L'hospitalisation et l'organisation des soins en France

Octobre 2006

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé
et des Solidarités

Cet ouvrage a été réalisé à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins par :

• Daniel Gautier, chargé de mission à la sous-direction E ;
• Brigitte Morizo'o, chargée d'études au bureau F1 et Frédéric Véron, adjoint au chef du bureau F1 ;
• Éric Ginésy, stagiaire ENA auprès du chef du service ;
• Anne Belheur, chef de mission et Stéphane Grossier, adjoint à la mission communication.

Ont collaboré également à ce document :

• Marie-Françoise Guérin, Louis Lebrun, Christophe Misse, Jean-Marc Nadal, Christine Orsi, Paulo de Rezende et Odile Romain, à la DHOS ;
• Vincent Le Taillandier, à la MAINH ;
• Élisabeth Beau, à la MeaH ;
• Martine Aoustin, à la MT2A ;
• Annie Deville, à l'ATIH ;
• Mylène Chaleix et Annie Fénina, à la DREES.

L'hospitalisation et l'organisation des soins en France

7 Enjeux et perspectives

37 Données statistiques

Préface

J'ai le plaisir de préfacer cette édition 2006 de l'« hospitalisation et de l'organisation des soins en France » qui présente les grands axes actuels des actions de la DHOS et les chiffres les plus récents dans le domaine.

Nous sommes dans une période de mise en application des grandes réformes hospitalières qui ont été lancées depuis 2003 dans la continuité de celles entreprises depuis le début des années 1990, notamment la régionalisation de l'offre de soins et sa planification, la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, la tarification à l'activité et l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Il importe d'en bien comprendre la portée et de bien suivre grâce aux différentes sources de données disponibles, leur mise en œuvre.

Cet ouvrage intéresse aussi bien les acteurs que les observateurs du système hospitalier français.

Les acteurs du système de santé et plus particulièrement de l'hospitalisation y trouveront une meilleure compréhension de l'environnement direct dans lequel ils exercent leur activité professionnelle et pourront ainsi mieux se situer dans un ensemble de réformes dont les interactions multiples sont complexes.

Ce document permet de présenter aux observateurs extérieurs de façon précise, le contexte et la finalité des réformes en cours. Les données rassemblées couvrent les principales dimensions du secteur hospitalier français (métropole et DOM-TOM) dans toute sa richesse et sa diversité.

En dépassant en 2003 les dix pour cent du produit intérieur brut, le secteur d'activité de la santé est devenu une composante essentielle de notre économie nationale. Cette croissance va se poursuivre, comme dans les autres pays de l'Union européenne et de l'OCDE, sous les effets conjugués du vieillissement de la population, de la croissance de la richesse nationale et du progrès technologique. Il importe donc que les outils de connaissance du système de santé et plus particulièrement de l'hospitalisation se renforcent aussi bien en quantité qu'en qualité.

Les données statistiques qui composent la deuxième partie de cet ouvrage bénéficieront d'une mise à jour complète tous les deux ans sur le site Internet du ministère.

Annie Podeur
Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Introduction

Depuis 2000, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a succédé à la direction des hôpitaux. Ce changement d'intitulé correspond à une double évolution :

- un élargissement du champ, qui comprend désormais l'hospitalisation privée et, plus généralement, l'ensemble de l'offre de soins ;
- une nouvelle conception de la place des établissements de santé dans leur environnement, pour sortir d'une vision « centrée sur l'hôpital ».

Ces évolutions ne se sont pas opérées aisément. Les systèmes d'information n'en ont pas encore complètement pris en compte les conséquences, comme le montrent certaines limites des données statistiques disponibles. Surtout, la multiplicité des réformes touchant à l'hospitalisation et l'organisation des soins risque de brouiller la compréhension qu'en ont les professionnels de santé.

En réponse à ce risque, un important dispositif d'information, de formation et de soutien, à destination de tous les professionnels de santé concernés appuiera désormais le déploiement des différents volets de la réforme : nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, dits « de troisième génération » (SROS 3), deuxième version de la certification des établissements de santé (certification V2), nouvelle gouvernance, tarification à l'activité (T2A).

Ce document, « L'hospitalisation et l'organisation des soins en France », s'inscrit dans cet effort d'information.

Il est composé de deux parties :

- « Enjeux et perspectives » de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- « Données statistiques » illustrant la partie précédente.

« Enjeux et perspectives »

Cette première partie présente les réformes touchant à l'hospitalisation et l'organisation des soins dans le cadre plus général de la réforme de l'Etat, de ses missions et de ses modes d'action.

En effet, dans le cadre budgétaire rénové par la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001, la DHOS a reçu la responsabilité du programme 171 « Offre de soins et qualité du système de soins », qui constitue l'un des trois programmes de la Mission Santé.

Ce programme se décline lui-même en trois actions :

- deux actions de politiques publiques :
  Action 1 : Niveau et qualité de l'offre de soins,
  Action 2 : Accessibilité de l'offre de soins ;
- une action de soutien (action 3) : en effet, le rôle de la DHOS consiste à accompagner les évolutions souhaitables, en développant un cadre juridique favorable et un système d'incitations adapté.

Le découpage du document reprend cette distinction :

- le chapitre 1.1. est consacré à la présentation des objectifs confiés à la DHOS par la loi de finances : garantir l'accessibilité de l'offre de soins et garantir la qualité du système de soins ;
- le chapitre 1.2. présente les nouvelles modalités de soutien mises en œuvre par la DHOS et ses partenaires pour atteindre ces objectifs : modernisation et renforcement des moyens des établissements de santé ; amélioration des modes d'actions.

Il sera aisé au lecteur de retrouver les quatre volets des réformes : dans le premier chapitre, les volets « SROS 3 » et « certification V2 » ; dans le second chapitre, les aspects relatifs à la T2A et à la nouvelle gouvernance.

Enfin, le chapitre 1.3. compare quelques caractéristiques de notre système de soins avec celles de nos voisins européens et des pays du G8.

Cette première partie, « Enjeux et perspectives », introduit les « Données statistiques » rassemblées à partir des systèmes d'information disponibles.

Introduction

« Données statistiques »

Les « Données statistiques », constituant la seconde partie du document, présentent les chiffres les plus récents qui caractérisent le système hospitalier et l'organisation des soins en France.

Un document comparable avait été produit jusqu'en 2000, et avait rencontré un succès important, tant il est utile de disposer de données chiffrées pour la conduite des réformes, que ce soit à l'échelon national, régional, du territoire de santé ou de chaque établissement.

La nouvelle édition des « Données statistiques » est cependant plus qu'une simple mise à jour de ce document, puisqu'elle illustre désormais l'ensemble de l'offre de soins, qu'elle décrit le champ des établissements de santé et de leur environnement au sens large, et qu'elle présente également les premiers effets des réformes quand les données sont disponibles.

Il s'agit d'un recueil de statistiques dont l'objectif est de présenter les données les plus caractéristiques du champ d'intervention de la DHOS et de son action. Elles sont présentées d'une manière générale au niveau national, et par région pour des données concernant en particulier les activités de soins autorisés ou les équipements matériels lourds, sous la forme de tableaux ou de graphiques.

Les données sont rassemblées en trois chapitres principaux :
- 2.1. L'offre de soins ;
- 2.2. Les moyens mis en œuvre ;
- 2.3. Les données européennes et internationales.

Le chapitre 2.1. réunit les données concernant les structures et les équipements, les activités de soins, la qualité et la sécurité, et la recherche et l'innovation.

Dans le chapitre 2.2. sont regroupées les données relatives aux ressources humaines et aux moyens financiers.

Enfin, le chapitre 2.3. présente rapidement des éléments de comparaison avec nos voisins de l'Union européenne et des pays du G8.

D'une manière générale, le lecteur retrouvera dans le chapitre 2.1. les données illustrant plus particulièrement le chapitre 1.1. des « Enjeux et perspectives » décrivant les objectifs de la DHOS, dans le chapitre 2.2. celles qui concernent le chapitre 1.2. relatif aux modalités de soutien aux réformes, et dans le chapitre 2.3. les tableaux analysés en 1.3.

Pour la réalisation de ce document, de nombreuses sources relatives à l'organisation des soins et aux établissements hospitaliers ainsi qu'aux personnels hospitaliers et aux données financières, ont été utilisées, et notamment : les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de la Statistique Annuelle des Établissements de Santé (SAE) produite par la Direction de la recherche, des études et des statistiques du ministère de la santé (DREES), des enquêtes spécifiques aux personnels hospitaliers produites par la DHOS (SIGMED, SPE, coûts et carrières, remontées du bilan social) ou aux aspects financiers (données des comptes de la santé, de la DGCP, de la CNAMTS), et enfin des données gérées directement par la DHOS ou fournies par ses services ou ses missions, les Agences régionales de l'hospitalisation ou les établissements de santé dans le cadre d'enquêtes ponctuelles *ad hoc*.

Une description de ces sources d'informations, accompagnée de définitions et de références électroniques s'il y a lieu, vient compléter les tableaux.

Ce document, « L'hospitalisation et l'organisation des soins en France », sera disponible sur le site Internet du ministère « www.sante.gouv.fr», et actualisé, pour la partie « Données statistiques », au fur et à mesure de la mise à jour des sources utilisées.

Enjeux et perspectives

Sommaire

Enjeux et perspectives

10 **1. Les deux objectifs de la DHOS**

10 **1.1. Objectif 1 : garantir l'accessibilité de l'offre de soins**

10 1.1.1. **Simplifier la planification et le régime des autorisations**

10 Les différents volets des SROS 3

11 1.1.2. **Favoriser les coopérations et les recompositions**

11 1.1.2.1. **Le groupement de coopération sanitaire**

11 1.1.2.2. **Le suivi des recompositions hospitalières et des réseaux de santé**

11 1.1.3. **Garantir la permanence des soins et l'accès aux soins**

11 1.1.3.1. **La permanence des soins**

12 Le dispositif organisationnel de la permanence des soins ambulatoires

12 1.1.3.2. **L'accès aux soins des plus démunis**

13 1.1.4. **Assurer des prises en charge spécifiques**

14 Le plan de santé mentale et psychiatrie

15 **1.2. Objectif 2 : garantir la qualité du système de soins**

15 1.2.1. **Garantir la sécurité des patients**

15 1.2.1.1. **Un programme global de gestion des risques**

15 1.2.1.2. **La prévention et le signalement des événements indésirables liés aux soins**

15 Le tableau de bord des infections nosocomiales

16 1.2.1.3. **La prévention des événements indésirables non liés aux soins**

16 1.2.1.4. **L'articulation de la procédure de certification avec les inspections et contrôles de sécurité sanitaire**

16 1.2.2. **Améliorer la qualité du système de soins**

16 1.2.2.1. **Améliorer la qualité des pratiques professionnelles**

17 1.2.2.2. **Améliorer l'information des usagers sur le système de soins et les établissements de santé**

18 1.2.2.3. **Garantir les droits des usagers**

18 1.2.2.4. **Réduire les coûts de la non qualité**

18 1.2.3. **Promouvoir la recherche et l'innovation**

19 La définition de la recherche clinique

19 1.2.3.1. **Le programme hospitalier de recherche clinique**

19 1.2.3.2. **Le programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses**

19 1.2.3.3. **Le soutien à certains soins, techniques et dispositifs médicaux rares ou coûteux**

20 2. Les modalités de soutien aux réformes

20 2.1. Moderniser et renforcer les moyens des établissements de santé

20 2.1.1. Moderniser la gestion des ressources humaines

20 2.1.1.1. Les personnels médicaux

21 2.1.1.2. Les personnels non médicaux

21 La coopération entre professionnels de santé

23 2.1.2. Réformer le financement des établissements de santé

23 2.1.2.1. La mise en place de la tarification à l'activité

23 La Mission Tarification à l'activité (MT2A)

24 2.1.2.2. La modernisation des régimes budgétaires et comptables

24 2.1.2.3. La réforme de la tarification des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes

25 2.1.3. Appuyer l'investissement hospitalier

25 La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)

26 2.1.4. Favoriser la mise en place d'une nouvelle gouvernance hospitalière

26 2.1.4.1. Un cadre juridique adapté

26 2.1.4.2. L'amélioration de l'organisation et de la gestion interne des établissements

27 La Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH)

28 2.2. Adapter les modes d'action de la DHOS et de ses partenaires

28 2.2.1. Améliorer les modes d'action de la DHOS

28 Le dispositif d'accompagnement des réformes

28 2.2.2. Consacrer la région comme échelon privilégié de mise en œuvre du programme « Offre de soins »

29 2.2.2.1. Les agences régionales de l'hospitalisation

29 L'indicateur du projet annuel de performance des ARH

30 2.2.2.2. Les agences régionales de santé

30 2.2.3. Moderniser le système d'information hospitalier

31 Les principaux intervenants sur les systèmes d'information hospitaliers

32 Les départements et collectivités d'Outre-Mer

34 3. Les enjeux et perspectives européennes et internationales

34 3.1. La comparaison des données des pays de l'Union européenne et du G8

34 3.1.1. Les pays de l'Union européenne

34 3.1.2. Les pays du G8

35 3.2. Les activités européennes et internationales

35 3.2.1. L'activité européenne communautaire

35 Les coopérations transfrontalières

35 3.2.2. La coopération internationale

35 3.2.2.1. La coopération avec le Brésil

36 3.2.2.2. La coopération avec la Chine

1.1. Objectif 1 : garantir l'accessibilité de l'offre de soins

1.1.1. Simplifier la planification et le régime des autorisations

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification administrative conserve un seul outil de planification : le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Dans un souci d'optimisation des ressources et de prise en charge globale, le SROS tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville, les secteurs médico-social et social, et l'offre de soins des régions limitrophes.

La carte sanitaire et les indices sanitaires, qui limitaient les possibilités d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé particuliers d'une région, sont supprimés depuis l'adoption des SROS 3 qui a eu lieu au plus tard le 31 mars 2006. L'offre est désormais fixée par l'annexe du SROS, qui précise les objectifs quantifiés des différentes activités de soins autorisées sur chaque territoire en s'appuyant sur le diagnostic des besoins, sans référence à des indices nationaux.

Le secteur sanitaire est remplacé par le territoire de santé, défini par l'ARH. Les territoires de santé peuvent être différents selon les activités de soins et se décliner au niveau infra départemental, régional, voire interrégional ou transfrontalier. La conférence sanitaire, élargie aux usagers, aux élus et aux représentants de la médecine de ville, élabore le projet médical de territoire, document non opposable qui concourt à l'élaboration du SROS et qui en décline les orientations.

L'ordonnance simplifie le régime des autorisations et transfère la totalité de cette compétence aux ARH. Elle supprime les autorisations d'installations (lits et places) pour ne retenir que des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds. Les durées d'autorisations sont harmonisées avec celle du SROS, soit cinq ans. Enfin, le principe du renouvellement tacite de l'autorisation devient systématique, sous réserve du dépôt d'un rapport d'évaluation. Toutefois, sur la base de ce dossier ou de la non-compatibilité avec le SROS, l'ARH peut contraindre l'établissement à déposer un dossier complet de demande de renouvellement.

Pour les activités exigeant une approche supra-régionale (chirurgie cardiaque, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle, traitement

Les différents volets des SROS 3

L'arrêté du 27 avril 2004 a fixé la liste des 16 volets obligatoires des SROS : médecine, chirurgie, périnatalité, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, hospitalisation à domicile, prise en charge des urgences et leur articulation avec la permanence des soins, réanimation, soins intensifs et soins continus, imagerie médicale, techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, psychiatrie et santé mentale, prise en charge des personnes âgées, prise en charge des enfants et des adolescents, prise en charge des personnes atteintes de cancer, soins palliatifs, prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

Des orientations ont été prises récemment pour la plupart de ces volets obligatoires.

Ainsi, le plan « périnatalité » lancé en 2004 a permis d'assurer le financement d'actions de mise aux normes des maternités et de santé publique qui s'appliqueront entre 2005 et 2007. De même, un ambitieux plan « cancer » est en cours de réalisation.

La mise en œuvre du plan « urgences » fait quant à elle l'objet d'un suivi très détaillé et les travaux sur la refonte des décrets relatifs d'une part aux urgences et d'autre part à la permanence des soins ambulatoires ont été menés à bien. Les prises en charge en aval ou en substitution des urgences telles que l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de court séjour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation, les hôpitaux locaux, ont également fait l'objet d'un programme de développement dans le cadre du plan « urgences ». Enfin, le plan « santé mentale et psychiatrie » d'avril 2005 a pour ambition de rénover en profondeur ce champ d'activité en le dotant d'importants moyens supplémentaires, tant en investissement qu'en fonctionnement.

des grands brûlés, greffes), les autorisations seront délivrées par les ARH sur la base de schémas interrégionaux.

D'autres mesures de simplification, prévues par l'ordonnance, doivent permettre de lever les blocages à l'évolution du système de soins :

- l'ordonnance supprime les taux de change afin de favoriser le développement des structures alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à domicile) ;
- lors des opérations de regroupement ou de transformation d'activités, le niveau de la réduction de la capacité ne résultera plus d'un taux d'abattement appliqué automatiquement, mais sera négocié entre l'ARH et l'établissement, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'ARH et les établissements est harmonisé entre établissements publics et privés. Le CPOM devient le lieu de définition des orientations stratégiques des établissements, sur le fondement des SROS. Il décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités et ses actions de coopération. Il définit également les objectifs quantifiés des activités de soins et des équipements lourds, pour lesquels l'autorisation a été délivrée. En outre, le CPOM devient le support privilégié des mécanismes de régulation de l'offre de soins. C'est en particulier le cas pour les MIGAC et les accords-cadres d'amélioration des pratiques hospitalières (cf. infra.).

1.1.2. Favoriser les coopérations et les recompositions

1.1.2.1. Le groupement de coopération sanitaire

Créé en 1996, le GCS constitue depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'outil privilégié de coopération sanitaire. Aucun syndicat interhospitalier ni aucune communauté d'établissement ne peuvent plus être créés.

Le GCS est ouvert à de nouveaux partenaires, notamment aux médecins libéraux et aux établissements médico-sociaux. Un des membres au moins doit être un établissement de santé, sauf lorsqu'il s'agit d'un réseau de santé constitué en GCS (dans ce cas, les membres du GCS sont ceux du réseau).

Les missions du GCS sont élargies. Il constitue d'abord un outil de coopération ; à ce titre, des équipes communes de personnels médicaux et non médicaux peuvent être constituées entre ses membres ; le GCS peut également être employeur. Il peut réaliser et gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, et détenir des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins.

Le GCS peut se voir confier les missions d'un établissement de santé par le directeur de l'ARH.

1.1.2.2. Le suivi des recompositions hospitalières et des réseaux de santé

L'annexe du SROS détermine les créations, regroupements, transformations ou suppressions d'activités de soins et d'équipements nécessaires à la réalisation des objectifs du SROS. Cette évolution répond au souhait d'une visibilité élargie sur les recompositions de l'offre de soins et d'une plus grande articulation avec les objectifs du SROS.

Des observatoires nationaux des recompositions et des réseaux de santé, qui s'inscrivent également dans la préparation des SROS de 3e génération, ont été mis en place.

1.1.3. Garantir la permanence des soins et l'accès aux soins

1.1.3.1. La permanence des soins

La permanence des soins hospitalière, à laquelle les personnels médicaux, pharmaceutiques et les odontologistes hospitaliers sont tenus de participer en application de leurs statuts, a pour but d'assurer la sécurité des patients hospitalisés

1. Les deux objectifs de la DHOS

1.1. Objectif 1 : garantir l'accessibilité de l'offre de soins

ou admis en urgence pendant les périodes de nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié. L'organisation et les modalités d'indemnisation de la permanence des soins sont fixées par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié.

Suite à la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail et à l'application aux personnels médicaux, pharmaceutiques et aux odontologistes hospitaliers de la législation européenne relative à l'aménagement du temps de travail, les périodes de permanence sur place sont considérées et décomptées comme des périodes de temps de travail effectif. Les périodes d'astreinte ne constituent pas du temps de travail effectif ; seuls les temps de soins auxquels elles peuvent donner lieu constituent du temps de travail effectif. Les astreintes et les déplacements réalisés par les praticiens donnent lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

1.1.3.2. **L'accès aux soins des plus démunis**

Aux termes de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». L'effectivité de ce droit fondamental dans les établissements de santé passe par son inscription dans les schémas régionaux d'organisation (SROS).

Quelque 400 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont mises en place au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Leur rôle est de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, de leur assurer une qualité de prise en charge et de suivi, dans une approche pluri-professionnelle, et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, en étroite coordination avec les acteurs sanitaires et sociaux tant internes qu'externes.

Le dispositif organisationnel de la permanence des soins ambulatoires

Un nouveau dispositif organisationnel de permanence des soins en médecine de ville a été élaboré en 2005. L'objectif de ce dispositif est double : d'une part, solliciter les médecins libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés, d'autre part, mettre en place une véritable coordination de la permanence des soins à l'échelon départemental en renforçant les complémentarités entre régulations libérale et hospitalière.

Le dispositif organisationnel repose sur :

- une sectorisation de chaque département ;
- la mise en place d'un tableau départemental de permanence ;
- la rénovation du Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU), qui devient le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) ;
- l'organisation de la régulation médicale des appels à l'échelon départemental ou interdépartemental en lien avec le SAMU.

Le principe d'une adaptation de l'organisation à la situation de chaque département a été retenu. Cette adaptation se traduit notamment par l'élaboration d'un cahier des charges départemental, sur la base d'un cahier des charges type national. L'ensemble du dispositif de permanence des soins mis en place doit être évalué annuellement selon des modalités définies dans le cahier des charges départemental.

1.1.4. Assurer des prises en charge spécifiques

En complément de l'approche globale des besoins de santé d'un territoire de santé, des approches spécifiques sont nécessaires pour adapter l'offre de soins :

- aux évolutions démographiques ;
- aux évolutions thérapeutiques ;
- aux nouvelles attentes sociales.

Les évolutions démographiques

Le vieillissement de la population pèse fortement sur le système hospitalier (les personnes âgées de plus de 65 ans représentent le tiers des séjours hospitaliers) et de l'ensemble de l'offre de soins. Les actions menées visent à favoriser la continuité de la prise en charge entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, à renforcer les solutions d'aval (court séjour gériatrique dans les établissements sièges de SAU) et à développer les alternatives à l'hospitalisation à temps complet (HAD) respectant des cahiers des charges spécifiques.

Le travail en réseau avec les médecins généralistes est privilégié et un rôle particulier est reconnu à l'hôpital local dans ce domaine. Le passage aux urgences est évité autant que possible.
Les unités de soins de suite ou de réadaptation (SSR), dont les patients sont, pour les deux tiers, âgés de plus de 65 ans, doivent également offrir des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques.

L'amélioration de la filière de soins gériatrique ne peut être dissociée du développement de l'offre du secteur social et médico-social, tant en termes d'hébergement (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), que de services d'aide à la vie quotidienne.

Une redéfinition des unités de soins de longue durée (USLD) est en cours et la requalification d'une partie d'entre elles en EHPAD interviendra à l'issue d'une procédure conduite conjointement par le préfet et le directeur de l'ARH. Les autres demeureront dans le champ sanitaire et seront dédiées aux personnes nécessitant des soins prolongés.

Les évolutions thérapeutiques

En matière de prise en charge des personnes infectées par le VIH, la transformation des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) en coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) illustre la volonté de tenir compte des avancées thérapeutiques.

En matière d'IVG, la possibilité de réaliser des IVG par voie médicamenteuse en médecine de ville doit conduire à la mise en place de réseaux de prise en charge entre les médecins libéraux et les établissements de santé.

Les nouvelles attentes sociales

Pour garantir l'accès aux soins des détenus, l'offre de soins est organisée autour des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), structures de soins implantées en milieu pénitentiaire et obligatoirement rattachées à un service hospitalier. Les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux, tandis que les soins plus intensifs sont dispensés dans les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).
Des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), dont trois sont d'ores et déjà en fonctionnement, ont pour mission d'accueillir les personnes incarcérées qui nécessitent une hospitalisation pour des soins somatiques.
Enfin l'hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique sera réalisée dans des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dont les premières devraient être opérationnelles en 2008.

En matière d'addictions, dans le cadre défini par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, deux objectifs ont été poursuivis. Le premier consiste à organiser les soins pour les personnes ayant des conduites addictives notamment par la mise en place d'équipes hospitalières d'addictologie, l'extension à tous les établissements de santé de la primo-prescription du traitement de substitution par la méthadone. Le second porte sur la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé : en réponse

1. Les deux objectifs de la DHOS

1.1. Objectif 1 : garantir l'accessibilité de l'offre de soins

à une demande accrue, les consultations hospitalières de tabacologie ont été développées ; le « réseau hôpital sans tabac » a permis au niveau du personnel hospitalier, dans les établissements participants, une diminution de la prévalence de fumeurs réguliers, désormais inférieure à celle de la population générale.

En matière de soins palliatifs, le programme national 2002-2005 visait notamment à développer les soins palliatifs tant à domicile et dans le lieu de vie habituel, dans les établissements de santé. Ces objectifs ont été renforcés et précisés pour 2005-2007, dans le cadre du plan cancer : création d'un réseau de soins palliatifs par département, développement des alternatives à l'hospitalisation (HAD) au travers d'un cahier des charges spécifique, mise en œuvre d'une démarche palliative en EHPAD.

L'exemple de la santé mentale montre que ces évolutions (démographiques, thérapeutiques, sociales) sont intrinsèquement liées.
En effet, le recours aux secteurs s'est beaucoup accru de 1989 à 2000 (+ 62 %) ; en outre, les pathologies liées au vieillissement constituent un défi majeur (maladie d'Alzheimer).
À ces évolutions de la démographie répondent celles des prises en charge : forte réduction des capacités d'hospitalisation complète, augmentation des capacités d'hospitalisation à temps partiel (de jour et de nuit). La durée moyenne de séjour s'établissait à 29,9 jours en 2004 contre 5 mois et demi en 1975, et les hospitalisations sans consentement, majoritaires jusqu'à la fin des années 1970, concernaient 13,5 % des hospitalisations en 2001.

Le plan de santé mentale et psychiatrie

L'ambition du plan de santé mentale et psychiatrie 2005-2008 vise à poursuivre l'adaptation de la prise en charge en tenant compte de ces différentes dimensions : en implantant des structures de prise en charge dans la ville, notamment en ambulatoire, en adaptant les capacités d'hospitalisation complète, et en développant les modalités de prise en charge médico-sociales pour les patients stabilisés.

Le plan prévoit notamment la mise en œuvre de programmes spécifiques : dépression, suicide, actions coordonées santé/justice à destination des personnes détenues et des auteurs d'agressions sexuelles, prise en charge des enfants et adolescents, réponse aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité, personnes âgées et réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

Pour remédier à la vétusté de nombreux services de psychiatrie, il prévoit aussi un appui très imporant à l'investissement : un cahier des charges spécifique a été défini pour les opérations aidées à ce titre.

En outre un plan « autisme » 2005-2006 comporte des mesures spécifiques en faveur notamment du dépistage précoce et de la création d'un centre de ressources autisme par région.

1.2. Objectif 2 : garantir la qualité du système de soins

La DHOS veille à l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé, dans le souci d'assurer effectivement les droits reconnus aux usagers dans ces domaines.

En outre, elle promeut la recherche et l'innovation qui contribuent, via le progrès médical, à l'accroissement de la qualité et la sécurité des patients.

1.2.1. Garantir la sécurité des patients

Les établissements de santé sont concernés à plusieurs titres par la sécurité sanitaire, notamment à travers :

- la mise en place de programmes globaux de gestion des risques ;
- la prévention et le signalement des événements indésirables liés aux soins.

1.2.1.1. Un programme global de gestion des risques

Face à la complexité croissante des processus de soins et des pathologies prises en charge chez des patients, les approches sectorielles des risques ont montré leurs limites : elles ne permettent pas d'introduire la dimension transversale nécessaire à une vision globale et à un management intégré des risques. Diverses actions de la DHOS visent à promouvoir une telle approche en aidant les établissements de santé à mettre en place une politique de gestion globale et coordonnée des risques.

Ainsi, des recommandations intitulées « Élaboration et mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé » ont été diffusées aux établissements de santé publics et privés ; leur applicabilité est actuellement en cours d'évaluation sur un panel d'établissements volontaires à des stades différents d'avancement de la démarche.

1.2.1.2. La prévention et le signalement des événements indésirables liés aux soins

Plusieurs volets de l'action de la DHOS sont consacrés à la prévention et au signalement des événement indésirables liés aux soins :

- la prévention et le signalement des infections nosocomiales : les actions menées par le ministère de la santé concernent le développement de l'hygiène hospitalière et de la gestion du risque infectieux dans les services de soins, la qualité de la stérilisation

Le tableau de bord des infections nosocomiales

Ce tableau de bord comporte 5 indicateurs :

- indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), construit à partir du bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé ;
- taux d'infections du site opératoire (ISO) par type d'acte opératoire ;
- volume annuel de produits hydro-alcooliques (hygiène des mains) par journée-patient ;
- taux de staphylocoques dorés résistants à la méticilline pour 1 000 journées-patient ;
- suivi de la consommation des antibiotiques.

Des groupes de travail ont été mis en place et pilotés par la DHOS et l'InVS. Le test de la faisabilité de ces indicateurs a été réalisé par les 36 établissements de santé engagés dans le projet COMPAQH (cf. infra). Un groupe de travail du comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a été mis en place pour revoir les cahiers des charges de ces indicateurs et proposer des bornes permettant de classer les établissements en catégories, en référence aux objectifs quantifiés annoncés dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 dont le pilotage est assuré conjointement par la DHOS et la direction générale de la santé (DGS).

et de la désinfection des matériels médicaux ainsi que la prévention de la transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) lors des soins ;

- des données globales sur la iatrogénie sont désormais disponibles grâce à une enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) menée sur un échantillon d'établissements de santé à la demande du ministère de la santé ;
- la surveillance épidémiologique des événements iatrogènes devrait par ailleurs être améliorée dans les années à venir. La mise en place d'un signalement des événements indésirables graves, inscrit dans la loi du 4 mars 2002, fait l'objet d'une expérimentation confiée à l'InVS.

1.2.1.3. La prévention des événements indésirables non liés aux soins

La DHOS mène des actions de réduction des risques dans d'autres domaines, en particulier et de façon non exhaustive :

- la climatisation des locaux des établissements de santé ;
- la qualité de l'eau dans les établissements de santé ;
- la sécurité incendie dans les établissements de santé (type U).

1.2.1.4. L'articulation de la procédure de certification avec les inspections et contrôles de sécurité sanitaire

Des « fiches navettes » relatives à la sécurité sanitaire réglementée ont été mises en place dans le cadre de la deuxième version de la procédure de certification des établissements de santé établie par la Haute autorité de santé (HAS). Ce dispositif présente de façon synthétique les contrôles et inspections effectués en matière de sécurité sanitaire dans les établissements devant recevoir la visite de certification.

Renseignées par les établissements et complétées, le cas échéant, par les missions régionales et interdépartementales d'inspections (MRIICE), elles sont mises à disposition des experts visiteurs. Ce dispositif souligne l'interdépendance des aspects relatifs à la qualité et à la sécurité et la nécessité de définir leur articulation.

1.2.2. Améliorer la qualité du système de soins

La transformation de l'ANAES, établissement public national, en Haute autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique aux termes de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, offre l'opportunité de redéfinir les rôles de chaque institution.

La HAS est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes médicaux, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de contribuer, par son expertise médicale, à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement, d'établir et de mettre en œuvre la certification des établissements de santé, d'évaluer les pratiques des professionnels de santé et de promouvoir le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

Dans le respect des prérogatives et de l'indépendance de la HAS, le ministère a proposé des thèmes de travail prioritaires pour 2005 (médicaments et dispositifs médicaux, ALD, accréditation des médecins, évaluation des pratiques professionnelles, accords d'amélioration des pratiques hospitalières).

Nonobstant le rôle décisif de la HAS, la garantie de la qualité du système des soins reste une priorité pour la DHOS, sous plusieurs aspects :

1.2.2.1. Améliorer la qualité des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles est confiée par la loi à la HAS. Toutefois, la DHOS promeut l'amélioration de la qualité de ces pratiques *via* plusieurs dispositifs regroupés dans le cadre du CPOM.

Les contrats de bon usage du médicament, prévus par l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, sont établis par le directeur de l'ARH et subordonnent le remboursement intégral des dépenses de certaines spécialités pharmaceutiques au respect, par les établissements de santé, des engagements qu'ils contiennent : engagements d'ordre général relatifs à l'amélioration et à la sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations ; engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques et aux produits ou prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Un observatoire régional institué auprès de l'ARH assure le suivi des pratiques de prescriptions et organise des échanges de bonnes pratiques.

Les accords d'amélioration des pratiques hospitalières sont prévus par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Les accords-cadres nationaux sont conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les fédérations représentatives des établissements de santé, en vue d'améliorer les pratiques hospitalières et de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Ces accords peuvent prévoir que les établissements de santé bénéficient individuellement ou collectivement du reversement d'une partie des dépenses évitées dans la limite d'un plafond de 50 %. Ces accords-cadres nationaux peuvent ensuite être déclinés au niveau local par les ARH. Les ARH ont également la possibilité de fixer des objectifs propres à la région et de conclure ainsi des accords d'initiative locale.

Les thèmes de ces accords répondent à une double exigence : intérêt en terme d'amélioration des pratiques et en termes d'économies réalisables par l'assurance maladie. Les accords sont construits sur la base de référentiels validés par la Haute autorité de santé. Le premier accord-cadre national porte sur le bon usage des antibiotiques en établissement de santé.

La DHOS s'assure de **la diffusion**, de **l'appropriation** et de **l'impact effectif des bonnes pratiques** sur la qualité de la prise en charge, notamment dans le cadre de plans ministériels : lutte contre la douleur (diffusion d'un contrat d'engagement contre la douleur, de fiches pédagogiques, d'un guide méthodologique pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur) ou nutrition (diffusion d'un outil de dépistage de la dénutrition).

1.2.2.2. Améliorer l'information des usagers sur le système de soins et les établissements de santé

La DHOS soutient depuis son origine le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), qui vise à expérimenter un système de mesure de la performance des établissements de santé, publics et privés, en se limitant, dans un premier temps, aux indicateurs de qualité des soins. Outre la DHOS, la HAS, les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC), la Mutualité française et l'UGECAM soutiennent ce projet, qui concerne 36 établissements publics et privés, couvrant un large éventail des activités hospitalières (MCO – cancérologie - SSR - psychiatrie). Une vingtaine d'indicateurs a été retenue, avec un « tronc commun » valable pour l'ensemble des établissements et une part variable selon le mode de prise en charge.

D'autres initiatives de recherche, françaises (projet INPECH) ou internationales (OMS-PATH, Indicateurs de qualité des soins - OCDE), ont également ce même objectif de mesure de la performance.

Parallèlement, en collaboration avec la DREES et la HAS, la DHOS s'attache à sélectionner des indicateurs simples et compréhensibles sur l'activité des établissements, qui seront mis à disposition des usagers courant 2006 de façon à leur permettre de comparer les établissements susceptibles de les accueillir.

La généralisation, voulue par la DHOS, de l'emploi des indicateurs de mesure de la qualité, a un double objectif : d'une part, permettre une information

objective des usagers ; d'autre part, encourager une émulation entre les établissements de santé, en vue d'accroître le niveau de qualité.

1.2.2.3. **Garantir les droits des usagers**
Les travaux de la DHOS contribuent à assurer l'application effective de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en particulier en matière de droit d'accès direct aux informations de santé.

Une « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » se substitue à la commission de conciliation. Son but est de « *veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge* ».

À l'occasion de la réactualisation de la « charte du patient hospitalisé » de 1995 des précisions ou des compléments seront apportés, et les dispositions devenues obsolètes (conditions d'accès au dossier médical, par exemple) seront mises à jour.

L'actualisation de l'arrêté du 7 janvier 1997 définissant le contenu du livret d'accueil permettra d'intégrer notamment les dispositions relatives aux conditions d'accès aux informations de santé, ainsi que leur durée de conservation et les modalités de cette conservation.

La loi reconnaît aux usagers, par le truchement des associations, une place dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements de santé. Ainsi est-il prévu que ces instances comptent parmi leurs membres un (ou plusieurs) représentant des usagers issu d'une association d'usagers ayant obtenu un agrément. Ces mêmes représentants bénéficient d'un droit à une formation et à un congé-formation qui doit leur permettre d'exercer effectivement leur mandat.

Par ailleurs, sous certaines conditions, les associations agréées au niveau national se voient accorder le droit d'ester en justice dans le cas d'infractions portant préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

Outre ces textes, diverses mesures d'accompagnement ont été proposées, en particulier :

- une convention-type déterminant les modalités d'intervention des bénévoles dans les établissements de santé (circulaire du 4 octobre 2004) ;
- un guide destiné à la formation des représentants des usagers, publié en début d'année 2005.

D'autres mesures sont en préparation, notamment :

- un guide destiné aux usagers pour faciliter leur parcours dans le système de santé ;
- des fiches d'information à l'attention des usagers sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent.

1.2.2.4. **Réduire les coûts de la non qualité**
Améliorer la qualité des soins et accroître l'efficience de la gestion ne sont pas des préoccupations contradictoires. En particulier, prévenir les hospitalisations évitables au regard des indicateurs de pertinence des soins (*Appropriateness Evaluation Protocol*, outil européen préconisé par la HAS) participe à la bonne utilisation des ressources attribuées au système hospitalier.

Aussi, la DHOS soutient-elle les efforts d'identification des hospitalisations évitables et de repérage des durées de séjour trop élevées.

Le développement de filières de soins dans le cadre des SROS 3 doit favoriser un parcours de soins conforme aux attentes des patients et aux exigences de bonne gestion.

1.2.3. Promouvoir la recherche et l'innovation

La recherche fait partie des missions essentielles du service public hospitalier. Plusieurs actions de la DHOS concourent à son développement.

Réalisée principalement au sein des centres hospitaliers universitaires, des centres de lutte contre le cancer et, dans des proportions moindres,

La définition de la recherche clinique

La recherche clinique se définit comme la recherche effectuée chez l'homme malade ou non, dont la finalité est l'amélioration de la santé humaine et le progrès des techniques de soins, dans le respect de la personnalité et de l'intégrité de chaque individu. Centrée sur l'hôpital et gérée par lui, elle constitue une recherche au lit du patient qui vient en complément des recherches médicales institutionnelles, fondamentales ou expérimentales, développées plus particulièrement par les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) comme le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) et surtout l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), dont la plupart des équipes sont d'ailleurs hébergées par les établissements hospitalo-universitaires. La recherche clinique utilise ainsi les nouveaux concepts et les nouveaux outils développés par la recherche fondamentale afin de les appliquer aux soins.

des centres hospitaliers, la recherche clinique, située en amont du développement des innovations thérapeutiques, conditionne le maintien de la qualité des soins, le progrès médical et, partant, l'efficience et la qualité du système de santé.

1.2.3.1. Le programme hospitalier de recherche clinique

Le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) constitue un dispositif d'aide à la dynamisation de la recherche clinique dans les établissements de santé mis en œuvre par le ministère de la santé (et entièrement géré par la DHOS) depuis l'année 1993, et régulièrement reconduit depuis cette date.

Ce programme a favorisé un réel essor de la recherche clinique au sein des hôpitaux, en particulier des établissements hospitalo-universitaires. En permettant le financement (généralement sur trois ans) de projets de recherche clinique conçus par des équipes hospitalières et sélectionnés pour leur excellent niveau, mais aussi en soutenant la création de structures de recherche à l'hôpital comme les centres d'investigations cliniques (CIC), le PHRC a contribué à développer une culture de la recherche au sein des établissements de santé.

1.2.3.2. Le programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses

Depuis l'année 2000, le programme de soutien aux innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses (STIC) finance chaque année des projets d'ampleur nationale. Au total, sur six années, 58 projets et 1 036 équipes ont bénéficié de financements.

Le programme de soutien concerne exclusivement les innovations validées par la recherche clinique et susceptibles de présenter un impact important pour le système de soins. Il s'agit le plus souvent d'innovations très onéreuses qui ne peuvent plus être financées dans le cadre de la recherche car elles ont démontré leur intérêt potentiel, mais ne sont pas encore utilisées en routine. Ce programme se situe en aval du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

1.2.3.3. Le soutien à certains soins, techniques et dispositifs médicaux rares ou coûteux

Du fait de leur coût, de leur spécificité ou de leur rareté, certains soins, techniques et dispositifs médicaux nécessitent un soutien spécifique appelé éventuellement à se pérenniser dans le temps, en association avec une évaluation régulière de leur diffusion. Ces activités ne sont menées que dans quelques établissements d'attraction interrégionale ou nationale.

