal et ce, aux différents âges. A cet égard, il a préconisé l'organisation de remontées statistiques sur la couverture vaccinale observée lors des consultations de prévention.

Un indicateur complémentaire sur les ventes de vaccins a été ajouté pour suivre les effets de la promotion des vaccinations sur les ventes.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux de couverture vaccinale des enfants :				
<i>Diphthérie tétanos poliomyélite</i>	Remontées PMI-Drees Certificat du 24e mois	3 premières injections, 3 premières injections et rappel	Annuelle	Oui
<i>Coqueluche</i>	Idem	Idem	Annuelle	Oui
<i>Haemophilus influenzae B</i>	Idem	Idem	Annuelle	Oui
<i>Hépatite B</i>	Idem	3 injections	Annuelle	Oui
<i>ROR</i>	Idem		Annuelle	Oui
<i>BCG à 5-6 ans</i>	Cycle triennal Desco - Drees - DGS - InVS- DEP		Triennale	Oui
<i>ROR à 5-6 ans</i>	Idem	1 seule dose, 2 doses	Triennale	Oui
Taux de couverture vaccinale des adolescents :				
<i>Vaccination DTP des élèves de troisième à jour (6 doses)</i>	Cycle triennal Desco - Drees - DGS - InVS- DEP		Triennale	Oui
<i>Vaccination coqueluche des élèves de troisième à jour (5 doses)</i>	Idem		Idem	Oui
<i>Vaccination ROR des élèves de troisième</i>	Idem	1 seule dose, 2 doses	Idem	Oui
<i>Vaccination hépatite B complète des élèves de troisième</i>	Idem		Idem	Oui
Taux de couverture vaccinale déclaré par les adultes :				
Rappel tétanos au cours des 10 dernières années	Enquêtes déclaratives en population générale	Sexe et classes d'âge	Biennale ou triennale	Oui
Rappel poliomyélite au cours des 10 dernières années	Idem	Idem	Idem	Oui
Couverture vaccinale (polio et tétanos) des adultes examinés en consultation de prévention		Sexe et classes d'âge		Oui
Ventes de différents vaccins aux officines, dispensaires et hôpitaux	Bases de données du GERS et GERS « hôpital » en cours de mise à disposition du système statistique		Annuelle	Non

Objectif n° 43
Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique
des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008

Objectif préalable
Évaluation d'un programme pilote

Cet objectif a pour préalable l'évaluation d'un programme pilote.

Plusieurs scénarii de dépistage peuvent en effet être envisagés en France :

- Un dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans, si l'objectif premier est la diminution de l'infertilité,
- le dépistage simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans si l'objectif est la diminution du portage de *Chlamydiae trachomatis* dans ces populations. D'après les données épidémiologiques récentes, la prévalence chez l'homme serait du même ordre que chez la femme et serait plus élevée entre 25 et 35 ans qu'entre 18 et 24 ans.

Enfin, le dépistage pourrait être élargi aux sujets de tous âges ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année. En effet, le fait d'avoir plusieurs partenaires est le seul facteur de risque commun, avec l'âge, identifié dans toutes les études françaises.

Deux indicateurs seront proposés après la mise en place du dépistage :

- le nombre de dépistages réalisés dans les structures identifiées (en identifiant les sous-groupes pas sexe et classes d'âge),
- le ratio nombre de dépistages positifs / nombre de dépistages réalisés (en identifiant les sous-groupes pas sexe et classes d'âge).

Objectif n° 44
Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne
des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé
entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008

Le taux de mortalité maternelle est relativement faible, estimé entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances vivantes (ensemble du territoire national) dans les années 90. L'interprétation des fluctuations, souvent marquées, nécessite une certaine prudence méthodologique.

Le nombre de décès maternels étant relativement faible chaque année, il paraît difficile d'envisager une analyse plus fine selon les caractéristiques démographiques ou géographiques. Le niveau régional n'est donc pas un niveau d'analyse pertinent. Toutefois, il est apparu nécessaire d'inclure et d'expertiser les données de mortalité maternelle des DOM.

