

Indicateur n°12 : Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée 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 2011 près de 142 millions de journées, dont 12,2% concernent des séjours ayant duré moins d'une journée. Ces séjours en hospitalisation partielle prennent une part de plus en plus importante dans l'activité, avec une augmentation annuelle du nombre de journées en hospitalisation partielle de 2,6% en moyenne depuis 2008 (contre 0,6% par en moyenne en hospitalisation complète).

	2008	2009	2010	2011
Nombre total de séjours en MCO	16 800 745	17 053 239	17 151 389	17 384 596
dont hospitalisation complète	10 926 617	10 977 629	10 972 558	11 003 620
dont hospitalisation partielle	5 874 128	6 075 610	6 178 831	6 380 976
Nombre total de journées	137 024 379	140 148 847	141 271 929	141 749 862
dont hospitalisation complète	121 389 138	123 654 674	124 346 744	124 429 008
dont MCO	74 036 894	74 100 635	74 230 391	73 699 100
dont psychiatrie	17 042 544	17 856 840	18 221 991	18 304 358
dont SSR	30 309 700	31 697 199	31 894 362	32 425 550
dont hospitalisation partielle	15 635 241	16 494 173	16 925 185	17 320 854
dont MCO	5 874 128	6 075 610	6 178 831	6 380 976
dont psychiatrie	7 523 498	7 908 518	8 043 738	8 118 151
dont SSR	2 237 615	2 510 045	2 702 616	2 821 727

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

Source : PMSI MCO HAD SSR PSY 2008 à 2011

Une majorité de séjours à l'hôpital durent plus de un jour, mais l'hospitalisation à temps partiel continue de progresser dans tous les domaines

La répartition des journées selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (court séjour) concernent près de 60% des journées réalisées, la psychiatrie près de 15% et les soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) 26%.

Près de 47% des journées d'hospitalisation 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 37% des venues et les SSR 16%.

Depuis une vingtaine d'années se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités selon la nature de l'activité. En 2011, l'activité à temps partiel a augmenté en moyenne de 2,3% par rapport à 2010 mais a des rythmes différents selon les disciplines : 4,2% en soins de suite et réadaptation, 3,2% en MCO, 0,9% en psychiatrie. L'augmentation de l'activité à temps partiel a été très forte pour le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) : la part de journées en hospitalisation partielle en SSR dans le nombre total de journées a augmenté de 17% entre 2008 et 2011.

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, 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 en MCO mesurée en nombre de séjours est globalement stable en 2011 (+0,3% par rapport à 2010).

En chirurgie, le nombre de séjours augmente de 3% par rapport à 2010 dans les secteurs public et privé (5,5 millions de séjours en 2011). Depuis 2008, le nombre de séjours chirurgicaux a augmenté de 6% (+4% pour le secteur ex-OQN ; +8,7% pour le secteur ex-DG). Cette évolution s'explique par la forte augmentation du nombre de séjours en hospitalisation partielle (+24% entre 2008 et 2011) alors

que sur cette même période, le nombre de séjours en hospitalisation complète a diminué de 3%. Les hospitalisations chirurgicales à temps complet se répartissent à parts quasi égales entre les cliniques privées et les établissements publics, avec une très légère prédominance du secteur public (51%) à partir de 2010.

Le développement de l'activité chirurgicale à temps partiel touche davantage le secteur public en 2011 (+9% par rapport à 2010), mais les cliniques privées réalisent toujours près de 70% de cette activité.

Stabilisation de la durée moyenne de séjour en MCO

La durée moyenne de séjour MCO en hospitalisation complète diminue légèrement en 2011, et s'établit à 5,7 jours en 2011 (5,8 jours en 2010). C'est dans le secteur ex-DG qu'elle est la plus longue (6,1 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (secteur ex-OQN, 4,7 jours). Les écarts entre les secteurs ex-DG et ex-OQN apparaissent surtout en chirurgie et en médecine (2,3 jours supplémentaires en chirurgie pour le secteur ex-DG, 1,3 jours en médecine), la durée moyenne en obstétrique variant de 0,5 jours entre les deux secteurs.

En 2011, à l'échelle régionale et concernant le secteur public, la Corse (5,5 jours), Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et PACA (5,8 jours) sont les régions métropolitaines ayant les durées moyennes de séjours les plus faibles. A l'inverse, les régions Alsace et Auvergne ont les DMS les plus longues dans le secteur public, avec respectivement 6,8 et 6,9 jours en moyenne.