2.1. Moderniser et renforcer les moyens des établissements de santé

2.1.1. Moderniser la gestion des ressources humaines

Le principal levier d'action pour parvenir à atteindre les objectifs fixés dans le cadre du programme est constitué par les hommes et les femmes qui, chaque jour, assurent le bon fonctionnement des établissements de santé. Une des innovations accompagnant l'élargissement du champ de compétence de la DHOS à l'ensemble de l'hospitalisation est la prise en compte des personnels des établissements de santé privés.

2.1.1.1. **Les personnels médicaux**

Dans le cadre des réflexions mises en place autour du plan « Hôpital 2007 », les travaux statutaires sur la modernisation du statut des praticiens hospitaliers ont été poursuivis à l'automne 2004, à la suite notamment du protocole du 2 septembre 2004 relatif à la chirurgie publique, complété par le protocole du 31 mars 2005. Trois axes de travail ont guidé ces négociations : la revalorisation des astreintes ; l'attribution d'une part variable complémentaire ; l'adaptation du statut prévoyant notamment la création d'un centre national de gestion et la simplification des modalités d'accès aux concours de praticien hospitalier.

Parallèlement, la DHOS a poursuivi en lien avec le ministère de l'Éducation nationale tous les travaux relatifs aux chantiers hospitalo-universitaires issus du protocole du 16 juin 2003, notamment sur la question du reclassement de la part hospitalière des praticiens hospitaliers nommés dans le corps des personnels enseignants et hospitaliers, et la réflexion sur l'amélioration de la prise en compte de la rémunération hospitalière de ces personnels dans le calcul de leurs droits à retraite.

Par ailleurs, la DHOS a produit tous les textes réglementaires mettant en place la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes à diplôme étranger, en application des articles 60 et 61 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), et piloté la conception et le démarrage au niveau régional de la première session des épreuves de vérification des connaissances ayant eu lieu en mars 2005. Les commissions d'autorisation d'exercice, chargées de donner un avis au ministre sur la demande d'autorisation d'exercice dans une spécialité, démarreront leurs travaux en janvier 2006. Simultanément, l'instruction des dossiers de ces personnels dans le cadre des anciennes procédures d'autorisation d'exercice a été achevée.

Les épreuves classantes nationales issues de la réforme du 3e cycle des études médicales, entrée en vigueur en 2004, ont été mises en place. Ces nouvelles modalités d'examen se sont substituées à l'ancien internat de médecine : parution des nouveaux textes réglementaires (décret de janvier 2004), conception d'une application informatique de gestion des ces épreuves, mise en œuvre d'un « amphi garnison » affectant en temps réel les futurs internes dans leurs lieux de formation et la discipline qu'ils ont choisie.

Le décret portant réforme des qualifications des médecins du 19 mars 2004 permet à tous les médecins qui désirent changer de spécialité d'acquérir une qualification au vu de leur expérience et de leurs acquis.

Le champ de compétence de la DHOS est aujourd'hui élargi aux conditions d'exercice des professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) et des pharmaciens exerçant à titre libéral. Aussi, à côté des évolutions relatives aux statuts des praticiens hospitaliers et des universitaires, la DHOS a construit un partenariat avec les Ordres de ces professions (procédures d'autorisation d'exercice, respect des règles déontologiques) et est l'interlocutrice privilégiée des services déconcentrés et des citoyens sur ces questions.

Par ailleurs, elle assure le suivi du dispositif relatif à la **formation médicale continue** (FMC) des praticiens exerçant en établissement de santé.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a confirmé l'obligation de formation continue introduite par une ordonnance du 24 avril 1996 pour tout médecin inscrit à l'ordre, et a réformé le dispositif de formation continue des médecins et des pharmaciens. Trois conseils nationaux de FMC distincts (compétents respectivement pour les médecins libéraux, les médecins salariés non hospitaliers et les praticiens exerçant en établissement public de santé ou en établissement privé PSPH) ont été créés par décret du 14 novembre 2003, un comité de coordination étant chargé d'articuler leurs travaux.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont venues parachever les règles applicables à la FMC en modifiant trois articles du code de la santé publique (articles L.4133-1 à L. 4133-3) :

- un objectif d'amélioration de la qualité des soins, notamment dans le domaine de la prévention, a été ajouté ;
- les modalités permettant de satisfaire à l'obligation de FMC au moyen notamment de la participation à des actions de formation agréées ou à des programmes d'évaluation réalisés par un organisme agréé, ont été précisées, ainsi que les missions des Conseils nationaux de la FMC et celles des Conseils régionaux chargés notamment de valider tous les cinq ans le respect de l'obligation de formation.

En outre, un article sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été introduit (L.4133-1-1). L'EPP est rendue obligatoire, les médecins devant satisfaire à cette obligation par un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret. Le caractère indissociable des obligations de FMC et d'EPP (deux dispositifs complémentaires d'une seule et même obligation) est au cœur de la cohérence d'ensemble du système, cette synergie étant garante d'une véritable amélioration des pratiques et de la qualité des soins au service du patient.

2.1.1.2. **Les personnels non médicaux**

Si la distinction entre personnel médical et personnel non médical est commode pour présenter les ressources humaines hospitalières, il convient cependant de souligner l'intérêt d'une coopération entre les professionnels médicaux et non médicaux.

D'autres évolutions récentes traduisent la modernisation de la gestion des ressources humaines non médicales, notamment la reconnaissance de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'accès à plusieurs diplômes du secteur sanitaire, la dynamique créée autour du répertoire des métiers de la fonction

La coopération entre professionnels de santé

Pour faire face aux évolutions technologiques et aux besoins créés par le fléchissement de la démographie médicale à l'horizon 2010, des expérimentations ont été initiées à partir de 2005 conformément aux préconisations du rapport relatif à « la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » remis fin 2003 par le Pr Berland.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique autorise, dans le cadre de modalités prévues par arrêté, « des expérimentations relatives à la coopération et aux possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé ».

L'arrêté du 13 décembre 2004 (J.O. du 13 janvier 2005) relatif à la coopération entre les professionnels de santé autorise cinq expérimentations dans dix lieux différents et concerne quatre professions paramédicales : diététiciens, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, orthoptistes.

À l'issue de ces expérimentations et de l'évaluation qui en aura été faite, plusieurs possibilités sont envisageables : poursuite de l'expérimentation, abandon, ou engagement de la procédure de délégation de certains actes de compétence médicale à d'autres professions de santé (1er semestre 2006).

2. Les modalités de soutien aux réformes

2.1. Moderniser et renforcer les moyens des établissements de santé

publique hospitalière, et la modernisation du statut des directeurs des établissements publics de santé. Ces évolutions doivent permettre de faire face aux défis auxquels est confrontée la FPH : départs massifs à la retraite, nouveaux métiers, nouvelle gouvernance.

La mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE)

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 est venue modifier le code de l'éducation nationale et le code du travail pour créer une nouvelle voie d'accès aux titres, diplômes, certifications : la validation des acquis de l'expérience (VAE). Ce dispositif, accompagné de la création du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) et de la mise en place de la commission nationale de la certification professionnelle (CNCP), a fait l'objet de textes d'application.

Le ministère a fait le choix d'ouvrir à la VAE le diplôme professionnel d'aide-soignant, qui devient ainsi le premier diplôme de santé ouvert à la VAE ; ces travaux se poursuivent avec la préparation de l'ouverture à la VAE de deux autres diplômes : le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture et le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Pour la fonction publique hospitalière, l'anticipation de l'évolution des métiers et des compétences est désormais un enjeu majeur pour préparer les professionnels aux évolutions à venir. De même, importe t-il de préparer les établissements de santé à répondre au défi démographique que représentera le départ à la retraite d'un agent sur deux d'ici à 2015.

Conçu comme un outil d'aide à la décision pour le management, les personnels, leurs représentants, le répertoire des métiers a été élaboré en tant que support d'information sur les métiers, permettant d'identifier les métiers présents dans l'établissement, de quantifier les besoins en effectifs par métiers, à court, moyen et long terme. Il permet, par ailleurs, de repérer les besoins en formation, de bâtir des actions de formation. Il peut aussi être utilisé comme un moyen de communication interne sur les métiers, utilisable pour des reconversions ou l'élaboration de projets professionnels pour les personnels. En ce sens, il est un outil de gestion collective des ressources humaines. Enfin, les fiches métiers du répertoire sont autant de repères pour ceux qui veulent faire le point sur leur carrière et l'expérience qu'ils ont acquise et s'engager dans un bilan de compétences.

La modernisation du statut des directeurs des établissements publics de santé

Le statut des directeurs des établissements de santé a été restructuré et modernisé pour tenir compte des responsabilités importantes qui leur sont confiées et qui se trouvent réaffirmées et renforcées à travers les réformes d'envergure engagées pour l'hôpital, au premier rang desquelles, celle qui touche à la modernisation du fonctionnement et de l'organisation interne des établissements de santé. Cette évolution institutionnelle et ce nouvel environnement juridique fondent et justifient la modernisation du statut des directeurs en les reconnaissant comme de véritables acteurs de santé, au cœur du management et de la gestion des établissements.

Le travail préalable à la rédaction de ce statut et des autres textes réglementaires dont il est assorti, a été mené avec les organisations syndicales représentatives des directeurs, qui en ont accepté les grandes lignes et les orientations et qui ont signé avec le ministre, le 25 mai 2004, un protocole consacrant leur accord sur ces orientations.

Le corps des directeurs est structuré en deux grades, l'alignant sur celui des administrateurs civils avec une obligation de mobilité, une évolution dans les modes de nomination et d'évaluation. Par ailleurs, afin de mieux valoriser les missions des directeurs, le régime indemnitaire qui leur est attribué est revalorisé et modulable.

2.1.2. Réformer le financement des établissements de santé

2.1.2.1. La mise en place de la tarification à l'activité

La DHOS assume, en collaboration avec la mission T2A, la mise en place du financement des établissements de santé à l'activité dans les secteurs public et privé pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou odontologie.

Un comité technique national a été mis en place pour chacun des 2 secteurs d'hospitalisation (antérieurement sous dotation globale et sous objectif quantifié national) avec des déclinaisons régionales sous l'autorité des ARH. Ils constituent des lieux d'information et de débat sur les avancées de la réforme. Ils examinent en particulier l'adaptation des différentes modalités de financement et l'articulation avec la régulation budgétaire, la politique d'investissement et les SROS de nouvelle génération (définissant des objectifs quantifiés). Des thèmes spécifiques sont également examinés, tels que la gériatrie, la recherche et l'enseignement, le cancer ou les urgences.

Dispositions spécifiques aux établissements antérieurement sous dotation globale

En 2004, 10% des ressources dévolues au financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (hors missions d'intérêt général) de ces établissements de santé ont été affectés en fonction de l'activité des établissements sur la base d'une première grille tarifaire, le solde restant versé sous forme d'enveloppe, la dotation annuelle complémentaire (DAC).

L'année 2004 a été consacrée à la préparation de l'étape suivante de la réforme, et notamment à une définition la plus précise possible des missions d'intérêt général et la suppression de la notion de dépenses encadrées. Dans le cadre d'un processus de transition dont le terme est fixé à 2012, la part de tarification à l'activité a été portée à 25 % en 2005 puis à 35 % en 2006, avec un objectif de 50 % en 2007.

Dispositions spécifiques aux établissements de santé antérieurement sous objectif quantifié national

La mise en œuvre de la réforme du système de financement des cliniques privées à but lucratif a fait l'objet d'importants travaux préparatoires. Il s'agissait d'une part de construire un nouveau modèle de tarification pour chaque champ d'activité concerné par la réforme en s'appuyant sur une procédure de validation avec les ARH des éléments d'activité propres à chacun des quelques 1 300 établissements concernés, ceci afin de déterminer, outre les tarifs nationaux, un coefficient de transition pour chaque établissement.

La Mission Tarification à l'activité (MT2A)

Gage de modernisation de l'hôpital public, la réforme progressive du mode de financement de l'hospitalisation publique par l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) permet de mieux prendre en compte l'activité hospitalière et le service rendu dans les établissements publics comme dans les établissements privés en garantissant ainsi une allocation plus équitable des ressources. La T2A a en effet pour but de fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur le volume et la nature de leur activité mesurée, pour l'essentiel, par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Dans cette nouvelle logique, les moyens dont disposeront les établissements ne seront plus déterminés *a priori* mais dépendront du volume de leur activité.

Dans le contexte de la réforme de la T2A, des travaux relatifs à la convergence des tarifs des secteurs public et privé ont été initiés en 2004. Un comité de pilotage a été mis en place et un consensus a été obtenu auprès des différentes fédérations représentant les établissements de santé sur un programme de travail ambitieux, conjuguant plusieurs types d'études à réaliser d'ici 2007 : étude de coûts du secteur privé, étude de coûts à méthodologie commune aux deux secteurs, études économétriques et organisationnelles permettant d'identifier et de quantifier les sources d'écarts de coûts intersectoriels et éventuellement intra-sectoriels. L'ensemble des travaux liés à cette réforme sont pilotés par une mission opérationnelle mise en place dans le cadre du plan Hôpital 2007, la « Mission T2A ».

D'autre part, de lourds travaux liés au déploiement des modalités de facturation dans l'ensemble des établissements, notamment la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour la partie des recettes tarifiées à l'acte (honoraires médicaux), ont rendu nécessaire le report de l'application de la réforme. Initialement prévue en octobre 2004, celle ci a été reportée une première fois en décembre 2004 puis est entrée en vigueur le 1er mars 2005.

Les travaux sur le PMSI se poursuivent, notamment en ce qui concerne l'extension du champ de la T2A aux activités de psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que les évolutions de la classification dans le secteur MCO.
Un dispositif de contrôle de l'activité des établissements a été prévu afin de faire face aux possibles effets pervers de la réforme (erreurs de codage, par exemple) et un comité d'évaluation a été placé par le ministre auprès de la Haute autorité en santé de manière à mesurer les impacts de la réforme tant en terme d'accès aux soins qu'en termes économiques.

2.1.2.2. La modernisation des régimes budgétaires et comptables

La réforme de la tarification implique des adaptations majeures des régimes budgétaires et comptables des établissements de santé. La DHOS a, dans ce cadre, rédigé les textes relatifs à la réforme de la tarification et mené une réflexion sur les adaptations induites à prévoir sur la gestion des établissements. Elle a conduit la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé aboutissant à la mise en place, pour l'exercice 2006, de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Indépendamment de la mise en œuvre des réformes propres aux établissements de santé, l'évolution de l'encadrement des règles de la commande publique a impliqué d'importants travaux en 2004. Ainsi, de nouvelles instructions sur l'amélioration de la gestion ont été élaborées en liaison étroite avec la direction générale de la comptabilité publique, instructions qui témoignent d'une évolution importante en matière de dématérialisation.
La DHOS a également participé aux travaux de codification de la partie réglementaire du code de la santé publique et du futur code général des propriétés publiques.

Pour l'efficacité de la mise en place de ces réformes et leur traduction concrète dans l'exécution de la campagne budgétaire, la DHOS s'est attachée à fournir un appui au réseau des agences régionales de l'hospitalisation et des services déconcentrés du ministère. Cet appui s'est matérialisé par exemple par la conception et la mise à disposition d'applications informatiques pour le suivi de campagne et des comptes administratifs ou d'éléments pour valider les structures de coût et la répartition d'activités des établissements, et par des actions de coordination des membres du réseau.

2.1.2.3. La réforme de la tarification des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été poursuivie. Elle est désormais conçue sur un mode ternaire avec un budget ventilé entre trois types de dépenses : l'hébergement, les soins et la dépendance. L'année 2004 a marqué une accélération du processus de conventionnement, désormais suivi grâce à l'outil d'information SAISEHPAD : ainsi au cours de l'année, 1 238 conventions ont été signées. Au total fin 2005, 5 189 conventions tripartites ont été signées depuis le début de la réforme. Cela signifie que 60 % de la capacité d'accueil des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (établissements dont le groupe iso ressources moyen pondéré est supérieur à 300) sont conventionnés.

2.1.3. Appuyer l'investissement hospitalier

Le plan de relance de l'investissement constitue un volet majeur du projet Hôpital 2007. Pour mener à bien ce chantier, un dispositif spécifique, la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), a été installé par un arrêté du 27 mars 2003. Ses compétences ont été étendues à l'accompagnement des programmes nationaux suivants : le dossier médical personnel, la tarification à l'activité et la réforme de l'assurance maladie (arrêté du 1er juillet 2005).

La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)

Placée auprès du ministre chargé de la santé et coordonnée par la DHOS, cette structure a facilité le lancement, le suivi et l'évaluation du programme ; elle a également permis la diffusion des nouveaux outils à travers un appui technique de l'administration centrale, des ARH et des établissements de santé.

Aider au pilotage du plan

- Le programme se caractérise par son ampleur, 10,2 milliards d'euros, 937 opérations soutenues par 6 milliards d'euros d'accompagnement, par son caractère pluriannuel (5 ans), par la décentralisation vers les ARH, qui pilotent les 26 plans régionaux, et les établissements publics et privés porteurs des opérations. Après deux ans de mise en œuvre, le plan a généré 2,2 milliards d'euros d'investissement supplémentaire, 51 % des projets étant réalisés ou en phase d'exécution.
- À travers un dialogue continu avec le réseau régional et une forte pression sur l'ensemble des acteurs, la MAINH gère le système d'information et de remontée des données dans une logique de résultat.

Innover dans la réalisation

L'ordonnance du 4 septembre 2003 permet aux hôpitaux publics et aux structures de coopération (GCS-Groupes de coopération sanitaire) de faire appel, pour leurs investissements immobiliers, à de nouvelles procédures :

- le recours au marché de conception-construction-maintenance, qui permet de simplifier et de gagner du temps ;
- l'externalisation du financement et d'une partie de l'exploitation, par contrat du type partenariat public privé utilisant l'intermédiaire du bail emphytéotique. Dans un premier temps, la mission s'est attachée à informer, susciter des volontariats et élaborer des conseils. Une méthodologie globale est disponible sous la forme d'un guide pratique accessible sur le site Internet : www.mainh.sante.gouv.fr. Au 1er septembre 2005, 26 opérations étaient engagées pour un montant d'un milliard d'euros.

Dynamiser la maîtrise d'ouvrage classique

Ce plan repose en grande partie sur des procédés classiques et dépend des qualités professionelles des maîtres d'ouvrage, souvent isolés. Pour pallier ces difficultés, plusieurs outils ont été mis en place :

- un site Internet assurant l'information et les échanges entre les professionnels ;
- un baromètre des coûts de la construction publique et privée ;
- des cercles de mutualisation par thèmes, directement liés au plan Hôpital 2007.

La modernisation des hôpitaux sera poursuivie, avec un effort particulier pour le secteur psychiatrie dans le cadre du plan de santé mentale. Il prévoit 1,5 milliard d'euros d'investissement sur la période 2006-2010.

2.1.4. Favoriser la mise en place d'une nouvelle gouvernance hospitalière

2.1.4.1. Un cadre juridique adapté

Afin de poursuivre les travaux engagés en 2003 sur la réforme de la gouvernance hospitalière et de favoriser la concertation et le dialogue avec l'ensemble des acteurs hospitaliers un comité de suivi présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a été installé le 10 février 2004. Ce comité, qui associe les partenaires, syndicats et représentants institutionnels, ayant manifesté leur accord par la signature des relevés de conclusions, a participé à la préparation des textes et, dans le cadre de séances de travail bimensuelles, examiné le projet d'ordonnance mais aussi un certain nombre de projets de décrets en Conseil d'État.

L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, complétée et modifiée par l'ordonnance 2005-1112 du 1er septembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, a permis de concrétiser ces travaux. L'ambition de la réforme de la gouvernance est notamment d'associer les praticiens à la définition des orientations stratégiques au sein du conseil exécutif, et de déconcentrer la gestion au niveau des pôles d'activité.

Par ailleurs, une démarche d'anticipation de la réforme a été proposée aux établissements de santé, les dispositions législatives en vigueur autorisant une organisation proche de celle prévue par la réforme. Ainsi, une centaine d'établissements hospitaliers se sont engagés à mettre en place une préfiguration du conseil exécutif et une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne. La mission d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) a été chargée de suivre ces actions d'anticipation et d'assurer la mutualisation des retours d'expérience des établissements déjà engagés.

La DHOS a mis en ligne sur le site Internet du ministère un document de synthèse présentant l'état d'avancement des démarches en septembre 2005.

2.1.4.2. L'amélioration de l'organisation et de la gestion interne des établissements

L'objectif de la DHOS est de faire en sorte que la réflexion sur l'organisation interne soit largement partagée par les établissements de santé et que ces derniers, notamment les plus en difficulté, s'engagent résolument dans un plan d'action pour l'amélioration de leur organisation.

Deux axes d'amélioration peuvent être identifiés :

- développement de l'utilisation des outils de comparaison (« benchmarking ») et de pilotage, en s'appuyant en particulier sur la comptabilité analytique ;
- diffusion des bonnes pratiques d'organisation et de gestion, notamment celles identifiées par la MeaH.

2. Les modalités de soutien aux réformes

2.1. Moderniser et renforcer les moyens des établissements de santé

La Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH)

L'amélioration de l'organisation des établissements de santé doit permettre une meilleure organisation des activités hospitalières, conciliant qualité du service rendu au patient, efficience économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel. La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH) a pour objectif de favoriser cette amélioration.

Le programme de travail annuel de la MeaH est arrêté par le ministre. Pour 2006, il comprend les thèmes suivants : recouvrement des produits hospitaliers, organisation des centres médico-psychologiques, organisation des centres 15, organisation des blocs opératoires, organisation du circuit du médicament, temps de travail des personnels soignants et organisation des services cliniques.

Dans la conduite de ses chantiers pilotes la MeaH travaille selon les modalités suivantes :

Financement d'actions dans les établissements

Pour atteindre ces objectifs, la MeaH privilégie la mise en œuvre d'actions et de missions « sur le terrain » en offrant aux établissements un dispositif d'appui-conseil délivré par des sociétés de consultants que la MeaH sélectionne et finance.

Engagement volontaire des établissements publics et privés

La MeaH s'adresse à des établissements publics et privés volontaires pour mener des audits et mettre en œuvre de nouvelles modalités d'organisation. Il s'agit d'établissements qui ont développé des organisations efficientes ou qui, confrontés à des dysfonctionnements, souhaitent procéder à des changements et sont prêts à fournir les informations dont ils disposent sur leurs moyens, leur activité et leur fonctionnement. Ils s'engagent à mettre en œuvre les changements préconisés, après validation, et à en évaluer les résultats.

Garantie de confidentialité pour les données confiées par les établissements

La MeaH veille à ce que le temps consacré par les équipes hospitalières à la conduite de ces missions soit encadré et limité afin de ne pas alourdir significativement leur charge de travail. Les résultats des audits sont confidentiels et les établissements en sont propriétaires. Seuls les éléments présentant un intérêt en termes de modélisation ou d'approche méthodologique font l'objet d'une diffusion qui conserve l'anonymat des établissements.

Partage d'expériences et de savoir-faire

Sur chaque thème de travail, la MeaH constitue un comité technique national, composé des responsables des services hospitaliers impliqués dans l'étude, des consultants et le cas échéant de représentants d'associations professionnelles ou d'équipes universitaires. Ce comité technique analyse les situations dégagées par les audits, émet des recommandations, propose de nouvelles modalités de fonctionnement et en accompagne la mise en œuvre puis assure une évaluation des résultats.

Il appartient à la MeaH de construire et de diffuser des référentiels d'organisation hospitalière pour les services cliniques, médico-techniques, administratifs et logistiques. Les modèles d'organisation et les supports méthodologiques sont diffusés à l'intention des établissements hospitaliers afin qu'ils puissent s'en inspirer pour améliorer leur fonctionnement.

Le partage d'expériences et la diffusion de savoir-faire se concrétisent par des relations approfondies et régulières avec les équipes hospitalières de terrain et la possibilité d'accéder aux documents de travail ainsi qu'à des forums thématiques sur son site Internet : www.meah.org.

2.2. Adapter les modes d'action de la DHOS et de ses partenaires

2.2.1. Améliorer les modes d'action de la DHOS

Outre les fonctions de réglementation, habituelles pour une direction d'administration centrale, la DHOS a diversifié ses modes d'action pour impulser et accompagner les changements de comportement des professionnels des établissements de santé. Dans ce cadre, un accompagnement des réformes a été mis en place : il porte sur les différents volets du plan Hôpital 2007. En complément de ce dispositif, la MeaH contribue à l'émergence de nouvelles organisations.

2.2.2. Consacrer la région comme échelon privilégié de mise en œuvre du programme « Offre de soins »

La LOLF ne s'applique pas seulement à l'administration centrale. Pour qu'elle produise tous ses effets, les acteurs déconcentrés de l'État et les opérateurs du programme « Offre de soins » (ARH, GIP-CPS, ATIH, GIP-DMP, GIP-IDS) doivent également se mobiliser. D'autres organismes sont des partenaires de la DHOS dans la réalisation du programme (HAS, URCAM). Des acteurs d'autres programmes de la mission « Santé » peuvent également avoir une activité impactant le programme (Établissement français du sang, Agence de biomédecine, Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies).

Le dispositif d'accompagnement des réformes

Par leur ampleur et les enjeux qu'elles recouvrent, par les changements qu'elles induisent dans l'organisation de l'hôpital et dans l'exercice des métiers, les réformes hospitalières sont complexes à mettre en œuvre. C'est pourquoi leur déploiement sera désormais appuyé par un important dispositif d'information, de formation et de soutien, à destination de tous les professionnels de santé concernés.

Des forums nationaux et des rencontres régionales associant les ARH, les services déconcentrés, l'assurance maladie et les fédérations hospitalières doivent permettre d'assurer cette circulation de l'information. Des missions d'appui seront diligentées auprès des établissements, soit pour les aider à résoudre leurs difficultés, soit pour soutenir les changements engagés.

Selon les besoins exprimés, des actions de formation pourront être conduites au sein même des établissements, pour accompagner les médecins et les personnels sur des aspects précis des réformes en cours, ainsi que les services déconcentrés de l'état et de l'assurance-maladie.

Elément-clé de ce dispositif, la mise en service d'un portail internet, construit par et pour les professionnels, donnera accès à une base documentaire et à des questions/réponses. L'option du e-learning associant auto-formation en ligne, apprentissage collaboratif, formation en présence et tutorat à distance, a été retenue, de même que des modules d'auto évaluation.

Site Internet : www.reformes-hospitalieres.com

Le dispositif s'appuie sur le comité de suivi de la réforme hospitalière regroupant les représentants des établissements de santé (fédérations et conférences) et des ARH, ainsi que la HAS et les syndicats. Sa mise en œuvre est assurée par une cellule opérationnelle mobilisant les sous directeurs de la DHOS, la MeaH, la MT2A, la MAINH et les ARH, sous la responsabilité d'un chef de projet. Ce dernier veille notamment à la cohérence entre les différents aspects du dispositif et à la coordination des actions.

Les quatre réformes qui fondent Hôpital 2007 (SROS, T2A, certification, nouvelle gouvernance) sont interactives ; elles porteront leurs fruits ensemble. Ces réformes ont été lancées selon des calendriers différents et sont, aujourd'hui, à différents stades d'avancement sur le terrain. C'est donc au fur et à mesure de leur déploiement au sein des établissements de santé que, par effet de synergie, elles permettront d'assurer la prise en charge optimale des patients.

2.2.2.1. Les agences régionales de l'hospitalisation

Les 26 agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont des groupements d'intérêt public associant l'État et l'assurance maladie. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ARH sont aujourd'hui pleinement reconnues dans leurs missions de pilotage, d'animation et de coordination des politiques et actions régionales dans le domaine sanitaire public et privé. Elles sont chargées :

- de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de déterminer leurs ressources ;
- d'élaborer, en association étroite avec les établissements, les professionnels, les élus et les usagers, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui définissent le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé.

L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, a étendu la compétence des ARH au contrôle du fonctionnement des établissements de santé.

Les ARH sont administrées par une commission exécutive où siègent, à parité, des représentants de l'État et des représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie. Elles ont à leur tête un directeur nommé en conseil des ministres.

Les ARH sont les garantes, sur le terrain, de la réussite du vaste train de réformes qui touche tous les aspects de l'organisation des soins, avec l'appui des moyens des DRASS, des DDASS et de l'assurance maladie mis à leur disposition. Elles jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre du programme confié à la DHOS qui ressort clairement du choix de l'un des trois indicateurs du projet annuel de performance (cf. encadré).

Un exemple du rôle des ARH porte sur le suivi des investissements régionaux hospitaliers. En effet, pour permettre aux ARH et à la DHOS de connaître et de suivre le contenu des investissements prévus par les établissements de santé en dehors du plan « Hôpital 2007 », une base de données dénommée AGLAES a été réalisée en 2005. Elle vient en complément de la base « Hôpital 2007 » développée en 2004 par la MAINH (SIDONIH) et permet aux ARH de suivre les investissements

L'indicateur du projet annuel de performance des ARH

Les contrats d'objectifs, conclus pour trois ans, entre le ministère de la santé et les ARH dessinent un nouveau mode de relations avec les opérateurs régionaux dont ils renforcent le pilotage stratégique avec un souci constant de mesure et d'évaluation des résultats à l'aide d'indicateurs de performance.

Ces contrats comportent des objectifs nationaux communs à l'ensemble des régions et des objectifs spécifiques à chacune d'entre elles. L'indicateur retenu par le projet annuel de performance est un indicateur global mesurant le taux d'atteinte par les ARH de l'ensemble des objectifs communs portés aux contrats qui sont répartis en six domaines :

- assurer la régulation régionale de l'offre de soins ;
- favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire ;
- veiller aux équilibres financiers des établissements de santé ;
- contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé ;
- favoriser l'efficience des pratiques hospitalières ;
- développer le dialogue social en région.

hospitaliers dans chaque région en volume et en opérations majeures (*supérieures aux seuils réglementaires impliquant une approbation sur dossier*). Une extraction annuelle sera mise à disposition de la DHOS et de la MAINH. L'outil sera déployé en 2006 pour une mise en application par les établissements de leurs investissements *via* un serveur. La première version de la base devrait être disponible, après contrôle des ARH, fin 2006. L'optimisation de cet outil de suivi global des investissements, aussi bien au niveau régional que national, nécessitera deux à trois années. Un outil sera également déployé permettant la connaissance du patrimoine existant.

2.2.2.2. **Les agences régionales de santé**

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a créé les missions régionales de santé (MRS) qui ont été mises en place au début de l'année 2005 et sont compétentes en particulier en matière de répartition territoriale des professionnels de santé et d'organisation de la permanence des soins. Elles doivent permettre une gestion mieux coordonnée de la médecine de ville et du secteur hospitalier par le rapprochement des compétences des ARH et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Prenant appui sur les enseignements qui seront tirés du fonctionnement des MRS et du premier bilan de leur action, la loi a prévu d'aller plus loin avec la création, à titre expérimental dans des régions volontaires, d'agences régionales de santé (ARS) qui prendront la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes de l'assurance maladie et seront chargées des compétences dévolues à l'ARH et à l'URCAM de manière à promouvoir une approche globale de la politique de santé.

2.2.3. **Moderniser le système d'information hospitalier**

Les systèmes d'information hospitaliers constituent un outil privilégié de la qualité et de l'efficience des établissements de santé. La DHOS, dans le respect de l'autonomie des établissements, s'appuie sur plusieurs intervenants principaux (cf. encadré) pour :

- connaître précisément la nature des systèmes d'information hospitaliers disponibles dans les établissements de santé et leurs fonctionnalités et évaluer régulièrement l'amélioration de leur niveau de service ;
- permettre aux établissements de répondre aux exigences des réformes :
  - tarification à l'activité,
  - loi de réforme de l'assurance maladie (prélèvement « un euro », règles de calcul du TM, parcours de soins, dématérialisation des échanges avec l'assurance maladie, DMP...) ;
- développer le partage des données de santé, notamment grâce à l'interopérabilité des systèmes d'information ;
- plus généralement, accélérer la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

Les principaux intervenants sur les systèmes d'information hospitaliers

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a deux missions principales :

- mettre en œuvre les travaux nécessaires aux systèmes d'information communs à l'État et à l'assurance maladie (recueil de données pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et étude nationale des coûts) ;
- contribuer aux travaux sur les nomenclatures de santé tant au niveau national (« résumés de séjour patients » pour le PMSI, classification commune des actes médicaux) qu'international (classification internationale des maladies).

Par ailleurs l'ATIH est chargée de produire des applications informatiques utiles à la gestion du système de soins (dispositif d'information « pARHtage » pour les ARH, dispositif DMI2 pour le suivi du sida et de l'hépatite C). Le programme de dématérialisation des données du PMSI (dit « e-PMSI »), actuellement opérationnel, et la connaissance des coûts par groupe homogène de malades permettront une mise en œuvre plus facile de la tarification à l'activité (T2A).

Site Internet : www.atih.sante.fr

Le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) est un groupement d'intérêt public créé par arrêté du 23 février 2000 en concertation avec les différentes fédérations hospitalières et fondé sur le volontariat des établissements de santé publics et privés. La mission du GMSIH est d'organiser et de fédérer une demande commune à l'ensemble des établissements afin de favoriser l'interopérabilité des SIH et l'adaptation de l'offre industrielle d'applications d'informatique de santé. Le GMSIH a vocation à produire des spécifications et recommandations – et non des logiciels – utilisables par les établissements pour consulter le marché sur la base de cahiers des charges harmonisés. Le GMSIH participe aux travaux de standardisation et de normalisation nationale et internationale et conduit une veille technologique pour ses adhérents. Au-delà de la production de spécifications, le GMSIH s'est investi plus récemment dans des actions d'assistance ciblée au profit d'établissements pilotes pour favoriser la mise en œuvre de ses recommandations et référentiels. Une disposition de la LFSS 2006 prolonge l'activité du GHSIH au delà de l'échéance de 2007 et étend son champs de compétence aux réseaux de santé.

Les principaux « livrables » du GMSIH sont disponibles sur le site : www.gmsih.fr

Le groupement d'intérêt public « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS) a été constitué entre l'État et les organismes d'assurance maladie pour étudier, mettre au point et diffuser la carte de professionnel de santé. Cette carte est un outil sécurisé portable multifonctions contribuant à la confiance dans les échanges entre professionnels de santé. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu d'étendre l'utilisation de la CPS pour garantir la confidentialité de la conservation et de la communication des données personnelles de santé. Les décrets relatifs à l'hébergement et à la confidentialité des données de santé à caractère personnel issus de la loi du 4 mars 2002 ainsi que le projet « dossier médical personnel » (DMP) vont amener les professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers, à utiliser couramment dans leur pratique des outils de sécurité des systèmes d'information. Le GIP-CPS est par ailleurs chargé de mettre en œuvre le nouveau répertoire national unique des professionnels de santé, « répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS). Une fusion des cartes CPS et ordinale est actuellement à l'étude.

Site Internet : www.gip-cps.fr

Le groupement d'intérêt public « DMP » : le GIP-DMP est maître d'ouvrage de l'élaboration du dispositif DMP et de son déploiement à partir de 2006. Le rôle de la DHOS et des ARH est de veiller à ce que l'hôpital soit au rendez-vous du DMP. Un plan d'action a été défini dès novembre 2004 par un comité de pilotage mis en place par la DHOS (associant fédérations, conférences, ARH). Il prévoit la mutualisation des travaux préparatoires (élaboration de recommandations et de spécifications) par le GMSIH qui assurera par ailleurs l'accompagnement des établissements pilotes et un retour d'expériences. Ce comité de pilotage assure un suivi régulier de la progression des actions en cours.

Site Internet : www.d-m-p.org

Le groupement d'intérêt public « institut des données de santé » (GIP-IDS) est constitué entre l'État, les caisses nationales d'assurance maladie, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Il a pour objet d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie. Il doit également veiller à la mise à disposition de ses membres, de la Haute autorité de santé, des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ainsi que d'organismes désignés par décret en conseil d'État, des données issues des systèmes d'information de ses membres, à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique. Un décret en conseil d'État pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés fixe les conditions garantissant l'anonymat de ces données.

Les départements et collectivités d'Outre-mer

Les départements d'Outre-mer
Ils sont au nombre de quatre : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion.

Les données relatives à l'hospitalisation et à l'organisation des soins dans ces quatre départements sont incluses dans les tableaux thématiques de ce document. Il n'est pas utile d'en faire une présentation distincte, sauf pour souligner 3 spécificités réellement marquantes : le taux de natalité, le nombre des interruptions volontaires de grossesse et la prévalence de l'insuffisance rénale chronique.

La population des quatre DOM représente 3 % de la population nationale totale, or les accouchements « domiens » représentent 4,5 % des accouchements annuels. Leur équipement en lits d'obstétrique représente 4,3 % de l'équipement totale de la discipline.

Par ailleurs, alors qu'en métropole le nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est de 14,3, il est de 28,8 dans les DOM. On notera qu'il est particulièrement élevé en Guadeloupe (41,2) et en Guyane (37,3).

Enfin, l'IRCT traitée par dialyse connaît une prévalence extrêmement importante. Alors qu'en métropole, elle varie de 355 patients par million d'habitants à 675,7, elle varie dans les DOM de 593,2 à 1 181. C'est à La Réunion que l'on note la prévalence la plus élevée ; viennent ensuite la Guadeloupe et la Martinique.

Les collectivités d'Outre-mer
Une distinction doit être opérée entre les collectivités dans lesquelles l'État est compétent en matière de santé, à savoir : Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et Wallis-et-Futuna et celles dans lesquelles la santé est une compétence du gouvernement territorial : la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française.

Collectivités dans lesquelles la santé est une compétence de l'État

Saint-Pierre-et-Miquelon
Un seul établissement de santé, implanté à Saint-Pierre, dispose de 109 lits et places (44 lits et places MCO, 45 lits SSR et 24 lits de maison de retraite). Financé depuis 2003 par dotation globale, le budget de l'hôpital était, pour cet exercice, de l'ordre de 15,5 M€. Un projet de reconstruction de l'établissement devrait démarré en 2006. Un dispensaire est implanté à Miquelon.

L'isolement géographique et le caractère réduit de la population, 6 500 habitants, conduisent à une organisation assez spécifique. Ainsi, si certaines activités médicales ou chirurgicales (médecine générale, chirurgie générale, obstétrique, biologie, anesthésie et radiologie) sont assurées par des praticiens affectés à temps plein au CH, d'autres le sont par des médecins de métropole venant effectuer des missions d'au moins une semaine, sur la base d'un rythme annuel défini en fonction des besoins à satisfaire. Par ailleurs, compte tenu des limites du plateau technique, dimensionné pour répondre aux besoins les plus courants, certains patients sont « évacués » (on parle d'évacuation sanitaire), selon le cas, soit vers un établissement de santé à Saint-John à Terre-Neuve (80 %), soit vers des hôpitaux métropolitains (20 %). Elles sont de l'ordre de 900 à 1 800 par an.

Mayotte
Un seul hôpital public pour 160 000 habitants. Il dispose de 226 lits et d'une dotation annuelle de financement en 2006 de 81,213 M€.

Depuis le 1er janvier 2004, 19 dispensaires, dont la gestion était assurée antérieurement par le conseil général, ont été transférés au CH. Ils sont répartis entre Grande-Terre et Petite-Terre ; 7 d'entre eux disposent d'une maternité rurale. Une réorganisation est en cours ; elle conduira, à un terme rapproché, à disposer de 3 maternités intercommunales mieux structurées, sachant que la maternité de Mayotte est considérée comme la plus grosse maternité de France, avec 7 500 naissances par an. Le transfert de gestion des dispensaires constitue une opportunité pour organiser une synergie renforcée entre ces structures et le CH, dans un territoire où les indicateurs de santé publique témoignent d'un état sanitaire précaire.

Le budget de l'État apporte son concours au financement de l'hôpital et des dispensaires au titre de la dispensation des soins au bénéfice des personnes non assurées sociales, à hauteur de 7,7 M€ par an.

Wallis et Futuna
Ces 2 îles comptent 15 000 habitants (10 000 à Wallis et 5 000 à Futuna). Chacune dispose d'un hôpital ; celui de Wallis compte 60 lits et celui de Futuna 20 lits.

Le statut juridique du dispositif d'organisation des soins est très particulier. En effet, après une longue période durant laquelle les soins étaient dispensés par les militaires, une agence de santé a été créé en 2002. Il s'agit d'un établissement public national de santé, dont le conseil d'administration est présidé par le préfet. Le budget - arrêté à 19,460 M€ en 2006 - est entièrement financé par l'État, en l'absence d'un régime d'assurance maladie. À noter que l'agence de santé est le seul dispensateur de soins dans les deux îles, aucun professionnel de santé libéral n'étant installé. L'agence gère aussi 5 dispensaires (3 à Wallis et 2 à Futuna) qui assurent les soins ambulatoires.

Les personnels sont régis par une convention collective. Parmi les soignants, certains exercent encore en qualité d'agents autorisés, ce qui explique l'enjeu que représente le développement de formation qualifiante ou de mise à niveau. Certains postes sont pourvus par des titulaires de la FPH par voie de détachement.