De plus, le nombre de décès maternels jugés évitables par le comité d'experts sur la mortalité maternelle est un indicateur complémentaire retenu. Des taux cumulés sur 5 ans seront utilisés pour avoir des données plus robustes.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux (ratio) de mortalité maternelle	Inserm, CépiDc	Classes d'âge	Quinquennale Taux cumulés sur 5 ans	Non
Nombre (et proportion) de décès maternels jugés évitables par le comité d'experts (par causes obstétricales)	Comité d'experts sur la mortalité maternelle, Inserm, CépiDc	Classes d'âge	Quinquennale Taux cumulés sur 5 ans	Non

Objectif n° 45
Réduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008

L'objectif fait référence à l'indicateur de « taux de mortalité périnatale ». L'abaissement des seuils d'enregistrement provoque toutefois une augmentation de ce taux. En France, l'enregistrement des enfants morts nés a ainsi été modifié⁴ fin 2001. En conséquence, il faut s'attendre à ce que le taux de mortalité périnatale augmente, au moins dans un premier temps : de fait, le taux provisoire de mortalité périnatale pour l'année 2002, est de 10,0 pour 1 000 naissances en France métropolitaine (10,3 pour 1 000 naissances pour la France entière).

L'indicateur de taux de mortalité périnatale⁵ est présent dans les bases internationales (OCDE, OMS...), mais pose des problèmes importants de comparabilité. Il est en effet susceptible de varier selon les pratiques en vigueur en matière d'enregistrement des décès fœtaux.

La mortalité périnatale n'a pas été retenue dans le projet européen Péristat qui a préféré recommander plusieurs taux distincts : le taux de mortinatalité⁶, celui de la mortalité néonatale⁷ ainsi que celui de la mortalité infantile⁸. En effet, du fait des progrès de la réanimation néonatale, les décès se produisent de plus en plus tardivement. Il est donc souhaitable de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile.

Pour comprendre les évolutions de ces taux et faire la part de l'évolution des pratiques (IMG, césariennes précoces, prise en charge de nouveau-nés d'âge gestationnel de plus en plus faible etc.), le projet Péristat recommande en outre que ces indicateurs considérés comme « essentiels » soient déclinés selon la pluralité (naissances uniques ou multiples), l'âge gestationnel et le poids de naissance. Cependant le système de recueil de l'état civil en France ne permet qu'une désagrégation pour les naissances uniques ou multiples. Pour être en mesure de construire des taux selon l'âge gestationnel, le groupe d'experts a préconisé l'amélioration du taux d'enregistrement des mort-nés et des nouveaux nés dans le PMSI.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux de mortalité périnatale	Insee Statistiques de l'état civil	France entière et France métropolitaine	Annuelle	Oui Cumuler les données sur trois années compte tenu des effectifs
Taux de mortinatalité	Insee Statistiques de l'état civil et PMSI	France entière et France métropolitaine Pluralité Age gestationnel	Annuelle	Oui Cumuler les données sur trois années compte tenu des effectifs
Taux de mortalité néonatale	Insee Statistiques de l'état civil et Inserm CépiDc (certificats de décès néonataux)	France entière et France métropolitaine Pluralité Age gestationnel	Annuelle	Oui Cumuler les données sur trois années compte tenu des effectifs
Taux de mortalité infantile	Insee Statistiques de l'état civil	France entière et France métropolitaine	Annuelle	Oui Cumuler les données sur trois années compte tenu des effectifs

4. Circulaire DHOS/DGS/DACS/DGCL n° 2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance

5. Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre de décès fœtaux et néonataux précoces, à partir de 22 semaines d'aménorrhée jusqu'au septième jour, pour 1 000 naissances totales (vivants et morts-nés). Le taux de mortalité périnatale est un indicateur produit chaque année par l'INSEE.

6. Nombre de décès fœtaux pour 1 000 naissances totales.

7. Nombre de décès survenus avant le 28^e jour pour 1 000 naissances vivantes.

8. Nombre de décès survenus avant un an pour 1 000 naissances vivantes.

Objectif n° 46
**Grossesses extra-utérines : diminuer le taux des complications
des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité**

Objectif préalable

*Mesurer la fréquence des complications des grossesses extra utérines (GEU)
responsables d'infertilité selon les modes de prise en charge*

Au regard des problèmes de santé liés aux grossesses extra-utérines, les indicateurs que l'on peut proposer dans un premier temps sont : le taux d'incidence des GEU et la répartition des modes de prise en charge thérapeutique des GEU. Les principales sources de données identifiées sont le PMSI (possible sous-enregistrement des GEU traitées médicalement) et le registre des GEU d'Auvergne.