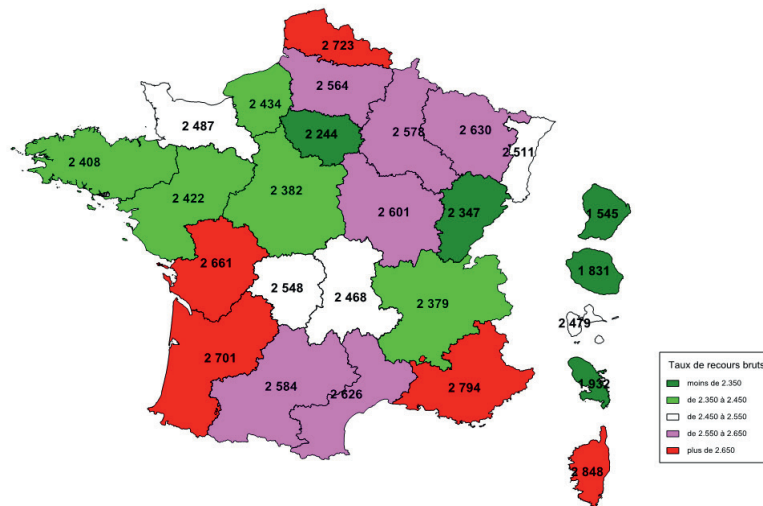
Des disparités régionales marquées

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 2011 (cf. définition ci-dessous). Le taux de recours est exprimé en nombre de séjours (journées pour le SSR et la psychiatrie) annuels de la population régionale pour 10 000 habitants (population municipale issue des recensements INSEE 2009). L'observation des taux de recours permet de mieux rendre compte de l'accès aux soins de la population, que cet accès soit réalisé dans la région ou hors région. En effet, l'activité hospitalière est caractérisée par des phénomènes de fuite et d'attractivité, variables d'une région à l'autre, permettant parfois à certaines populations d'accéder aux soins malgré une offre régionale faible.

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 selon les régions :

- deux régions métropolitaines sont particulièrement en-dessous de la moyenne nationale (soit 2 479 séjours pour 10 000 habitants), il s'agit de la Franche-Comté (-5%) et de l'Île-de-France (-10%). A l'exception de la Guadeloupe, les DOM sont très largement en-dessous de la moyenne (de -22% à -38%).
- le nombre de régions au-dessus de cette moyenne nationale est beaucoup plus important, avec notamment les régions Aquitaine (+ 9%), Nord-Pas-de-Calais (+ 10%), PACA (+ 13%) et la Corse (+ 15%).

Taux de recours bruts (en médecine et en chirurgie) pour 10 000 habitants en 2011



Source : DGOS, ATIH

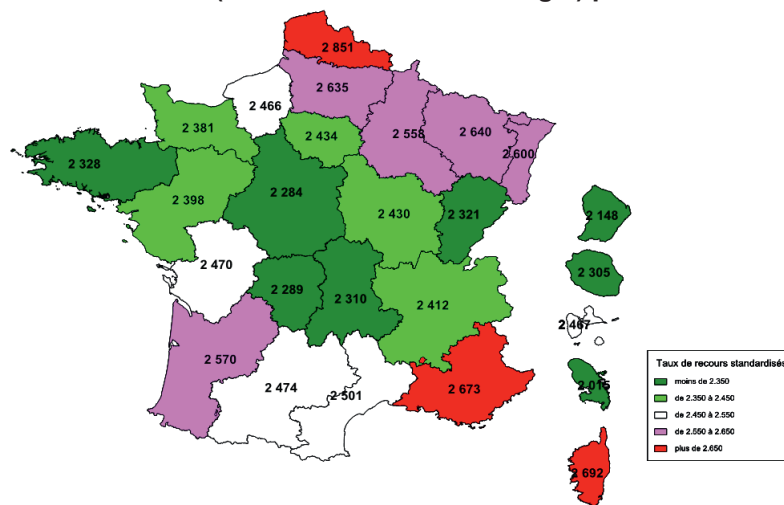
Les écarts des taux de recours bruts entre régions peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : la structure de la population (âge, sexe), l'état de santé, la précarité, l'offre de soins, les pratiques médicales...