À l'instar de l'organisation décrite pour Saint-Pierre-et-Miquelon, la prise en charge médicale est, pour partie, assurée par des médecins exerçant à temps plein dans les disciplines nécessitant une permanence 24h/24, pour partie, par des praticiens venant effectuer des missions dont la durée et la fréquence sont fonction des besoins à satisfaire. Comme à Saint-Pierre, le recours aux évacuations sanitaires est indispensable d'une part, pour la réalisation d'examens dépassant les possibilités du plateau technique, d'autre part, pour des hospitalisations dans des services de spécialité. Dans les 2 cas, c'est, le plus souvent, le CH de Nouméa qui assure la fonction d'établissement de recours.

Il faut souligner qu'un nombre croissant (17 en 2003) d'évacuations est effectué, par avion militaire, le plus souvent pour des accidentés de la route et que les coûts induits sont très onéreux (37 000 € par évacuation).

Collectivités dans lesquelles la santé est une compétence de la collectivité territoriale :
Dans les deux collectivités concernées - Nouvelle-Calédonie et Polynésie française -, si les gouvernements sont compétents en matière de santé, un dispositif conventionnel d'accompagnement permet à l'État de leur apporter son concours financier tant pour des opérations d'investissement que pour la conduite d'actions définies en fonction de priorités arrêtées contractuellement. Depuis le 1er janvier 2006, la DHOS ne gère plus que des crédits d'aide à l'investissement, délégués dans le cadre de l'exécution du volet « santé » d'un contrat de développement. C'est le ministère de l'Outre-mer qui est désormais l'interlocuteur pour contractualiser sur des actions de santé, les crédits d'accompagnement lui ayant été parallèlement transférés.

La Nouvelle-Calédonie
Un contrat de développement a été conclu pour la période 2000-2004, prorogé jusqu'en 2005. Il concerne, pour l'essentiel, la restructuration du CH de Nouméa. La participation de l'État est fixée à 23,48 M€, soit 34 % du montant des opérations inscrites. Il n'a été exécuté que partiellement en raison de nouvelles orientations arrêtées en 2005 par le gouvernement calédonien pour structurer l'offre de soins hospitaliers à Nouméa.

Par convention du 19 février 2002, l'État apporte aussi son concours au financement de centre de formation des professions de santé à hauteur de 0,718 M€ par an pendant 5 ans.

La Polynésie française
Un contrat de développement a également été conclu pour la période 2000/2004, prorogé jusqu'en 2005. Il concerne, pour l'essentiel, la restructuration de diverses structures de soins réparties dans l'archipel. La participation de l'État est fixée à 6,1 M€.

Par ailleurs, une convention relative à des actions de solidarité et de santé publique avait également été signée pour la période 1999/2003. La participation annuelle de l'État, au titre des actions de santé publique, était de 4 M€. Ces actions englobaient le centre de formation aux professions de santé ainsi que des actions de prévention et de promotion de la santé. Aucune nouvelle convention n'a été conclue depuis. C'est désormais le ministère de l'Outre-mer qui est l'interlocuteur en la matière.

3. Les enjeux et perspectives européennes et internationales

3.1. La comparaison des données des pays de l'Union européenne et du G8

3.1. La comparaison des données des pays de l'Union européenne et du G8

Cette comparaison est faite pour les deux groupes de pays, Union européenne et G8, sur des indicateurs classiques. Il s'agit des dépenses nationales de santé (DNS) et des dépenses de soins hospitaliers (DSH) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), du taux d'équipement pour 1 000 habitants en lits de soins aigus et de longue durée et enfin, pour les soins aigus, de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation. Les deux premiers indicateurs rendant compte de la comparaison de façon la plus synthétique, c'est principalement sur eux que portera l'analyse.

3.1.1. Les pays de l'Union européenne (tableaux 3.1. à 3.3.)

On constate que les DNS en pourcentage du PIB varient en 2003 de 5,9 % pour la Slovaquie à 11,1 % pour l'Allemagne [1], la France venant juste en dessous de ce pays avec 10,1 %. Dans les pays de l'Europe les plus développés économiquement, il faut remarquer que le Royaume-Uni présente un profil atypique avec notamment une dépense nationale du santé en pourcentage du PIB nettement inférieure aux autres : 7,7 % contre 10,9 % pour l'Allemagne par exemple en 2002.

En comparant dans le tableau 3.1. les DNS et les DSH en pourcentage du PIB, on peut également déduire en regardant l'évolution des chiffres sur dix ans que les efforts de maîtrise des dépenses de santé ont principalement porté sur les soins hospitaliers de court séjour, notamment dans les pays les plus riches, sauf également pour le Royaume-Uni. La France avec une évolution des DSH nulle et une évolution des DNS de + 0,7 % est dans la moyenne européenne.

3.1.2. Les pays du G8 (tableaux 3.4. à 3.6.)

Pour les pays du G8, groupe de huit pays parmi les vingt les plus riches du monde, sauf la Fédération de Russie qui n'adhère pas à l'OCDE, les mêmes remarques s'appliquent avec cependant des particularités attachées aux États-Unis et au Canada (tableau 3.4.).

Avec 15 % du PIB affectés aux dépenses nationales de santé en 2003, les États-Unis devancent les autres pays de 4 points environ. Près de 2 points peuvent s'expliquer, selon les experts, par les procès intentés par les patients pour mauvaises pratiques médicales (malpractice), le surcoût se retrouvant notamment dans les primes d'assurances versées par les médecins américains. En revanche, il faut rappeler que, contrairement aux pays européens, près de 25 % des américains n'ont aucune assurance pour la maladie, ce qui tendrait à montrer que cette orientation n'est pas forcément compatible avec une bonne maîtrise des dépenses de santé.

Le Canada est le pays riche qui a pratiqué avec les meilleurs résultats une politique de maîtrise des dépenses de santé de 1993 à 2003. On constate notamment que sa dépense nationale de santé en pourcentage du PIB n'a pas varié sur cette période alors qu'aucun autre pays du G7 ne peut afficher une telle situation.

Nous avons limité la présentation aux chiffres les plus utilisés, mais l'OCDE possède une base de données très importante accessible à l'adresse Internet suivante : http://www.oecd.org/home/ (le site est également en « français » en cliquant sur ce mot).

(1) La réunification de l'Allemagne a sans doute pour effet de surestimer légèrement ce chiffre.

3.2. Les activités européennes et internationales

3.2.1. L'activité européenne communautaire

La DHOS participe au groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux, mis en place en 2004 pour faciliter la coopération entre les états membres et contribuer à assurer un niveau élevé de protection sociale pour les citoyens à travers l'Union. Ce groupe, composé d'un représentant par état membre, reconnaît les plus values d'une coopération européenne qui est une aide aux états membres pour atteindre leurs objectifs de santé, dans des domaines de compétence partagée. Il présente des recommandations au conseil européen des ministres sur les thèmes suivants :

- achat et fourniture de soins de santé transfrontaliers ;
- centres de référence ;
- évaluation de l'impact des politiques sur les systèmes de santé ;
- sécurité des patients.

3.2.2. La coopération internationale

La DHOS reçoit de nombreuses délégations étrangères et répond à des projets ponctuels, et coordonne par ailleurs deux coopérations depuis plusieurs années. Quelques exemples les plus significatifs :

3.2.2.1. La coopération avec le Brésil

Aide médicale urgente - SAMU et médecine de catastrophe

La coopération franco-brésilienne a permis de transférer au Brésil le concept français du SAMU. En 2004 le ministère de la santé du Brésil a lancé un programme national d'aide médicale urgente qui a permis l'implantation des SAMU brésiliens avec l'aide de la France. Actuellement plus de 100 SAMU fonctionnent au Brésil. Les arrêtés publiés en 2003 par le ministère de la santé s'inspirent largement des lois françaises sur l'aide médicale urgente. Toute l'équipe responsable au ministère de la santé du Brésil de l'implantation de ce programme a été formée dans divers SAMU français, principalement à Paris, Lille, Strasbourg, Rouen, Grenoble. Cette coopération est coordonnée en France par la DHOS/MREI et le SAMU de France.

Les coopérations transfrontalières

La mise en place d'actions de coopérations sanitaires au-delà du territoire national constitue une opportunité pour de nombreux établissements de santé. Ces actions associent les différents partenaires locaux français situés dans des zones frontalières avec leurs homologues étrangers, qui ont conclu des accords sur la base de la proximité géographique ou pour répondre aux besoins non urgents de la population tout en permettant un maintien des patients à proximité de leur domicile ou un retour rapide dans leur lieu de vie.

Afin d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité aux populations des zones frontalières concernées, de garantir une continuité des soins et d'optimiser l'organisation de l'offre de soins dans ces zones, des accords intergouvernementaux sont prévus. Ils donnent un cadre aux conventions locales de coopération, en précisant les modalités de mise en œuvre de ces coopérations et de couverture des soins sanitaires aux patients.

Ils ont déjà été élaborés avec la Belgique et l'Allemagne et pourront entrer en vigueur dès ratification par les états. Un troisième accord cadre est en cours d'élaboration avec l'Espagne.

Formations de médecins brésiliens spécialistes dans les hôpitaux français

Une coopération relative à la formation de médecins spécialistes brésiliens a démarré en 2003 entre la DHOS, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'université de São Paulo. Les candidats présentés par la faculté de médecine de l'université de São Paulo sont évalués par un jury franco-brésilien. Les médecins sont recrutés par les hôpitaux français sur des postes de faisant fonction d'internes, pour des durées d'un à deux ans. Cette expérience devrait prochainement être étendue à d'autres facultés de médecine du Brésil. Des programmes identiques existent entre Belo Horizonte et Rouen ainsi qu'entre Florianópolis et Strasbourg.

Projet Européen Eurosocial – Cohésion sociale en Amérique latine

Pour la période 2005/2008, la DHOS en lien avec le CHU de Rouen participe à un projet européen dont l'objectif est d'agir sur les politiques publiques, vecteurs de cohésion sociale, dans les secteurs de la santé. La DHOS a contribué, en tant que « partenaire associé », à répondre à un appel à proposition de la commission européenne sur le thème de « la cohésion sociale en Amérique latine » et plus particulièrement au volet « prise en charge sanitaire des populations isolées et sans accès aux soins des régions rurales et suburbaines », en incluant la télémédecine comme élément de cohésion sociale. Le projet présenté conjointement avec l'Espagne et l'Italie a été retenu. Le ministère de la santé brésilien, ainsi que le Mexique, l'Argentine, le Chili, le Pérou et la Colombie participent à ce programme.

3.2.2.2. La coopération avec la Chine

Depuis 1997, la DHOS a développé en lien avec plusieurs CHU français, une coopération importante avec la Chine, dans les domaines de l'organisation des soins, de la gestion et des techniques médicales. Elle a ainsi initié de nombreux projets qui ont pour certains été poursuivis directement par les CHU.

La DHOS, l'ARH de Basse-Normandie, le CHU de Caen et la province du Hénan

Cette coopération qui a démarré en 1997 concerne la gestion et les formations médicales.

La DHOS, le CHU de Bordeaux et la province de Chongqoing

Cette coopération démarrée en 2003 par la DHOS, avec l'ARH d'Aquitaine, le CHU de Bordeaux, et la province Chongqoing a concerné la formation de médecins et d'infirmières, en accompagnement d'un projet d'équipement d'un hôpital chinois (projet DREE).

La DHOS et le bureau de santé de Pékin

En 2003, une mission d'expertise sur le système de l'organisation des urgences médicales de Pékin en vue des Jeux Olympiques a donné lieu en 2006 à la mise en place d'un programme de coopération avec les services d'urgence de l'AP-HP.

La DHOS, le CHU de Rouen et Gansu

Une coopération démarrée en 2004 par la DHOS avec le CHU de Rouen et la province de Gansu, concerne la formation de médecins et la modernisation de la gestion hospitalière.

La DHOS, le CHU d'Amiens, le CHU de Rouen et la province de Xian

La DHOS a démarré cette coopération en 2004 pour accompagner l'équipement d'un hôpital de la province de Xian par la formation de médecins et de cadre de santé.

La DHOS, les CHU français, les ministères de la santé et de la protection sociale chinois

Des échanges ont démarré en 2003 entre la DHOS, les CHU français, les ministères de la santé et de la protection sociale chinois. Plusieurs missions françaises ont participé à des séminaires en Chine et à des missions d'expertises techniques dans le but de transmettre le savoir faire français dans les domaines de l'organisation et du financement des soins, les système de gestion des crises sanitaires et d'organisation des services d'urgences, la formation des professionnels de santé, la gestion des risques dans l'hôpital. Cette coopération bilatérale, appréciée par les deux parties, a déjà programmé plusieurs actions dans les prochains mois et à vocation à se développer dans l'avenir.

Données statistiques

Sommaire et tableaux

Données statistiques

46 **1. L'offre de soins**

46 1.1. **Les structures**

46 1.1.1. **Les établissements de santé**

46 **Le champ hospitalier**

46 1.1 • Définition du champ hospitalier public et privé. Situation avant la réforme du financement des établissements de santé

47 1.2 • Définition du champ hospitalier public et privé. Situation depuis la réforme du financement des établissements de santé

48 **Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel**

53 1.3 • Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissements, le statut et le mode financement au 31 décembre 2004

54 1.4 • Nombre d'établissements de santé et nombre de lits et places selon la catégorie d'établissements et le type d'activité au 31 décembre 2004

55 **Les données de cadrage**

55 1.5 • Synthèse des données d'équipement, d'activité, de personnel et de dépenses des établissements de santé selon leur statut et leur mode de financement en 2004

56 1.6 • Répartition des données d'équipement, d'activité, de personnel et de dépenses des établissements de santé selon leur statut et leur mode de financement en 2004

57 1.7 • Nombre d'établissements de santé et nombre de lits et places dans les départements d'Outre-mer au 31 décembre 2004

58 1.8 • Équipement, activité et personnel des établissements de santé dans les départements d'Outre-mer en 2004

59 1.1.2. **Les coopérations dans le domaine sanitaire**

59 **Les recompositions hospitalières**

59 1.9 • Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon le statut des partenaires et l'état d'avancement du projet. Évolution de 2002 à 2005

60 1.10 • Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon le statut des partenaires. Évolution de 2002 à 2005

60 1.11 • Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon leur état d'avancement. Évolution de 2002 à 2005

61 1.12 • Nombre de groupements de coopération sanitaire selon l'objet et la composition du groupement. Bilan au 1er janvier 2006

62 **Les réseaux de santé**

62 1.13 • Nombre de réseaux de santé financés sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) par région. Évolution de 2002 à 2005

63 1.14 • Nombre de réseaux de santé financés sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) par type de pathologie. Évolution de 2002 à 2005

64 1.2. **L'équipement et l'activité**

64 La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

68 1.2.1. **L'hospitalisation et ses alternatives**

68 **L'hospitalisation à temps complet**

68 1.15 • Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline au 31 décembre 2004

68 1.16 • Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

69 1.17 • Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète par discipline au 31 décembre 2004

70 1.18 • Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline et par région au 31 décembre 2004

71 1.19 • Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète par discipline et par région au 31 décembre 2004

72 1.20 • Nombre d'entrées en hospitalisation complète par discipline en 2004

72 1.21 • Nombre d'entrées en hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

73 1.22 • Nombre de journées d'hospitalisation complète par discipline en 2004

73 1.23 • Nombre de journées d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

74 1.24 • Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par discipline en 2004

74 1.25 • Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

75 1.26 • Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline en 2004

75 1.27 • Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

76 **Les alternatives à l'hospitalisation à temps complet**

76 1.28 • Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline en 2004

76 1.29 • Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline. Évolution de 1998 à 2004

77 1.30 • Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline et par région au 31 décembre 2004

78 1.31 • Nombre de venues en hospitalisation partielle par discipline en 2004

78 1.32 • Nombre de venues en hospitalisation partielle par discipline. Évolution de 1998 à 2004

79 1.33 • Nombre de places et nombre de journées d'hospitalisation à domicile en 2004

80 1.34 • Nombre de places autorisées et installées d'hospitalisation à domicile par région. Évolution entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2005

81 1.35 • Nombre de séances de traitements et cures ambulatoires par discipline en 2004

81 1.36 • Nombre de consultations et soins externes en 2004

82 1.2.2. **Les soins de courte durée (MCO)**

82 **La population hospitalisée**

82 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

84 1.37 • Taux d'hospitalisation en MCO selon le sexe et l'âge en 2003

84 1.38 • Taux d'hospitalisation partielle en MCO selon le sexe et l'âge en 2003

85 1.39 • Fréquentation hospitalière en MCO selon le sexe en 2004

85 1.40 • Fréquentation hospitalière en MCO selon l'âge en 2004

86 1.41 • Fréquentation hospitalière en MCO selon le type de séjour en 2004

87 1.42 • Fréquentation hospitalière en MCO des établissements sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

88 1.43 • Fréquentation hospitalière en MCO selon la cause de l'hospitalisation, la proportion d'hospitalisations de moins de 2 jours, et la part des hospitalisations en établissements sous dotation globale en 2004

89 1.44 • Fréquentation hospitalière en MCO selon la cause de l'hospitalisation et le sexe des patients en 2004

90 1.45 • Fréquentation hospitalière en MCO selon la cause de l'hospitalisation et le statut des établissements en 2004

91 **L'activité médicale**

91 1.46 • Activité en MCO de l'ensemble des établissements de santé selon la catégorie majeure de diagnostic en 2004

92 1.47 • Activité en MCO des établissements sous dotation globale selon la catégorie majeure de diagnostic en 2004

93 1.48 • Activité en MCO des établissements hors dotation globale selon la catégorie majeure de diagnostic en 2004

94 1.49 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

96 1.50 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements sous dotation globale de santé en 2004

98 1.51 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements hors dotation globale de santé en 2004

99 1.52 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

100 1.53 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements sous dotation globale en 2004

101 1.54 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements hors dotation globale en 2004

101 1.55 • Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

102 1.56 • Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO des établissements sous dotation globale en 2004
102 1.57 • Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO des établissements hors dotation globale en 2004
103 1.58 • Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus peu nombreux mais à forte durée moyenne de séjour en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004
104 1.59 • Nombre de groupes homogènes de malades et âge des patients en MCO dans les établissements sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004
104 1.60 • Nombre de groupes homogènes de malades et âge des patients en MCO dans les établissements hors dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

105 1.2.3. **La psychiatrie**
105 1.61 • Nombre de lits ou places d'hospitalisation et d'accueil en psychiatrie selon le mode de prise en charge en 2004
105 1.62 • Nombre de journées ou de venues en psychiatrie selon le mode de prise en charge en 2004
106 1.63 • File active des patients des secteurs de psychiatrie générale selon le mode de prise en charge. Évolution de 1991 à 2000
107 1.64 • File active des patients des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon le mode de prise en charge. Évolution de 1991 à 2000
108 1.65 • Nombre d'unités pour malades difficiles (UMD) par région au 31 décembre 2005

109 1.2.4. **Les soins de suite et de réadaptation (SSR)**
109 1.66 • Équipement et activité en soins de suite et de réadaptation en 2004

110 **La population hospitalisée**
110 1.67 • Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en 2004
110 1.68 • Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séjours de 2 jours et plus en 2004
111 1.69 • Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séjours de moins de 2 jours en 2004
111 1.70 • Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séances en ambulatoire en 2004
112 1.71 • Fréquentation hospitalière en SSR selon le sexe en 2004
113 1.72 • Fréquentation hospitalière en SSR selon l'âge en 2004
113 1.73 • Fréquentation hospitalière en SSR selon le type de séjour en 2004
114 1.74 • Taux d'attractivité et le taux de fuite des patients en SSR selon la région en 2004

115 **L'activité médicale**
115 1.75 • Activité en SSR de l'ensemble des établissements de santé selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004
116 1.76 • Activité en SSR des établissements sous dotation globale selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004
117 1.77 • Activité en SSR des établissements hors dotation globale selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004
118 1.78 • Classement par groupes homogènes de journées de l'ensemble des séjours en SSR des établissements de santé en 2004
120 1.79 • Classement par groupes homogènes de journées des séjours de 2 jours et plus en SSR des établissements de santé en 2004
122 1.80 • Classement par groupes homogènes de journées des séjours de moins de 2 jours en SSR des établissements de santé en 2004
124 1.81 • Classement par groupes homogènes de journées des séances en ambulatoire en SSR des établissements de santé en 2004

126 1.2.5. **Les soins de longue durée et les EHPAD**
126 1.82 • Nombre de structures sanitaires et médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées et nombre de lits au 31 décembre 2003
126 1.83 • Nombre de structures sanitaires et médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées conventionnés au 31 décembre 2005
127 1.84 • Hébergement et prise en charge médicale des personnes âgées en structures sanitaires et médico-sociales par région au 31 décembre 2003

128 1.2.6. **Les autres activités de soins autorisées**
128 **La prise en charge des urgences**
128 1.85 • Nombre de sites d'urgence autorisés et installés par région au 31 décembre 2004
129 1.86 • Accueil et traitement des urgences en 2004
130 1.87 • Nombre de services d'aide médicale urgente (SAMU) en activité par région au 31 décembre 2005
131 1.88 • Nombre de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) autorisés et installés par région au 31 décembre 2004
132 1.89 • Activité des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) en 2004
133 1.90 • Activité des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue en 2004

134 **Le traitement des grands brûlés**
134 1.91 • Nombre d'unités de traitement des grands brûlés autorisées et installées par région au 31 décembre 2005
135 1.92 • Activité des unités de traitement des grands brûlés en 2004
136 **La chirurgie cardiaque**
136 1.93 • Nombre d'unités de chirurgie cardiaque autorisées et installées par région au 31 décembre 2005
137 1.94 • Activité des unités de chirurgie cardiaque en 2004
138 **La neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle**
138 1.95 • Activité des sites de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle en 2004
139 **Les transplantations et les greffes d'organes**
139 1.96 • Nombre de sites de transplantations d'organes autorisés et installées selon l'organe traité et le CHU d'implantation au 31 décembre 2005
140 **Les activités périnatales**
140 1.97 • Nombre de sites d'activités périnatales autorisés et installés par région au 31 décembre 2004
141 1.98 • Activité des sites d'activités périnatales en 2004
142 1.99 • Nombre de sites d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de diagnostic prénatal (DPN) autorisés et implantés par région au 31 décembre 2005
143 1.100 • Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le lieu d'intervention. Évolution de 1990 à 2004
143 1.101 • Taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse selon l'âge des femmes. Évolution de 1990 à 2003
144 **Le traitement de l'insuffisance rénale chronique**
144 1.102 • Nombre de sites de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) autorisés et installés par région au 31 décembre 2003
145 1.103 • Activité des sites de traitement de l'insuffisance rénale chronique en 2004
146 **Le traitement du cancer**
146 1.104 • Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie et chimiothérapie en 2004
147 1.2.7. **Les prises en charge spécifiques**
147 **La prise en charge du VIH**
147 1.105 • Nombre de nouveaux cas de SIDA par année de diagnostic jusqu'en 2004
147 1.106 • Répartition des cas de SIDA par année de diagnostic et selon le mode de contamination. Évolution de 1993 à 2004
148 **La surveillance nationale du SIDA**
148 **La prise en charge de l'hépatite C chronique**
148 **L'enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique**
149 1.107 • Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le mode de prise en charge en 2003
149 1.108 • Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le mode de prise en charge et le stade de la maladie en 2003
150 1.109 • Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le sexe et le stade de la maladie en 2003
150 1.110 • Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le sexe et le mode de contamination en 2003
151 **La prise en charge des maladies rares**
151 1.111 • Implantation des centres de référence labellisés pour la prise en charge des maladies rares dans les CHU au 31 décembre 2005
154 **La prise en charge des addictologies**
154 1.112 • Nombre d'équipes de liaisons en addictologie par région au 31 décembre 2003
155 1.113 • Nombre de consultations hospitalières de tabacologie par région au 31 décembre 2004
156 **La prise en charge des personnes âgées et des malades en fin de vie**
156 1.114 • Nombre de services de court séjour gériatrique par région au 31 décembre 2004
157 1.115 • Nombre de centres de consultations mémoire par région au 31 décembre 2004
158 1.116 • Nombre de centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) labellisés par région au 31 décembre 2003
159 1.117 • Nombre d'équipes mobiles et d'unités de soins palliatifs par région au 31 décembre 2004
160 **Les autres prises en charge**
160 1.118 • Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) par région au 31 décembre 2004
161 1.119 • Nombre d'unités médico-judiciaires (UMJ) par région au 18 juin 2004
162 1.120 • Implantation des trois unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et des hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires au 31 décembre 2005

164 1.2.8. **Les plateaux techniques**
164 **Les sites anesthésiques et les équipements chirurgicaux**
164 1.121 • Équipement et activité des sites anesthésiques en 2004
164 1.122 • Équipement et activité des sites d'activité chirurgicale en 2004
165 **Les équipements matériels lourds d'imagerie**
165 1.123 • Équipement et activité des sites d'imagerie des établissements de santé en 2004
166 1.124 • Nombre de scanographes à utilisation médicale autorisées et installés par région. Évolution entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2005
167 1.125 • Nombre d'appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale (IRM) autorisés et installés par région. Évolution entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2005
168 1.126 • Nombre de tomographes à émission de positons (TEP) et de caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission de positons (TEDC) autorisés et installés par région au 31 décembre 2005
169 1.127 • Nombre de cyclotrons à usage médical autorisés et installés au 31 décembre 2005
170 **Les activités médico-techniques**
170 1.128 • Activités médico-techniques hospitalières en 2004
171 1.129 • Nombre d'officines de pharmacie par région au 31 décembre 2004

172 1.3. **La qualité et la sécurité à l'hôpital**
172 **La lutte contre les infections nosocomiales**
173 1.130 • Fréquence des infections nosocomiales selon le statut et le type d'établissement en 2001
173 1.131 • Répartition des infections nosocomiales selon les sites infectieux en 2001
174 1.132 • Existence d'un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales et d'un équipe opérationnelle d'hygiène dans les établissements de santé. Évolution de 2001 à 2003
175 1.133 • Existence d'un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé selon la catégorie d'établissements en 2003
176 **Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)**
177 1.134 • Nombre de cas d'effets indésirables relatifs aux médicaments. Évolution de 1999 à 2004

178 1.4. **La recherche et l'innovation**
178 1.135 • Engagements financiers globaux du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005
178 1.136 • Projets de recherche clinique financés par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005
179 1.137 • Autres actions financées par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005
180 1.138 • Répartition des projets nationaux de recherche clinique financés par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) par grands thèmes de recherche en 2005
181 1.139 • Innovations financées par le programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses et nombre d'équipes concernées. Évolution de 2000 à 2005

184 2. Les moyens mis en œuvre

184 2.1. **Les ressources humaines**
184 2.1 • Place des personnels des établissements de santé dans la population active au 31 décembre 2004
185 **Les données de personnel de la statistique des établissements de santé (SAE)**

188 2.1.1. **Les personnels médicaux hospitaliers**
188 2.2 • Effectifs des personnels médicaux des établissements de santé selon le mode d'activité au 31 décembre 2004
188 2.3 • Effectifs des personnels médicaux des établissements de santé selon le mode d'activité. Évolution de 1998 à 2004
189 2.4 • Effectifs des personnels médicaux des établissements de santé selon la spécialité exercée au 31 décembre 2004
190 2.5 • ETP des effectifs des personnels médicaux salariés des établissements de santé selon le mode d'activité en 2004
190 2.6 • ETP des effectifs des personnels médicaux salariés des établissements publics de santé selon le statut en 2004
191 **Le système d'information et de gestion des personnels médicaux (SIGMED)**
192 2.7 • Effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par sexe et par statut au 31 décembre 2004
192 2.8 • Évolution des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par statut de 2001 à 2004
192 2.9 • Pyramide des âges des praticiens hospitaliers (PH) selon le sexe au 31 décembre 2004

193 2.10 • Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par région au 31 décembre 2004
194 2.11 • Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) temps plein par région au 31 décembre 2004
195 2.12 • Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) temps partiel par région au 31 décembre 2004
196 2.13 • Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par discipline et par statut au 31 décembre 2004
196 2.14 • Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par spécialité et par statut au 31 décembre 2004
197 2.15 • Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) par discipline et par statut au 31 décembre 2004
197 2.16 • Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) par spécialité et par statut au 31 décembre 2004

198 2.1.2. **Les personnels non médicaux hospitaliers**

198 2.17 • Effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels en 2004
199 2.18 • ETP des effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels en 2004
199 2.19 • ETP des effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels. Évolution de 1998 à 2004

200 **L'enquête sur les personnels de la fonction publique hospitalière dite « base de données SPE »**
201 2.20 • Répartition des effectifs du corps des adjoints des cadres hospitaliers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001
202 2.21 • Répartition des effectifs des corps d'infirmiers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001
203 2.22 • Répartition des effectifs des corps d'aides-soignants des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001
204 2.23 • Répartition des corps socio-éducatifs des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001
205 2.24 • Répartition des corps d'ouvriers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001
207 2.25 • Pyramides des âges des personnels non médicaux des établissements publics de santé par filière au 31 décembre 2001

211 2.1.3. **Les données sociales hospitalières**

211 **L'enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé »**
213 2.26 • Utilisation du temps partiel par les personnels non médicaux des établissements publics de santé selon la catégorie de personnel. Évolution entre le 31 décembre 1998 et le 31 décembre 2002
214 2.27 • Nombre d'entrées et de sorties des personnels titulaires des établissements publics de santé par motif et par catégorie de personnels en 2002
215 2.28 • Répartition des personnels non titulaires des établissements publics de santé selon la durée de leurs contrats en 2002
216 2.29 • Nombre de bénéficiaires et nombre moyen d'unités d'œuvre pour certaines primes ou indemnités dans les établissements publics de santé selon la catégorie de personnels en 2002

217 **Les remontées du bilan social des établissements publics de santé**
218 2.30 • Nombre moyen de jours d'absence au travail des personnels des établissements publics de santé par motif et par catégorie de personnels en 2003
219 2.31 • Répartition des accidents du travail des personnels des établissements publics de santé selon la nature de l'accident en 2003

220 2.2. **Les moyens financiers**

220 2.2.1. **Les dépenses de santé et la consommation de soins**

220 **Les comptes de la santé**
224 2.32 • Agrégats des comptes de la protection sociale et des comptes de la santé
225 2.33 • Dépenses de santé dans l'économie nationale en 2004
226 2.34 • Dépense courante de santé, dépenses de soins et bien médicaux, dépenses de soins hospitaliers et dépenses de soins aux personnes âgées en établissements. Évolution de 1995 à 2004
227 2.35 • Structure de financement des dépenses de soins et de biens médicaux. Évolution de 2002 à 2004
227 2.36 • Structure de financement des dépenses de soins hospitaliers. Évolution de 2002 à 2004
228 2.37 • Dépense courante de santé par habitant. Évolution de 1995 à 2004
228 2.38 • Part de la dépense courante de santé et part des dépenses de soins hospitaliers dans le PIB. Évolution de 1995 à 2004
229 2.39 • Part de la consommation de soins et de biens médicaux et part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation élargie de la population. Évolution de 1995 à 2004
229 2.40 • Part de la consommation de soins hospitaliers et des autres postes dans la consommation médicale totale. Évolution de 1995 à 2004
230 2.41 • Évolution comparée de la consommation de soins hospitaliers et des autres postes de la consommation médicale totale de 1995 à 2004

231 2.2.2. **Le financement des établissements de santé**

231 2.42 • Part des dépenses de soins hospitaliers des établissements antérieurement sous dotation globale financée par la dotation globale. Évolution de 1995 à 2004

231 2.43 • Variation annuelle des dépenses de soins hospitaliers des établissements antérieurement sous dotation globale et de la dotation globale de financement. Évolution de 1995 à 2004

232 **Les retraitements comptables des établissements antérieurement sous dotation globale**

233 2.44 • Répartition des dotations de financement des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par catégorie d'établissements en 2004

234 2.45 • Répartition des dotations de financement des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par région en 2004

235 2.46 • Répartition des dépenses encadrées des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par région en 2004

236 **Les comptes de gestion des établissements publics de santé**

237 2.47 • Répartition des établissements publics de santé selon le montant total de leurs dotations de financement en 2004

238 2.48 • Résultats comptables des établissements publics de santé par catégorie d'établissements. Évolution de 1994 à 2004

239 2.49 • Répartition des dépenses des établissements publics de santé par groupe fonctionnel et par catégorie d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

240 2.50 • Structure des dépenses d'exploitation des établissements publics de santé selon le groupe fonctionnel et la catégorie d'établissements. Évolution entre 2000 et 2004

241 2.51 • Répartition des recettes des établissements publics de santé par groupe fonctionnel et par catégories d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

242 2.52 • Répartition des reports de charges des établissements publics de santé par catégorie d'établissements. Évolution de 2002 à 2005

243 2.53 • Répartition des dépenses d'investissement des établissements publics de santé par région. Évolution de 2000 à 2004

244 2.54 • Structure des dépenses d'exploitation des établissements privés soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) elon le type de charges en 2001 et 2002

244 2.55 • Répartition des dépenses de soins hospitaliers des établissements privés soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) par disciplines en 2002 et 2003

245 2.2.3. **Les rémunérations des personnels des établissements publics de santé**

245 2.56 • Dépenses de personnel des établissements publics de santé par type de charges. Évolution de 2000 à 2004

246 2.57 • Rémunérations et coût salarial moyen des personnels médicaux des établissements publics de santé selon le type d'activité du praticien en 2001

247 2.58 • Rémunérations et coût salarial moyen des personnels non médicaux titulaires des établissements publics de santé par catégorie de personnels en 2001

247 2.59 • Rémunérations et coût salarial moyen des personnels non médicaux non titulaires des établissements publics de santé par catégorie de personnels en 2001

248 2.2.4. **Les indicateurs de production médico-économiques des établissements de santé**

248 **Les indicateurs de production médico-économiques des établissements de santé (IPME)**

253 2.60 • Indices d'évolution en volume de l'activité médico-économique des établissements de santé selon le secteur et la catégorie d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

254 2.61 • Indicateurs de l'activité médico-économique des établissements antérieurement sous dotation globale selon les grands types d'activité en 2004

256 2.62 • Indicateurs de l'activité médico-économique des établissements antérieurement soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) selon les grands types d'activité en 2004

258 2.63 • Indicateurs de concentration de l'activité médico-économique des établissements de santé selon le secteur et la catégorie d'établissements en 2004

258 2.64 • Indicateurs financiers des établissements de santé antérieurement sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

259 2.2.5. **Les coûts de production d'activités hospitalières d'administration, logistiques ou médico-techniques**

259 **Les coûts de production des unités d'œuvre d'activités hospitalières**

260 2.65 • Coût unitaire moyen de production d'unités d'œuvre pour les activités hospitalières d'administration, d'entretien et maintenance des bâtiments, de blanchisserie et de restauration. Évolution de 1999 à 2004

261 2.66 • Coût unitaire moyen de production d'unités d'œuvre en imagerie, blocs opératoires et laboratoires. Évolution de 1999 à 2004

262 3. Les données européennes et internationales

262 3.1. **Les indicateurs économiques, d'équipement et d'activité des pays de l'Union européenne**

262 3.1 • Part des dépenses nationales de santé et des dépenses de soins hospitaliers dans le PIB des pays de l'Union européenne. Évolution de 1993 à 2003

263 **Les données hospitalières européennes et internationales (OCDE-IRDES)**

264 3.2 • Taux d'équipement en lits de soins aigus et de soins de longue durée des pays de l'Union européenne. Évolution de 1991 à 2003

265 3.3 • Durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits de soins aigus des pays de l'Union européenne. Évolution de 1991 à 2003

266 3.2. **Les indicateurs économiques, d'équipement et d'activité des pays du G8**

266 3.4 • Part des dépenses nationales de santé et dépenses de soins hospitaliers dans le PIB des pays du G8. Évolution de 1993 à 2003

267 3.5 • Taux d'équipement en lits de soins aigus et de soins de longue durée des pays du G8. Évolution de 1993 à 2003

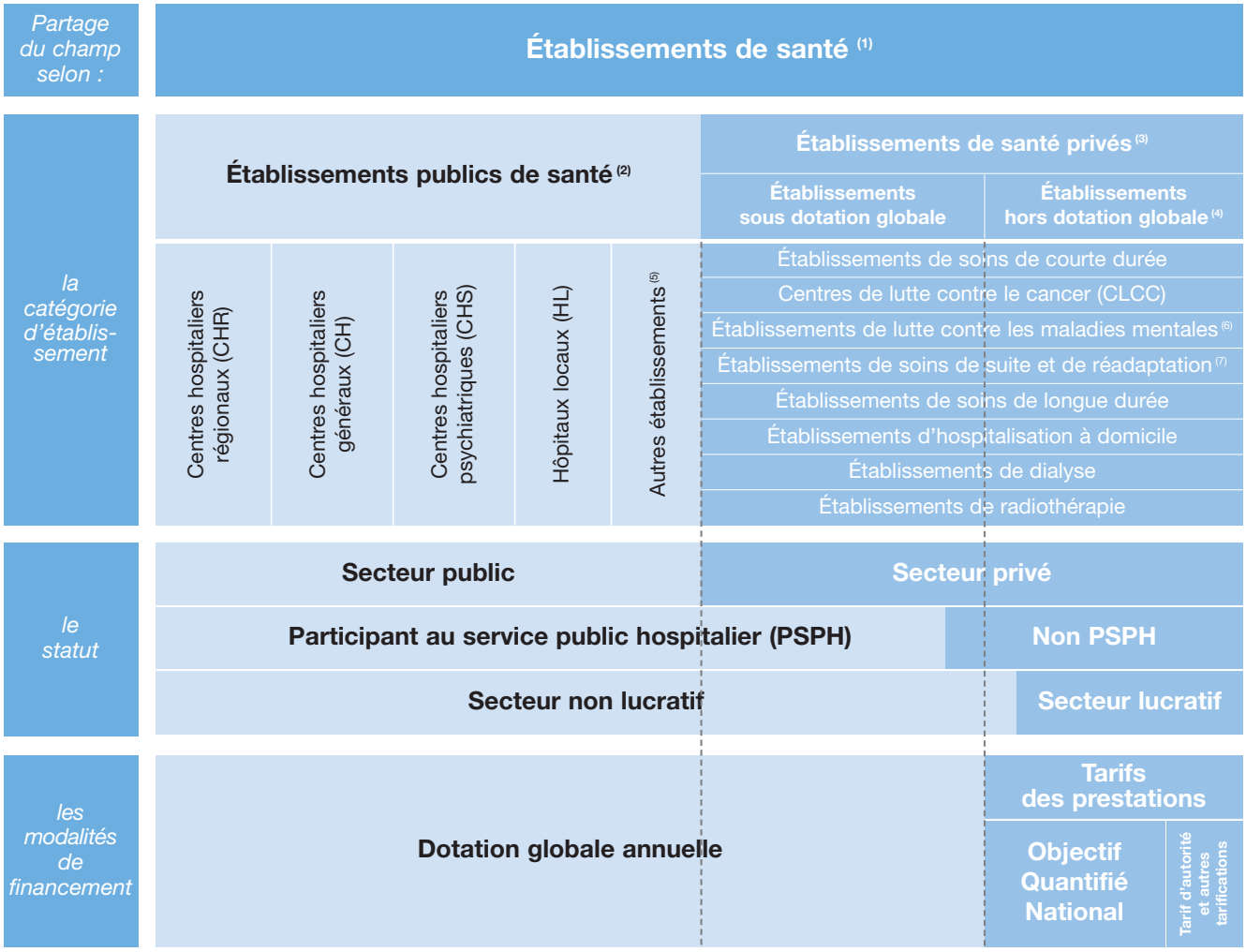
267 3.6 • Durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits de soins aigus des pays du G8. Évolution de 1993 à 2003

1. L'offre de soins

1.1. Les structures

1.1.1. Les établissements de santé

**1.1. Définition du champ hospitalier public et privé.
Situation avant la réforme du financement des établissements de santé**



(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public, il existe selon la loi les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. On distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements - cf. note (5) -.

(3) Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissements.

(4) Catégorie regroupant les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifcations).

(5) Syndicats interhospitaliers (SIH), établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques, hôpitaux militaires et établissements sanitaires des prisons.

(6) Y compris les hôpitaux psychiatriques privés (HPP).

(7) Y compris les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) et les centres de post-cure pour alcooliques.