Des recherches sont nécessaires pour identifier l'impact respectif des GEU et des facteurs ayant favorisé leur survenue sur l'infertilité ultérieure.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Répartition des modes de prise en charge thérapeutique des grossesses extra-utérines	PMSI	Classes d'âge	Annuelle ou bisannuelle	Oui
Taux d'incidence des grossesses extra-utérines	Estimation à partir du registre d'Auvergne et du PMSI	Classes, d'âge ; Avec ou sans contraception	Annuelle ou bisannuelle	-

Objectif n° 47
Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales
à l'origine de handicaps à long terme

Objectif préalable

Repérage et mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. Enquête de cohorte sur l'apparition et l'évolution du handicap à long terme chez les enfants exposés à un facteur de risque périnatal

Les « situations périnatales responsables de handicaps à long terme » constituent un ensemble diversifié de pathologies plus ou moins accessibles à des mesures préventives. De même, la notion de handicap à long terme est vaste. La prématurité et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles...) en constitue une composante importante. Trois facteurs expliquent l'augmentation du nombre de grands prématurés : l'augmentation des grossesses multiples (liée à l'élévation de l'âge maternel et au développement de la procréation médicale assistée), les décisions médicales d'interrompre précocement la grossesse pour éviter une souffrance in utero au fœtus, et enfin l'augmentation des naissances. Les autres situations périnatales à risque de handicap sont nombreuses : hypotrophie, infections néonatales, asphyxie périnatale, malformations congénitales etc.

Fréquence des situations à l'origine de handicap à long terme

En se basant sur les indicateurs promus par le groupe d'experts européens « Peristat », les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance (indicateurs « essentiels ») et la distribution du score d'Apgar à 5 mn (indicateur « recommandé »). Les niveaux de désagréments recommandés par Péristat ont également été retenus (statut vital, pluralité et âge gestationnel pour le poids de naissance, et les deux premiers pour l'âge gestationnel).

Incidence et sévérité des handicaps à long terme d'origine périnatale

Actuellement, deux registres des handicaps recensent les enfants vers l'âge de huit ans, lors d'une première demande en CDES et sont complétés auprès des structures locales. Une enquête périodique auprès des CDES pourrait permettre de suivre l'impact du handicap périnatal en terme de prévalence des déficits neurologiques, sensoriels et cognitifs graves pour une génération donnée (année de naissance).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Fréquence et distribution de la prématurité (< 28 s, 28-32s, 33-36s)	ENP 2003 Refonte des remontées des CS8 et PMSI	Statut vital, naissances uniques multiples	Annuelle	Oui
Fréquence et distribution des petits poids de naissance (< 1000 g, 1000-1499 g, 1500-2499 g)	Idem	Statut vital, naissances uniques multiples, âge gestationnel	Idem	Idem
Distribution des scores d'Apgar à 5 mn (< 7, < 4)	ENP 2003 Refonte des remontées des CS8	Statut vital	Annuelle	Oui
Prévalence à 8 ans des infirmités motrices d'origine cérébrale Prévalence des handicaps neurologiques, sensoriels et cognitifs d'origine périnatale	Remontées réalisées à partir des CDES			

Objectif n° 48

Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV

L'indicateur d'incidence du cancer du col de l'utérus sera estimé par l'Institut de Veille Sanitaire à partir des données des registres du cancer (FRANCIM).

La proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant eu un dépistage dans les 3 années précédentes (avec désagréments selon la classe d'âge, le régime d'assurance maladie et par régions afin de pouvoir cibler les populations peu dépistées) doit également être recensée. On dispose actuellement du nombre d'actes cotés « P55 » remboursés par l'assurance maladie, qui constitue une variable « proxy » traceuse permettant d'approcher le nombre de frottis réalisés en médecine libérale, et des données des enquêtes déclaratives en population générale.

