

Indicateur n° 12 : Nombre de séjours dans les établissements de santé pour 10 000 habitants par région par grande discipline et type d'hospitalisation

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2009 plus de 25 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins d'un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité, notamment en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation).

	2007	2008	2009
Nombre total de séjour	25,1	25,2	25,3
dont nombre de séjour en hospitalisation complète	11,7	11,9	11,9
<i>dont MCO</i>	10,2	10,4	10,3
<i>dont psychiatrie</i>	0,9	1,0	1,0
<i>dont SSR</i>	0,6	0,6	0,6
dont nombre de séjour en hospitalisation partielle	13,3	13,2	13,4
<i>dont MCO</i>	6,1	5,9	5,9
<i>dont psychiatrie</i>	5,2	5,1	5,2
<i>dont SSR</i>	2,0	2,1	2,3

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Source : PMSI-MCO, SAE.

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

La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour (les soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent maintenant une part négligeable de l'activité, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités de soins de longue durée.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970. Les soins de courte durée représentent quant à eux 44 % des venues et le moyen séjour 17 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre d'entrées en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années (- 0,2 % en 2009). Dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités toutefois selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2009, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,5 % : + 11,3 % en soins de suite et de réadaptation, +0,9 % en psychiatrie et +3 % en médecine, chirurgie et obstétrique.

L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Une évolution de l'activité MCO variable selon les secteurs

En termes de parts de marché mesurées en nombre de séjours et venues, les activités de médecine et d'obstétrique sont principalement prises en charge par les hôpitaux publics alors que la chirurgie l'est davantage par les cliniques privées.

L'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2009 (-0,3 %), résultat dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif. En chirurgie, le nombre d'entrées est globalement stable dans les hôpitaux publics (-0,5 %), mais diminue fortement dans les établissements privés (- 4,2 %). Les hospitalisations chirurgicales à temps complet se répartissent désormais à parts quasi égales entre les cliniques privées et les établissements publics.

L'hospitalisation de moins de un jour a connu une progression considérable jusqu'en 2006. En 2007, les modifications du codage des prises en charge - liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) - ont eu pour effet de conduire à une baisse très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes. Entre 2007 et 2008, il est toujours difficile de mesurer une évolution à champ constant, les deux premiers mois de l'année 2007 étant antérieurs à l'arrêté sur les forfaits SE. Entre 2008 et 2009, cette comparaison est de nouveau possible, et permet de constater une dynamique importante de l'hospitalisation partielle en court séjour, qui augmente de 3 % tous secteurs confondus. Cette hausse est le fait des seules cliniques privées (+ 6,4 %), les hôpitaux publics et privés non lucratifs enregistrant une très légère baisse de leur activité. En chirurgie, l'augmentation concerne toutefois tous les secteurs ; les cliniques privées réalisent les deux tiers de cette activité.

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2009, à 5,7 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,3 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,6 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position médiane. Les écarts apparaissent surtout en médecine et chirurgie, la durée moyenne de séjour en obstétrique étant d'environ 4,7 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

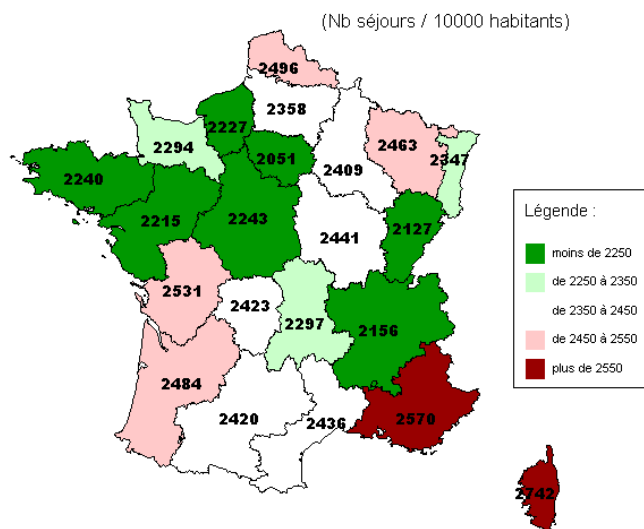
Au niveau régional, la Corse connaît la durée moyenne de séjour la plus faible, à 5,1 jours. L'Alsace est la région où la durée moyenne de séjour est la plus longue (6,4 jours), elle se réduit légèrement en 2009. Dans les DOM, la durée moyenne de séjour à La Réunion est plus courte que celle de France métropolitaine (et ce dans toutes les disciplines). Au contraire, en Guadeloupe et en Martinique, elle est plus élevée.

Des disparités régionales marquées

Une exploitation spécifique des bases PMSI a été effectuée pour les régions de France métropolitaine, afin d'étudier l'offre de soins au travers des taux de recours pour l'année 2009 (cf. définition ci-dessous). Le taux de recours est exprimé en nombre de séjours/journées annuels de la population régionale pour 10 000 habitants.