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.2. Définition du champ hospitalier public et privé. Situation depuis la réforme du financement des établissements de santé

Partage du champ selon :							
	Établissements de santé (1)						
la catégorie d'établissement	**Établissements publics de santé** (2)					**Établissements de santé privés** (3)	
						Établissements antérieurement financés par dotation globale	**Autres établissements privés** (4)
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Autres établissements (5)	Établissements de soins de courte durée	
						Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	
						Établissements de lutte contre les maladies mentales (6)	
						Établissements de soins de suite et de réadaptation (7)	
						Établissements de soins de longue durée	
						Établissements d'hospitalisation à domicile	
						Établissements de dialyse	
						Établissements de radiothérapie	
le statut	**Secteur public**					**Secteur privé**	
	Participant au service public hospitalier (PSPH)						**Non PSPH**
	Secteur non lucratif						**Secteur lucratif**
les modalités de financement	**Objectif de Dépenses relatives aux activités MCO (ODMCO)** ***Financement à l'activité*** (8)						
	Dotation annuelle complémentaire provisoire (DAC) (9)						
	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ***Dotations spécifiques***						
	Objectif des Dépenses d'Assurance Maladie (ODAM) relatives aux activités de SSR et de psychiatrie (10) ***Dotation annuelle de financement (DAF)***						**Objectif Quantifié National (OQN)** relatif aux activités de SSR et de psychiatrie

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public, il existe selon la loi les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. On distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements - cf. note (5) -.

(3) Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissements.

(4) Catégorie regroupant les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifcations).

(5) Syndicats interhospitaliers (SIH), établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques, hôpitaux militaires et établissements sanitaires des prisons.

(6) Y compris les hôpitaux psychiatriques privés (HPP).

(7) Y compris les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) et les centres de post-cure pour alcooliques.

(8) En plus de la rémunération de l'activité MCO par des tarifs de prestations, les établissements entrant dans le champ de la tarification à l'activité (T2A) peuvent bénéficier de rémunérations pour les médicaments et les dispositifs médicaux implantables facturés en sus, et de forfaits annuels pour les activités d'urgences, les prélèvements d'organes et les greffes.

(9) Part du financement de l'activité en MCO restant sous dotation annuelle et assurant la transition vers un financement totalement alloué à l'activité.

(10) L'ODAM concerne également l'activité des établissements maintenus hors du champ de la T2A (hôpitaux locaux, USLD, INI, hôpital de Fresnes, établissements de St-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1. L'offre de soins

1.1. Les structures

1.1.1. Les établissements de santé

Les établissements de santé : cadre juridique et intitutionnel

Cf. les tableaux 1.1. à 1.14., et à un niveau plus général, l'ensemble des tableaux se rapportant aux établissements de santé dans cette publication.

Construit au fil de plusieurs décennies, résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. On y trouve des établissements de trois types de statuts juridiques, qui ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements présentent la même variété.

Les missions et le cadre de l'activité des établissements des santé

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L.6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme « établissements de santé ».

Quel que soit leur statut, ils ont vocation à :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ces missions doivent être accomplies dans un souci permanent de sécurité sanitaire, de qualité et d'éthique.

La nature de leur activité est définie par l'article L.6111-2. Ils ont ainsi pour objet de dispenser :

- avec ou sans hébergement :
  - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
  - des soins de suite ou de réadaptation, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Tous les établissements de santé assurent une gamme de prestations plus ou moins diversifiées et/ou spécialisées.

Lorsque les activités de soins sont dispensés avec hébergement à temps complet, il s'agit de prise en charge en « hospitalisation complète ».

Les activités sans hébergement sont dénommées « alternatives à l'hospitalisation » ou « alternatives à l'hospitalisation complète ». Elles comportent notamment l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, et l'hospitalisation à domicile. Les activités d'hospitalisation de jour et de nuit et d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire sont souvent regroupées dans la même rubrique intitulée « hospitalisation partielle ».

Enfin, les séances de traitements et de cures ambulatoires ou les consultations externes, viennent compléter ces modes de prise en charge des soins à l'hôpital.

Les établissements sanitaires disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet comptées en lits, ou à temps partiel comptées en places, que ce soit en accueil de jour ou de nuit ou en anesthésie ou chirurgie ambulatoire, ou encore en structures extra-hospitalières de psychiatrie. Ils peuvent également dispenser des soins sans capacité d'accueil, qui sont alors comptés en séances (radiothérapie, traitement de l'insuffisance rénale...) ; les établissements qui dispensent uniquement ce type de soins sans autre capacité d'accueil sont essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie qui ont une autorisation pour cette pratique.

Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux (article L.6111-3). Ceux-ci sont principalement orientés vers les personnes âgées (EHPAD et SSIAD).

Au cours des dix dernières années, le nombre d'établissements s'est continûment réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur mode de financement, ont vu leur nombre

se réduire sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci.

Le statut juridique des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé.

Les établissements publics

Ils sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement les communes, parfois les départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils représentent les deux tiers des capacités d'hospitalisation.

Au sein des établissements publics, on ne distingue, conformément à l'article 711-6 du code de la santé publique que deux grandes catégories d'EPS, les centres hospitaliers (CH), dont certains ont une vocation régionale (CHR), et les hôpitaux locaux (HL). Ils sont financés de manière identique mais se différencient selon leurs missions :

- les centres hospitaliers régionaux (CHR), centres hospitaliers ayant une vocation régionale assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région, tout en assurant par ailleurs les soins courants à la population proche.
  La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers et universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux, pharmaceutique et post-universitaire. Par ailleurs, ils participent, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux ;
- les autres centres hospitaliers (CH ou CHG) assurent la majorité de la prise en charge de soins dans le public. Certains centres hospitaliers sont spécialisés, essentiellement en psychiatrie (centres hospitaliers psychiatriques ou CHS selon un ancienne dénomination) ;
- les hôpitaux locaux, destinés à assurer une offre de proximité, comportent exclusivement des activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée et assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées ;
- il s'y ajoute les syndicats interhospitaliers (SIH), au sein desquels plusieurs établissements s'associent pour l'exercice de fonctions communes, par exemple dans le domaine logistique ou pour l'utilisation des équipements lourds ;
- par ailleurs, il existe quelques hôpitaux militaires assurant également des soins à la population civile, et dont une part très significative du financement est prise en charge par le budget du ministère de la défense.

Les établissements privés

Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Historiquement, ils proviennent souvent d'initiatives émanant des mondes religieux, caritatif ou mutualiste. Dans le cas des établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques », plusieurs personnes morales peuvent coexister, l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie...).

Les établissements privés sont pour plus de la moitié des établissements à but lucratif. Une majorité d'établissements privés sont spécialisés dans les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et représentent plus de la moitié des lits et places du secteur. Les autres établissements privés sont spécialisés dans les soins de suite, de réadaptation et de long séjour, ce qui correspond à un tiers des lits du secteur.

Le service public hospitalier

Au-delà des établissements publics, le service public hospitalier (SPH) englobe les établissements privés admis à assurer le service public hospitalier, dénommés établissements privés « PSPH » (participant au service public hospitalier), ainsi que des établissements privés, nettement moins nombreux, ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier (article L.6161-9). S'y adjoignent les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ; ces derniers assurent certaines missions des établissements de santé et du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie principalement.

Ainsi, les établissements publics ou privés du service public hospitalier ont pour mission de garantir l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

Le service public hospitalier concourt, au-delà des missions de l'ensemble des établissements de santé, à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, à l'aide médicale urgente et à la lutte contre l'exclusion sociale.

Ils peuvent seuls comporter un service d'aide médicale urgente (SAMU), mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle que les établissements publics et bénéficient des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment).

Le service public hospitalier regroupe les établissements publics et les deux tiers des établissements privés à but non lucratif. Il représente les trois quarts de l'ensemble des lits et places offerts par le système hospitalier. Les établissements antérieurement financés par dotation globale sont pour l'essentiel ceux qui appartiennent à ce secteur.

Les activités de soins en établissements de santé

L'activité hospitalière se concrétise sous diverses formes : hospitalisation de plusieurs jours (hospitalisation complète) qui correspond à la forme la plus usuelle, traitements médicaux et interventions chirurgicales ne durant qu'une journée (hospitalisation de jour ou de nuit, et anesthésie ou chirurgie ambulatoires), passages aux « urgences », soins ambulatoires, ou consultations et soins externes.

L'activité est regroupée selon des grands groupes de disciplines d'équipement :

- les soins de courte durée où les patients sont accueillis lors de la phase aiguë de leur maladie, dans les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- la psychiatrie concernant la lutte contre les maladies mentales et les toxicomanies. Cette activité est sectorisée, distinguant secteurs de psychiatrie générale et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et regroupant les différents mode prise en charge, notamment de nombreuses formes d'alternatives à l'hospitalisation ;
- les soins de suite ou de réadaptation qui prennent les patients en charge après la phase aiguë de la maladie, en vue d'une réinsertion sociale des malades capables de retrouver une vie autonome (cure médicale, convalescence...) ;
- les soins de longue durée qui prennent en charge l'hébergement des personnes sans autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ces patients restent à l'hôpital longtemps et souvent jusqu'à leur mort.

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une **autorisation** de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Peuvent être titulaires d'autorisation :

- un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- un établissement de santé ;
- une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L.6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

1. L'offre de soins

1.1. Les structures

1.1.1. Les établissements de santé

En 2006, **les activités soumises à autorisation**, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, correspondent aux rubriques suivantes :

- médecine ;
- chirurgie ;
- gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- psychiatrie ;
- soins de suite ;
- rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- soins de longue durée ;
- transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ;
- traitement des grands brûlés ;
- chirurgie cardiaque ;
- activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ;
- neurochirurgie ;
- activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- accueil et traitement des urgences ;
- réanimation ;
- traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale ;
- activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal ;
- traitement du cancer.

En 2006, **les équipements lourds soumis à autorisation** sont les suivants :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- scanographe à utilisation médicale ;
- caisson hyperbare ;
- cyclotron à utilisation médicale.

Les personnels des établissements de santé

- **Les personnels médicaux**, médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens, intervenant dans les établissements publics de santé sont très majoritairement salariés. Les universitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.

Les établissements publics accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes ou faisant fonction d'internes) et des médecins diplômés interuniversitaire de spécialité (DIS).

Dans les hôpitaux locaux, ceux qui interviennent en médecine relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte. De même, dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral, et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers et accueillir des internes.

1. L'offre de soins

1.1. Les structures

1.1.1. Les établissements de santé

- **Les personnels non médicaux** des établissements publics de santé relèvent principalement de la Fonction publique hospitalière (Titre IV). Ces établissements recourent également à des personnels non statutaires : contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires... La FPH comprend en outre les personnels des établissements publics exclusivement consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapés, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales.

Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

Le financement des établissements de santé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a mis en place à partir de l'année 2005 un nouveau dispositif de financement pour les activités MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) des établissements publics et privés, la tarification à l'activité (T2A). Le principe général est que des regroupements homogènes de séjours (GHS) sont rémunérés dans ce cadre sur la base d'un tarif forfaitaire national.

Ce paiement forfaitaire est complété pour certains établissements par une ou des dotations, destinés à prendre en compte notamment la dispensation de médicaments particulièrement coûteux ou certaines missions particulières d'intérêt général. La montée en charge de cette réforme est progressive et devrait être achevée en 2012.

Antérieurement les modes de financement distinguaient deux types d'établissements. Le système dit de la « dotation globale » s'appliquait aux établissements publics, aux établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, aux autres établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime. L'évolution de la dotation globale était encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui était alloué.

Presque tous les autres établissements et notamment l'ensemble des établissements privés à but lucratif relevaient du régime de l'Objectif quantifié national (OQN), annuellement intégré à l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). L'OQN correspondait au taux d'évolution des tarifs et à l'augmentation prévisionnelle des volumes d'activité décidés chaque année dans ce cadre. Ce mode de régulation concernait les établissements privés s'inscrivant dans un système de paiement mixte à l'acte et à la journée.

Les données présentées dans cet ouvrage datant le plus souvent des années antérieures à 2005, sont présentées en référence aux modes de financement prévalant avant la T2A, distinguant les établissements publics ou privés antérieurement sous dotation globale et les établissements privés antérieurement sous OQN.

1.3. Nombre d'établissements de santé [1] selon la catégorie d'établissements, le statut et le mode de financement au 31 décembre 2004

Catégorie d'établissements [2]	Nombre d'entités [3]							Nombre d'établ. géogra-phiques
	publics	privés sous DG	privés hors DG [4]	*dont à but lucratif*	Total	*dont publics et privés sous DG*	*dont total privés*	
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	29				**29**	29		**163**
Centres hospitaliers généraux (CH)	517				**517**	517		**633**
Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	87				**87**	87		**87**
Hôpitaux locaux (HL)	344				**344**	344		**354**
Syndicats interhospitaliers (SIH)	12				**12**	12		**15**
Autres établissements publics [5]	2				**2**	2		**11**
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)		20	-	-	**20**	20	20	**20**
Établissements de soins de courte durée		156	679	*645*	**835**	156	835	**835**
dont étab. de soins médicaux		*47*	*44*	*42*	*91*	*47*	*91*	*91*
dont étab. de soins chirurgicaux		*6*	*207*	*199*	*213*	*6*	*213*	*213*
dont étab. de soins obstétriques chirurgico-gynécologiques		*1*	*12*	*11*	*13*	*1*	*13*	*13*
dont étab. de soins pluridisciplinaires		*102*	*416*	*393*	*518*	*102*	*518*	*518*
Établissements de lutte contre les maladies mentales		133	168	*148*	**301**	133	301	**301**
dont hôpitaux psychiatriques privés (HPP)		*23*	*-*	*-*	*23*	*23*	*23*	*23*
dont maisons de santé pour malades mentaux		*74*	*143*	*136*	*217*	*74*	*217*	*217*
dont centres de post-cure pour malades mentaux		*17*	*15*	*12*	*32*	*17*	*32*	*32*
dont centres médico-psychologiques (CMP)		*10*	*5*	*-*	*15*	*10*	*15*	*15*
dont autres structures d'accueil pour malades mentaux [6]		*9*	*5*	*-*	*14*	*9*	*14*	*14*
Établissements de soins de suite et de réadaptation	6	379	332	*292*	**717**	385	711	**717**
dont établissements de convalescence et de repos	*-*	*171*	*206*	*180*	*377*	*171*	*377*	*377*
dont établissements de réadaptation fonctionnelle	*-*	*149*	*88*	*79*	*237*	*149*	*237*	*237*
dont maisons de régime	*-*	*2*	*17*	*15*	*19*	*2*	*19*	*19*
dont établissements de lutte contre la tuberculose	*1*	*1*	*-*	*-*	*2*	*2*	*1*	*2*
dont pouponnières à caractère sanitaire	*3*	*10*	*-*	*-*	*13*	*13*	*10*	*13*
dont maisons d'enfants à car. sanit. (MECS) permanentes	*1*	*23*	*13*	*12*	*37*	*24*	*36*	*37*
dont centres de post-cure pour alcooliques	*1*	*23*	*8*	*6*	*32*	*24*	*31*	*32*
Établissements de soins de longue durée	6	103	17	*12*	**126**	109	120	**126**
Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)		10	32	*1*	**42**	10	42	**42**
Établissements de dialyse			106	*65*	**106**		106	**606**
Établissements de radiothérapie [7]			85	*84*	**85**		85	**85**
Ensemble	**1 003**	**801**	**1 419**	***1 247***	**3 223**	**1 804**	**2 220**	**3 995**

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public,on distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine, et quelques établissements ne rentrant pas dans ces catégories (syndicats interhospitaliers (SIH), hôpitaux militaires, établissements sanitaires des prisons, établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques). Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissement.

(3) Les entités décomptées sont celles qui sont porteuses de budget, soit, dans le public, les entités juridiques sanitaires à l'exception de quelques établissements non rattachées à ces entités juridiques appartenant aux établissements de lutte contre les maladies mentales, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée, et dans le privé, les établissements géographiques, à l'exception des établissements de santé mentale et des établissements dédiés à la dialyse, dont on ne compte que les entités juridiques de rattachement.

(4) Catégorie regroupant les établissements privés antérieurement sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifications).

(5) Institution nationale des invalides (INI), hôpitaux d'instruction des armées (HIA) et établissement national de santé de Fresnes.

(6) Centres de crise ou d'accueil permanent, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou appartements thérapeutiques.

(7) Seuls sont comptés ceux dans lesquels sont installés des appareils de radiothérapie autorisés pour le traitement des affections cancéreuses (cobaltothérapie ou accélérateurs hors cyclotron).

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.4. Nombre d'établissements de santé [1] et nombre de lits et places selon la catégorie d'établissements et le type d'activité au 31 décembre 2004

Catégorie d'établissements [2]	Nombre d'entités [3]	*Nombre d'établissements géographiques*	Nombre de lits et places installés			
			Lits d'hospitalisation complète	Places d'alternatives à l'hospitalisation complète		Ensemble des lits ou places d'hospitalisation
				en hospitalisation partielle	en hospitalisation à domicile	
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	29	*163*	79 987	6 287	1 080	**87 354**
Centres hospitaliers généraux (CH)	517	*633*	160 868	10 433	686	**171 987**
Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	87	*87*	29 239	13 883	608	**43 730**
Hôpitaux locaux (HL)	344	*354*	22 487	76	10	**22 573**
Autres établissements publics [5]	26	*38*	4 605	259	15	**4 879**
Total établissements publics	**1 003**	***1 275***	**297 186**	**30 938**	**2 399**	**330 523**
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	20	*20*	2 961	570	55	**3 586**
Établissements de soins de courte durée	156	*156*	18 692	1 083	361	**20 136**
Établissements de lutte contre les maladies mentales	133	*133*	7 368	4 516	25	**11 909**
dont Hôpitaux psychiatriques privés (HPP)	*23*	*23*	*4 991*	*3 231*	*10*	***8 278***
Établissements de soins de suite et de réadaptation [6]	379	*379*	24 205	2 537	45	**26 787**
Établissements de soins de longue durée	103	*103*	6 032	-	-	**6 032**
Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)	10	*10*	-	-	1 823	**1 823**
Total établissements privés sous dotation globale	**801**	***801***	**59 258**	**8 706**	**2 309**	**70 273**
Établissements de soins de courte durée	679	*679*	61 793	8 832	71	**70 696**
Établissements de lutte contre les maladies mentales	168	*168*	11 789	383	-	**12 172**
Établissements de soins de suite et de réadaptation [6]	332	*332*	22 396	967	-	**23 363**
Établissements de soins de longue durée	17	*17*	1 064	24	-	**1 088**
Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)	32	*32*	-	-	978	**978**
Établissements de dialyse	106	*606*	-	-	-	**-**
Établissements de radiothérapie [7]	85	*85*	-	-	-	**-**
Total établissements privés hors dotation globale [4]	**1 419**	***1 919***	**97 042**	**10 206**	**1 049**	**108 297**
Ensemble	**3 223**	***3 995***	**453 486**	**49 850**	**5 757**	**509 093**

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public, on distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux ou CH, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements - cf. note (5) -. Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissement.

(3) Les entités décomptées sont celles qui sont porteuses de budget, soit, dans le public, les entités juridiques sanitaires à l'exception de quelques établissements non rattachées à ces entités juridiques appartenant notamment aux établissements de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée, et dans le privé, les établissements géographiques, à l'exception des établissements de santé mentale et des établissements dédiés à la dialyse, dont on ne compte que les entités juridiques de rattachement.

(4) Catégorie regroupant les établissements privés antérieurement sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifications).

(5) Syndicats interhospitaliers (SIH), institution nationale des Invalides (INI), hôpitaux d'instruction des armées (HIA), établissement national de santé de Fresnes, établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques

(6) Y compris établissements de lutte contre la tuberculose, pouponnières à caractère sanitaire, maisons d'enfants à caractère sanitaire et centres de post-cure pour alcooliques.

(7) Seuls sont comptés ceux dans lesquels sont installés des appareils de radiothérapie autorisés pour le traitement des affections cancéreuses (cobaltothérapie ou accélérateurs hors cyclotron).

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.5. Synthèse des données d'équipement, d'activité, de personnel et de dépenses des établissements de santé [1] selon leur statut et leur mode de financement en 2004

		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble	*dont : ensemble sous dotation globale*	*dont : ensemble privés*
Nombre d'entités [2]		1 003	801	1 419	**3 223**	*1 804*	*2 220*
Hospitalisation complète	Nombre de lits au 31 décembre	297 186	59 258	97 042	**453 486**	*356 444*	*156 300*
Hospitalisation partielle	Nombre d'entrées totales	7 904 634	1 023 551	3 773 754	**12 701 939**	*8 928 185*	*4 797 305*
	Nombre de journées réalisées	89 914 520	16 820 741	28 876 148	**135 611 409**	*106 735 261*	*45 696 889*
	Nombre de places au 31 décembre	30 938	8 706	10 206	**49 850**	*39 644*	*18 912*
Hospitalisation à domicile	Nombre de venues	6 739 360	2 231 722	3 522 575	**12 493 657**	*8 971 082*	*5 754 297*
	Nombre de places au 31 décembre	2 399	2 309	1 049	**5 757**	*4 708*	*3 358*
	Nombre de journées de prise en charge	708 514	687 921	344 960	**1 741 395**	*1 396 435*	*1 032 881*
Traitements et cures ambulatoires : nombre de séances		9 214 675	1 852 578	4 854 280	**15 921 533**	*11 067 253*	*6 706 858*
Consultations et soins externes : nombre de consultations		36 036 908	4 490 010	1 796 889	**42 323 807**	*40 526 918*	*6 286 899*
Personnel médical [3] en effectifs physiques		103 049	11 958	4 398	**119 405**	*115 007*	*16 356*
Personnel non médical [3] en équivalent temps plein		732 172	98 540	125 914	**956 626**	*830 712*	*224 454*
Dépenses hospitalières en milliers d'euros [4]		44 326	8 777	14 416	**67 519**	*53 103*	*23 193*

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les établissements militaires.

(2) Les entités décomptées sont celles qui sont porteuses de budget, soit : des entités juridiques pour les établissements publics, à l'exception des établissements de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée qui, n'étant pas rattachés à une entité juridique, sont comptés en tant qu'établissement géographiques ; des établissements géographiques pour les établissements privés, à l'exception des centres de lutte contre le cancer, des hôpitaux psychiatriques privés et des entités juridiques privées dédiées à la dialyse qui sont des entités juridiques.

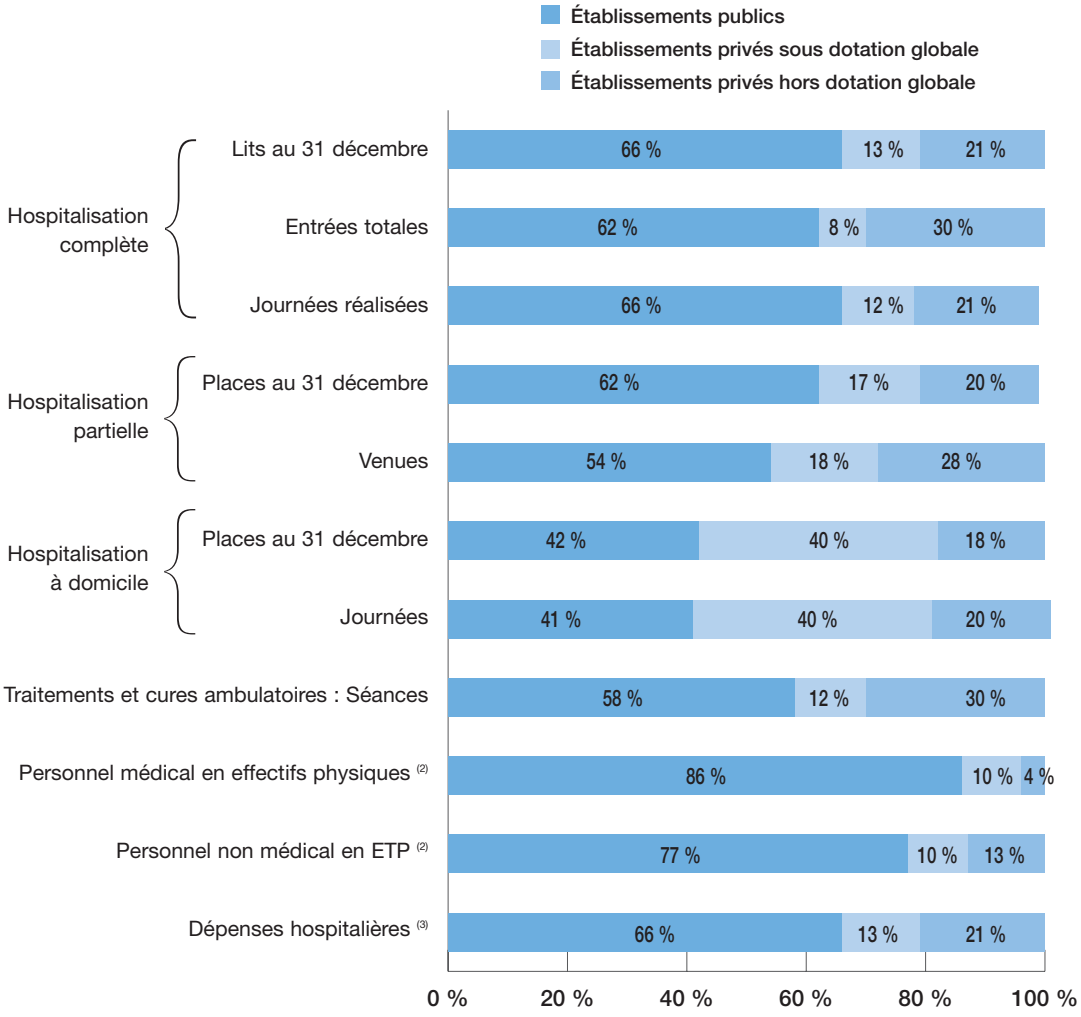
(3) Personnels rémunérés par l'établissement en décembre (à l'exclusion des praticiens libéraux pour le personnel médical).

(4) Dépenses de soins hospitaliers y compris soins en USLD et consultations externes.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives et Comptes de la santé 2004

1.6. Répartition des données d'équipement, d'activité, de personnel et de dépenses des établissements de santé [1] selon leur statut et leur mode de financement en 2004



(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les établissements militaires.
(2) Personnels rémunérés par l'établissement en décembre (à l'exclusion des praticiens libéraux pour le personnel médical).
(3) Dépenses de soins hospitaliers y compris soins en USLD et consultations externes.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives et Comptes de la santé 2004

1.7. Nombre d'établissements de santé [1] et nombre de lits et places dans les départements d'Outre-mer au 31 décembre 2004

Catégorie d'établissements [2]	Nombre d'entités [3]	Nombre de lits et places installés		
		Lits d'hospitalisation complète	Places en hospitalisation partielle	Ensemble des lits ou places
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	2	1 676	166	1 842
Centres hospitaliers généraux	21	3 815	278	4 093
Centres hospitaliers psychiatriques	3	642	341	983
Hôpitaux locaux (HL)	3	101	-	101
Total établissements publics	**29**	**6 234**	**785**	**7 019**
Établissements de soins de courte durée	24	1 932	175	2 107
Établissements de lutte contre les maladies mentales	1	71	15	86
Établissements de soins de suite et de réadaptation	9	364	60	424
Établissements de soins de longue durée	1	62	8	70
Total établissements privés	**35**	**2 429**	**258**	**2 687**
Ensemble	**64**	**8 663**	**1 043**	**9 706**

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile.

(2) Dans le public, la loi hospitalière distingue les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et par défaut les Centres Hospitaliers (CH). Les CH sont regroupés ici en catégories homogènes : les CH généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les CH psychiatriques spécialisés en psychiatrie, anciennement dénommés CHS, les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine, et les autres établissements. Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissement.

(3) Les entités décomptées sont celles qui sont porteuses de budget, soit, dans le public, les entités juridiques sanitaires à l'exception de quelques établissements non rattachées à ces entités juridiques appartenant notamment aux établissements de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée, et dans le privé, les établissements géographiques, à l'exception des établissements de santé mentale dont on ne compte que les entités juridiques de rattachement.

Champ : DOM

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.8. Équipement, activité et personnel des établissements de santé dans les départements d'Outre-mer en 2004

	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Hospitalisation complète				
Nombre de lits au 31 décembre	6 234	173	2 256	**8 663**
Nombre d'entrées totales	228 719	10 947	84 346	**324 012**
Nombre de journées réalisées	1 854 432	46 722	653 522	**2 554 676**
Hospitalisation partielle				
Nombre de places au 31 décembre	785	32	226	**1 043**
Nombre de venues	123 538	7 855	76 126	**207 519**
Personnel médical (1)				
Effectifs physiques	2 179	88	88	**2 355**
Personnel non médical (1)				
Effectifs en équivalent temps plein	16 747	560	3 190	**20 497**

(1) Personnels rémunérés par l'établissement en décembre (à l'exclusion des praticiens libéraux pour le personnel médical).

Champ : DOM
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.9. Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon le statut des partenaires et l'état d'avancement du projet. Évolution de 2002 à 2005

Partenariat	Nombre d'opérations au 06 avril 2002				
	En projet	En cours	Abouties (1)	Abandonnées	Total
Publics/Privés	55	55	24	0	134
Publics/Publics	39	41	75	0	155
Privés/Privés	12	41	30	0	83
Total	106	137	129	0	372

Partenariat	Nombre d'opérations au 30 juin 2003				
	En projet	En cours	Abouties (1)	Abandonnées	Total
Publics/Privés	34	80	52	7	173
Publics/Publics	21	67	94	7	192
Privés/Privés	10	82	55	2	149
Total	68	229	201	16	514

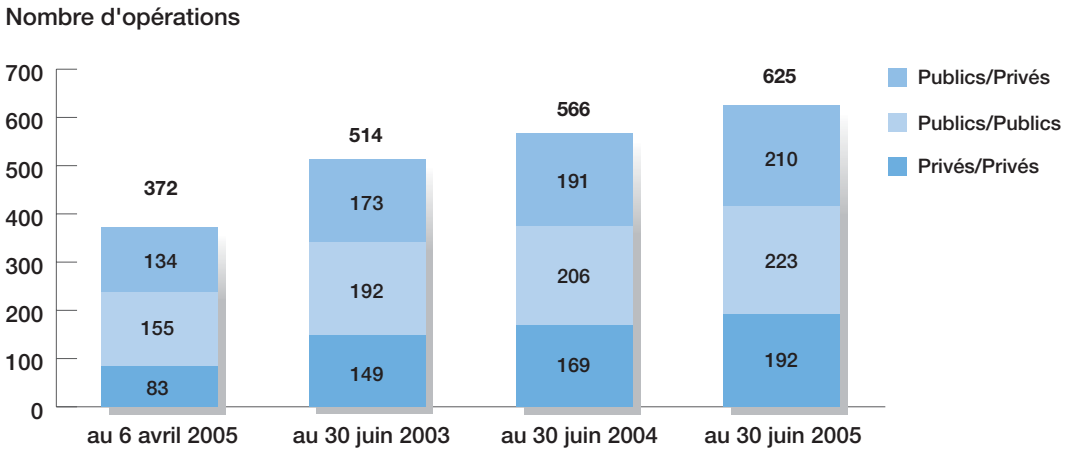
Partenariat	Nombre d'opérations au 30 juin 2004				
	En projet	En cours	Abouties (1)	Abandonnées	Total
Publics/Privés	30	84	70	7	191
Publics/Publics	18	77	102	9	206
Privés/Privés	13	77	77	2	169
Total	61	238	249	18	566

Partenariat	Nombre d'opérations au 30 juin 2005				
	En projet	En cours	Abouties (1)	Abandonnées	Total
Publics/Privés	20	98	87	5	210
Publics/Publics	12	66	137	8	223
Privés/Privés	7	69	115	1	192
Total	39	233	339	14	625

(1) Le nombre d'opérations abouties est cumulatif.

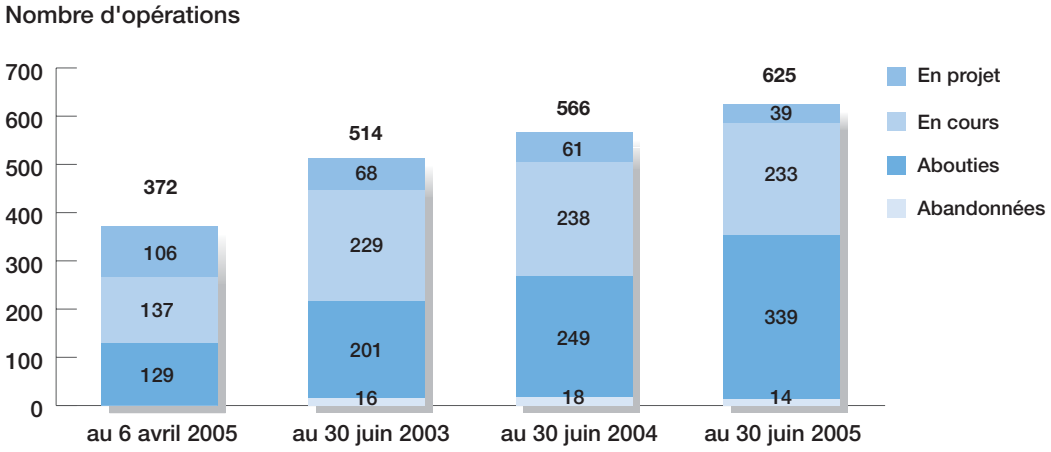
Champ : France entière
Source : observatoire des recompositions des activités des établissements de santé (ORAES) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.10. Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon le statut des partenaires. Évolution de 2002 à 2005



Champ : France entière
Source : observatoire des recompositions des activités des établissements de santé (ORAES) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.11. Nombre d'opérations de recompositions hospitalières selon leur état d'avancement. Évolution de 2002 à 2005



Champ : France entière
Source : observatoire des recompositions des activités des établissements de santé (ORAES) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.12. Nombre de groupements de coopération sanitaire selon l'objet et la composition du groupement. Bilan au 1er janvier 2006

Objet du groupement	Composition du groupement				Nombre total de groupements de coopération sanitaire
	Établissements publics de santé	Établissements de santé privés	Établissements publics de santé et établissements de santé privés	Établissements de santé et profes-sionnels de santé libéraux	
Coopération en matière de fonctions logistiques ou de gestion (blanchisserie, informatique…)	2	-	3	-	5
Coopération en matière d'activités soignantes (chirurgie dont gestion du bloc opératoire, soins palliatifs, psychiatrie, filière de soins de suite…)	1	1	11	4	17
Coopération en matière d'activités médico-techniques (pharmacie, stérilisation, imagerie médicale, biologie médicale…)	2	4	5	-	11
Autre ou objet multiple	-	1	5	-	6
Total	**5**	**6**	**24**	**4**	**39**

Champ : France entière

Source : observatoire des recompositions des activités des établissements de santé (ORAES) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.13. Nombre de réseaux de santé financés sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) par région. Évolution de 2002 à 2005

Régions	2002	2003		2004		2005	
	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés (1)
Alsace	2	-	2	3	5	2	7
Aquitaine	5	3	5	3	8	21	29
Auvergne	4	1	4	1	5	7	12
Basse-Normandie	1	9	9	12	22	-	15
Bourgogne	8	7	14	3	16	24	40
Bretagne	-	3	3	6	9	28	37
Centre	-	2	2	-	2	24	26
Champagne-Ardenne	2	7	9	6	15	-	4
Corse	-	6	6	12	17	3	20
Franche-Comté	-	21	21	11	32	-	27
Haute-Normandie	2	4	5	1	7	5	12
Île-de-France	1	1	1	4	5	62	67
Languedoc-Roussillon	-	5	5	11	16	2	18
Limousin	4	7	9	6	15	-	13
Lorraine	1	12	12	6	19	11	30
Midi-Pyrénées	-	4	4	-	4	20	24
Nord - Pas-de-Calais	-	4	4	4	8	33	41
PACA	3	12	13	1	14	38	52
Pays de la Loire	3	3	5	-	5	32	37
Picardie	-	2	2	1	3	8	11
Poitou-Charentes	6	15	20	18	38	-	22
Rhône-Alpes	8	6	13	10	24	15	39
France métropolitaine	**50**	**134**	**168**	**119**	**289**	**294**	**583**
Guadeloupe	-	4	4	-	4	4	8
Guyane	-	2	2	1	3	2	5
Martinique	4	1	5	-	6	1	7
Réunion	-	2	2	5	7	-	7
DOM	**4**	**9**	**13**	**6**	**20**	**7**	**27**
France entière	**54**	**143**	**181**	**125**	**309**	**301**	**610**

(1) Le nombre total de réseaux financés en année n n'est pas toujours égal à la somme du nombre total de réseaux financés en année n-1 et du nombre de nouveaux réseaux financés : d'une année sur l'autre, des réseaux peuvent cesser leur activité ou, plus souvent, fusionner avec un autre.

Champ : France entière
Source : observatoire national des réseaux de santé (ONRS) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.14. Nombre de réseaux de santé financés sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) par type de pathologie. Évolution de 2002 à 2005

Type de pathologie	2002	2003		2004		2005	
	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés (1)
Soins Palliatifs / Douleur	7	28	34	19	53	35	88
Cancérologie	9	30	35	18	56	28	84
Gérontologie	8	8	14	12	26	46	72
Diabétologie	8	18	24	10	34	29	63
Addictologie (dont alcool/tabac/ toxicomanie)	2	6	7	8	16	23	39
Périnatalité	7	11	17	9	26	11	37
Cardio-vasculaire	2	8	9	5	15	5	20
Urgences / Permanence des soins	5	8	10	2	12	7	19
Maladies infectieuses	-	2	2	4	6	12	18
Santé mentale	-	-	-	1	1	13	14
Neurologie	-	3	3	7	10	3	13
Pathologies respiratoires	1	3	4	3	7	6	13
Handicap	1	1	2	3	4	8	12
Nutrition	-	2	2	5	7	4	11
Précarité / Médico-social	-	2	2	3	5	5	10
Insuffisance rénale chronique (IRC)	2	1	3	3	6	1	7
Maladies rares	1	-	1	3	4	2	6
Troubles du langage	-	2	2	2	4	2	6
Prise en charge des adolescents	-	-	-	-	-	3	3
Violence / Maltraitance	-	-	-	1	1	2	3
Traumatismes crâniens	-	2	2	-	2	-	2
Rhumatologie	-	1	1	-	1	-	1
Biologie, hématologie	-	-	-	1	1	-	1
Ophtalmologie / ORL	-	-	-	2	2	-	1
Rééducation fonctionnelle	-	-	-	-	-	1	1
Pathologies maxillo-faciales / Dentaire	-	-	-	1	1	-	-
Autres ou thématique non renseignée	1	7	7	3	9	55	66
Total	**54**	**143**	**181**	**125**	**309**	**301**	**610**

(1) Le nombre total de réseaux financés en année n n'est pas toujours égal à la somme du nombre total de réseaux financés en année n-1 et du nombre de nouveaux réseaux financés : d'une année sur l'autre, des réseaux peuvent cesser leur activité ou, plus souvent, fusionner avec un autre.

Champ : France entière

Source : observatoire national des réseaux de santé (ONRS) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1. L'offre des soins

1.2. L'équipement et l'activité

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Cf. les tableaux 1.3 .à 1.8., 1.15. à 1.33., 1.35. et 1.36., 1.61. et 1.62., 1.66., 1.86., 1.89. et 1.90., 1.92., 1.94. et 1.95., 1.98., 1.103. et 1.104., 1.121. à 1.123., 1.128.

Présentation de l'enquête

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 (hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile...) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont également inclus les services pénitentiaires et les secteurs militaires des établissements publics de santé.

La SAE a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte de 2000 étaient de mieux rendre compte des facteurs de production, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), d'harmoniser les données du public et du privé et d'améliorer les délais de production et de restitution aux différents acteurs.

D'une manière générale, le secteur public est interrogé au niveau de l'entité juridique, quelle soit mono-établissement ou multi-établissements, et le secteur privé au niveau de l'établissement géographique, à l'exception des établissements de dialyse et de radiothérapie interrogés au niveau de leur entité juridique.

En outre depuis 2000, pour les établissements publics et privés ayant une activité de soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique, pour permettre une meilleure comparabilité et localiser plus finement les activités et les équipements.

Par ailleurs, sont interrogés chaque établissement des trois assistances publiques (AP-HP, HCL et AP-HM) et ceux des autres entités juridiques publiques multi-établissements.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacité, activité, équipement et personnel.

Les données et les définitions SAE

Les principales définitions utilisées dans le cadre de la SAE sont décrites ci-dessous, et reprises, le cas échéant, en bas des tableaux ou graphiques issus de cette source.

Les bases de données

La statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données :

- une base dite « administrative » : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par la DRASS ou la CRAM selon les cas).
- 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 réponses de certains établissements.

Le PMSI permet dans un premier temps d'identifier quelques établissements non-répondants à la SAE et d'en redresser les données. Ce sont essentiellement les établissements privés sous dotation globale qui sont concernés.

Ce redressement effectué, le PMSI contient plus de 97 % de l'ensemble des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. Cette différence provient du fait que certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie...).

Deux types de redressement sont donc effectués : la non exhaustivité des réponses du PMSI est corrigée, établissement par établissement à partir de la SAE, et un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est effectué par strate d'établissements.

Le regroupement des établissements

Les établissements peuvent être regroupés en catégories d'établissements selon le statut juridique et le mode de financement.