En ce qui concerne le test HPV, la connaissance préalable des circonstances d'utilisation du test est indispensable pour interpréter un indicateur portant sur le volume de tests prescrits. En l'état actuel, ce test est indiqué en complément d'un frottis cervico-vaginal douteux, éventuellement pour la mise en évidence systématique des infections chroniques à HPV. Par contre, la multiplication non maîtrisée de ces tests ne semble pas souhaitable compte tenu de la forte prévalence d'infections transitoires sans augmentation du risque de cancer du col. Des recommandations sont en cours d'élaboration par l'ANAES ; il sera probablement utile d'envisager une enquête de suivi des pratiques lorsque celles-ci seront diffusées.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Incidence du cancer du col de l'utérus	Francim InVS	Classe d'âge	Annuelle si possible	Proxy par ALD30 et PMSI
Nombre d'actes cotés P55 et remboursés par l'assurance maladie chez les femmes de 25 à 65 ans	Cnamts, Canam et MSA	Classe d'âge, CMU et MSA	Annuelle	Oui
Date déclarée du dernier frottis du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 65 ans	Enquêtes déclaratives	Classe d'âge et CSP	Au moins quinquennale	
Taux de prescription du test HPV conformément aux bonnes pratiques à suivre après recommandation de l'Anaes	Assurance maladie	Sans objet	A déterminer	oui

Objectif n° 49

Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients

Objectif préalable

Estimation de la fréquence actuelle des prises en charge multidisciplinaires et coordonnées

La survie et surtout la survie relative à 5 ans a été estimée dans le cadre du projet européen « Eurocare » et déclinée pour les principales localisations selon le sexe, l'âge voire le stade au diagnostic, à partir de données issues de quelques registres couvrant 3 à 4% de la population françaises. Des travaux basés sur l'ensemble des registres des cancers sont actuellement effectués pour produire des estimations de survie pour tous les cancers, à échéance de 18 mois. Toutefois, ces registres ne couvrent actuellement qu'environ 15% de la population générale. De plus, le taux de survie à 10 ans est pertinent dans le cadre de cet objectif, mais il reste à préciser sa disponibilité.

Pour suivre l'impact de la prise en charge des patients ayant un cancer sur l'évolution de la survie de ce type de patients, il est apparu nécessaire de procéder à une standardisation sur le sexe et l'âge de la population, afin de prendre en compte le vieillissement de la population française, mais aussi les localisations et le stade du cancer au moment du diagnostic. Pour la survie globale, le taux de survie doit être connu pour l'ensemble des localisations. Pour la survie selon les stades, ce sont surtout les taux de survie des localisations cancéreuses accessibles au dépistage qui doivent être suivis, ainsi que les taux de survie pour les localisations les plus fréquentes.

La notion de « prise en charge multidisciplinaire et coordonnée » est matérialisée dans le plan cancer par la réalisation d'un « programme personnalisé de soins » établi lors d'une concertation multidisciplinaire. C'est un indicateur qui n'existe pas actuellement et devra être créé : pour cela, il faudra assurer l'enregistrement de ces « programmes personnalisés » et/ou celui de la tenue des réunions de concertation.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Survie relative à 5 ans (et à 10 ans) par types de cancer	Enquête Eurocare, Francim	Stades disponibles pour les cancers du sein, du côlon et de la prostate	Quinquennale (estimation nationale d'ici deux ans)	Oui
Taux de patients pour lesquels un « programme personnalisé de soins » a été établi et/ou pour lesquels une réunion de concertation multidisciplinaire s'est tenue	A créer			

Objectif n° 50
Cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans
Objectif préalable
Estimation en cours du pourcentage de cancers dépistés à un stade avancé

Les seuils correspondant aux « stades au diagnostic » devront être précisés, dans la perspective du dépistage du cancer du sein (stades précoces vs. avancés). Les structures départementales de gestion du dépistage organisé fournissent les taux de participation aux campagnes, le taux des cancers du sein diagnostiqués ainsi que les tailles des tumeurs diagnostiquées uniquement pour les femmes qui participent aux programmes. Le recueil de données à partir des comptes-rendus standardisés des anatomo-cyto-pathologistes (ACP) pourrait permettre de connaître, dans l'avenir, « les stades au diagnostic » pour l'ensemble des cancers diagnostiqués.

Concernant l'indicateur sur le taux de couverture du dépistage, il recouvre le dépistage organisé et le dépistage spontané individuel (prescrit par le médecin traitant). Outre le taux de participation au dépistage organisé, il faut donc considérer la proportion de femmes concernées ayant fait l'objet d'un dépistage individuel.