Taux de recours standardisés (âge, sexe) en médecine et chirurgie

La carte 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 laisse apparaître une forte atténuation des disparités régionales. Des disparités demeurent toutefois marquées pour certaines régions :

- plusieurs régions sont toujours largement en-dessous de la moyenne nationale : la Martinique (- 19%), la Guyane (- 13%), le Centre (- 8%) ou le Limousin (- 8%).
- de même, trois régions se distinguent par un taux de recours standardisé bien supérieur à la moyenne. Il s'agit de la région PACA (+ 8%), de la Corse (+ 9%) et du Nord-Pas-de-Calais (+ 15%).

Taux de recours standardisé (en médecine et en chirurgie) pour 10 000 habitants en 2011



Source : DGOS, ATIH

Il est à noter que l'atténuation des disparités régionales se poursuit encore 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

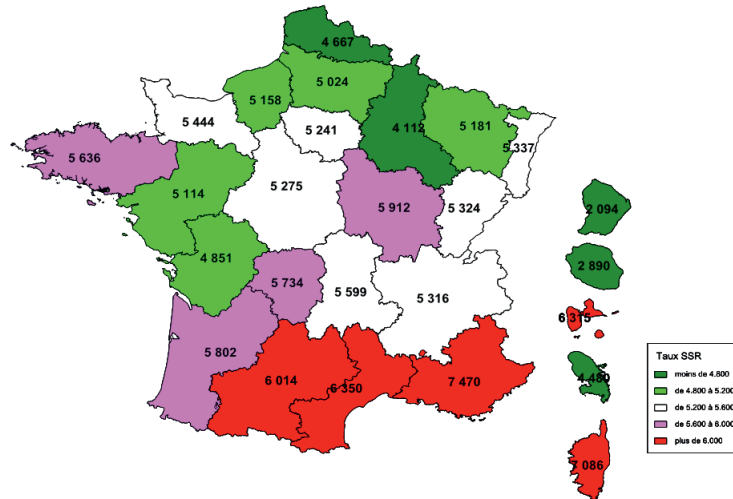
mortalité de chaque région. Notamment, l'Île de France apparaît au niveau de la moyenne nationale en termes de consommation de soins hospitaliers de la population.

Taux de recours bruts en SSR et psychiatrie

Les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie sont les champs d'activité où les disparités entre régions, et encore davantage entre territoires de santé, sont les plus marquées.

Ainsi, si la moyenne nationale pour le SSR est de 5 467 journées pour 10 000 habitants, les écarts à la moyenne s'étendent, en métropole, de - 25% (Champagne-Ardenne) à + 37% (PACA).

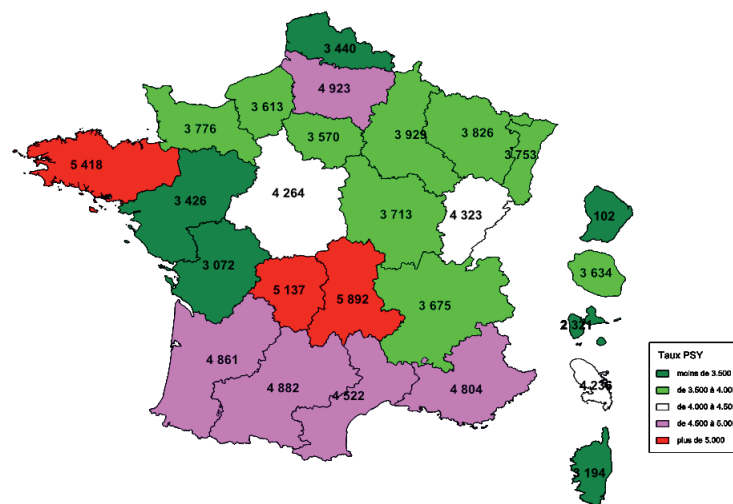
Nombre de journées SSR pour 10 000 habitants en 2011



Source : DGOS, ATIH

De même, pour la psychiatrie, les disparités régionales sont fortes. La région Poitou-Charentes a un taux de recours inférieur de 24% au taux national (4 060 journées pour 10 000 habitants) alors que celui de l'Auvergne est supérieur de 45% à la moyenne.

Nombre de journées SSR pour 10 000 habitants en 2011



Source : DGOS, ATIH

Une partie de ces disparités se réduit après prise en compte de la structure de population (âge, sexe), en particulier sur l'activité de soins de suite et réadaptation, fortement corrélée à l'âge des patients. Néanmoins, les disparités restent fortes après ces ajustements.