À partir du statut juridique, les établissements de santé sont regroupés en :

- établissements lucratifs ;
- établissements non lucratifs, ces derniers étant subdivisés à leur tour en deux groupes, ceux qui participent au service public hospitalier par intégration (PSPH) et les autres.

Le deuxième regroupement des établissements est fait en fonction de leur mode de financement :

- établissements antérieurement sous dotation globale, qui concerne les établissements publics et les établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier ;
- établissements antérieurement soumis à l'Objectif quantifié national (OQN), qui concerne les autres établissements privés, pouvant être lucratifs ou non lucratifs ;
- établissements soumis à d'autres tarifications qui ont vocation à disparaître, qui concerne quelques établissements de santé regroupant presque exclusivement des sociétés ou personnes physiques gérant des équipements matériels lourds.

Les données disponibles les plus récentes de la SAE sur les établissements de santé datent de 2004.

Ainsi dans cette publication, celles-ci sont présentées en référence aux modes de financement prévalant avant la T2A, distinguant les établissements publics ou privés antérieurement « sous dotation globale » et les établissements privés antérieurement « sous OQN ».

Dans la plupart des tableaux, elles sont regroupées selon ces trois catégories :

- les établissements « publics » ;
- les établissements « privés sous dotation globale » ;
- les établissements « privés hors dotation globale », établissements privés antérieurement soumis à l'OQN et quelques établissements soumis à d'autres tarifications.

Les données d'activité

L'enquête SAE fournit des données sur l'équipement des établissements de santé, lits ou places installés, et sur leur activité, entrées et journées par discipline d'équipement plus détaillée, venues ou séances en hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, et en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, activités de soins soumises à autorisation, interventions et activité des blocs opératoires, équipements matériels lourds et actes réalisés par ceux-ci.

- **Hospitalisation complète ou hospitalisation à temps complet**
  - Lits installés : Le nombre de lits correspond aux lits installés au 31 décembre de l'année. Il est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection... Il ne comprend ni les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Ce nombre peut être différent de celui des lits autorisés.
  - Les entrées totales dans une discipline d'équipement sont la somme des entrées directes et des entrées par mutation dans cette discipline.

- Le nombre de journées réalisées correspond au nombre de présents à minuit cumulé sur l'année.
- La durée moyenne de séjour (DMS) d'une discipline d'équipement se définit comme le rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre d'entrées totales :

$$\frac{\text{journées réalisées x 100}}{\text{entrées totales}}$$

Le décompte des journées réalisées ne comprend pas le jour de sortie.

- Le taux d'occupation (TO) est égal au rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées-lits exploitables exprimé en pourcentage. Le nombre de « journées-lits exploitables » dans l'année est égal, pour chaque journée de l'exercice à la somme des lits installés à l'exception de ceux rendus provisoirement indisponibles. Les formules sont :

$$\frac{\text{journées réalisées x 100}}{\text{journées lits-exploitables}}$$

Hospitalisation partielle ou hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit et en anesthésie ou chirurgie ambulatoires)

- Le nombre de places correspond aux places installées au 31 décembre de chaque année en hospitalisation à temps partiel de jour, de nuit et en anesthésie ou en chirurgie ambulatoires. Il est égal au nombre de lits ou fauteuils exclusivement destinés à l'activité pratiquée, en état d'accueillir des malades, ou fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection...
- Le nombre de venues élémentaires ou séances en hospitalisation partielle est le nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans une même discipline pour un malade, on ne compte qu'une venue de séance par jour au maximum, même s'il vient plusieurs fois le même jour. On ne compte que les venues ou séances sur les malades ambulatoires. Pour les malades hospitalisés, on ne compte que les venues ou séances pour un motif différent de celui de l'hospitalisation.

Hospitalisation à domicile

- Le nombre de places correspond au nombre maximum de journées de soins réalisables dans l'année divisée par 365.

La mesure de l'activité hospitalière : différences entre la SAE et le PMSI

Dans le PMSI, l'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI et la SAE. Sont exclus du PMSI l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveaux-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveaux-nés restés près de leur mère). 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.

Les durées moyennes de séjour du PMSI sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de 48 heures et plus, hors nouveaux-nés restés près de leur mère, et non compris les jours de décès comme dans la SAE.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de 48 heures

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisations et selon les différentes disciplines.

Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en oeuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de 24 heures) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à 48 heures classe celui-ci en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée égale ou supérieure à 48 heures correspond automatiquement à un séjour en « hospitalisation complète ».

Lorsqu'il s'agit de données sur les séjours hospitaliers issues du PMSI dans cette publication, on dénomme « séjours de 2 jours et plus » les séjours d'une durée égale ou supérieure à 48 heures, et « séjours de moins de 2 jours » les séjours d'une durée de moins de 48 heures.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement :
Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement.

Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, « médical » si le lit est catalogué en médecine.

Le PMSI décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Les séjours sont qualifiés de « chirurgicaux » si au moins un acte opératoire significatif (dit « classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, et classés alors en chirurgie quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Les autres séjours sont qualifiés de « médicaux » et classés en médecine.

Les données de personnel
La SAE recense également, parmi d'autres données, les personnels hospitaliers qui y travaillent, personnels médicaux par statut, ou par spécialité d'exercice dans le secteur privé, et personnels non médicaux par filières détaillées.

On trouvera plus de détail sur ces données au début du chapitre 2.1. dans l'encadré « les données de personnel de la SAE ».

1.15. Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline au 31 décembre 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de lits d'hospitalisation complète [1]			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	92 282	8 939	11 804	113 025
Chirurgie	43 774	6 575	41 416	91 765
Gynécologie-Obstétrique	14 266	1 258	6 489	22 013
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**150 322**	**16 772**	**59 709**	**226 803**
Psychiatrie	39 621	7 744	11 926	59 291
Soins de suite et de réadaptation	38 399	28 510	24 273	91 182
Soins de longue durée	68 844	6 232	1 134	76 210
Total [1]	**297 186**	**59 258**	**97 042**	**453 486**

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits de très courte durée des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.16. Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de lits d'hospitalisation complète au 31 décembre [1]			Taux d'évolution 2004/1998
	1998	2002	2004	
Médecine	119 312	114 126	113 025	- 5,3 %
Chirurgie	104 607	95 358	91 765	- 12,3 %
Gynécologie-Obstétrique	25 053	23 090	22 013	- 12,1 %
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**248 972**	**232 574**	**226 803**	**- 8,9 %**
Psychiatrie	69 270	60 794	59 291	- 14,4%
Soins de suite et de réadaptation	91 347	90 721	91 182	- 0,2 %
Soins de longue durée	82 434	81 473	76 210	- 7,6 %
Total [1]	**492 023**	**465 562**	**453 486**	**- 7,8 %**

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits de très courte durée des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.17. Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète par discipline au 31 décembre 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Taux d'équipement en lits [1] (lits pour 1 000 habitants [2])			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	1,52	0,15	0,19	1,86
Chirurgie	0,72	0,11	0,68	1,51
Gynécologie-Obstétrique	0,24	0,02	0,11	0,36
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**2,48**	**0,28**	**0,98**	**3,74**
Psychiatrie	0,65	0,13	0,20	0,98
Soins de suite et de réadaptation	0,63	0,47	0,40	1,50
Soins de longue durée	1,13	0,10	0,02	1,26
Total [1]	**4,90**	**0,98**	**1,60**	**7,47**

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits des très courte durée des services d'urgence.
(2) Population au 31/12/2004 estimée par l'INSEE à partir du recensement de mars 1999.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.18. Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline et par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de lits d'hospitalisation complète (lits installés)				
	Soins de courte durée (MCO)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Soins de longue durée (SLD)	Ensemble (1)
Alsace	7 469	1 406	2 604	3 619	15 098
Aquitaine	12 284	3 936	5 107	2 781	24 108
Auvergne	5 351	1 827	2 108	2 613	11 899
Basse-Normandie	6 133	1 220	1 960	1 733	11 046
Bourgogne	6 780	1 720	2 448	2 308	13 256
Bretagne	11 290	4 315	4 779	5 783	26 167
Centre	8 552	2 314	3 532	4 419	18 817
Champagne-Ardenne	5 625	982	1 252	2 004	9 863
Corse	1 140	344	585	368	2 437
Franche-Comté	4 399	1 304	1 459	1 337	8 499
Haute-Normandie	6 033	1 189	2 062	2 076	11 360
Île-de-France	41 183	8 319	15 493	8 604	73 599
Languedoc-Roussillon	8 990	2 920	4 930	2 757	19 597
Limousin	3 355	879	1 055	1 901	7 190
Lorraine	10 358	2 420	3 114	3 139	19 031
Midi-Pyrénées	9 988	3 229	4 404	2 773	20 394
Nord - Pas-de-Calais	14 358	3 231	4 949	4 110	26 648
PACA	18 598	5 793	10 377	3 763	38 531
Pays de la Loire	11 051	2 806	4 747	5 359	23 963
Picardie	6 464	2 069	2 537	2 714	13 784
Poitou-Charentes	5 648	1 528	2 265	2 216	11 657
Rhône-Alpes	21 754	5 540	9 415	9 833	46 542
France métropolitaine	**226 803**	**59 291**	**91 182**	**76 210**	**453 486**
Guadeloupe	1 524	316	482	347	2 669
Guyane	573	84	74	117	848
Martinique	1 612	250	424	202	2 488
Réunion	1 961	331	287	79	2 658
DOM	**5 670**	**981**	**1 267**	**745**	**8 663**
France entière	**232 473**	**60 272**	**92 449**	**76 955**	**462 149**

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits des très courte durée des services d'urgence.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.19. Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète par discipline et par région au 31 décembre 2004

Régions	Taux d'équipements en lits (lits installés pour 1 000 habitants) [1]				
	Soins de courte durée (MCO)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Soins de longue durée (SLD)	Ensemble [2]
Alsace	4,14	0,78	1,44	2,00	8,36
Aquitaine	4,00	1,28	1,66	0,91	7,85
Auvergne	4,02	1,37	1,58	1,96	8,95
Basse-Normandie	4,24	0,84	1,36	1,20	7,64
Bourgogne	4,17	1,06	1,51	1,42	8,15
Bretagne	3,71	1,42	1,57	1,90	8,60
Centre	3,43	0,93	1,42	1,77	7,56
Champagne-Ardenne	4,22	0,74	0,94	1,50	7,39
Corse	4,15	1,25	2,13	1,34	8,86
Franche-Comté	3,85	1,14	1,28	1,17	7,44
Haute-Normandie	3,34	0,66	1,14	1,15	6,29
Île-de-France	3,62	0,73	1,36	0,76	6,48
Languedoc-Roussillon	3,60	1,17	1,97	1,10	7,85
Limousin	4,63	1,21	1,46	2,63	9,93
Lorraine	4,44	1,04	1,33	1,34	8,15
Midi-Pyrénées	3,66	1,18	1,61	1,02	7,47
Nord - Pas-de-Calais	3,56	0,80	1,23	1,02	6,61
PACA	3,92	1,22	2,19	0,79	8,12
Pays de la Loire	3,26	0,83	1,40	1,58	7,08
Picardie	3,44	1,10	1,35	1,45	7,34
Poitou-Charentes	3,32	0,90	1,33	1,30	6,85
Rhône-Alpes	3,66	0,93	1,58	1,65	7,83
France métropolitaine	**3,74**	**0,98**	**1,50**	**1,26**	**7,47**
Guadeloupe	3,36	0,70	1,06	0,77	5,89
Guyane	3,00	0,44	0,39	0,61	4,44
Martinique	4,05	0,63	1,07	0,51	6,25
Réunion	2,53	0,43	0,37	0,10	3,43
DOM	**3,12**	**0,54**	**0,70**	**0,41**	**4,77**
France entière	**3,72**	**0,96**	**1,48**	**1,23**	**7,39**

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits des très courte durée des services d'urgence.
(2) Population au 31/12/2004 estimée par l'INSEE à partir du recensement de mars 1999.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.20. Nombre d'entrées en hospitalisation complète par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre d'entrées (1)			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	4 148 860	367 636	572 713	5 089 209
Chirurgie	2 082 999	285 078	2 463 734	4 831 811
Gynécologie-Obstétrique	838 041	70 035	361 836	1 269 912
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**7 069 900**	**722 749**	**3 398 283**	**11 190 932**
Psychiatrie	454 059	60 112	118 018	632 189
Soins de suite et de réadaptation	342 522	236 973	256 778	836 273
Soins de longue durée	38 153	3 717	675	42 545
Total (2)	**7 904 634**	**1 023 551**	**3 773 754**	**12 701 939**

(1) Il s'agit des entrées totales. Elles représentent la somme des entrées directes dans un établissement (ou une entité juridique) et des entrées par mutation interne entre établissements d'une même entité juridique sans changement de groupe de disciplines. Elles correspondent aux prises en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour une durée de 24 heures et plus.
(2) Section hôpital, à l'exclusion des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.21. Nombre d'entrées en hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004a

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre d'entrées (1)			Taux d'évolution 2004/1998
	1998	2002	2004	
Médecine	5 319 637	4 951 670	5 089 209	- 4,3 %
Chirurgie	5 362 287	4 947 613	4 831 811	- 9,9 %
Gynécologie-Obstétrique	1 290 035	1 277 739	1 269 912	- 1,6 %
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**11 971 959**	**11 177 022**	**11 190 932**	**- 6,5 %**
Psychiatrie	613 184	633 935	632 189	- 26,1 %
Soins de suite et de réadaptation	855 695	824 683	836 273	36,4 %
Soins de longue durée	57 229	50 380	42 545	- 25,7 %
Total (2)	**13 498 067**	**12 686 020**	**12 701 939**	**- 5,9 %**

(1) Il s'agit des entrées totales. Elles représentent la somme des entrées directes dans un établissement (ou une entité juridique) et des entrées par mutation interne entre établissements d'une même entité juridique sans changement de groupe de disciplines. Elles correspondent aux prises en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour une durée de 24 heures et plus.
(2) Section hôpital, à l'exclusion des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.22. Nombre de journées d'hospitalisation complète par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de journées (1)			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	27 094 377	2 364 678	3 658 250	33 117 305
Chirurgie	10 906 047	1 472 891	10 795 877	23 174 815
Gynécologie-Obstétrique	3 645 830	325 709	1 743 137	5 714 676
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**41 646 254**	**4 163 278**	**16 197 264**	**62 006 796**
Psychiatrie	12 384 412	2 306 256	4 203 041	18 893 709
Soins de suite et de réadaptation	11 444 090	8 094 652	8 093 784	27 632 526
Soins de longue durée	24 439 764	2 256 555	382 059	27 078 378
Total (2)	89 914 520	16 820 741	28 876 148	135 611 409

(1) Il s'agit des journées réalisées. Elles correspondent au nombre de présents cumulé sur l'année. Dans ce tableau, on compte les journées correspondant aux prises en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour une durée de 24 heures et plus.
(2) Section hôpital, à l'exclusion des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.23. Nombre de journées d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de journées (1)			Taux d'évolution 2004/1998
	1998	2002	2004	
Médecine	34 596 818	33 423 161	33 117 305	- 4,3 %
Chirurgie	27 977 112	24 402 342	23 174 815	- 17,2 %
Gynécologie-Obstétrique	6 536 735	5 883 013	5 714 676	- 12,6 %
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**69 110 665**	**63 708 516**	**62 006 796**	**- 10,3 %**
Psychiatrie	20 872 435	19 273 692	18 893 709	- 9,5 %
Soins de suite et de réadaptation	27 800 349	27 277 188	27 632 526	- 0,6 %
Soins de longue durée	29 046 966	28 960 352	27 078 378	- 6,8 %
Total (2)	146 830 415	139 219 748	135 611 409	- 7,6 %

(1) Il s'agit des journées réalisées. Elles correspondent au nombre de présents cumulé sur l'année. Dans ce tableau, on compte les journées correspondant aux prises en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour une durée de 24 heures et plus.
(2) Section hôpital, à l'exclusion des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.24. Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Taux d'occupation des lits (TO) [1]			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	83,4	76,3	84,9	83,0
Chirurgie	71,1	64,2	71,8	70,9
Gynécologie-Obstétrique	71,3	71,3	73,6	72,0
Soins de courte durée (MCO)	**78,7**	**71,1**	**74,6**	**77,0**
Psychiatrie	86,7	83,4	77,5	84,7
Soins de suite et de réadaptation	83,0	81,5	93,2	85,3
Soins de longue durée	97,8	99,1	96,2	97,8
Ensemble	**84,8**	**80,7**	**79,7**	**83,1**

(1) Nombre de journées réalisées par rapport au nombre de « journées-lits » exploitables dans l'année, exprimé en pourcentage. Il s'agit des journées de prise en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour des séjours de 24 heures et plus.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.25. Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Taux d'occupation des lits (TO) [1]		
	1998	2002	2004
Médecine	82,4	83,0	83,0
Chirurgie	72,0	72,1	70,9
Gynécologie-Obstétrique	70,0	71,4	72,0
Soins de courte durée (MCO)	**76,8**	**77,4**	**77,0**
Psychiatrie	85,8	87,8	84,7
Soins de suite et de réadaptation	85,2	85,0	85,3
Soins de longue durée	97,5	98,0	97,8
Ensemble	**82,8**	**84,1**	**83,1**

(1) Nombre de journées réalisées par rapport au nombre de « journées-lits » exploitables dans l'année, exprimé en pourcentage. Il s'agit des journées de prise en charge en hospitalisation complète, c'est-à-dire pour des séjours de 24 heures et plus.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.26. Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement [2]	Durée moyenne de séjour (DMS) [1]			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	6,5	6,4	6,4	6,5
Chirurgie	5,2	5,2	4,4	4,8
Gynécologie-Obstétrique	4,4	4,7	4,8	4,5
Soins de courte durée (MCO)	**5,9**	**5,8**	**4,8**	**5,5**
Psychiatrie	27,3	38,4	35,6	29,9
Soins de suite et de réadaptation	33,4	34,2	31,5	33,0

(1) Nombre de journées réalisées rapporté au nombre d'entrées totales, exprimé en nombre de jours. Il s'agit de la durée moyenne des séjours de 24 heures ou plus en hospitalisation complète.
(2) Le ratio de la durée moyenne de séjour n'est pas significatif dans le cas de séjour en soins de longue durée

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.27. Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement [2]	Durée moyenne de séjour (DMS) [1]		
	1998	2002	2004
Médecine	6,5	6,7	6,5
Chirurgie	5,2	4,9	4,8
Gynécologie-Obstétrique	5,1	4,6	4,5
Soins de courte durée (MCO)	**5,8**	**5,7**	**5,5**
Psychiatrie	34,0	30,4	29,9
Soins de suite et de réadaptation	32,5	33,1	33,0

(1) Nombre de journées réalisées rapporté au nombre d'entrées totales, exprimé en nombre de jours. Il s'agit de la durée moyenne des séjours de 24 heures ou plus en hospitalisation complète.
(2) Le ratio de la durée moyenne de séjour n'est pas significatif dans le cas de séjour en soins de longue durée

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.28. Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de places d'hospitalisation partielle (1) au 31 décembre			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	5 823	939	1 655	8 417
Chirurgie	1 619	437	6 983	9 039
Obstétrique	885	22	21	928
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**8 327**	**1 398**	**8 659**	**18 384**
Psychiatrie (2)	21 169	4 627	379	26 175
Soins de suite ou de réadaptation	1 285	2 673	1 084	5 042
Autres disciplines (2)	157	8	84	249
Total des places	**30 938**	**8 706**	**10 206**	**49 850**

(1) Hospitalisation de jour ou de nuit, et anesthésie et chirurgie ambulatoires.
(2) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.29. Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de places d'hospitalisation partielle (1) au 31 décembre			Évolution 2004/1998
	1998	2002	2004	
Médecine	6 740	7 730	8 417	24,9 %
Chirurgie	7 091	8 325	9 039	27,5 %
Obstétrique	396	940	928	134,3 %
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**14 227**	**16 995**	**18 384**	**29,2 %**
Psychiatrie (2)	26 776	26 207	26 175	- 2,2 %
Soins de suite ou de réadaptation	4 110	4 627	5 042	22,7 %
Autres disciplines (2)	18	146	249	12,8 %
Total des places	**45 131**	**47 975**	**49 850**	**10,5 %**

(1) Hospitalisation de jour ou de nuit, et anesthésie et chirurgie ambulatoires.
(2) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.30. Nombre de places d'hospitalisation partielle par discipline et par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de places d'hospitalisation partielle (1)				
	Soins de courte durée (MCO)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Autre discipline (2)	Ensemble
Alsace	569	870	182	-	1 621
Aquitaine	839	1 593	197	3	2 632
Auvergne	339	804	79	12	1 234
Basse-Normandie	285	819	181	-	1 285
Bourgogne	468	607	58	3	1 136
Bretagne	827	1 933	374	-	3 134
Centre	722	1 108	116	-	1 946
Champagne-Ardenne	377	534	45	-	956
Corse	89	95	21		205
Franche-Comté	236	310	124	-	670
Haute-Normandie	505	842	66	45	1 458
Île-de-France	3 968	4 510	933	34	9 445
Languedoc-Roussillon	899	1 057	260	-	2 216
Limousin	205	650	52	-	907
Lorraine	569	787	319	33	1 708
Midi-Pyrénées	780	1 276	239	80	2 375
Nord - Pas-de-Calais	1 107	1 207	351	2	2 667
PACA	2 147	2 022	452	12	4 633
Pays de la Loire	1 007	1 720	345	15	3 087
Picardie	387	821	120	-	1 328
Poitou-Charentes	471	733	109	-	1 313
Rhône-Alpes	1 588	1 877	419	10	3 894
France métropolitaine	**18 384**	**26 175**	**5 042**	**249**	**49 850**
Guadeloupe	109	175	30	-	314
Guyane	8	15	-	30	53
Martinique	61	50	25	-	136
Réunion	151	305	84	-	540
DOM	**329**	**545**	**139**	**30**	**1 043**
France entière	**18 713**	**26 720**	**5 181**	**279**	**50 893**

(1) Hospitalisation de jour ou de nuit, et anesthésie et chirurgie ambulatoires.
(2) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.31. Nombre de venues en hospitalisation partielle par discipline en 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de venues en hospitalisation partielle (1)			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	1 929 980	332 722	648 660	2 911 362
Chirurgie	304 287	112 705	2 378 685	2 795 677
Obstétrique	234 564	16 659	57 051	308 274
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**2 468 831**	**462 086**	**3 084 396**	**6 015 313**
Psychiatrie	3 879 459	985 893	103 004	4 968 356
Soins de suite ou de réadaptation	375 901	783 743	316 843	1 476 487
Autres disciplines (2)	15 169	-	18 332	33 501
Total	**6 739 360**	**2 231 722**	**3 522 575**	**12 493 657**

(1) Sont comptabilisés les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoires pour des prises en charge dont la durée est inférieure à 24 heures.
(2) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.32. Nombre de venues en hospitalisation partielle par discipline. Évolution de 1998 à 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de venues en hospitalisation partielle (1)			Évolution 2004/1998
	1998	2002	2004	
Médecine	2 024 961	2 672 679	2 911 362	43,8 %
Chirurgie	2 098 166	2 511 724	2 795 677	33,2 %
Obstétrique	70 613	287 147	308 274	336,6 %
Sous-total soins de courte durée (MCO)	**4 193 740**	**5 471 550**	**6 015 313**	**43,4 %**
Psychiatrie	5 288 876	4 904 311	4 968 356	- 6,1 %
Soins de suite ou de réadaptation	1 136 401	1 353 779	1 476 487	29,9 %
Autres disciplines (2)	5 545	29 610	33 501	504,2 %
Total	**10 624 562**	**11 759 250**	**12 493 657**	**17,6 %**

(1) Sont comptabilisés les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoires pour des prises en charge dont la durée est inférieure à 24 heures.
(2) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

1.33. Nombre de places et nombre de journées d'hospitalisation à domicile en 2004

Hospitalisation à domicile	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de places installées au 31 décembre (1)	2 399	2 309	1 049	**5 757**
Nombre de journées de prise en charge	708 514	687 921	344 960	**1 741 395**

(1) Y compris en disciplines sociales et médico-sociales

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.34. Nombre de places autorisées et installées d'hospitalisation à domicile (HAD) par région. Évolution entre le 31 décembre 2004 et le 31décembre 2005

Régions	Au 31 décembre 2004		Au 31 décembre 2005	
	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Nombre de places autorisées	Nombre de places installées
Alsace	71	76	201	76
Aquitaine	388	304	487	304
Auvergne	94	59	74	74
Basse-Normandie	112	100	236	202
Bourgogne	84	52	167	102
Bretagne	112	60	142	82
Centre	120	100	194	140
Champagne-Ardenne	54	54	54	54
Corse	10	10	45	30
Franche-Comté	100	90	105	105
Haute-Normandie	70	35	203	74
Île-de-France	2 295	1 892	2 325	2 261
Languedoc-Roussillon	53	53	162	58
Limousin	125	62	185	122
Lorraine	138	49	153	111
Midi-Pyrénées	165	99	245	138
Nord - Pas-de-Calais	192	188	655	300
PACA	525	396	680	502
Pays de la Loire	215	184	265	265
Picardie	99	114	189	134
Poitou-Charentes	97	85	182	167
Rhône-Alpes	419	312	586	451
France métropolitaine	**5 538**	**4 374**	**7 535**	**5 752**
Guadeloupe	30	30	110	45
Guyane	-	-	-	-
Martinique	60	60	60	40
Réunion	90	80	90	80
DOM	**180**	**170**	**260**	**165**
France entière	**5 718**	**4 544**	**7 795**	**5 917**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.35. Nombre de séances de traitements et cures ambulatoires par discipline en 2004

Traitements et cures ambulatoires	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de séances (1) (2) (3)	9 214 675	1 876 531	4 854 280	**16 090 596**
dont en médecine	*1 106 037*	*803 675*	*2 069 643*	***3 979 355***
dont en psychiatrie générale et infanto-juvénile	*6 940 786*	*910 083*	*65 510*	***7 916 379***
dont en autres diciplines (4)	*1 130 027*	*67 407*	*2 615 603*	***3 813 037***

(1) Les venues ou séances correspondent au nombre de passages non individualisés : un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. On compte les venues ou séances de malades ambulatoires et hospitalisés.
(2) Y compris les séances de radiothérapie qui sont comptées en médecine et les séances d'hémodialyse en centres qui sont comptées en autres disciplines.
(3) Y compris en disciplines sociales et médico-sociales.
(4) Il s'agit des disciplines de la section hôpital autres que MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et soins de longue durée (traitement de l'insuffisance rénale, aide aux insuffisants respiratoires, investigations à visée diagnostique…).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.36. Nombre de consultations externes en 2004

Consultations et soins externes	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de consultations et de soins externes (1)	36 036 908	4 490 010	1 796 889	**42 323 807**
Nombre de consultations dentaires et de soins dentaires	784 870	24 938	89	**809 877**

(1) Y compris en disciplines sociales et médico-sociales.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Cf. les tableaux 1.37. à 1.60. et 1.67. à 1.81.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit des informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements de santé. Il permet d'identifier la production des établissements de soins.

Il s'est progressivement mis en place dans les années quatre-vingt-dix, sous la tutelle de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé et des solidarités.

Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe dorénavant un recueil PMSI pour les soins de suite ou réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour l'hospitalisation à domicile se met en place et il reste expérimental sur la psychiatrie.

En 2005, il est possible d'observer cette production au travers des données d'activité 2004. Or, l'année 2004 a été fortement marquée par la mise en oeuvre du nouveau mode de financement de l'hospitalisation de court séjour des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) : la tarification à l'activité ou T2A. Alors que le recueil standardisé du PMSI n'a pas changé dans sa forme, le nouveau mode de financement à l'activité pour ces établissements, nécessite une présentation nouvelle des données agrégées sur l'activité des établissements, concernant l'hospitalisation de court séjour.

Le principe de la tarification à l'activité est, à terme, de financer les établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée. Elle concerne dans un premier temps la seule activité de court séjour. L'activité est notamment appréciée au travers du classement de chaque séjour hospitalier dans l'un des groupes homogènes de malades (GHM) de la classification utilisée dans le cadre du PMSI. À chaque GHM produit par l'établissement est alors appliqué le tarif du GHS correspondant. La liste de ces tarifs est fixée et publiée au niveau national. À ce tarif viennent s'ajouter des prestations en sus (type suppléments, journées extrêmes...)

Le PMSI-MCO

Il recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du ou des diagnostics et des actes réalisés pendant le séjour. Tout séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique fait l'objet d'un résumé de sortie (RSS). Les informations figurant dans le RSS sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics, et le catalogue des actes médicaux (CdAM) pour les actes jusqu'en 2004. Cette nomenclature est remplacée à partir de 2005 par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

En fonction de ses caractéristiques, en termes de diagnostics et d'actes (le cas échéant), chaque séjour se voit attribuer le code d'une catégorie, ou groupe homogène (GHM). Les quelques 600 GHM de court séjour sont répartis en 27 « catégories majeures ». Cette classification évolue afin de prendre en compte l'évolution des pratiques médicales et ainsi affiner la description médico-économique des séjours.

C'est la durée du séjour qui est l'axe principal du classement des séjours en catégorie majeure.

Les séjours de moins de 2 jours, anciennement moins de 24 heures (séances, décès précoce, transfert précoce, pathologies traitées en moins de 2 jours), sont classés dans la catégorie majeure n°24 (CM24 : séances et séjours de moins de 2 jours). Il est prévu d'orienter les groupes de séances dans une catégorie majeure spécifique dans une prochaine version des GHM.

Les séjours de plus de un jour sont classés dans l'une des 23 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD01 à CMD23), en fonction du diagnostic principal contenu dans le RSS.

Enfin, certains séjours qui ne sont ni inférieurs à 2 jours ni des séances, rentrent dans une catégorie majeure dite « transversale » parce que le diagnostic principal n'est pas la donnée la plus déterminante pour ces catégories :

- CMD25 : Maladies dues à une infection par le VIH ;
- CMD26 : Traumatismes multiples graves ;
- CMD27 : Transplantations d'organes.

Par ailleurs, si le RSS mentionne au moins un acte classant opératoire, le séjour est classé dans un GHM « chirurgical », si le RSS ne mentionne pas d'acte classant opératoire, le séjour est classé dans un GHM « médical ».

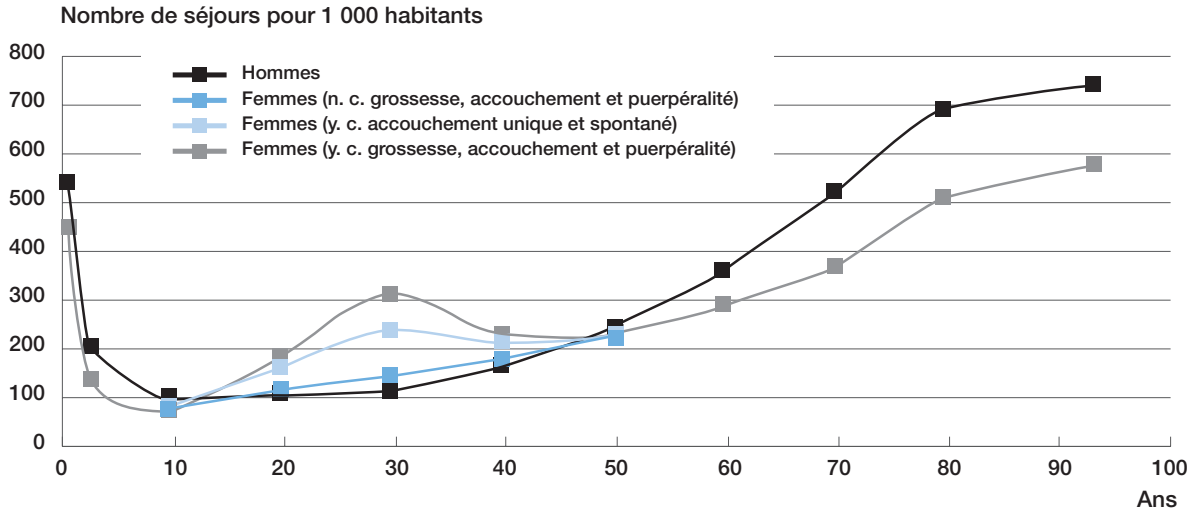
Le PMSI-SSR

Les spécificités du recueil PMSI-SSR sont les suivantes :

- les résumés sont constitués par semaine calendaire. Ainsi un séjour hospitalier en SSR est couvert par un ou plusieurs résumés hebdomadaires standardisés (RHS).
- les nomenclatures utilisées sont les mêmes que pour la MCO, avec en plus le catalogue des activités de réadaptation-rééducation (CdARR).

Les 278 groupes homogènes de journée (GHJ) des séjours en SSR sont répartis en 14 catégories majeures cliniques (CMC). Ce classement s'appuie sur les diagnostics (notamment la finalité de prise en charge et la manifestation morbide principale), les diagnostics associés, les actes médicaux dans la mesure où ils appartiennent à la liste dite des « prises en charge clinique lourde » (PCL) ou « très lourdes » (PCTL), le score de dépendance physique, les temps de rééducation hebdomadaire ainsi que l'âge.

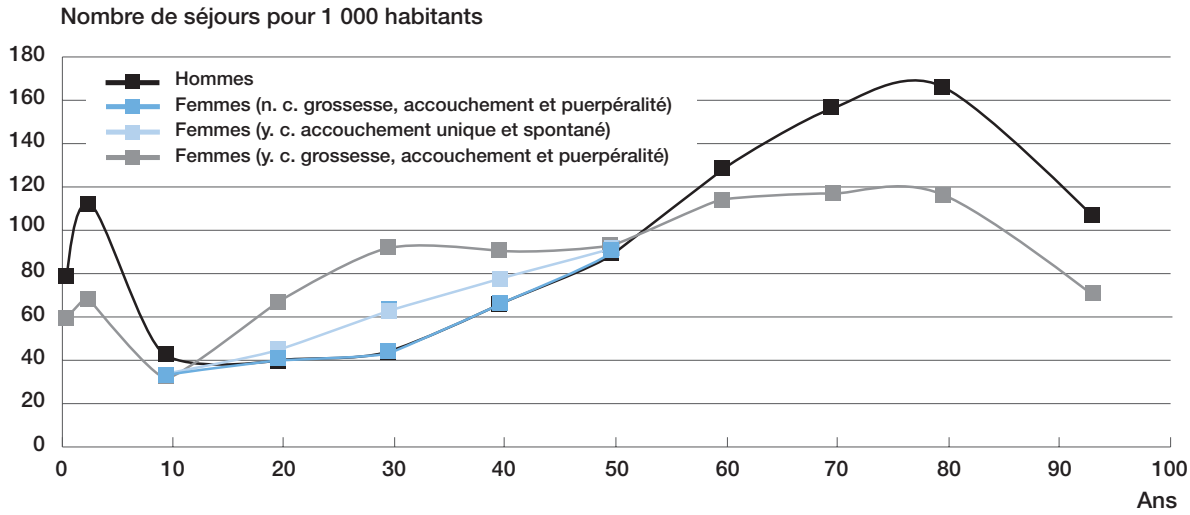
1.37. Taux d'hospitalisation [1] en MCO selon le sexe et l'âge en 2003



(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée, hors séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES / DHOS - Base nationale PMSI

1.38. Taux d'hospitalisation partielle [1] en MCO selon le sexe et l'âge en 2003



(1) Séjours hospitaliers de moins de 24 heures hors séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES / DHOS - Base nationale PMSI

1.39. Fréquentation hospitalière en MCO [1] selon le sexe en 2004

Sexe	Répartition des séjours ou des séances [1]			Répartition des journées d'hospitalisation		
	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Hommes	47,8 %	47,5 %	47,7 %	47,4 %	45,4 %	46,8 %
Femmes	52,2 %	52,5 %	52,3 %	52,6 %	54,6 %	53,2 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.40. Fréquentation hospitalière en MCO [1] selon l'âge en 2004

Âge	Répartition des séjours ou des séances [1]			Répartition des journées d'hospitalisation			Durée moyenne de séjour [2]		
	Etablis-sements sous DG	Etablis-sements hors DG	Ensemble	Etablis-sements sous DG	Etablis-sements hors DG	Ensemble	Etablis-sements sous DG	Etablis-sements hors DG	Ensemble
0-30 jours	5,1 %	3,4 %	4,5 %	6,9 %	5,9 %	6,6 %	5,2	4,6	5,1
31-120 jours	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %	4,2	2,6	4,2
121 jours-1 an	0,8 %	0,1 %	0,5 %	0,6 %	0,1 %	0,5 %	3,1	1,6	3,0
1-4 ans	1,7 %	1,6 %	1,7 %	0,9 %	0,6 %	0,8 %	2,0	1,1	1,7
5-15 ans	4,4 %	3,8 %	4,2 %	2,7 %	2,2 %	2,6 %	2,4	1,6	2,1
Total moins de 16 ans	12,5 %	8,9 %	11,2 %	11,8 %	8,8 %	10,9 %	3,6	2,7	3,3
16-24 ans	5,6 %	5,2 %	5,4 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %	3,1	2,3	2,8
25-44 ans	18,7 %	18,7 %	18,7 %	15,2 %	17,4 %	15,8 %	3,1	2,5	2,9
45-54 ans	13,3 %	14,4 %	13,7 %	10,6 %	12,0 %	11,0 %	3,1	2,2	2,8
55-69 ans	22,8 %	25,3 %	23,7 %	19,8 %	23,6 %	20,9 %	3,4	2,5	3,0
70-79 ans	17,6 %	19,5 %	18,3 %	20,5 %	21,7 %	20,9 %	4,5	3,0	3,9
80 ans et plus	9,6 %	8,1 %	9,0 %	17,6 %	12,0 %	16,0 %	7,1	4,0	6,1
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	3,9	2,7	3,4

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).
(2) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.41. Fréquentation hospitalière en MCO [1] selon le type de séjour en 2004

Âge	Répartition des séjours ou des séances [1]			Répartition des journées d'hospitalisation			Durée moyenne de séjour [2]		
	Etablissements sous DG	Etablissements hors DG	Ensemble	Etablissements sous DG	Etablissements hors DG	Ensemble	Etablissements sous DG	Etablissements hors DG	Ensemble
Séjours de 2 jours et plus (hospitalisations de 48 heures et plus)	41,4 %	34,9 %	39,0 %	84,8 %	75,8 %	82,2 %	7,9	5,8	7,2
Séjours de moins de 2 jours (hospitalisations de moins de 48 heures)	30,8 %	40,7 %	34,4 %	8,0 %	15,2 %	10,0 %	1,0	1,0	1,0
dont hospitalisations de moins de 24 heures [3]	*20,9 %*	*31,5 %*	*24,7 %*	*5,4 %*	*11,7 %*	*7,2 %*	*1,0*	*1,0*	*1,0*
Séances en ambulatoire	27,8 %	24,4 %	26,5 %	7,2 %	9,1 %	7,7 %	1,0	1,0	1,0
Ensemble des séjours et des séances	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**3,9**	**2,7**	**3,4**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

(2) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

(3) Pourcentages calculés sur l'ensemble des séjours quelle que soit leur durée.

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.42. Fréquentation hospitalière en MCO [1] des établissements sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

Catégorie d'établissements [3]	Répartition des séjours ou des séances [1]	Répartition des journées d'hospitalisation	Durée moyenne de séjour [2]
CHR	33,0 %	33,5 %	3,9
CH1	2,8 %	4,1 %	5,7
CH2	4,2 %	5,5 %	5,0
CH3	7,0 %	8,4 %	4,7
CH4	38,0 %	37,1 %	3,8
HL	0,2 %	1,0 %	15,3
CLCC	7,6 %	3,0 %	1,5
Autres établissements sous DG	7,3 %	7,4 %	3,9
Ensemble des établissements sous DG	**100,0 %**	**100,0 %**	**3,9**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

(2) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

(3) Les CH1 correspondent aux centres hospitaliers disposant au plus de 5 500 résumés de sortie anonymisés (RSA), les CH2 entre 5 501 et 10 000 RSA, les CH3 entre 10 001 et 16 000 RSA, les CH4 16 001 RSA ou plus.