Plusieurs sources d'informations existent en ce domaine : le taux de participation aux dépistages organisés (pour les départements où ceux-ci sont opérationnels) fourni par les structures de gestion du dépistage, ainsi que les données de l'assurance maladie. En effet, le nombre d'actes cotés ZM41 et remboursés par l'assurance maladie chez les femmes de 50 à 74 ans permet d'individualiser les mammographies de dépistage organisé (mais pas le dépistage spontané).

De façon complémentaire, les données déclaratives des enquêtes en population générale (qui concernent tant le dépistage spontané que le dépistage organisé) peuvent être utiles, notamment pour obtenir des informations par catégorie sociale.

Certains sous-groupes spécifiques devront être étudiés : les classes d'âge (40-49 ans, 50-69 ans et 70-74 ans.) et, à partir des enquêtes déclaratives, les catégories sociales (bénéficiaires de la CMU de base, bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Stades au diagnostic pour le dépistage organisé	Dépistage organisé	Classe d'âge	Annuelle	?
Nombre d'actes cotés ZM41 et remboursés par l'assurance maladie (variable « proxy » traceuse des mammographies) chez les femmes de 50 à 74 ans	Cnamts, Canam, MSA	Classe d'âge, CMU et MSA	Annuelle	Oui
Taux de participation au programme de dépistage organisé	Évaluation de la participation, InVS	Classe d'âge	Annuelle	Oui
Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané)	Enquêtes déclaratives en population générale	Classe d'âge et CSP	Annuelle	

Objectif n° 51
Cancer de la peau, mélanome : améliorer les conditions de détection précoce du mélanome
Objectif préalable
Connaissance de la situation actuelle

Le premier point à résoudre pour appréhender les « stades au diagnostic » est celui de la définition du seuil à retenir pour différencier les cancers de la peau de type « localisé » ou « invasif ». En France, c'est l'indice de Breslow (épaisseur de la tumeur mesurée en mm) qui est utilisé, il sera donc nécessaire de fixer le seuil pertinent pour cet indicateur.

La seconde question qui se pose est celle de la source de données qui pourrait fournir cette distribution sur une base régulière. A terme, l'Institut de Veille Sanitaire envisage de disposer d'une fiche standardisée avec l'indice de Breslow qui serait fournie par les anatomo-cyto-pathologistes (ACP).

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Indicateur principal				
Stades au diagnostic des mélanomes (Indice de Breslow)	Enquête à développer avec les ACP (InVS)	Sexe, classes d'âge	Quinquennale	Oui

Objectif n° 52
Cancer de la thyroïde : renforcer la surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens

Objectif préalable

Fournir un état de référence national de l'épidémiologie des cancers thyroïdiens et tester un système de surveillance (avant généralisation à d'autres cancers)

L'objectif décrit est un objectif de mise en place et de validation d'un système national de surveillance des cancers thyroïdiens incidents.

La commission multidisciplinaire sur la « surveillance épidémiologique des cancers thyroïdiens », coordonnée par l'InVS, a proposé un système de surveillance à deux niveaux : le premier niveau consiste en une surveillance en routine des cas incidents basée dans un premier temps sur les données hospitalières (PMSI) et les données des affections de longue durée (ALD 30) puis, dans un second temps, sur la structuration centralisée d'une collecte standardisée des comptes-rendus anatomo-cyto-pathologiques.

Actuellement, l'incidence des cancers thyroïdiens peut être estimée à partir des données nationales de mortalité et des données d'incidences dans les zones couvertes par des registres. Lorsque le système précédemment décrit sera validé et mis en place au niveau national, il devrait fournir des données nationales et régionales d'incidence, de prévalence ainsi qu'une surveillance de l'évolution de la taille des tumeurs.

On pourra alors proposer un indicateur de montée en charge : nombre de départements couverts par le système de surveillance ou le pourcentage de population générale couverte par le système de surveillance.

Objectif n° 53
Cancer colo-rectal : définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage
Objectif préalable
Poursuivre les expérimentations de dépistage organisé du cancer colo-rectal dans vingt départements et les évaluer

Cet objectif concerne la définition d'une stratégie nationale de dépistage du cancer colo-rectal. Cette définition se fera lorsque les résultats des expérimentations en cours seront connus. Les indicateurs de suivi de cette stratégie pourront alors être fixés.