La comparaison entre les taux de recours bruts régionaux pour les activités de médecine et de chirurgie, montre que le recours à ces activités est très hétérogène entre les régions.

Taux de recours brut Séjours Médecine+Chirurgie

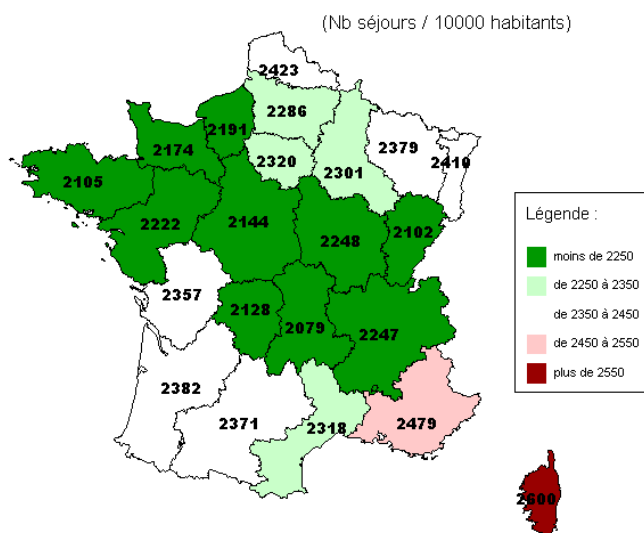


- Trois régions sont particulièrement en dessous de la moyenne nationale (taux de recours brut à 2 303 séjours pour 10 000 habitants), il s'agit de Rhône-Alpes (- 6 %), la Franche-Comté (- 8 %) et l'Île de France (- 11 %).
- Le nombre de régions au-dessus de cette moyenne nationale est beaucoup plus important, avec plus particulièrement le Poitou-Charentes (+ 10 %), la région PACA (+ 12 %) et la Corse (+ 19 %).

Les écarts de taux de recours bruts entre régions peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : la structure de la population (âge, sexe), l'état de santé, la précarité, l'offre de soins, les pratiques médicales, l'offre de soins en ville...

La carte présentée ci-après présente les taux de recours régionaux corrigés de l'impact du facteur démographique (taux de recours dits standardisés). L'observation des taux de recours standardisés fait apparaître une forte atténuation des disparités régionales.

Taux de recours standardisé Séjours Médecine+Chirurgie



- La majorité des régions sont en dessous ou autour de la moyenne nationale (taux de recours standardisé à 2 293 séjours pour 10 000 habitants). Toutefois, se distinguent, le Limousin (- 7 %), la Bretagne et la France Comté (- 8 %) ainsi que l'Auvergne (- 9 %).
- Trois régions restent au-dessus de cette moyenne nationale : le Nord Pas de Calais (+ 6 %), la région PACA (+ 8 %) et la Corse (+ 13 %).

Il est à noter que l'atténuation des disparités régionales se poursuit si on considère les taux de recours ajustés sur l'état de santé, c'est-à-dire les taux de recours standardisés corrigés des taux de mortalité de chaque région.

Les disparités entre régions, et encore davantage entre territoires de santé, sont les plus marquées dans les champs des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°12 :

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information en MCO (PMSI-MCO) recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. La SAE produit deux types de données :

- une base dite « administrative » : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par les ARS) ;
- une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données présentées ici proviennent du PMSI. En soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE.

Sont prises en compte les activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009, en France métropolitaine et dans les DOM. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

Définitions :

Dans le PMSI-MCO, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Dans la SAE et pour les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète, ou de plus de un jour, ou hospitalisation partielle). L'hospitalisation complète comprend dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine). L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

L'arrêté sur les forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE) a été publié le 27 février 2007 dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements. Il liste un certain nombre d'actes qui, s'ils sont effectués sans anesthésie mais nécessitent tout de même l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient, sont enregistrés en consultations externes, et non plus dans la base des séjours du PMSI. Ils sont sortis du champ de l'activité d'hospitalisation partielle et débouchent alors sur une facturation au forfait.

Le taux de recours régional brut par activité de soins se définit comme étant le ratio entre le nombre de séjours/journées annuels PMSI et le nombre d'habitants. Ce taux traduit le recours à l'offre de la population domicilié dans la région, quel que soit le lieu de réalisation des séjours/journées (au sein d'un établissement de la région ou non). Ont été exclus du périmètre les séances, les séjours de radiothérapie ainsi que les prestations inter-établissement (PIE) et les patients étrangers.

Le taux de recours standardisés est le taux que l'on observerait si chacune des régions avait la même structure par âge et sexe que la population de référence (France métropolitaine estimée au 1^{er} janvier 2009). Il est calculé selon la méthode de standardisation directe, à l'aide des données démographiques de l'INSEE.