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

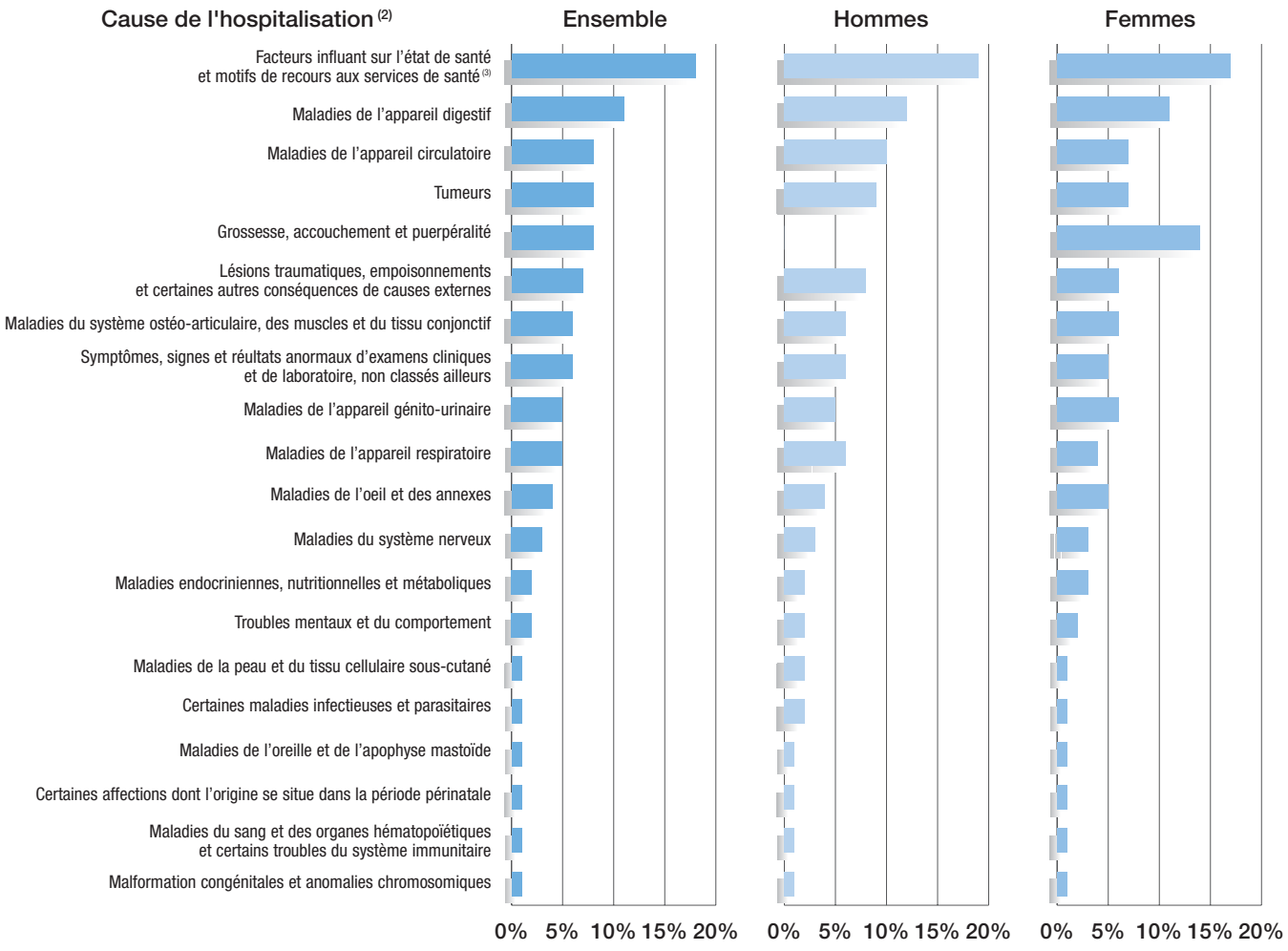
1.43. Fréquentation hospitalière en MCO [1] selon la cause de l'hospitalisation, proportion d'hospitalisations de moins de 2 jours, et part des hospitalisations en établissements sous dotation globale en 2004

n° de chapitre de la CIM	Cause de l'hospitalisation [2]	Répartition des hospitalisations selon la cause	Proportion d'hospitalisations de moins de 2 jours	Part des hospitalisations en établissements sous DG
11	Maladies de l'appareil digestif	8,3 %	54,8 %	39,1 %
09	Maladies de l'appareil circulatoire	6,2 %	22,3 %	63,4 %
02	Tumeurs	5,9 %	47,2 %	49,8 %
15	Grossesse, accouchement et puerpéralité	5,7 %	29,7 %	71,2 %
19	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	5,1 %	46,8 %	74,8 %
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	4,4 %	35,8 %	45,8 %
18	Symptômes, signes et réultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4,2 %	53,3 %	74,9 %
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,0 %	43,6 %	51,1 %
10	Maladies de l'appareil respiratoire	3,4 %	38,3 %	69,2 %
07	Maladies de l'oeil et des annexes	3,1 %	68,9 %	27,1 %
06	Maladies du système nerveux	2,4 %	56,1 %	69,9 %
04	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,7 %	32,5 %	84,7 %
05	Troubles mentaux et du comportement	1,4 %	52,4 %	96,6 %
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,1 %	65,1 %	56,6 %
01	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1,0 %	37,4 %	89,3 %
08	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,7 %	67,7 %	41,2 %
16	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,7 %	10,0 %	81,4 %
03	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,6 %	43,0 %	83,4 %
17	Malformation congénitales et anomalies chromosomiques	0,5 %	52,8 %	65,2 %
21	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé [3]	39,6 %	19,9 %	69,5 %
Total toutes causes		**100,0 %**	**34,4 %**	**63,6 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).
(2) Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM (10e révision) de l'OMS.
(3) Autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.44. Fréquentation hospitalière en MCO [1] selon la cause de l'hospitalisation et le sexe des patients en 2004



(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

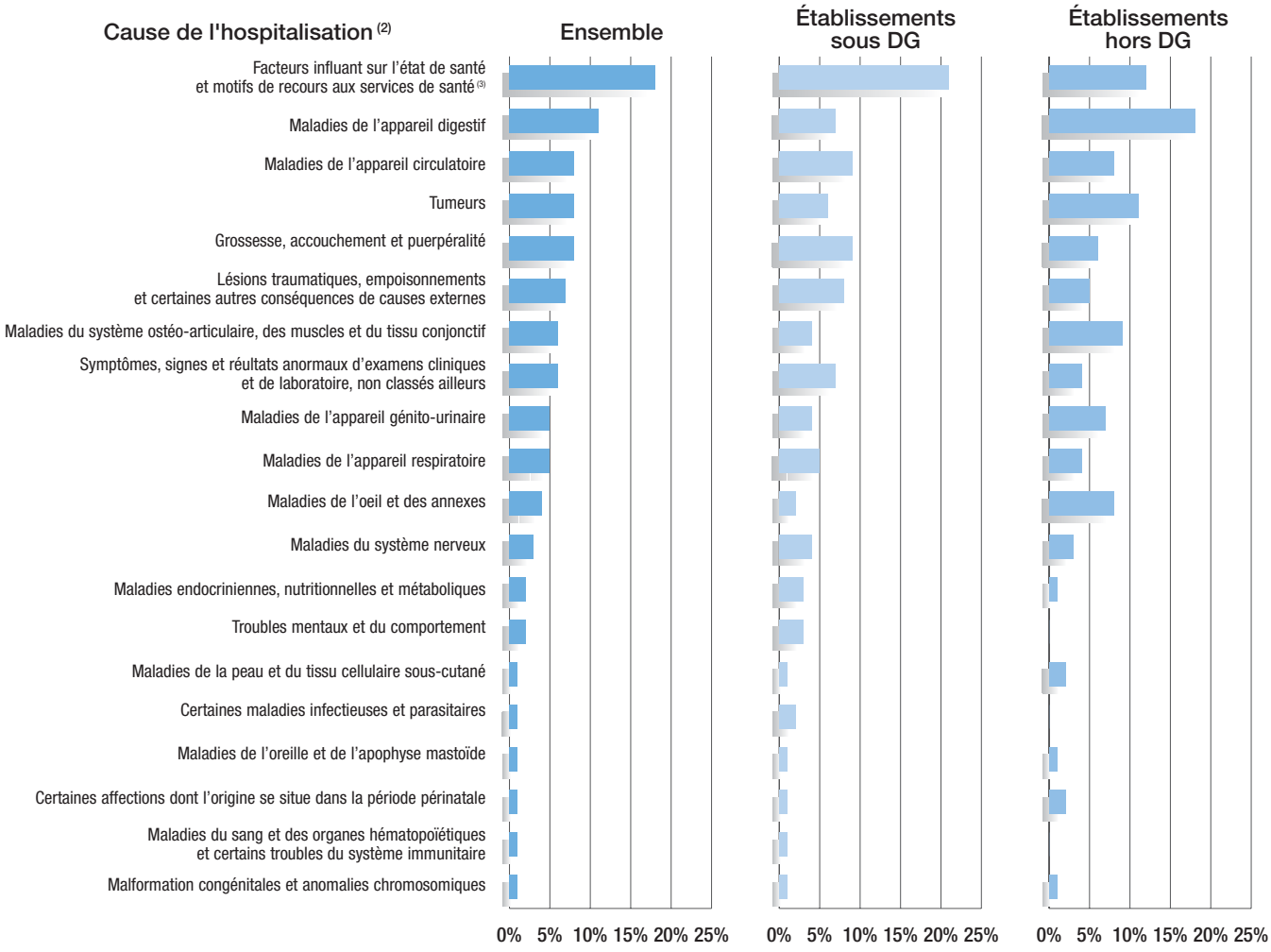
(2) Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM (10e révision) de l'OMS.

(3) Autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux.

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.45. Fréquentation hospitalière en MCO (1) selon la cause de l'hospitalisation et le statut des établissements en 2004



(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).
(2) Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM (10e révision) de l'OMS.
(3) Autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.46. Activité en MCO de l'ensemble des établissements de santé selon la catégorie majeure de diagnostic en 2004

Catégorie majeure de diagnostic [2]	Ensemble des établissements						
	Répartition des séjours [1]	part des séjours en chirurgie	Répartition des journées	part des journées en chirurgie	DMS [3]	Âge moyen	% hommes [4]
Séjours de moins de 2 jours	34,4 %	28,4 %	10,0 %	28,4 %	1,0	46	48 %
Séances en ambulatoire	26,5 %	-	7,7 %	-	1,0	63	52 %
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	4,7 %	79,1 %	11,0 %	78,1 %	8,0	56	46 %
Affections de l'appareil circulatoire	4,6 %	24,2 %	10,0 %	27,5 %	7,4	68	57 %
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	4,1 %	-	6,4 %	-	5,4	29	-
Affections du tube digestif	3,9 %	56,9 %	7,9 %	62,3 %	6,9	53	54 %
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,6 %	-	6,0 %	-	5,7	0	51 %
Affections de l'appareil respiratoire	2,3 %	5,8 %	7,0 %	7,0 %	10,4	59	58 %
Affections du système nerveux	2,2 %	24,2 %	6,2 %	20,1 %	9,9	59	51 %
Affections du rein et des voies urinaires	1,5 %	39,7 %	2,9 %	39,6 %	6,7	57	59 %
Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	1,4 %	72,6 %	2,6 %	60,0 %	6,4	53	31 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,3 %	67,1 %	1,6 %	61,5 %	4,3	39	56 %
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1,2 %	44,1 %	3,0 %	40,2 %	8,7	60	48 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1,2 %	29,4 %	2,5 %	20,1 %	7,0	53	36 %
Affections de l'appareil génital féminin	1,2 %	86,2 %	1,7 %	87,2 %	5,1	49	-
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1,2 %	4,8 %	3,1 %	4,6 %	8,6	60	50 %
Affections de l'œil	1,0 %	89,7 %	0,9 %	80,9 %	2,9	68	41 %
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0,9 %	8,9 %	1,7 %	12,1 %	6,4	59	58 %
Affections de l'appareil génital masculin	0,7 %	79,0 %	1,3 %	80,2 %	6,8	62	100 %
Maladies et troubles mentaux	0,5 %	0,6 %	1,7 %	0,8 %	11,0	60	34 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0,4 %	6,8 %	0,9 %	5,8 %	8,0	58	46 %
Maladies infectieuses et parasitaires	0,4 %	12,5 %	1,2 %	12,3 %	11,0	50	54 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	0,4 %	34,0 %	1,0 %	49,4 %	7,9	50	46 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0,3 %	-	0,7 %	-	9,0	46	74 %
Brûlures	ns	100,0 %	0,1 %	100,0 %	14,1	31	64 %
Maladies dues à une infection par le VIH	ns	5,4 %	0,2 %	7,3 %	15,8	42	69 %
Traumatismes multiples graves	ns	100,0 %	0,2 %	100,0 %	24,5	39	73 %
Transplantations d'organes	ns	46,5 %	0,3 %	47,4 %	27,1	45	61 %
Séjours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	ns	100,0 %	0,1 %	100,0 %	11,7	48	51 %
Ensemble	**100,0 %**	**23,7 %**	**100,0 %**	**31,1 %**	**3,4**	**52**	**48 %**

ns : non significatif

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

(2) Selon les catégories majeures de diagnostic (CMD) définies dans le cadre du PMSI.

(3) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

(4) Le pourcentage d'hommes est calculé en pourcentage des séjours et non en pourcentage des journées.

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.47. Activité en MCO des établissements sous dotation globale selon la catégorie majeure de diagnostic (CMD) en 2004

Catégorie majeure de diagnostic [2]	Établissements sous dotation globale						
	Répartition des séjours [1]	part des séjours en chirurgie	Répartition des journées	part des journées en chirurgie	DMS [3]	Âge moyen	% hommes [4]
Séjours de moins de 2 jours	30,8 %	13,8 %	8,0 %	13,8 %	1,0	44	48 %
Séances en ambulatoire	27,8 %	-	7,2 %	-	1,0	62	51 %
Affections de l'appareil circulatoire	4,7 %	15,8 %	10,3 %	22,1 %	8,4	69	57 %
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	4,4 %	-	6,2 %	-	5,4	29	-
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	4,1 %	69,3 %	9,3 %	69,3 %	8,7	55	46 %
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,9 %	-	6,1 %	-	6,0	0	51 %
Affections du tube digestif	3,5 %	47,2 %	7,1 %	54,9 %	7,7	51	53 %
Affections de l'appareil respiratoire	3,2 %	4,4 %	8,7 %	5,7 %	10,5	58	58 %
Affections du système nerveux	2,9 %	18,4 %	7,9 %	17,2 %	10,4	59	51 %
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1,6 %	4,0 %	3,5 %	4,4 %	8,6	60	50 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1,5 %	18,9 %	2,9 %	13,1 %	7,3	54	40 %
Affections du rein et des voies urinaires	1,5 %	27,3 %	2,8 %	28,8 %	7,4	54	54 %
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1,3 %	32,4 %	3,2 %	31,7 %	9,7	60	53 %
Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	1,3 %	61,9 %	2,6 %	50,2 %	7,5	54	36 %
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1,2 %	5,9 %	2,0 %	9,6 %	6,3	59	59 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,1 %	50,9 %	1,5 %	50,2 %	5,2	41	59 %
Affections de l'appareil génital féminin	0,9 %	80,6 %	1,2 %	81,6 %	5,3	48	-
Maladies et troubles mentaux	0,8 %	0,5 %	2,2 %	0,7 %	11,0	60	34 %
Affections de l'œil	0,7 %	79,4 %	0,7 %	68,5 %	3,7	61	48 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0,5 %	5,1 %	1,1 %	5,0 %	8,3	56	46 %
Maladies infectieuses et parasitaires	0,5 %	8,7 %	1,5 %	9,3 %	11,1	49	54 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	0,5 %	27,0 %	1,1 %	43,8 %	7,8	48	45 %
Affections de l'appareil génital masculin	0,4 %	66,7 %	0,8 %	66,3 %	7,0	59	100 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0,4 %	-	0,9 %	-	8,7	46	74 %
Maladies dues à une infection par le VIH	0,1 %	5,2 %	0,3 %	7,2 %	15,9	42	69 %
Transplantations d'organes	0,1 %	46,5 %	0,4 %	47,4 %	27,1	45	61 %
Brûlures	ns	100,0 %	0,2 %	100,0 %	14,2	31	64 %
Traumatismes multiples graves	ns	100,0 %	0,3 %	100,0 %	24,7	38	73 %
Séjours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	ns	100,0 %	0,1 %	100,0 %	13,7	48	53 %
Ensemble	**100,0 %**	**14,7 %**	**100,0 %**	**23,6 %**	**3,9**	**51**	**48 %**

ns : non significatif

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

(2) Selon les catégories majeures de diagnostic (CMD) définies dans le cadre du PMSI.

(3) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

(4) Le pourcentage d'hommes est calculé en pourcentage des séjours et non en pourcentage des journées.

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.48. Activité en MCO des établissements hors dotation globale selon la catégorie majeure de diagnostic en 2004

Catégorie majeure de diagnostic [2]	Ensemble hors dotation globale						
	Répartition des séjours [1]	part des séjours en chirurgie	Répartition des journées	part des journées en chirurgie	DMS [3]	Âge moyen	% hommes [4]
Séjours de moins de 2 jours	40,7 %	47,8 %	15,2 %	47,8 %	1,0	48	47 %
Séances en ambulatoire	24,4 %	-	9,1 %	-	1,0	65	55 %
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	5,7 %	91,6 %	15,1 %	91,7 %	7,1	56	45 %
Affections de l'appareil circulatoire	4,5 %	39,7 %	9,4 %	42,5 %	5,7	66	58 %
Affections du tube digestif	4,5 %	70,0 %	10,0 %	75,5 %	5,9	55	55 %
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	3,5 %	-	7,0 %	-	5,4	30	-
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,0 %	-	5,7 %	-	5,1	0	51 %
Affections de l'appareil génital féminin	1,7 %	91,1 %	3,1 %	92,7 %	4,8	50	
Affections de l'œil	1,6 %	97,6 %	1,3 %	96,5 %	2,3	73	36 %
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,6 %	86,7 %	1,9 %	83,2 %	3,3	36	53 %
Affections du rein et des voies urinaires	1,5 %	61,7 %	3,1 %	64,6 %	5,6	62	67 %
Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	1,4 %	90,4 %	2,5 %	85,7 %	4,7	52	22 %
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	1,0 %	69,1 %	2,5 %	67,2 %	6,6	59	38 %
Affections de l'appareil génital masculin	1,0 %	88,2 %	2,6 %	91,1 %	6,7	64	100 %
Affections du système nerveux	0,8 %	60,2 %	2,0 %	49,1 %	6,6	61	52 %
Affections de l'appareil respiratoire	0,8 %	15,6 %	2,8 %	17,5 %	9,7	67	59 %
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	0,7 %	67,2 %	1,5 %	53,1 %	5,7	51	22 %
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	0,7 %	8,3 %	2,1 %	5,6 %	8,6	64	50 %
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0,3 %	29,8 %	0,8 %	27,5 %	7,0	64	56 %
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0,2 %	16,2 %	0,4 %	11,3 %	6,5	67	46 %
Traumatismes, allergies et empoisonnements	0,2 %	60,4 %	0,8 %	68,9 %	8,4	59	53 %
Maladies infectieuses et parasitaires	0,1 %	44,6 %	0,4 %	40,1 %	10,2	60	55 %
Maladies et troubles mentaux	0,1 %	2,1 %	0,3 %	1,7 %	11,3	65	30 %
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0,1 %	-	0,3 %	-	11,7	46	69 %
Brûlures	ns	100,0 %	ns	100,0 %	8,4	48	58 %
Maladies dues à une infection par le VIH	ns	20,0 %	ns	10,8 %	8,5	46	66 %
Traumatismes multiples graves	ns	100,0 %	ns	100,0 %	16,2	56	57 %
Transplantations d'organes	ns	69,2 %	ns	69,9 %	9,5	73	46 %
Séjours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	ns	100,0 %	ns	100,0 %	5,4	49	47 %
Ensemble	**100,0 %**	**39,4 %**	**100,0 %**	**50,0 %**	**2,7**	**53**	**48 %**

ns : non significatif

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

(2) Selon les catégories majeures de diagnostic (CMD) définies dans le cadre du PMSI

(3) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

(4) Le pourcentage d'hommes est calculé en pourcentage des séjours et non en pourcentage des journées

Champ : France entière

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.49. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Ensemble des établissements				
			% des séjours	% des journées	DMS (1)	Âge moyen	% de décès
1	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	6,8 %	4,2 %	4,5	0	0,0 %
2	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	6,3 %	4,1 %	4,6	29	0,0 %
3	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	1,7 %	2,9 %	12,2	71	0,4 %
4	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	1,6 %	0,5 %	2,2	75	0,0 %
5	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	1,4 %	0,7 %	3,5	63	0,1 %
6	14C02A	Césariennes sans complication significative	1,4 %	1,3 %	7,1	30	0,0 %
7	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	1,3 %	2,1 %	11,6	78	10,1 %
8	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1,3 %	1,0 %	6,0	0	0,0 %
9	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	1,2 %	0,7 %	3,8	58	0,3 %
10	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1,2 %	0,6 %	3,7	58	0,0 %
11	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	1,1 %	0,9 %	5,9	57	1,0 %
12	06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1,1 %	0,5 %	3,6	54	0,0 %
13	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1,0 %	0,3 %	2,3	53	0,0 %
14	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	0,9 %	1,7 %	13,2	65	16,9 %
15	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	0,9 %	0,7 %	5,3	54	0,1 %
16	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	0,8 %	0,5 %	4,1	64	0,2 %
17	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,8 %	0,4 %	4,0	20	0,0 %
18	06M03W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,7 %	0,8 %	7,9	75	1,0 %
19	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	0,7 %	0,4 %	4,2	61	0,1 %
20	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,7 %	0,4 %	3,6	47	0,0 %
21	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	0,7 %	0,4 %	4,4	52	0,0 %
22	08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,7 %	0,7 %	7,1	51	0,1 %
23	08C19Z	Arthroscopies	0,6 %	0,2 %	2,8	48	0,0 %
24	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,6 %	0,5 %	5,9	46	0,0 %
25	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0,6 %	1,1 %	12,8	75	7,8 %
26	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	0,6 %	0,3 %	3,8	47	0,0 %
27	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	0,6 %	0,5 %	5,5	29	0,0 %
28	06M02V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	0,6 %	0,3 %	3,0	5	0,0 %
29	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	0,6 %	0,6 %	7,0	49	0,1 %
30	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	0,6 %	1,3 %	16,3	68	57,1 %
31	05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,6 %	0,7 %	8,3	77	1,8 %
32	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,6 %	0,4 %	5,4	33	0,0 %

suite du tableau page suivante ▶

1.49. (suite)

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Ensemble des établissements				
			% des séjours	% des journées	DMS (1)	Âge moyen	% de décès
33	23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes	0,5 %	0,4 %	5,3	56	0,3 %
34	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,5 %	0,3 %	3,9	37	0,0 %
35	14Z03B	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	0,5 %	0,5 %	6,8	28	0,0 %
36	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA	0,5 %	0,4 %	6,1	56	0,0 %
37	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	0,5 %	0,8 %	11,8	71	9,1 %
38	09C05V	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA	0,5 %	0,3 %	4,9	58	0,0 %
39	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	0,5 %	0,3 %	4,1	2	0,0 %
40	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	0,5 %	0,9 %	14,4	73	1,4 %
41	10C06V	Interventions sur la thyroïde, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,5 %	0,2 %	3,9	47	0,0 %
42	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,5 %	0,4 %	5,6	56	0,1 %
43	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	0,5 %	0,4 %	6,7	60	2,1 %
44	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,5 %	0,6 %	9,6	71	0,7 %
45	13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,4 %	0,4 %	6,0	49	0,0 %
46	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,4 %	0,8 %	13,4	73	1,7 %
47	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	0,4 %	0,8 %	12,8	62	1,3 %
48	03C08V	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou sans CMA	0,4 %	0,2 %	3,1	35	0,0 %
49	20Z04Z	Éthylisme avec dépendance	0,4 %	0,6 %	9,6	46	0,1 %
50	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	0,4 %	1,2 %	19,7	67	23,1 %
51	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	0,4 %	0,4 %	6,1	70	0,2 %
52	08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	0,4 %	0,2 %	3,6	45	0,0 %
53	05C15Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque	0,4 %	0,4 %	7,1	76	0,5 %
54	14Z03A	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	0,4 %	0,2 %	4,3	29	0,0 %
Total cumulé			**50,3 %**	**42,4 %**	**6,1**	**43**	**1,8 %**

(1) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.50. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements sous dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Établissements sous dotation globale				
			% des séjours	% des journées	DMS (1)	Âge moyen	% de décès
1	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	6,9 %	3,8 %	4,3	0	0,0 %
2	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	6,3 %	3,7 %	4,6	29	0,0 %
3	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	1,7 %	0,8 %	3,6	58	0,3 %
4	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	1,6 %	2,4 %	11,7	78	10,5 %
5	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1,3 %	1,0 %	5,9	0	0,0 %
6	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	1,3 %	1,0 %	5,9	55	0,9 %
7	14C02A	Césariennes sans complication significative	1,3 %	1,2 %	7,1	30	0,0 %
8	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	1,3 %	2,1 %	13,3	64	17,0 %
9	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	1,1 %	0,5 %	4,0	62	0,1 %
10	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	0,9 %	1,5 %	12,7	72	0,6 %
11	06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	0,9 %	0,4 %	3,8	51	0,0 %
12	06M02V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	0,9 %	0,3 %	3,1	4	0,0 %
13	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0,8 %	1,4 %	13,0	75	8,1 %
14	06M03W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,8 %	0,8 %	8,3	74	1,1 %
15	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,7 %	0,6 %	6,1	45	0,0 %
16	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	0,7 %	0,5 %	5,4	29	0,0 %
17	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	0,7 %	1,1 %	11,8	71	9,2 %
18	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	0,7 %	0,4 %	4,1	2	0,0 %
19	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	0,7 %	0,2 %	2,4	72	0,0 %
20	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA	0,7 %	0,5 %	6,1	56	0,0 %
21	05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,7 %	0,8 %	8,5	77	1,9 %
22	23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes	0,7 %	0,5 %	5,2	55	0,3 %
23	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	0,7 %	1,4 %	16,6	68	57,6 %
24	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,6 %	0,3 %	3,8	58	0,1 %
25	08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,6 %	0,6 %	7,6	51	0,1 %
26	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	0,6 %	1,5 %	19,7	67	22,9 %
27	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,6 %	0,7 %	9,6	71	0,7 %
28	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	0,6 %	0,4 %	5,7	54	0,1 %
29	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	0,6 %	0,3 %	4,3	63	0,2 %
30	20Z04Z	Ethylisme avec dépendance	0,6 %	0,7 %	9,4	46	0,1 %
31	14Z03B	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	0,6 %	0,5 %	6,7	28	0,0 %
32	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,6 %	0,3 %	4,2	21	0,0 %
33	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	0,5 %	0,5 %	6,6	60	1,9 %
34	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,5 %	0,6 %	8,7	69	3,4 %
35	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,5 %	0,9 %	13,4	74	1,8 %
36	04M03W	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,5 %	0,6 %	10,5	76	2,7 %

suite du tableau page suivante ▶

1.50. (suite)

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Établissements sous dotation globale				
			% des séjours	% des journées	DMS (1)	Âge moyen	% de décès
37	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	0,5 %	0,5 %	8,3	78	6,2 %
38	05M13Z	Douleurs thoraciques	0,5 %	0,3 %	4,5	63	0,2 %
39	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,5 %	0,2 %	3,6	44	0,0 %
40	01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	0,5 %	0,9 %	15,4	76	13,9 %
41	01M03V	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	0,5 %	0,3 %	4,6	44	0,1 %
42	14Z03A	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	0,5 %	0,2 %	4,3	29	0,0 %
43	16M04W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,4 %	0,5 %	9,7	74	2,2 %
44	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	0,4 %	0,7 %	12,9	71	4,9 %
45	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	0,4 %	0,2 %	4,3	60	0,2 %
46	23M03W	Signes et symptômes avec CMA	0,4 %	0,6 %	11,8	71	9,9 %
47	05M12W	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,4 %	0,6 %	11,9	74	6,1 %
48	08M12W	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,4 %	0,5 %	10,6	71	0,5 %
49	05M05W	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	0,4 %	0,4 %	8,3	77	0,6 %
50	09C05V	Mastectomies subtotales pour tumeur maligne sans CMA	0,4 %	0,2 %	4,6	58	0,0 %
51	08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	0,4 %	0,2 %	3,7	43	0,0 %
52	10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,4 %	0,5 %	10,9	76	5,0 %
53	10C06V	Interventions sur la thyroïde, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,4 %	0,2 %	3,7	47	0,0 %
54	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	0,4 %	0,4 %	7,8	48	0,1 %
55	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	0,4 %	0,4 %	7,7	29	0,0 %
56	05M15Z	Hypertension artérielle	0,4 %	0,3 %	7,3	67	0,7 %
57	01M03W	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	0,4 %	0,4 %	8,9	64	1,9 %
58	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,3 %	0,2 %	4,1	36	0,0 %
Total cumulé			**49,8 %**	**43,5 %**	**6,9**	**44**	**2,8 %**

(1) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.51. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO dans les établissements hors dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Établissements hors dotation globale				
			% des séjours	% des journées	DMS (1)	Âge moyen	% de décès
1	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	6,8 %	5,6 %	4,8	0	0,0 %
2	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	6,4 %	5,3 %	4,8	30	0,0 %
3	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	3,5 %	1,3 %	2,1	76	0,0 %
4	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	3,3 %	6,8 %	12,0	70	0,3 %
5	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2,4 %	1,5 %	3,7	57	0,0 %
6	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2,3 %	0,9 %	2,3	53	0,0 %
7	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	2,1 %	1,1 %	3,0	65	0,1 %
8	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	1,5 %	1,3 %	5,0	54	0,1 %
9	14C02A	Césariennes sans complication significative	1,5 %	1,9 %	7,2	31	0,0 %
10	08C19Z	Arthroscopies	1,5 %	0,7 %	2,6	49	0,0 %
11	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	1,5 %	1,1 %	4,2	53	0,0 %
12	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	1,4 %	1,0 %	4,1	62	0,1 %
13	06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1,4 %	0,8 %	3,3	59	0,0 %
14	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	1,3 %	0,8 %	3,7	48	0,0 %
15	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	1,3 %	0,8 %	3,8	65	0,2 %
16	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1,2 %	1,1 %	5,0	32	0,0 %
17	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1,2 %	0,8 %	3,6	49	0,0 %
18	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1,2 %	0,8 %	3,8	20	0,0 %
19	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1,2 %	1,3 %	6,1	0	0,0 %
20	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	1,1 %	1,2 %	6,4	50	0,1 %
21	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1,0 %	0,6 %	3,8	38	0,0 %
22	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	0,9 %	1,0 %	6,2	70	0,2 %
23	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	0,9 %	2,0 %	13,6	73	1,0 %
24	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	0,8 %	0,5 %	3,4	43	0,0 %
25	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0,8 %	0,8 %	5,5	56	0,1 %
26	13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	0,8 %	0,5 %	3,7	56	0,0 %
27	03C08V	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou sans CMA	0,8 %	0,4 %	3,1	36	0,0 %
Total cumulé			**50,0 %**	**41,6 %**	**4,8**	**43**	**0,1 %**

(1) Il s'agit ici de la moyenne des durées de séjour exactes calculées à partir des dates d'entrée et de sortie, contrairement au ratio du nombre d'entrées rapporté au nombre de journées, estimateur valable uniquement pour des grands groupes de discipline du fait du grand nombre d'entrées pendant l'année. Cependant, par convention la durée des séjours de moins de 48 heures et celle des séances en ambulatoire a été fixée à 1 jour.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.52. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Ensemble des établissements			
			% des séjours (1)	Âge moyen	dont % des séjours de moins de 24 heures (1)	Âge moyen séjours de moins de 24 heures
1	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	15,5 %	55	13,3 %	54
2	24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	10,4 %	50	9,1 %	51
3	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	5,0 %	73	3,4 %	73
4	24C19Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 09	3,2 %	47	2,5 %	49
5	24K06Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires : séjours de moins de 2 jours	3,0 %	23	1,9 %	23
6	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours	2,6 %	55	1,1 %	52
7	24K03Z	Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	2,6 %	58	2,3 %	59
8	24Z15Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	2,6 %	28	2,5 %	28
9	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	2,3 %	54	1,4 %	53
10	24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	2,2 %	55	1,4 %	53
11	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	2,0 %	6	1,5 %	4
Total cumulé			**51,4 %**	**50**	**40,4 %**	**50**

(1) Séjours hospitaliers de moins de 48 heures (moins de 2 jours) dont on distingue la part des séjours de moins de 24 heures (moins de 1 jour) hors séances en ambulatoire.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.53. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements sous dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Établissements sous dotation globale			
			% des séjours (1)	Âge moyen	dont % des séjours de moins de 24 heures (1)	Âge moyen séjours de moins de 24 heures
1	24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	17,4 %	50	15,5 %	50
2	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	5,1 %	55	3,8 %	54
3	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours	4,2 %	54	1,8 %	52
4	24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	3,8 %	55	2,5 %	53
5	24Z15Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	3,5 %	27	3,3 %	27
6	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	3,3 %	53	1,9 %	51
7	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	2,6 %	42	2,1 %	42
8	24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours	2,5 %	24	0,9 %	28
9	24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	2,5 %	52	1,8 %	54
10	24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH : séjours de moins de 2 jours	2,5 %	42	2,5 %	42
11	24M16Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08	2,2 %	48	1,8 %	48
12	24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14	2,0 %	30	1,4 %	31
Total cumulé			**51,6 %**	**47**	**39,4 %**	**47**

(1) Séjours hospitaliers de moins de 48 heures (moins de 2 jours) dont on distingue la part des séjours de moins de 24 heures (moins de 1 jour) hors séances en ambulatoire.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.54. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de moins de 2 jours représentant 50 % de la fréquentation hospitalière en MCO des établissements hors dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	Établissements hors dotation globale			
			% des séjours (1)	Âge moyen	dont % des séjours de moins de 24 heures (1)	Âge moyen séjours de moins de 24 heures
1	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	29,2 %	55	25,8 %	54
2	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	9,7 %	74	6,6 %	73
3	24K06Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires : séjours de moins de 2 jours	5,9 %	23	3,7 %	22
4	24C19Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 09	5,4 %	48	4,3 %	49
Total cumulé			**51,6 %**	**54**	**39,4 %**	**54**

(1) Séjours hospitaliers de moins de 48 heures (moins de 2 jours) dont on distingue la part des séjours de moins de 24 heures (moins de 1 jour) hors séances en ambulatoire.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.55. Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHM (1)	Groupes homogènes de malades	Ensemble des établissements	
			% des séances	Âge moyen
1	24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	43,7 %	66
2	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	26,1 %	60
3	24Z06Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	15,7 %	62
4	24Z07Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	11,3 %	60
5	24Z08Z	Transfusion, en séances	1,9 %	60
6	24Z04Z	Autres préparations à une irradiation externe	0,7 %	61
7	24Z03Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	0,6 %	61
8	24Z05Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	0,1 %	40
Ensemble			**100,0 %**	**63**

(1) Les GHM de radiothérapie (24Z03Z, 24Z04Z, 24Z05Z, 24Z06Z, 24Z07Z) ne concernent que l'activité hospitalière sur des malades non hospitalisés, hors activité des cabinets de ville.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.56. Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO des établissements sous dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM (1)	Groupes homogènes de malades	Établissements sous dotation globale	
			% des séances	Âge moyen
1	24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	33,8 %	66
2	24Z06Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	23,2 %	62
3	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	21,3 %	59
4	24Z07Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	17,0 %	60
5	24Z08Z	Transfusion, en séances	2,7 %	60
6	24Z04Z	Autres préparations à une irradiation externe	1,1 %	61
7	24Z03Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	0,9 %	61
8	24Z05Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	0,1 %	40
Ensemble			100,0 %	62

(1) Les GHM de radiothérapie (24Z03Z, 24Z04Z, 24Z05Z, 24Z06Z, 24Z07Z) ne concernent que l'activité hospitalière sur des malades non hospitalisés, hors activité des cabinets de ville.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.57. Classement par groupes homogènes de malades des séances de traitements ambulatoires en MCO des établissements hors dotation globale en 2004

n° ordre	n° GHM (1)	Groupes homogènes de malades	Établissements hors dotation globale	
			% des séances	Âge moyen
1	24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	63,5 %	67
2	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	35,7 %	63
3	24Z06Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	0,6 %	58
4	24Z08Z	Transfusion, en séances	0,3 %	69
5	24Z07Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	0,0 %	58
6	24Z04Z	Autres préparations à une irradiation externe	0,0 %	60
Ensemble			100,0 %	65

(1) Les GHM de radiothérapie (24Z03Z, 24Z04Z, 24Z05Z, 24Z06Z, 24Z07Z) ne concernent que l'activité hospitalière sur des malades non hospitalisés, hors activité des cabinets de ville.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.58. Classement par groupes homogènes de malades des séjours de 2 jours et plus peu nombreux mais à forte durée moyenne de séjour en MCO de l'ensemble des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHM	Groupes homogènes de malades	% de séjours (1)	% de journées	DMS	Âge moyen	% de décès
1	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	0,0 %	0,2 %	61,8	0	0 %
2	27C05Z	Transplantations cardiaques	0,0 %	0,0 %	49,2	46	19 %
3	27Z02Z	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	0,0 %	0,1 %	46,3	36	9 %
4	27C04Z	Transplantations pulmonaires	0,0 %	0,0 %	46,1	41	19 %
5	27C02Z	Transplantations hépatiques	0,0 %	0,1 %	39,6	48	9 %
6	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	0,0 %	0,1 %	38,0	39	10 %
7	15Z08A	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	0,1 %	0,3 %	36,8	0	0 %
8	22Z02Z	Brûlures étendues	0,0 %	0,0 %	36,7	40	27 %
9	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	0,0 %	0,0 %	32,7	61	2 %
10	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	0,0 %	0,1 %	32,5	63	14 %
11	15Z07C	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère	0,0 %	0,1 %	31,6	0	0 %
12	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	0,0 %	0,2 %	29,5	74	14 %
13	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0,0 %	0,1 %	29,2	56	17 %
14	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	0,0 %	0,0 %	29,1	47	100 %
15	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	0,0 %	0,0 %	28,3	62	21 %
16	01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS	0,0 %	0,1 %	27,2	58	14 %
17	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS	0,0 %	0,0 %	26,9	42	18 %
18	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0,1 %	0,2 %	26,7	56	14 %
19	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives	0,0 %	0,0 %	26,1	13	2 %
20	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS	0,0 %	0,2 %	25,2	56	16 %
21	03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA	0,0 %	0,1 %	24,0	58	5 %
22	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	0,0 %	0,0 %	23,1	62	4 %
23	08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	0,1 %	0,4 %	22,8	67	15 %
24	07C02W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave avec CMA	0,1 %	0,2 %	22,8	61	7 %
25	15Z07B	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif	0,0 %	0,2 %	22,6	0	0 %
Total cumulé			**0,7 %**	**2,8 %**	**29,1**	**45**	**10 %**

(1) Pourcentage de séjours de 2 jours et plus calculé sur l'ensemble des séjours (séjours de 2 jours et plus et de moins de 2 jours) et des séances.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.59. Nombre de groupes homogènes de malades et âge des patients en MCO dans les établissements sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

Catégorie d'établissements [2]	Nombre moyen de GHM différents représentés par établissement [1]	Nombre minimum de GHM différents pour réaliser		Âge moyen des patients pour		Part des séjours de patients	
		80% des séjours et des séances	80% des journées	les séjours hors séances	les séances	âgés de moins d'un an	âgés de 80 ans ou plus
CHR	501	86	142	46	60	4,8 %	7,7 %
CH1	223	68	64	56	68	5,4 %	20,9 %
CH2	408	103	110	48	67	9,1 %	14,2 %
CH3	474	115	130	46	64	8,7 %	11,0 %
CH4	571	105	155	46	65	6,4 %	10,5 %
HL	76	37	28	76	69	0,1 %	48,0 %
CLCC	278	4	22	55	59	0,1 %	3,2 %
Autres établissements sous DG	233	48	57	50	64	5,6 %	10,3 %
Ensemble	**328**	**74**	**89**	**47**	**62**	**5,5 %**	**9,4 %**

(1) Sur l'ensemble des groupes homogènes de malades (GHM) de la classification des séjours hospitaliers établie dans le cadre du PMSI.
(2) Les CH1 correspondent aux centres hospitaliers disposant de moins de 5 500 résumés de sortie anonymisés (RSA), les CH2 entre 5 501 et 10 000 RSA, les CH3 entre 10 001 et 16 000 RSA, les CH4 16 001 RSA ou plus.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.60. Nombre de groupes homogènes de malades et âge des patients en MCO dans les établissements hors dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

Catégorie d'établissements [2]	Nombre moyen de GHM différents représentés par établissement [1]	Nombre minimum de GHM différents pour réaliser		Âge moyen des patients pour		Part des séjours de patients	
		80% des séjours et des séances	80% des journées	les séjours hors séances	les séances	âgés de moins d'un an	âgés de 80 ans ou plus
CL1 (nbre séjours ⩽ 2 500)	61	15	15	56	68	0,2 %	16,3 %
CL2 (2 500 < nbre séjours ⩽ 5 500)	173	28	37	51	65	1,8 %	9,5 %
CL3 (5 500 < nbre séjours ⩽ 10 000)	267	36	53	49	65	3,2 %	7,5 %
CL4 (10 000 < nbre séjours ⩽ 16 000)	338	42	65	49	62	3,4 %	6,8 %
CL5 (nbre séjours > 16 000)	425	44	77	49	65	4,0 %	7,4 %
Ensemble	**256**	**34**	**50**	**49**	**65**	**3,2 %**	**8,1 %**

(1) Sur l'ensemble des groupes homogènes de malades (GHM) de la classification des séjours hospitaliers établie dans le cadre du PMSI.
(2) Les établissements sont regroupés en classes correspondant au nombre de séjours comme indiqué sur le tableau.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.61. Nombre de lits ou places d'hospitalisation et d'accueil en psychiatrie [1] selon le mode de prise en charge en 2004

Mode de prise en charge [1]	Nombre de lits ou places installés au 31 décembre			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Hospitalisation complète	39 621	7 744	11 926	59 291
Hospitalisation partielle	21 169	4 627	379	26 175
Hospitalisation à domicile	792	25	-	817
Accueil en centre de post-cure	663	588	246	1 497
Accueil en centre de crise	125	10	22	157
Accueil familial thérapeutique	3 661	282	15	3 958
Accueil en appartement thérapeutique	857	220	12	1 089
Ensemble	**66 888**	**13 496**	**12 600**	**92 984**

(1) En structures intra et extra-hospitalières des établissements de santé. Les prises en charge autres que l'hospitalisation complète et partielle sont la plupart du temps extra-hospitalières, mais parfois internes à l'établissement.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.62. Nombre de journées ou de venues en psychiatrie [1] selon le mode de prise en charge en 2004

Mode de prise en charge [1]	Nombre de journées réalisées ou de venues			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Hospitalisation complète	12 384 412	2 306 256	4 203 041	18 893 709
Hospitalisation partielle	3 879 459	985 893	103 004	4 968 356
Hospitalisation à domicile	179 728	1 552	-	181 280
Accueil en centre de post-cure	155 696	130 201	74 151	360 048
Accueil en centre de crise	41 583	1 338	8 421	51 342
Accueil familial thérapeutique	911 757	54 066	3 450	969 273
Accueil en appartement thérapeutique	208 718	54 970	3 168	266 856
Traitement et cures ambulatoires	6 940 786	910 083	65 510	7 916 379
Ensemble	**24 702 139**	**4 444 359**	**4 460 745**	**33 607 243**

(1) En structures intra et extra-hospitalières des établissements de santé. Les prises en charge autres que l'hospitalisation complète et partielle sont la plupart du temps extra-hospitalières, mais parfois internes à l'établissement.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.63. File active [1] des patients des secteurs de psychiatrie générale selon le mode de prise en charge. Évolution de 1991 à 2000

Mode de prise en charge [2]	Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année dans les secteurs de psychiatrie générale					Taux d'évolution 2000/1991
	1991	1993	1995	1997	2000	
Accueil à temps complet	258 473	267 831	280 296	292 743	305 863	+ 18 %
dont :						
- en hospitalisation complète	*249 764*	*258 124*	*267 943*	*281 876*	*294 483*	*+ 18 %*
- en hospitalisation à domicile	*1 148*	*1 413*	*1 494*	*1 210*	*1 151*	*+ 0 %*
- en centre de post-cure	*1 289*	*2 044*	*1 792*	*1 771*	*1 796*	*+ 39 %*
- en accueil familial thérapeutique	*3 006*	*3 816*	*3 720*	*3 628*	*3 091*	*+ 3 %*
- en appartement thérapeutique	*1 209*	*1 309*	*1 399*	*1 280*	*1 839*	*+ 52 %*
Accueil à temps partiel	75 760	88 915	106 082	115 610	125 460	+ 66 %
dont :						
- en hospitalisation de jour	*36 554*	*40 906*	*44 546*	*47 279*	*48 050*	*+ 31 %*
- en hospitalisation de nuit	*6 782*	*7 458*	*7 731*	*8 361*	*7 118*	*+ 5 %*
- en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	*28 400*	*37 083*	*47 446*	*57 126*	*66 538*	*+ 134 %*
- en atelier thérapeutique	*6 332*	*5 728*	*6 021*	*6 663*	*5 457*	*- 14 %*
Soins ou interventions en ambulatoire	597 123	686 173	779 128	895 307	981 763	+ 64 %
dont :						
- en centre médico-psychologique (CMP) ou en unités de consultation	*417 808*	*488 370*	*552 794*	*631 554*	*722 011*	*+ 73 %*
- en unité d'hospitalisation somatique	*132 957*	*148 929*	*173 108*	*209 243*	*208 327*	*+ 57 %*
- à domicile	*116 267*	*112 145*	*116 007*	*120 236*	*119 751*	*+ 3 %*
- en institution substitutive au domicile	*60 376*	*65 760*	*70 626*	*77 574*	*78 844*	*+ 31 %*
File active totale [3]	**759 644**	**832 681**	**923 136**	**1 036 049**	**1 148 354**	**+ 51 %**
dont patients vus pour la 1re fois	***324 645***	***360 714***	***409 404***	***468 014***	***494 676***	***+ 52 %***

(1) Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe de secteur.