Des indicateurs de résultat en termes de santé pourront alors être envisagés : le stade au diagnostic, le taux de couverture du dépistage dans les départements pilotes pour le dépistage. Des sous-groupes spécifiques pourraient également être définis en fonction de la population visée par le dépistage, mais aussi des difficultés d'accès liées à la catégorie sociale, au lieu de résidence (urbain/rural)...

Objectif n° 92

Suicide : réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an)

En ce qui concerne l'incidence des suicides en population générale, le problème de la sous-déclaration des cas de décès par suicide est un problème épidémiologique bien connue (de 20 à 25 %). Cependant, cette sous-déclaration étant stable, l'appréciation de l'évolution des taux de décès par suicide d'une année sur l'autre reste une information utile. Les données seront toutefois redressées par le CépiDc.

Il est en outre apparu indispensable de disposer d'une déclinaison selon le sexe et l'âge. L'analyse devra également prendre en compte l'effet dit de « génération » qui induit mécaniquement une augmentation des taux bruts de suicides. De plus, une désagrégation par catégorie sociale serait nécessaire. Cependant, en l'état actuel, le CépiDc ne peut pas fournir cette donnée en routine. Pour le niveau régional, les effectifs et les taux standardisés seront fournis avec une déclinaison par sexe et, pour l'âge, en chiffres globaux, pour les moins de 25 ans et pour les plus de 75 ans.

Concernant la fréquence relative des moyens de suicide utilisés, il existe une variabilité marquée selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse Normandie, Pays de Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc Roussillon) et des intoxications médicamenteuses en Île-de-France et en région PACA.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Incidence (effectif et taux standardisés) des suicides par tranches d'âge en population générale	Inserm, CépiDc Données redressées des biais de sous-déclaration et complétés d'études sur les effets de génération	Sexe, classes d'âge : 15-24, 25-45; 45-64; plus de 65 ans (identifier les personnes de 75 ans et plus)	Annuelle	Oui - Effectifs - Taux standardisés - Déclinaison par sexe et classes d'âge : se limiter aux moins de 25 ans et aux 75 ans et plus
Fréquence relative des moyens de suicide utilisés	Inserm, CépiDc	Pendaison, armes à feux, chutes, empoisonnements et autres	Annuelle	Oui

Objectif n° 93

Traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008

Objectif préalable

Dispositif de recueil de données d'incidence et de gravité des accidents par cause et par classe d'âge (dans la population des moins de 14 ans). Est connue, à ce jour, la mortalité par accidents, toutes causes confondues, des enfants de 1 à 4 ans : 8,9 pour 100 000 pour les garçons et 5,8 pour 100 000 pour les filles

Cet objectif porte sur les traumatismes liés à tous les accidents dits « de la vie courante » (domestiques, scolaires, sportifs et de loisir) touchant des enfants de 1 à de 14 ans inclus.

Le taux de mortalité « survenant dans les 30 jours » n'est actuellement pas enregistré dans les bases de données existantes. Dans l'attente de ces informations, le taux de décès retenu correspond aux décès avec comme cause initiale les « accidents » quelque soit le délai du décès après l'accident.

La désagrégation par cause et/ou par circonstance (chutes, noyades, suffocation, intoxication, brûlures, autres) est souhaitable afin d'identifier les cibles des actions de prévention.

La désagrégation par âge est nécessaire compte tenu des différences observées en fonction de l'âge des victimes. Sont retenues les classes d'âges suivantes : 0 à 1 ans (avec les précautions d'interprétation nécessaires), de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans.

Etant donné les différences liées aux conditions de logement, une désagrégation par catégorie sociale serait également souhaitable. Cependant, ce type d'information ne sera pas fourni par les certificats de décès.

Tableau récapitulatif : indicateurs retenus par le groupe projet

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation	Périodicité nécessaire	Niveau régional pertinent
Taux de mortalité après accident, par cause et par sexe, chez les 0-14 ans	Statistiques des causes médicales de décès, Inserm CépiDC, après expertise de la validité des codages	Causes (chutes, noyades, suffocation, intoxication, brûlures, autres), sexe et classes d'âge (0 à 1 ans, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans)	Annuelle	Oui Taux cumulés sur 5 ans ou France Nord/Sud