(2) Les prises en charge des secteurs de psychiatrie regroupent à la fois celles des unités d'hospitalisation en psychiatrie (en hospitalisation compète, de jour ou de nuit, à domicile, en traitements et cures ambulatoires, à l'exclusion des consultations externes), et celles des structures intra ou extra-hospitalières de psychiatrie qui leurs sont rattachées (à l'exclusion des consultations en médecine libérale).

(3) Chiffre inférieur au total des prises en charge, un même patient pouvant être pris en charge selon différentes modalités (type d'activité ou structure de prise en charge).

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Rapports annuels de secteurs de psychiatrie générale en 2000

1.64 File active [1] des patients des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon le mode de prise en charge. Évolution de 1991 à 2000

Mode de prise en charge [2]	Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile					Taux d'évolution 2000/1991
	1991	1993	1995	1997	2000	
Accueil à temps complet	7 642	8 635	8 967	9 825	10 251	+ 34 %
dont :						
- en hospitalisation complète	*5 587*	*6 225*	*6 058*	*6 593*	*6 608*	*+ 18 %*
- en hospitalisation à domicile	*548*	*527*	*515*	*568*	*483*	*- 12 %*
- en accueil familial thérapeutique	*803*	*846*	*963*	*1 008*	*1 052*	*+ 31 %*
- en appartement thérapeutique	*890*	*1 374*	*1 539*	*1 999*	*2 430*	*+ 173 %*
Accueil à temps partiel	20 945	27 398	29 697	40 615	41 099	+ 96 %
dont :						
- en hospitalisation de jour	*12 337*	*13 650*	*16 136*	*16 431*	*17 704*	*+ 44 %*
- en hospitalisation de nuit	*196*	*260*	*320*	*470*	*478*	*+ 144 %*
- en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	*6 717*	*8 992*	*12 626*	*16 322*	*21 821*	*+ 225 %*
- en atelier thérapeutique	*3 568*	*4 780*	*4 859*	*5 123*	*4 580*	*+ 28 %*
Soins ou interventions en ambulatoire	235 382	261 105	310 024	364 577	418 032	+ 78 %
dont :						
- au centre médico-psychologique (CMP) ou en unités de consultation	*212 029*	*247 314*	*283 856*	*326 260*	*381 153*	*+ 80 %*
- en unité d'hospitalisation somatique	*9 181*	*11 778*	*12 898*	*18 143*	*25 938*	*+ 183 %*
- à domicile	*11 177*	*11 346*	*10 646*	*11 149*	*10 040*	*- 10 %*
- en institution substitutive au domicile	*2 266*	*2 521*	*2 097*	*2 233*	*2 437*	*+ 8 %*
- en milieu scolaire ou centre de formation	*14 659*	*19 858*	*23 888*	*27 736*	*29 518*	*+ 101 %*
- en PMI	*8 232*	*5 538*	*7 623*	*10 177*	*8 426*	*+ 2 %*
- en établissement médico-éducatif	*2 928*	*4 094*	*4 552*	*4 967*	*5 632*	*+ 92 %*
File active totale [3]	**254 679**	**288 081**	**330 947**	**379 672**	**432 317**	**+ 70 %**
dont patients vus pour la 1re fois	***123 372***	***142 810***	***164 586***	***184 899***	***213 447***	***+ 73 %***

(1) Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe de secteur.

(2) Les prises en charge des secteurs de psychiatrie regroupent à la fois celles des unités d'hospitalisation en psychiatrie (en hospitalisation compète, de jour ou de nuit, à domicile, en traitements et cures ambulatoires, à l'exclusion des consultations externes), et celles des structures intra ou extra-hospitalières de psychiatrie qui leurs sont rattachées (à l'exclusion des consultations en médecine libérale).

(3) Chiffre inférieur au total des prises en charge, un même patient pouvant être pris en charge selon différentes modalités (type d'activité ou structure de prise en charge).

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Rapports annuels de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000

1.65. Nombre d'unités pour malades difficiles (UMD) par région au 31 décembre 2005 (1)

Régions	Nombre d'unités	Localisation
Aquitaine	1	Gironde (33) : Cadillac
Île-de-France	1	Val de Marne (94) : Villejuif (CH Paul Guiraud)
Lorraine	1	Moselle (57) : Sarreguemines
PACA	1	Vaucluse (84) : Montfavet
France métropolitaine	**4**	
DOM	**-**	
France entière	**4**	

(1) Les unités pour malades difficiles (UMD), implantées dans des centres hospitaliers spécialisés, assurent l'hospitalisation des patients qui présentent un tel danger pour autrui que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. La capacité d'accueil totale des quatre UMD existantes est de 520 lits. Toute personne admise dans une UMD doit être informée de ses droits et obligations. Les décisions de maintien ou de sortie des personnes hospitalisées dans l'unité reviennent à une commission de suivi médical composée du médecin inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) chargé des problèmes de santé mentale et de trois psychiatres (Cf. article 12 du décret n°86-602 du 14 mars 1986, arrêté du 14 octobre 1986, arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur des UMD).

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.66. Équipement et activité en soins de suite et de réadaptation en 2004

Soins de suite et de réadaptation	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de lits d'hospitalisation complète	38 399	28 510	24 273	**91 182**
dont en réadaptation fonctionnelle	*8 483*	*12 121*	*7 628*	***28 232***
Nombre d'admissions	342 522	236 973	256 778	**836 273**
dont en réadaptation fonctionnelle	*84 265*	*96 340*	*78 518*	***259 123***
Nombre de journées réalisées	11 444 090	8 094 652	8 093 784	**27 632 526**
dont en réadaptation fonctionnelle	*2 377 628*	*3 337 237*	*2 627 426*	***8 342 291***
Nombre de places d'hospitalisation partielle	1 285	2 673	1 084	**5 042**
Nombre de venues	375 901	783 743	316 843	**1 476 487**
Nombre de séances de traitements et cures ambulatoires	37 825	70 116	103 524	**211 465**
Nombre de journées d'hospitalisation à domicile	8 358	2 260	-	**10 618**
Nombre de patients différents pris en charge dans l'année en hospitalisation (file active)	180 399	204 088	195 231	**579 718**
Nombre de visites à domicile pour l'adaptation à domicile	9 503	4 060	1 259	**14 822**
Nombre de salles de kinésithérapie et physiologie	1 686	1 531	1 184	**4 401**
Capacités d'accueil en kinésithérapie	5 458	6 661	5 904	**18 023**
Nombre de salles d'ergothérapie	487	492	190	**1 169**
Capacités d'accueil en ergothérapie	1 415	1 885	1 053	**4 353**
Capacités d'accueil en balnéothérapie	1 116	1 724	1 750	**4 590**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.67. Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en 2004

Ensemble des séjours et des séances [1]	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Pourcentage de femmes	55,1%	59,0 %	**56,2 %**
Âge moyen	64	65	**65**
Âge médian	72	70	**71**
Pourcentage de séjours de patients hors de leur région	9,3 %	12,3 %	**10,2 %**
Pourcentage de séjours de patients de moins de 16 ans	5,9 %	2,0 %	**4,7 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.68. Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séjours de 2 jours et plus en 2004

Séjours de 2 jours et plus (48 heures et plus)	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Pourcentage de femmes	57,1 %	60,6 %	**58,2 %**
Âge moyen	68	67	**67**
Âge médian	74	71	**73**
Pourcentage de séjours de patients hors de leur région	9,6 %	12,9 %	**10,7 %**
Pourcentage de séjours de patients de moins de 16 ans	3,4 %	1,9 %	**3,0 %**

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.69. Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séjours de moins de 2 jours en 2004

Séjours de moins de 2 jours (moins de 48 heures)	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Pourcentage de femmes	41,7 %	37,8 %	40,9 %
Âge moyen	42	50	43
Âge médian	44	52	46
Pourcentage de séjours de patients hors de leur région	7,4 %	3,2 %	6,6 %
Pourcentage de séjours de patients de moins de 16 ans	21,1 %	2,9 %	17,5 %

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.70. Caractéristiques générales de la fréquentation hospitalière en SSR en séances en ambulatoire en 2004

Séances en ambulatoire	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Pourcentage de femmes	49,5 %	57,7 %	52,2 %
Âge moyen	45	56	48
Âge médian	48	57	53
Pourcentage de séjours de patients hors de leur région	5,3 %	15,8 %	8,8 %
Pourcentage de séjours de patients de moins de 16 ans	22,5 %	0,8 %	15,2 %

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.71. Fréquentation hospitalière en SSR [1] selon le sexe en 2004

Sexe	Répartition des séjours ou des séances [1]		
	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Ensemble des séjours et des séances			
Hommes	44,9 %	41,0 %	43,8 %
Femmes	55,1 %	59,0 %	56,2 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**
Séjours de 2 jours et plus			
Hommes	42,9 %	39,4 %	41,8 %
Femmes	57,1 %	60,6 %	58,2 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**
Séjours de moins de 2 jours			
Hommes	58,3 %	62,2 %	59,1 %
Femmes	41,7 %	37,8 %	40,9 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**
Séances en ambulatoire			
Hommes	50,5 %	42,3 %	47,8 %
Femmes	49,5 %	57,7 %	52,2 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.72. Fréquentation hospitalière en SSR [1] selon l'âge en 2004

Âge	Répartition des séjours ou des séances [1]		
	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
0-2 ans	0,5 %	0,1 %	0,4 %
3-4 ans	0,5 %	0,1 %	0,4 %
5-6 ans	0,7 %	0,1 %	0,5 %
7-11 ans	1,9 %	0,8 %	1,6 %
12-15 ans	2,2 %	0,9 %	1,9 %
Total moins de 16 ans	5,9 %	2,0 %	4,7 %
16-19 ans	1,6 %	0,9 %	1,4 %
20-29 ans	3,2 %	3,0 %	3,2 %
30-39 ans	4,6 %	4,6 %	4,6 %
40-49 ans	7,7 %	8,6 %	8,0 %
50-59 ans	11,0 %	14,1 %	11,9 %
60-69 ans	12,0 %	15,8 %	13,1 %
70-79 ans	24,2 %	26,2 %	24,8 %
80-84 ans	15,2 %	13,9 %	14,8 %
85-89 ans	7,4 %	6,1 %	7,0 %
90-94 ans	5,8 %	3,8 %	5,2 %
95 ans et plus	1,4 %	0,9 %	1,3 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.73. Fréquentation hospitalière en SSR [1] selon le type de séjour en 2004

Type de prise en charge	Répartition des séjours ou des séances [1]			Répartition des journées d'hospitalisation		
	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble	Établissements sous DG	Établissements hors DG	Ensemble
Séjours de 2 jours et plus (48 h et plus)	86,1 %	91,0 %	87,6 %	94,0 %	95,2 %	94,3 %
Séjours de moins de 2 jours (moins de 48 h)	12,3 %	7,1 %	10,7 %	5,5 %	3,5 %	4,9 %
Séances en ambulatoire	1,6 %	1,9 %	1,7 %	0,5 %	1,3 %	0,8 %
Ensemble des séjours et des séances	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.74. Taux d'attractivité et taux de fuite des patients en SSR (1) selon la région en 2004

Régions	Taux d'attractivité (2)	Taux de fuite (3)	Solde (4)
Alsace	8,9 %	9,0 %	- 0,1 %
Aquitaine	10,5 %	12,9 %	- 2,7 %
Auvergne	18,7 %	16,0 %	3,3 %
Basse-Normandie	16,5 %	8,7 %	8,6 %
Bourgogne	12,6 %	17,8 %	- 6,3 %
Bretagne	5,7 %	4,6 %	1,1 %
Centre	17,0 %	16,0 %	1,2 %
Champagne-Ardenne	5,8 %	18,9 %	- 16,2 %
Corse	3,1 %	23,7 %	- 19,8 %
Franche-Comté	4,7 %	19,6 %	- 18,6 %
Haute-Normandie	6,7 %	15,0 %	- 9,8 %
Île-de-France	10,2 %	13,3 %	- 3,6 %
Languedoc-Roussillon	19,7 %	7,5 %	13,2 %
Limousin	14,1 %	17,1 %	- 3,5 %
Lorraine	5,2 %	7,1 %	- 2,1 %
Midi-Pyrénnées	9,6 %	12,8 %	- 3,6 %
Nord - Pas-de-Calais	8,3 %	5,3 %	3,1 %
PACA	11,6 %	7,6 %	4,4 %
Pays de la Loire	7,1 %	6,2 %	0,9 %
Picardie	20,0 %	20,8 %	- 1,0 %
Poitou-Charentes	15,1 %	11,5 %	4,1 %
Rhône-Alpes	11,0 %	8,0 %	3,3 %
France métropolitaine	**11,1 %**	**10,8 %**	**0,4 %**
Guadeloupe	1,6 %	40,2 %	- 64,6 %
Guyane	0,0 %	100,0 %	-
Martinique	3,6 %	36,4 %	- 51,7 %
Réunion	1,3 %	8,9 %	- 8,4 %
DOM	**1,8 %**	**35,2 %**	**- 51,6 %**
Domiciliés à l'étranger	0,0 %	100,0 %	-
France entière	**11,1 %**	**11,1 %**	**0,0 %**

(1) Pour des séjours en SSR au sens du PMSI SSR (nombre de suites semestrielles comptabilisées à partir des résumés hebdomadaires anonymisés ou RHA).
(2) Pourcentage des journées d'hospitalisation pour des séjours en SSR de patients domiciliés hors de la région et hospitalisés dans la région, calculé sur l'ensemble des journées réalisées dans la région.
(3) Pourcentage des journées d'hospitalisation pour des séjours en SSR de patients domiciliés dans la région et hospitalisés dans une autre région, calculé sur les journées réalisées pour l'ensemble des patients domiciliés dans la région quel que soit le lieu de l'hospitalisation.
(4) Différence entre le nombre de journées réalisées dans la région et le nombre de journées réalisées pour des patients qui y sont domiciliés quel que soit le lieu de l'hospitalisation, rapportée à l'ensemble des journées réalisées dans la région.

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.75. Activité en SSR des établissements de santé selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004

n° CMC	Catégories majeures cliniques (CMC)	Ensemble des établissements				
		% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
12	Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires	18,2 %	17,6 %	57	48,5 %	8,3 %
16	Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédiques	18,0 %	17,2 %	62	63,8 %	59,6 %
17	Poursuites de soins médicaux post-traumatiques	15,6 %	16,4 %	69	67,2 %	51,9 %
11	Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoires	13,3 %	13,3 %	69	46,0 %	21,4 %
13	Poursuites de soins médicaux santé mentale	7,9 %	8,0 %	60	51,0 %	1,3 %
15	Poursuites de soins médicaux viscéraux	6,8 %	7,0 %	71	59,6 %	34,3 %
50	Poursuites de soins médicaux nutritionnels	4,1 %	4,2 %	49	67,1 %	4,3 %
40	Réadaptation/Réinsertion	3,3 %	3,2 %	68	59,6 %	7,4 %
14	Poursuites de soins médicaux sensoriels et cutanés	2,8 %	2,9 %	68	60,1 %	33,5 %
20	Soins palliatifs	2,5 %	2,7 %	73	53,4 %	4,8 %
18	Poursuites de soins médicaux amputations	1,7 %	1,5 %	63	27,5 %	40,7 %
30	Attente de placement	1,0 %	1,1 %	76	60,6 %	3,7 %
80	Gériatrie aiguë	0,6 %	0,6 %	87	67,8 %	15,1 %
60	Autres situations	3,4 %	3,5 %	72	60,4 %	9,2 %
90-99	Séjours non classés	0,7 %	0,6 %	-	-	-
Ensemble		**100,0 %**	**100,0 %**	**64**	**56,7 %**	**28,4 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.76. Activité en SSR des établissements sous dotation globale selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004

n° CMC	Catégories majeures cliniques (CMC)	Établissements sous dotation globale				
		% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
12	Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires	21,2 %	20,7 %	56	47,9 %	6,9 %
16	Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédiques	15,5 %	14,6 %	61	62,8 %	55,3 %
17	Poursuites de soins médicaux post-traumatiques	15,0 %	15,8 %	69	67,1 %	49,0 %
11	Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoires	12,1 %	12,0 %	71	46,4 %	21,3 %
13	Poursuites de soins médicaux santé mentale	8,6 %	8,7 %	61	51,6 %	1,3 %
15	Poursuites de soins médicaux viscéraux	6,5 %	6,7 %	71	57,7%	30,9 %
40	Réadaptation/Réinsertion	3,9 %	3,8 %	67	58,2 %	6,4 %
20	Soins palliatifs	3,2 %	3,4 %	73	53,2 %	4,6 %
14	Poursuites de soins médicaux sensoriels et cutanés	3,0 %	3,2 %	68	58,5 %	31,1 %
50	Poursuites de soins médicaux nutritionnels	2,9 %	3,0 %	47	62,9 %	4,6 %
18	Poursuites de soins médicaux amputations	2,1 %	1,8 %	63	27,7 %	38,5 %
30	Attente de placement	1,3 %	1,5 %	76	60,4 %	3,6 %
80	Gériatrie aiguë	0,7 %	0,7 %	87	67,1 %	14,3 %
60	Autres situations	3,3 %	3,4 %	71	59,7 %	8,5 %
90-99	Séjours non classés	0,7 %	0,7 %	-	-	-
Ensemble		**100,0 %**	**100,0 %**	**64**	**55,5 %**	**24,8 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.77. Activité en SSR des établissements hors dotation globale selon la catégorie majeure clinique des séjours en 2004

n° CMC	Catégories majeures cliniques (CMC)	Établissements hors dotation globale				
		% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
16	Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédiques	24,3 %	23,2 %	64	65,4 %	66,5 %
17	Poursuites de soins médicaux post-traumatiques	17,1 %	17,7 %	68	67,2 %	58,4 %
11	Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoires	16,5 %	16,3 %	65	45,2 %	21,6 %
12	Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires	10,6 %	10,4 %	64	51,8 %	15,0 %
15	Poursuites de soins médicaux viscéraux	7,6 %	7,7 %	72	63,7 %	41,5 %
50	Poursuites de soins médicaux nutritionnels	7,0 %	7,2 %	51	71,6 %	4,1 %
13	Poursuites de soins médicaux santé mentale	6,1 %	6,5 %	55	48,9 %	1,1 %
14	Poursuites de soins médicaux sensoriels et cutanés	2,4 %	2,4 %	69	64,9 %	40,8 %
40	Réadaptation/Réinsertion	1,8 %	1,7 %	71	67,6 %	12,9 %
20	Soins palliatifs	1,0 %	1,0 %	71	55,2 %	6,6 %
18	Poursuites de soins médicaux amputations	0,9 %	0,9 %	65	25,8 %	53,2 %
80	Gériatrie aiguë	0,3 %	0,3 %	86	71,5 %	19,2 %
30	Attente de placement	0,3 %	0,3 %	76	63,1 %	5,0 %
60	Autres situations	3,7 %	3,8 %	74	62,0 %	10,6 %
90-99	Séjours non classés	0,7 %	0,7 %	-	-	-
Ensemble		**100,0 %**	**100,0 %**	**65**	**59,6 %**	**37,1 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.78. Classement par groupes homogènes de journées de l'ensemble des séjours en SSR des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Ensemble des séjours et des séances (1)				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
1	132	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	8,1 %	7,5 %	66	66,1 %	67,4 %
2	19	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	4,9 %	4,8 %	71	49,2 %	21,8 %
3	162	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance ⩽ 12	4,5 %	4,6 %	67	67,7 %	44,4 %
4	61	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,4 %	3,3 %	71	62,5 %	9,9 %
5	117	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,0 %	3,1 %	72	59,0 %	1,7 %
6	131	Pathologies mécaniques des membres-Rééd-réad-Adulte	2,8 %	2,9 %	62	62,2 %	78,7 %
7	17	Insuff. cardiaques-Insuff. Respir. chroniques-Adulte	2,5 %	2,6 %	76	52,3 %	4,5 %
8	271	Autres situations-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,3 %	2,3 %	74	63,4 %	9,8 %
9	49	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,2 %	2,0 %	67	49,5 %	4,8 %
10	48	Déficiences cérébrales non traumatiques-Rééd-réad-Adulte	2,1 %	2,2 %	62	43,0 %	7,5 %
11	75	Démence-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,1 %	2,0 %	74	63,5 %	1,2 %
12	115	Viscéral-Soins post-chirurgicaux-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,1 %	73	67,6 %	90,9 %
13	138	Pathologies rachidiennes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,9 %	1,6 %	59	62,3 %	29,5 %
14	50	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance > 12	1,8 %	2,0 %	71	55,2 %	3,6 %
15	77	Dépression-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,8 %	1,9 %	59	59,0 %	1,1 %
16	231	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,7 %	75	65,3 %	8,3 %
17	165	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,5 %	57	54,6 %	45,8 %
18	79	Problèmes liés à l'alcool ou la toxicomanie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,5 %	46	23,9 %	0,5 %
19	174	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,5 %	81	80,8 %	67,7 %
20	280	Cardio-vasculaire et respiratoire-Post-opératoires	1,4 %	1,4 %	70	39,7 %	67,0 %
21	202	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,4 %	1,4 %	76	57,0 %	4,7 %
22	180	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,3 %	1,4 %	76	73,1 %	41,7 %
23	44	Neuro-musculaire-Rééducation Réadaptation complexe-Adulte	1,3 %	1,2 %	53	41,1 %	10,3 %
24	101	Sensoriel et cutané-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,3 %	1,3 %	71	61,4 %	40,6 %
25	62	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,2 %	1,3 %	75	59,7 %	5,2 %
26	43	Neuro-musculaire-PCL-Adulte	1,1 %	1,3 %	49	38,2 %	8,3 %
27	14	Cardio-vasculaire et respiratoire-Rééd-réad-Adulte	1,1 %	1,1 %	63	33,8 %	31,9 %
28	161	Traumatismes simples-Rééducation Réadaptation-Adulte	1,0 %	1,0 %	55	53,1 %	68,6 %
29	261	Obésité-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,0 %	1,0 %	46	77,3 %	4,0 %
30	76	Démence-Adulte-Dépendance > 12	1,0 %	1,1 %	75	61,1 %	1,8 %
31	189	Amputation-PCL-Adulte	1,0 %	0,8 %	61	25,6 %	38,8 %
32	163	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance > 12	0,9 %	1,0 %	81	82,2 %	34,3 %
33	259	Diabète simple-Obésité morbide-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	59	67,5 %	3,8 %
34	232	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance >12	0,8 %	0,8 %	80	62,7 %	6,0 %
35	177	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,8 %	78	74,4 %	68,4 %
36	20	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,8 %	82	57,8 %	7,5 %
37	147	Rhumatologie/Orthopédie-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,7 %	69	64,3 %	19,2 %
38	118	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,7 %	0,7 %	79	56,9 %	1,4 %
39	201	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,8 %	72	51,8 %	4,7 %
40	112	Viscéral-PCL-Adulte	0,7 %	0,7 %	66	46,1 %	33,8 %
41	272	Autres situations-Adulte-Dépendance > 12	0,7 %	0,7 %	82	63,0 %	5,9 %

suite du tableau page suivante ▶

1.78. (suite)

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Ensemble des séjours et des séances (1)				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
42	60	Neuro-musculaire-Autre-Rééducation Réadaptation	0,7 %	0,7 %	57	50,0 %	13,3 %
43	144	Rhumatologie/Orthopédie-Suites post-chirurgicales-Adulte	0,7 %	0,7 %	69	65,3 %	97,2 %
44	175	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance > 12	0,6 %	0,7 %	85	77,3 %	65,6 %
45	164	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Rééd-réad-Adulte	0,6 %	0,6 %	47	42,6 %	59,2 %
46	130	Rhumatologie/Orthopédie-Rééd-réad complexe-Adulte	0,6 %	0,5 %	53	54,1 %	53,2 %
47	137	Pathologies rachidiennes-Rééducation Réadaptation	0,6 %	0,5 %	51	54,6 %	36,5 %
48	257	Diabète avec complications-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,6 %	68	55,0 %	5,3 %
49	181	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,5 %	0,6 %	84	76,1 %	40,2 %
50	18	Insuff. cardiaques-Insuff. respir. chroniques-Adulte-Dépendance > 12	0,5 %	0,6 %	84	61,9 %	3,4 %
51	55	Paraplégie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,4 %	49	41,6 %	13,9 %
52	245	Obésité-Enfant-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,5 %	13	67,7 %	0,1 %
53	13	Cardio-vasculaire et respiratoire-Rééd-réad complexe-Adulte	0,5 %	0,3 %	61	25,5 %	35,1 %
54	54	Paraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	49	44,0 %	17,1 %
55	45	Tétraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	47	35,4 %	12,0 %
56	135	Pathologies non mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	67	65,7 %	29,7 %
57	15	Aff. respir. carcinologiques ou liées VIH-Adulte	0,4 %	0,4 %	66	30,2 %	15,6 %
58	47	Tétraplégie-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	44	36,9 %	6,5 %
59	12	Cardio-vasculaire et respiratoire-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	63	35,3 %	17,1 %
60	99	Autres troubles sensoriels-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	75	76,6 %	44,0 %
61	160	Post-traumatique-Rééducation Réadaptation complexe	0,4 %	0,3 %	48	41,9 %	63,5 %
62	199	Soins palliatifs-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	66	45,1 %	6,1 %
63	178	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	84	77,5 %	67,7 %
64	81	Santé mentale-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	63	57,5 %	2,9 %
65	74	Santé mentale-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,3 %	0,4 %	45	32,8 %	1,4 %
66	9	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Enfant	0,3 %	0,3 %	11	41,2 %	0,0 %
67	233	Réadaptation/Réinsertion-Réadaptation-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,2 %	48	42,0 %	8,1 %
68	11	Cardio-vasculaire et respiratoire-PCTL-Adulte	0,3 %	0,3 %	63	37,5 %	3,7 %
69	141	Malformations, déformations ou dystrophies-Adulte	0,3 %	0,3 %	62	78,2 %	56,1 %
70	270	Autres situations-PCL-Adulte	0,3 %	0,3 %	67	44,1 %	14,1 %
71	133	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	77	72,4 %	48,9 %
72	173	Prothèses totales de hanche-Rééducation Réadaptation	0,3 %	0,3 %	79	77,3 %	83,1 %
73	159	Post-traumatique-PCL-Adulte	0,3 %	0,3 %	59	51,9 %	44,9 %
74	166	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	73	75,0 %	37,4 %
75	27	Déficiences cérébrales non traumatiques-Rééd-réad-Enfant	0,3 %	0,2 %	8	39,8 %	10,4 %
76	263	Soins nutritionnels-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	65	61,0 %	9,8 %
77	96	Ulcères de décubitus-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	75	56,9 %	16,0 %
78	195	Amputation-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,2 %	67	26,3 %	42,0 %
		Autres GHJ	11,6 %	11,2 %	-	-	-
Ensemble			**100,0 %**	**100,0%**	**64**	**56,7 %**	**28,4 %**

(1) Ensemble des séjours hospitaliers quelle que soit leur durée et des séances en ambulatoire en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.79. Classement par groupes homogènes de journées des séjours de 2 jours et plus en SSR des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séjours de 2 jours et plus				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
1	132	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	7,6 %	7,1 %	69	68,7 %	70,6 %
2	19	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	5,0 %	4,9 %	72	52,0 %	20,3 %
3	162	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance ⩽ 12	4,5 %	4,6 %	70	71,3 %	41,9 %
4	61	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,4 %	3,3 %	73	64,1 %	10,0 %
5	117	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,3 %	3,2 %	72	58,9 %	1,7 %
6	17	Insuff. cardiaques-Insuff. Respir. chroniques-Adulte	2,7 %	2,7 %	76	53,3 %	4,2 %
7	131	Pathologies mécaniques des membres-Rééd-réad-Adulte	2,5 %	2,7 %	65	65,3 %	83,2 %
8	271	Autres situations-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,5 %	2,4 %	75	63,7 %	9,9 %
9	115	Viscéral-Soins post-chirurgicaux-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,3 %	2,2 %	73	67,7 %	90,9 %
10	50	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance > 12	2,0 %	2,1 %	71	55,4 %	3,6 %
11	77	Dépression-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	59	59,1 %	1,1 %
12	48	Déficiences cérébrales non traumatiques-Rééd-réad-Adulte	2,0 %	2,2 %	63	43,5 %	7,8 %
13	49	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	1,9 %	70	51,5 %	4,9 %
14	75	Démence-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	75	63,4 %	1,3 %
15	231	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,8 %	1,8 %	76	65,8 %	8,2 %
16	79	Problèmes liés à l'alcool ou la toxicomanie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	47	24,1 %	0,5 %
17	174	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	81	80,9 %	67,7 %
18	138	Pathologies rachidiennes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,4 %	62	64,1 %	37,0 %
19	202	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,5 %	1,5 %	76	57,0 %	4,7 %
20	280	Cardio-vasculaire et respiratoire-Post-opératoires	1,5 %	1,4 %	70	40,9 %	70,0 %
21	165	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,5 %	60	58,7 %	44,0 %
22	180	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,4 %	77	74,2 %	41,1 %
23	101	Sensoriel et cutané-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,3 %	71	61,3 %	41,9 %
24	62	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,3 %	1,4 %	75	60,2 %	5,3 %
25	43	Neuro-musculaire-PCL-Adulte	1,2 %	1,4 %	49	38,2 %	8,4 %
26	261	Obésité-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,1 %	1,1 %	47	77,1 %	4,1 %
27	76	Démence-Adulte-Dépendance > 12	1,1 %	1,1 %	75	61,0 %	1,8 %
28	44	Neuro-musculaire-Rééducation Réadaptation complexe-Adulte	1,0 %	1,1 %	55	41,5 %	12,3 %
29	163	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance > 12	1,0 %	1,1 %	81	82,3 %	34,3 %
30	14	Cardio-vasculaire et respiratoire-Rééd-réad-Adulte	1,0 %	1,0 %	65	37,4 %	35,2 %
31	259	Diabète simple-Obésité morbide-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,9 %	0,9 %	59	67,5 %	3,9 %
32	232	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance >12	0,9 %	0,9 %	80	63,0 %	6,1 %
33	161	Traumatismes simples-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,8 %	0,9 %	60	59,4 %	67,8 %
34	20	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	82	57,8 %	7,5 %
35	177	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	79	75,1 %	68,8 %
36	201	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	72	51,8 %	4,7 %
37	118	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,8 %	0,8 %	79	56,9 %	1,4 %
38	272	Autres situations-Adulte-Dépendance > 12	0,8 %	0,8 %	82	63,0 %	6,0 %
39	112	Viscéral-PCL-Adulte	0,7 %	0,7 %	67	46,1 %	33,9 %
40	147	Rhumatologie/Orthopédie-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,7 %	71	66,0 %	17,3 %
41	189	Amputation-PCL-Adulte	0,7 %	0,7 %	65	25,3 %	48,0 %

suite du tableau page suivante ▶

1.79. (suite)

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séjours de 2 jours et plus				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
42	60	Rhumatologie/Orthopédie-Suites post-chirurgicales-Adulte	0,7 %	0,7 %	70	66,2 %	97,2 %
43	144	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance > 12	0,7 %	0,7 %	85	77,3 %	65,6 %
44	175	Diabète avec complications-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,6 %	0,6 %	68	55,0 %	5,3 %
45	164	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,6 %	0,6 %	84	76,2 %	40,3 %
46	130	Insuff. cardiaques-Insuff. respir. chroniques-Adulte-Dépendance > 12	0,6 %	0,6 %	84	62,0 %	3,4 %
47	137	Neuro-musculaire-Autre-Rééducation Réadaptation	0,6 %	0,6 %	60	52,1 %	14,4 %
48	257	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Rééd-réad-Adulte	0,5 %	0,6 %	49	45,0 %	61,4 %
49	181	Obésité-Enfant-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,5 %	13	68,1 %	0,1 %
50	18	Aff. respir. carcinologiques ou liées VIH-Adulte	0,5 %	0,4 %	66	30,3 %	15,7 %
51	55	Pathologies rachidiennes-Rééducation Réadaptation	0,4 %	0,4 %	53	54,8 %	45,9 %
52	245	Autres troubles sensoriels-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	75	76,9 %	44,2 %
53	13	Rhumatologie/Orthopédie-Rééd-réad complexe-Adulte	0,4 %	0,4 %	56	56,0 %	61,8 %
54	54	Cardio-vasculaire et respiratoire-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	64	35,8 %	16,7 %
55	45	Pathologies non mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	69	66,6 %	30,2 %
56	135	Soins palliatifs-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	66	45,1 %	6,1 %
57	15	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	84	77,5 %	67,7 %
58	47	Tétraplégie-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	44	37,1 %	7,1 %
59	12	Tétraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	48	35,6 %	13,1 %
60	99	Paraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	50	43,0 %	20,7 %
61	160	Paraplégie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,3 %	50	41,0 %	17,3 %
62	199	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Enfant	0,4 %	0,3 %	11	41,3 %	0,0 %
63	178	Santé mentale-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,3 %	0,4 %	45	32,1 %	1,4 %
64	81	Santé mentale-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	64	58,1 %	3,3 %
65	74	Cardio-vasculaire et respiratoire-PCTL-Adulte	0,3 %	0,3 %	63	37,9 %	3,5 %
66	9	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	77	72,5 %	49,0 %
67	233	Prothèses totales de hanche-Rééducation Réadaptation	0,3 %	0,4 %	79	77,4 %	83,4 %
68	11	Malformations, déformations ou dystrophies-Adulte	0,3 %	0,3 %	64	80,0 %	57,5 %
69	141	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	73	75,2 %	37,4 %
70	270	Post-traumatique-PCL-Adulte	0,3 %	0,3 %	61	53,2 %	45,2 %
71	133	Autres situations-PCL-Adulte	0,3 %	0,3 %	67	44,7 %	15,0 %
72	173	Soins nutritionnels-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	66	60,8 %	9,9 %
73	159	Ulcères de décubitus-Adulte-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	75	56,7 %	16,1 %
74	166	Gériatrie aiguë-Autre-Dépendance > 12	0,3 %	0,3 %	87	68,7 %	14,2 %
75	27	Attente de placement-Démence-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	81	68,8 %	2,6 %
76	263	Rhumatologie/Orthopédie-Suites post-chir-Rééd-réad-Adulte	0,3 %	0,3 %	68	64,5 %	99,3 %
		Autres GHJ	11,6 %	11,6 %	-	-	-
Ensemble			**100,0 %**	**100,0%**	**67**	**58,5 %**	**28,7 %**

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.80. Classement par groupes homogènes de journées des séjours de moins de 2 jours en SSR des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séjours de moins de 2 jours				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
1	132	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	7,6 %	7,1 %	69	68,7 %	70,6 %
2	19	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	5,0 %	4,9 %	72	52,0 %	20,3 %
3	162	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance ⩽ 12	4,5 %	4,6 %	70	71,3 %	41,9 %
4	61	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,4 %	3,3 %	73	64,1 %	10,0 %
5	117	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,3 %	3,2 %	72	58,9 %	1,7 %
6	17	Insuff. cardiaques-Insuff. Respir. chroniques-Adulte	2,7 %	2,7 %	76	53,3 %	4,2 %
7	131	Pathologies mécaniques des membres-Rééd-réad-Adulte	2,5 %	2,7 %	65	65,3 %	83,2 %
8	271	Autres situations-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,5 %	2,4 %	75	63,7 %	9,9 %
9	115	Viscéral-Soins post-chirurgicaux-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,3 %	2,2 %	73	67,7 %	90,9 %
10	50	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance > 12	2,0 %	2,1 %	71	55,4 %	3,6 %
11	77	Dépression-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	59	59,1 %	1,1 %
12	48	Déficiences cérébrales non traumatiques-Rééd-réad-Adulte	2,0 %	2,2 %	63	43,5 %	7,8 %
13	49	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	1,9 %	70	51,5 %	4,9 %
14	75	Démence-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	75	63,4 %	1,3 %
15	231	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,8 %	1,8 %	76	65,8 %	8,2 %
16	79	Problèmes liés à l'alcool ou la toxicomanie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	47	24,1 %	0,5 %
17	174	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	81	80,9 %	67,7 %
18	138	Pathologies rachidiennes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,4 %	62	64,1 %	37,0 %
19	202	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,5 %	1,5 %	76	57,0 %	4,7 %
20	280	Cardio-vasculaire et respiratoire-Post-opératoires	1,5 %	1,4 %	70	40,9 %	70,0 %
21	165	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,5 %	60	58,7 %	44,0 %
22	180	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,4 %	77	74,2 %	41,1 %
23	101	Sensoriel et cutané-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,3 %	71	61,3 %	41,9 %
24	62	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,3 %	1,4 %	75	60,2 %	5,3 %
25	43	Neuro-musculaire-PCL-Adulte	1,2 %	1,4 %	49	38,2 %	8,4 %
26	261	Obésité-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,1 %	1,1 %	47	77,1 %	4,1 %
27	76	Démence-Adulte-Dépendance > 12	1,1 %	1,1 %	75	61,0 %	1,8 %
28	44	Neuro-musculaire-Rééducation Réadaptation complexe-Adulte	1,0 %	1,1 %	55	41,5 %	12,3 %
29	163	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance > 12	1,0 %	1,1 %	81	82,3 %	34,3 %
30	14	Cardio-vasculaire et respiratoire-Rééd-réad-Adulte	1,0 %	1,0 %	65	37,4 %	35,2 %
31	259	Diabète simple-Obésité morbide-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,9 %	0,9 %	59	67,5 %	3,9 %
32	232	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance >12	0,9 %	0,9 %	80	63,0 %	6,1 %
33	161	Traumatismes simples-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,8 %	0,9 %	60	59,4 %	67,8 %

suite du tableau page suivante ▶

1.80. (suite)

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séjours de moins de 2 jours				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
34	20	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	82	57,8 %	7,5 %
35	177	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	79	75,1 %	68,8 %
36	201	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,8 %	0,8 %	72	51,8 %	4,7 %
37	118	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,8 %	0,8 %	79	56,9 %	1,4 %
38	272	Autres situations-Adulte-Dépendance > 12	0,8 %	0,8 %	82	63,0 %	6,0 %
39	112	Viscéral-PCL-Adulte	0,7 %	0,7 %	67	46,1 %	33,9 %
40	147	Rhumatologie/Orthopédie-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,7 %	0,7 %	71	66,0 %	17,3 %
41	189	Amputation-PCL-Adulte	0,7 %	0,7 %	65	25,3 %	48,0 %
42	144	Rhumatologie/Orthopédie-Suites post-chirurgicales-Adulte	0,7 %	0,7 %	70	66,2 %	97,2 %
43	175	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance > 12	0,7 %	0,7 %	85	77,3 %	65,6 %
44	257	Diabète avec complications-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,6 %	0,6 %	68	55,0 %	5,3 %
45	181	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,6 %	0,6 %	84	76,2 %	40,3 %
46	18	Insuff. cardiaques-Insuff. respir. chroniques-Adulte-Dépendance > 12	0,6 %	0,6 %	84	62,0 %	3,4 %
47	60	Neuro-musculaire-Autre-Rééducation Réadaptation	0,6 %	0,6 %	60	52,1 %	14,4 %
48	164	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Rééd-réad-Adulte	0,5 %	0,6 %	49	45,0 %	61,4 %
49	245	Obésité-Enfant-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,5 %	13	68,1 %	0,1 %
50	15	Aff. respir. carcinologiques ou liées VIH-Adulte	0,5 %	0,4 %	66	30,3 %	15,7 %
51	137	Pathologies rachidiennes-Rééducation Réadaptation	0,4 %	0,4 %	53	54,8 %	45,9 %
52	99	Autres troubles sensoriels-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	75	76,9 %	44,2 %
53	130	Rhumatologie/Orthopédie-Rééd-réad complexe-Adulte	0,4 %	0,4 %	56	56,0 %	61,8 %
54	12	Cardio-vasculaire et respiratoire-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	64	35,8 %	16,7 %
55	135	Pathologies non mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	69	66,6 %	30,2 %
56	199	Soins palliatifs-PCL-Adulte	0,4 %	0,4 %	66	45,1 %	6,1 %
57	178	Ostéosynthèses du col du fémur-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	84	77,5 %	67,7 %
58	47	Tétraplégie-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,4 %	44	37,1 %	7,1 %
59	45	Tétraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	48	35,6 %	13,1 %
60	54	Paraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,4 %	50	43,0 %	20,7 %
61	55	Paraplégie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,3 %	50	41,0 %	17,3 %
62	9	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Enfant	0,4 %	0,3 %	11	41,3 %	0,0 %
63	74	Santé mentale-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,3 %	0,4 %	45	32,1 %	1,4 %
64	81	Santé mentale-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,3 %	64	58,1 %	3,3 %
		Autres GHJ	10,1 %	9,3 %	-	-	-
Ensemble			**100,0 %**	**100,0 %**	**44**	**41,1 %**	**27,1 %**

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.81. Classement par groupes homogènes de journées des séances en ambulatoire en SSR des établissements de santé en 2004

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séances en ambulatoire				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
1	132	Pathologies mécaniques des membres-Adulte-Dépendance ⩽ 12	7,6 %	7,1 %	69	68,7 %	70,6 %
2	19	Cardio-vasculaire et respiratoire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	5,0 %	4,9 %	72	52,0 %	20,3 %
3	162	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance ⩽ 12	4,5 %	4,6 %	70	71,3 %	41,9 %
4	61	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,4 %	3,3 %	73	64,1 %	10,0 %
5	117	Viscéral-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	3,3 %	3,2 %	72	58,9 %	1,7 %
6	17	Insuff. cardiaques-Insuff. Respir. chroniques-Adulte	2,7 %	2,7 %	76	53,3 %	4,2 %
7	131	Pathologies mécaniques des membres-Rééd-réad-Adulte	2,5 %	2,7 %	65	65,3 %	83,2 %
8	271	Autres situations-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,5 %	2,4 %	75	63,7 %	9,9 %
9	115	Viscéral-Soins post-chirurgicaux-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,3 %	2,2 %	73	67,7 %	90,9 %
10	50	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance > 12	2,0 %	2,1 %	71	55,4 %	3,6 %
11	77	Dépression-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	59	59,1 %	1,1 %
12	48	Déficiences cérébrales non traumatiques-Rééd-réad-Adulte	2,0 %	2,2 %	63	43,5 %	7,8 %
13	49	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	1,9 %	70	51,5 %	4,9 %
14	75	Démence-Adulte-Dépendance ⩽ 12	2,0 %	2,0 %	75	63,4 %	1,3 %
15	231	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,8 %	1,8 %	76	65,8 %	8,2 %
16	79	Problèmes liés à l'alcool ou la toxicomanie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	47	24,1 %	0,5 %
17	174	Prothèses totales de hanche-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,6 %	1,6 %	81	80,9 %	67,7 %
18	138	Pathologies rachidiennes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,4 %	62	64,1 %	37,0 %
19	202	Soins palliatifs-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,5 %	1,5 %	76	57,0 %	4,7 %
20	280	Cardio-vasculaire et respiratoire-Post-opératoires	1,5 %	1,4 %	70	40,9 %	70,0 %
21	165	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,5 %	1,5 %	60	58,7 %	44,0 %
22	180	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,4 %	77	74,2 %	41,1 %
23	101	Sensoriel et cutané-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,4 %	1,3 %	71	61,3 %	41,9 %
24	62	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance > 12	1,3 %	1,4 %	75	60,2 %	5,3 %
25	43	Neuro-musculaire-PCL-Adulte	1,2 %	1,4 %	49	38,2 %	8,4 %
26	261	Obésité-Adulte-Dépendance ⩽ 12	1,1 %	1,1 %	47	77,1 %	4,1 %
27	76	Démence-Adulte-Dépendance > 12	1,1 %	1,1 %	75	61,0 %	1,8 %
28	44	Neuro-musculaire-Rééducation Réadaptation complexe-Adulte	1,0 %	1,1 %	55	41,5 %	12,3 %
29	163	Traumatismes simples-Adulte-Dépendance > 12	1,0 %	1,1 %	81	82,3 %	34,3 %
30	14	Cardio-vasculaire et respiratoire-Rééd-réad-Adulte	1,0 %	1,0 %	65	37,4 %	35,2 %
31	259	Diabète simple-Obésité morbide-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,9 %	0,9 %	59	67,5 %	3,9 %
32	232	Réadaptation/Réinsertion-Désavantages-Adulte-Dépendance >12	0,9 %	0,9 %	80	63,0 %	6,1 %
33	161	Traumatismes simples-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,8 %	0,9 %	60	59,4 %	67,8 %

suite du tableau page suivante ▶

1.81. (suite)

n° ordre	n° GHJ	Groupes homogènes de journées (GHJ)	Séances en ambulatoire				
			% des séjours	% des journées	Âge moyen	% de femmes	% d'interv. chirurgicales
34	189	Amputation-PCL-Adulte	0,6 %	0,5 %	60	17,2 %	17,4 %
35	195	Amputation-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,6 %	0,4 %	67	8,9 %	13,6 %
36	271	Autres situations-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,6 %	0,6 %	48	73,2 %	4,8 %
37	62	Neuro-musculaire-Autre-Adulte-Dépendance > 12	0,5 %	0,4 %	49	26,4 %	0,0 %
38	180	Post-traumatique-Autre-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,6 %	52	41,2 %	26,5 %
39	192	Amputation-Morbidités associées-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,5 %	0,2 %	69	44,6 %	4,2 %
40	41	Neuro-musculaire-Autre-Enfant-Dépendance > 12	0,4 %	0,2 %	2	50,0 %	0,0 %
41	50	Déficiences cérébrales non traumatiques-Adulte-Dépendance > 12	0,4 %	0,3 %	59	49,1 %	8,7 %
42	58	Monoplégie-Adulte-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,4 %	52	44,0 %	15,7 %
43	69	Santé mentale-Autre-Enfant-Dépendance ⩽ 12	0,4 %	0,2 %	8	46,7 %	0,0 %
44	224	Réadaptation/Réinsertion-Rééducation Réadaptation-Enfant	0,4 %	0,2 %	7	33,0 %	0,3 %
45	230	Réadaptation/Réinsertion-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,4 %	0,8 %	42	54,1 %	10,1 %
46	40	Neuro-musculaire-Autre-Enfant-Dépendance ⩽ 12	0,3 %	0,1 %	10	46,1 %	0,0 %
47	43	Neuro-musculaire-PCL-Adulte	0,3 %	0,2 %	52	68,9 %	4,5 %
48	45	Tétraplégie-Rééducation Réadaptation-Adulte	0,3 %	0,2 %	45	38,4 %	16,7 %
49	141	Malformations, déformations ou dystrophies-Adulte	0,3 %	0,3 %	41	57,8 %	43,0 %
50	164	Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes-Rééd-réad-Adulte	0,3 %	0,4 %	38	43,0 %	71,9 %
51	222	Réadaptation/Réinsertion-PCL-Enfant	0,3 %	0,1 %	3	39,0 %	9,2 %
52	226	Réadaptation/Réinsertion-Autre-Enfant-Dépendance > 12	0,3 %	0,1 %	5	46,2 %	1,1 %
		Autres GHJ	6,4 %	6,5 %	-	-	-
Ensemble			**100,0 %**	**100,0 %**	**47**	**51,3 %**	**18,0 %**

Champ : France entière
Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1.82. Nombre de structures sanitaires et médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées et nombre de lits au 31 décembre 2003

Type de structure	Nombre de structures (1)	Nombres de lits installés	dont nombre de lits médicalisés (4)	% de lits médicalisés
Unité de soins de longue durée (USLD) (2)	1 044	79 700	79 700	100 %
Maison de retraite	6 376	436 300	273 600	63 %
Maison de retraite rattachée à un hôpital (3)	*1 080*	*100 800*	*62 500*	*62 %*
Maison de retraite autonome publique	*1 652*	*120 500*	*94 000*	*78 %*
Maison de retraite privée à but non lucratif	*2 040*	*127 100*	*71 500*	*56 %*
Maison de retraite privée à but lucratif	*1 604*	*87 900*	*45 600*	*52 %*
Logement-Foyer	2 975	156 400	13 900	9 %
Résidence d'hébergement temporaire	131	2 400	100	4 %
Ensemble	**10 526**	**674 800**	**367 300**	**54 %**

(1) Établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées, qu'ils aient ou non passé une convention leur donnant les moyens de médicaliser l'ensemble de leur lits en les transformant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
(2) Services de soins de longue durée des établissements de santé (structures sanitaires).
(3) Unités ou établissements d'hébergement pour personnes âgées rattachés à un établissement de santé (structures médico-sociales).
(4) Lits des services de soins de longue durée, lits de sections de cure médicale des maisons de retraite et logements-foyers n'ayant pas encore passé convention, et lits des maisons de retraite et logements-foyers déjà conventionnés (EHPAD).

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - FINESS / EHPA 2003 / SAE 2003

1.83. Nombre de structures sanitaires et médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées conventionnées au 31 décembre 2005

Type de structure	Strates	Nombres de structures conventionnées	Nombres de lits conventionnées au 31 décembre 2005
Unité de soins de longue durée (USLD) (2)	8	514	63 832
Maison de retraite	1 à 5	4 267	372 634
Maison de retraite rattachée à un hôpital (3)	*1*	*589*	*84 787*
Maison de retraite autonome publique	*2*	*1 285*	*110 035*
Maison de retraite privée à but non lucratif	*3 + 4*	*1 682*	*130 118*
Maison de retraite privée à but lucratif	*5*	*711*	*47 694*
Logement-Foyer	7	197	14 707
EHPAD nouvellement créée	0	151	10 177
Non connue	(non remplie)	60	6 357
Ensemble		**5 189**	**467 707**

(1) Établissements ou services sanitaires ou médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées ayant passé une convention leur donnant les moyens de médicaliser l'ensemble de leur lits en les transformant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
(2) Services de soins de longue durée des établissements de santé (structures sanitaires).
(3) Unités ou établissements d'hébergement pour personnes âgées rattachés à un établissement de santé (structures médico-sociales).

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - SAISEHPAD

1.84. Hébergement et prise en charge médicale des personnes âgées en structures sanitaires et médico-sociales par région au 31 décembre 2003

Régions	Soins de longue durée (1)	Maisons de retraite		Logement-Foyers		Nombre total de lits (2)	*dont nombre de lits médicalisés (3)*	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	
	Nombre de lits	Nombre de lits	*dont nombre de lits médicalisés*	Nombre de lits	*dont nombre de lits médicalisés*			Nombre de services	Nombre de places
Alsace	4 008	11 787	*6 651*	3 629	*20*	19 424	*10 679*	47	1 680
Aquitaine	2 862	25 988	*17 279*	7 334	*423*	36 184	*20 564*	106	4 443
Auvergne	2 861	14 829	*11 352*	1 995	*445*	19 685	*14 658*	53	2 176
Basse-Normandie	1 773	14 386	*8 287*	4 063	*110*	20 222	*10 170*	55	1 909
Bourgogne	2 481	18 418	*10 022*	4 021	*380*	24 920	*12 883*	89	2 509
Bretagne	6 221	23 048	*13 580*	13 303	*3 017*	42 572	*22 818*	125	4 821
Centre	4 450	22 957	*15 802*	4 411	*114*	31 818	*20 366*	91	3 306
Champagne-Ardenne	2 076	9 703	*5 338*	3 321	*141*	15 100	*7 555*	38	1 667
Corse	366	743	*368*	308	*201*	1 417	*935*	6	312
Franche-Comté	1 402	6 861	*5 289*	2 428	*301*	10 691	*6 992*	38	1 663
Haute-Normandie	2 199	12 590	*5 720*	9 385	*16*	24 174	*7 935*	49	1 707
Île-de-France	8 653	50 473	*23 579*	27 009	*551*	86 135	*32 783*	176	10 432
Languedoc-Roussillon	2 724	15 926	*10 925*	5 280	*889*	23 930	*14 538*	86	3 055
Limousin	1 905	7 565	*6 652*	1 102	-	10 572	*8 557*	47	1 791
Lorraine	3 177	16 345	*12 556*	6 315	*50*	25 837	*15 783*	76	2 639
Midi-Pyrénées	2 920	24 644	*17 300*	5 239	*1 198*	32 803	*21 418*	130	4 156
Nord - Pas-de-Calais	4 295	19 822	*13 565*	10 255	*342*	34 372	*18 202*	104	5 066
PACA	3 935	36 006	*21 283*	7 858	*543*	47 799	*25 761*	133	6 214
Pays de la Loire	5 329	31 127	*18 386*	13 369	*3 335*	49 825	*27 050*	112	4 615
Picardie	2 922	13 610	*9 562*	2 958	*60*	19 490	*12 544*	64	2 407
Poitou-Charentes	2 250	16 944	*11 241*	4 850	*733*	24 044	*14 224*	30	2 253
Rhône-Alpes	10 160	38 625	*26 480*	17 594	*1 009*	66 379	*37 649*	190	6 449
France métropolitaine	**78 969**	**432 397**	***271 217***	**156 027**	**13 878**	**667 393**	***364 064***	**1 845**	**75 270**
Guadeloupe	347	135	*108*	142	-	624	*455*	14	441
Guyane	117	184	*34*	86	-	387	*151*	1	60
Martinique	206	1 066	*372*	67	-	1 339	*578*	6	167
Réunion	79	941	*928*	58	-	1 078	*1 007*	7	255
DOM	**749**	**2 326**	***1 442***	**353**	**-**	**3 428**	***2 191***	**28**	**923**
France entière	**79 718**	**434 723**	***272 659***	**156 380**	**13 878**	**670 821**	***366 255***	**1 873**	**76 193**

(1) Services de soins de longue durée des établissements de santé.
(2) Lits d'hébergement permanent, non compris quelques milliers de lits d'hébergement temporaire.
(3) Lits des services de soins de longue durée, lits de sections de cure médicale des maisons de retraite et logements-foyers n'ayant pas encore passé convention, et lits des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant passé convention leur donnant les moyens de médicaliser l'ensemble de leur lits.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - STATISS 2005

1.85. Nombre de sites d'urgence autorisés et installés [1] par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) [2]	Nombre d'unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) [3]	Nombre de pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) [4]	Nombre total de sites
Alsace	5	8	1	14
Aquitaine	10	23	1	34
Auvergne	6	7	1	14
Basse-Normandie	7	15	-	22
Bourgogne	8	15	3	26
Bretagne	9	19	-	28
Centre	8	16	5	29
Champagne-Ardenne	6	9	-	15
Corse	2	1	-	3
Franche-Comté	6	4	2	12
Haute-Normandie	5	15	2	22
Île-de-France	43	43	3	89
Languedoc-Roussillon	10	9	3	22
Limousin	4	5	-	9
Lorraine	6	14	2	22
Midi-Pyrénées	11	26	1	38
Nord - Pas-de-Calais	18	11	6	35
PACA	8	39	3	50
Pays de la Loire	7	21	1	29
Picardie	8	14	-	22
Poitou-Charentes	5	16	1	22
Rhône-Alpes	10	46	2	58
France métropolitaine	**202**	**376**	**37**	**615**
Guadeloupe	2	3	1	6
Guyane	1	2	-	3
Martinique	1	2	-	3
Réunion	2	2	-	4
DOM	**6**	**9**	**1**	**16**
France entière	**208**	**385**	**38**	**631**

(1) Services des établissements titulaires d'une autorisation pour l'accueil et le traitement des urgences. Un établissement ayant reçu une autorisation peut avoir éventuellement plusieurs unités distinctes installées au sein de sa structure. La prise en charge des urgences est répartie dans trois types de structures adaptées à la gravité des situations, les SAU, les UPATOU et les POSU.

(2) Services capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans les établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et viscérale, y compris gynécologique.

(3) Unités d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peuvent assurer.

(4) Pôles capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.86. Accueil et traitement des urgences en 2004

Accueil et traitement des urgences	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de sevices au 31décembre (1)	**538**	**35**	**120**	**693**
dont services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) (2)	*263*	*7*	*1*	***271***
dont unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) (3)	*257*	*26*	*104*	***387***
dont pôle spécialisé en urgence (POSU) (4)	*18*	*2*	*15*	***35***
Nombre total de passages	**12 072 491**	**673 162**	**1 573 182**	**14 318 835**
Part des passages en ZSTCD (5)	21,3 %	13,6 %	9,9 %	**19,7 %**
Part d'hospitalisés hors passages en ZSTCD	14,3 %	5,4 %	12,1 %	**13,6 %**
Nombre de boxes en zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD)	**2 776**	**138**	**474**	**3 388**

(1) Services des établissements titulaires d'une autorisation pour l'accueil et le traitement des urgences. Un établissement ayant reçu une autorisation peut avoir éventuellement plusieurs unités distinctes installées au sein de sa structure. La prise en charge des urgences est répartie dans trois types de structures adaptées à la gravité des situations, les SAU, les POSU et les UPATOU.

(2) Services capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans les établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et viscérale, y compris gynécologique.

(3) Unités d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peuvent assurer.

(4) Pôles capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants.

(5) Zone de surveillance de très courte durée, c'est-à-dire moins de 24 heures.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.87. Nombre de services d'aide médicale urgente (SAMU) en activité par région au 31 décembre 2005

Régions	Nombre de SAMU
Alsace	2
Aquitaine	6
Auvergne	6
Basse-Normandie	3
Bourgogne	4
Bretagne	4
Centre	6
Champagne-Ardenne	4
Corse	2
Franche-Comté (1)	4
Haute-Normandie	3
Île-de-France	8
Languedoc-Roussillon	5
Limousin	4
Lorraine	4
Midi-Pyrénées	8
Nord - Pas-de-Calais	2
PACA	6
Pays de la Loire	5
Picardie	3
Poitou-Charentes	4
Rhône-Alpes	9
France métropolitaine	**102**
Guadeloupe	1
Guyane	1
Martinique	1
Réunion	1
DOM	**4**
France entière	**106**

(1) Le SAMU du Jura n'assure pas l'activité de régulation qui est effectuée par le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU du Doubs.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.88. Nombre de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) autorisés et installés par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de SMUR polyvalents	Nombre d'antennes SMUR	Nombre de SMUR saisonniers	Nombre total de SMUR (1)
Alsace	7	3	-	10
Aquitaine	18	-	3	21
Auvergne	10	3	1	14
Basse-Normandie	10	10	-	20
Bourgogne	17	2	-	19
Bretagne	20	4	-	24
Centre	20	2	-	22
Champagne-Ardenne	13	4	-	17
Corse	2	5	-	7
Franche-Comté	10	1	-	11
Haute-Normandie	8	4	-	12
Île-de-France	37	-	-	37
Languedoc-Roussillon	11	2	1	14
Limousin	4	3	-	7
Lorraine	14	6	-	20
Midi-Pyrénées	23	2	-	25
Nord - Pas-de-Calais	17	1	-	18
PACA	24	3	-	27
Pays de la Loire	15	3	-	18
Picardie	18	1	-	19
Poitou-Charentes	19	-	2	21
Rhône-Alpes	33	5	3	41
France métropolitaine	**350**	**64**	**10**	**424**
Guadeloupe	3	-	-	3
Guyane	3	-	-	3
Martinique	1	-	-	1
Réunion	4	-	-	4
DOM	**11**	**-**	**-**	**11**
France entière	**361**	**64**	**10**	**435**

(1) Nombre d'implantations dans les établissements autorisés à avoir un SMUR, qui est un service ou un pôle d'activité chargé d'apporter hors de l'enceinte hospitalière des soins aux malades et aux blessés et de les transporter dans des conditions de réanimation satisfaisantes, en liaison avec le SAMU.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.89. Activité des services mobliles d'urgence et de réanimation (SMUR) [1] en 2004

Activité	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre total de sorties [2]	623 767	2 291	536	**626 594**
dont sorties terrestres primaires (du SMUR au lieu de détresse et retour vers un établissement de soins)	*472 176*	*2 044*	*536*	***474 756***
dont sorties terrestres secondaires (d'un établissement de soins à un autre)	*122 570*	*229*	-	***122 799***
dont sorties aériennes primaires et secondaires	*29 021*	*18*	-	***29 039***
Nombre de sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR (patients décédés, traités ou laissés sur place…)	148 491	421	76	**148 988**
Nombre de sorties primaires suivies de transport médicalisé par le SMUR	351 143	1 632	460	**353 235**
dont nombre de patients transportés vers l'établissement de soins siège du SMUR	*256 918*	*1 455*	*178*	***258 551***
dont nombre de patients transportés d'emblée vers un autre établissement de soins	*81 373*	*177*	*238*	***81 788***

(1) Service ou un pôle d'activité d'un service hospitalier chargé d'apporter hors de l'enceinte hospitalière des soins aux malades et aux blessés et de les transporter dans des conditions de réanimation satisfaisantes en liaison avec le SAMU
(2) Interventions médicalisées d'une unité mobile hospitalière auprès de blessés, malades ou parturientes

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.90. Activité des unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue [1] en 2004

Activité [1]	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Unités de réanimation				
Nombre de lits au 31 décembre	4 462	337	735	5 534
Nombre de journées réalisées	1 604 553	91 029	263 697	1 959 279
Nombre total d'admissions	186 125	16 363	56 562	259 050
Unités de soins intensifs				
Nombre de lits au 31 décembre	2 255	196	374	2 825
Nombre de journées réalisées	643 947	55 584	138 398	837 929
Nombre total d'admissions	184 241	14 557	37 254	236 052
Unités de surveillance continue				
Nombre de lits au 31 décembre	1 155	157	1 315	2 627
Nombre de journées réalisées	306 458	40 149	411 117	757 724
Nombre total d'admissions	70 034	9 467	89 265	168 766

(1) Hors unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue spécifiques aux traitements des grands brûlés, à la chirurgie cardiaque, à la neurochirurgie et à la néonatalogie.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.91. Nombre d'unités de traitement des grands brûlés autorisées par région au 31 décembre 2005

Régions	Nombre d'unités (1)
Aquitaine	1
Centre	2
Île-de-France	4
Languedoc-Roussillon	1
Lorraine	2
Midi-Pyrénées	2
Nord - Pas-de-Calais	1
PACA	3
Pays de la Loire	1
Rhône-Alpes	2
France métropolitaine	**19**
Guadeloupe	1
Martinique	1
Réunion	1
DOM	**3**
France entière	**22**

(1) Il s'agit du nombre d'unités installées dans les établissements ayant reçu une autorisation pour le traitement des grands brûlés.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.92. Activité des unités de traitement des grands brûlés en 2004

Activité		Publics	Privés sous dotation globale	Ensemble
Unités de réanimation protégée pour les grands brûlés (individualisées)	Nombre de lits au 31 décembre	123	8	131
	Nombre total d'admissions	1 840	237	2 077
	Nombre de journées réalisées	33 477	4 216	37 693
Unités de traitement pour patients ne nécessitant pas de réanimation	Nombre de lits au 31 décembre	112	62	174
	Nombre total d'admissions	2 397	40	2 437
	Nombre de journées réalisées	23 677	840	24 517
Nombre d'interventions chirurgicales (exemple : excisions étendues ou greffes)		13 946	1 586	15 532
Nombre de lettres-clés KC correspondantes		855 981	112 421	968 402
Nombre de soins réalisés sous anesthésie pour malades hospitalisés		20 776	1 545	22 321
Nombre de lettres-clés Kare correspondantes		815 213	52 345	867 558
Nombre de venues en anesthésie/chirurgie ambulatoire liées aux traitement des brûlures		718	-	718
Nombre de consultations externes liées aux traitements des brûlures		34 182	3 903	38 085
Nombre de patients différents pris en charge dans l'année en hospitalisation (file active)		2 989	283	3 272

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.93. Nombre d'unités de chirurgie cardiaque autorisées et installées par région au 31 décembre 2005

Régions	Nombre d'unités dans les établissements publics	Nombre d'unités dans les établissements privés	Nombre total d'unités (1)
Alsace	2	-	2
Aquitaine	2	1	3
Auvergne	1	-	1
Basse-Normandie	1	1	2
Bourgogne	1	-	1
Bretagne	2	-	2
Centre	1	1	2
Champagne-Ardenne	1	-	1
Corse	-	-	-
Franche-Comté	1	-	1
Haute-Normandie	1	-	1
Île-de-France	6	10	16
Languedoc-Roussillon	1	3	4
Limousin	1	-	1
Lorraine	2	1	3
Midi-Pyrénées	2	1	3
Nord - Pas-de-Calais	1	2	3
PACA	3	5	8
Pays de la Loire	2	-	2
Picardie	1	-	1
Poitou-Charentes	1	-	1
Rhône-Alpes	5	4	9
France métropolitaine	**38**	**29**	**67**
DOM	**2**	**-**	**2**
France entière	**40**	**29**	**69**

(1) Nombre d'unités implantées dans les établissements titulaires d'une autorisation pour la pratique de la chirurgie cardiaque.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.94. Activité des unités de chirurgie cardiaque en 2004

Chirurgie cardiaque		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Lits dédiés à la chirurgie cardiaque	Nombre de lits installés	1 092	219	211	1 522
	Nombre total d'admissions	47 843	9 385	17 513	74 741
	Nombre de journées réalisées	269 147	58 116	107 884	435 147
Lits dédiés à la réanimation	Nombre de lits installés	322	47	96	465
	Nombre total d'admissions	19 068	3 019	9 511	31 598
	Nombre de journées réalisées	97 004	12 890	39 810	149 704
Lits dédiés à la surveillance continue post-opératoire	Nombre de lits installés	49	-	20	69
	Nombre total d'admissions	3 156	-	2 069	5 225
	Nombre de journées réalisées	9 793	-	11 554	21 347
Salles d'interventions aseptiques dédiées à la chirurgie cardiaque	Nombre de salles	85	14	45	144
	Nombre total d'interventions	27 810	4 241	15 361	47 412
	Nombre d'interventions sous circulation extracorporelle	17 526	3 422	11 439	32 387
Nombre d'appareils de circulation extracorporelle dédiés à la chirurgie cardiaque		97	15	46	158
Nombre d'unités de coronarographie ou d'angioplastie avec lesquelles l'établissement a passé convention pour la prise en charge des urgences		28	2	11	41

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.95. Activité des sites de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle en 2004

Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Neurochirurgie	Nombre de lits installés	2 191	91	224	2 506
	Nombre d'admissions	89 707	4 805	14 851	109 363
	Nombre de journées réalisées	605 877	22 105	78 138	706 120
Réanimation neurochirurgicale	Nombre de lits installés	377	6	7	390
	Nombre d'admissions	13 839	539	246	14 624
	Nombre de journées réalisées	113 550	2 366	788	116 704
Surveillance continue postopératoire	Nombre de lits installés	101	9	6	116
	Nombre d'admissions	3 808	76	1 598	5 482
	Nombre de journées réalisées	20 684	846	9 158	30 688
Salles dédiées à la neurochirurgie	Nombre de salles	113	3	14	130
	Nombre total d'interventions	51 862	2 577	9 595	64 034
Salles dédiées à la neuroradiologie interventionnelle	Nombre de salles	41	3	1	45
	Nombre d'actes	10 030	924	-	10 954
Existence d'un dispositif de neuronavigation		24	1	5	30

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.96 Nombre de sites de transplantations d'organes autorisés et installés selon l'organe traité et le CHU d'implantation au 31 décembre 2005

CHU d'implantation	Nombre de sites (1) selon l'organe traité							
	Rein	Cœur	Poumon	Cœur-Poumon	Foie	Pancréas	Intestin	Ensemble
Amiens	1	-	-	-	-	-	-	1
Angers	1	-	-	-	-	-	-	1
Besançon	1	-	-	-	1	-	-	2
Bordeaux	1	1	1	1	1	1	-	6
Brest	1	-	-	-	-	-	-	1
Caen	1	1	-	-	1	-	-	3
Clermont-Ferrand	1	1	-	-	1	-	-	3
Dijon	1	1	-	-	-	-	-	2
Grenoble	1	1	1	1	1	1	-	6
Lille	2	1	1	1	1		-	6
Limoges	1	1	-	-	1	-	-	3
Lyon	2	2	1	1	2	1	1	10
Marseille	3	1	1	1	1	-	-	7
Montpellier	2	1	-	-	1	1	-	5
Nancy	1	1	-	1	-	1	-	4
Nantes	1	1	1	1	-	1	-	5
Nice	1	1	-	1	1	-	-	4
Paris	10	8	5	5	8	4	1	41
Poitiers	1	-	-	-	-	-	-	1
Reims	1	-	-	-	-	-	-	1
Rennes	1	1	-	-	1	-	-	3
Rouen	1	1	-	-	1	1	-	4
St-Étienne	1	-	-	-	-	1	-	2
Strasbourg	1	1	1	1	1	1	1	7
Toulouse	2	1	1	1	2	1	-	8
Tours	1	1	-	-	-	-	-	2
France métropolitaine	**41**	**27**	**13**	**15**	**25**	**14**	**3**	**138**
Pointe-à-Pitre	1	-	-	-	-	-	-	1
St-Denis-de-la-Réunion	1	-	-	-	-	-	-	1
DOM	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2**
France entière	**43**	**27**	**13**	**15**	**25**	**14**	**3**	**140**

(1) Nombre de sites autorisés pour l'activité de transplantations d'organes, un site ne traitant qu'un type d'organe. Certains CHU peuvent avois plusieurs sites autorisés.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.97. Nombre de sites d'activités périnatales autorisés et installés par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de centres périnataux de proximité (CPP) (2)	Nombre de maternités de niveau 1 (3)	Nombre de maternités de niveau 2A (4)	Nombre de maternités de niveau 2B (5)	Nombre de maternités de niveau 3 (6)	Nombre total de sites (1)
Alsace	1	10	4	2	3	20
Aquitaine	6	24	2	4	3	39
Auvergne	1	8	5	1	1	16
Basse-Normandie	6	13	2	3	2	26
Bourgogne	2	10	2	4	1	19
Bretagne	5	12	11	2	4	34
Centre	1	14	6	2	3	26
Champagne-Ardenne	3	8	4	3	2	20
Corse	-	3	-	2	-	5
Franche-Comté	4	2	5	2	1	14
Haute-Normandie	1	8	6	2	2	19
Île-de-France	-	57	24	22	12	115
Languedoc-Roussillon	2	14	5	-	3	24
Limousin	-	4	3	-	1	8
Lorraine	5	14	2	5	2	28
Midi-Pyrénées	3	20	8	2	1	34
Nord - Pas-de-Calais	1	26	7	3	6	43
PACA	3	29	7	9	3	51
Pays de la Loire	4	13	3	5	3	28
Picardie	3	10	3	5	2	23
Poitou-Charentes	8	9	3	4	1	25
Rhône-Alpes	9	39	16	5	6	75
France métropolitaine	**68**	**347**	**128**	**87**	**62**	**692**
Guadeloupe	-	3	1	-	2	6
Guyane	-	2	2	-	1	5
Martinique	-	2	1	1	1	5
Réunion	1	3	3	1	2	10
DOM	**1**	**10**	**7**	**2**	**6**	**26**
France entière	**69**	**357**	**135**	**89**	**68**	**718**

(1) Établissements géographiques titulaires d'une autorisation pour une activité périnatale d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Les établissements peuvent avoir des unités de chacune de ces 3 activités installées conjointement. La présence ou non d'unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale à côté de l'unité d'obstétrique détermine le type de maternité.
(2) Établissements exerçant des activités prénatales et postnatales en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.
(3) Unités d'obstétrique seule.
(4) Unités d'obstétrique avec néonatalogie sans soins intensifs.
(5) Unités d'obstétrique avec néonatalogie et soins intensifs.
(6) Unités d'obstétrique avec néonatalogie et réanimation néonatale.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.98. Activité des sites d'activités périnatales en 2004

Équipement et activité	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de sites d'activités périnatales (1)	421	39	199	659
dont centres périnataux de proximité (2)	*31*	*2*	*1*	*34*
dont maternités de niveau 1 (2)	*161*	*23*	*154*	*338*
dont maternités de niveau 2 (3)	*154*	*11*	*44*	*209*
dont maternités de niveau 3 (4)	*75*	*3*	-	*78*
Nombre de lits, berceaux, couveuses	14 088	1 211	6 270	21 569
Nombre d'admissions	696 643	60 187	290 559	1 047 389
Nombre de journées	3 811 560	314 792	1 530 032	5 656 384
Nombre d'accouchements	465 224	46 061	243 475	754 760
Part d'accouchements avec césarienne	*18,8 %*	*18,6 %*	*20,0 %*	*19,2 %*
Part d'accouchements sous péridurale ou rachianesthésie	*64,1 %*	*68,1 %*	*71,1 %*	*66,6 %*
Nombre de naissances	472 826	43 242	245 685	761 753
Part des enfants nés de naissances multiples	*3,4 %*	*2,6 %*	*2,0 %*	*2,9 %*

(1) Établissements géographiques titulaires d'une autorisation pour une activité périnatale d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Les établissements peuvent avoir des unités de chacune de ces 3 activités installées conjointement. La présence ou non d'unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale à côté de l'unité d'obstétrique détermine le type de maternité.
(2) Unités d'obstétrique seule.
(3) Unités d'obstétrique avec néonatalogie, avec ou sans soins intensifs.
(4) Unités d'obstétrique avec néonatalogie et réanimation néonatale.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administrative

1.99. Nombre de sites d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal autorisés et implantés par région au 31 décembre 2005

Régions	Nombre de sites d'assistance médicale à la procréation (AMP) (1)					Nombre de sites de diagnostic prénatal (DPN) (2)		
	Biologique		Clinique		Ensemble	Public	Privé	Ensemble
	Public	Privé	Public	Privé				
Alsace	2	1	1	1	5	2	-	2
Aquitaine	1	4	1	4	10	3	-	3
Auvergne	1	1	1	1	4	1	-	1
Basse-Normandie	1	1	1	1	4	1	1	2
Bourgogne	1	-	1	-	2	1	1	2
Bretagne	2	3	3	2	10	1	2	3
Centre	3	-	2	1	6	2	1	3
Champagne-Ardenne	1	2	2	1	6	-	2	2
Corse	-	-	-	-	-	-	1	1
Franche-Comté	1	1	1	1	4	-	1	1
Haute-Normandie	1	2	2	1	6	1	1	2
Île-de-France	10	14	11	12	47	8	7	15
Languedoc-Roussillon	2	2	2	2	8	1	1	2
Limousin	1	-	1	-	2	1	-	1
Lorraine	1	3	2	2	8	3	3	6
Midi-Pyrénées	1	2	2	2	7	1	2	3
Nord - Pas-de-Calais	2	4	4	2	12	2	3	5
PACA	2	6	3	5	16	1	3	4
Pays de la Loire	3	3	3	3	12	2	2	4
Picardie	1	2	1	2	6	1	1	2
Poitou-Charentes	1	1	1	1	4	1	1	2
Rhône-Alpes	3	7	5	6	21	4	2	6
France métropolitaine	**41**	**59**	**50**	**50**	**200**	**37**	**35**	**72**
Guadeloupe	-	-	-	-	-	-	1	1
Guyane	-	1	-	1	2	-	1	1
Martinique	-	1	1	-	2	-	1	1
Réunion	-	1	-	1	2	1	-	1
DOM	**-**	**3**	**1**	**2**	**6**	**1**	**2**	**3**
France entière	**41**	**62**	**51**	**52**	**206**	**38**	**37**	**75**

(1) Nombre de sites installés dans les établissements titulaires d'une autorisation pour pratiquer une activité d'assistance médicale à la procréation.
(2) Nombre de sites installés dans les établissements titulaires d'une autorisation pour pratiquer une activité de diagnostic prénatal.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.100. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le lieu d'intervention. Évolution de 1990 à 2004

Lieu d'intervention		Nombre d'interruptions de grossesse					
		1990	1995	2001	2002	2003	2004
Établissements de santé publics	Nombre d'IVG	118 505	117 316	135 000	140 041	138 150	145 075
	Part des IVG par mode médicamenteux	*16 %*	*18 %*	*33 %*	*37 %*	*40 %*	*44 %*
Établissements de santé privés	Nombre d'IVG	78 901	62 332	67 180	66 555	65 196	61 520
	Part des IVG par mode médicamenteux	*9 %*	*11 %*	*26 %*	*30 %*	*34 %*	*36 %*
Ensemble	Nombre d'IVG	197 406	179 648	202 180	206 596	203 346	206 595
	Part des IVG par mode médicamenteux	*14 %*	*16 %*	*31 %*	*35 %*	*38 %*	*41 %*
	Part des IVG réalisées dans le public	*60 %*	*65 %*	*67 %*	*68 %*	*68 %*	*70 %*
	Nombre d'ITG (interruptions thérapeutiques de grossesse)	nd	nd	nd	nd	10 207	10 384

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES

1.101. Taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse selon l'âge des femmes. Évolution de 1990 à 2003

Age des femmes	Taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (Nombre d'IVG pour 1 000 femmes)				
	1990	1995	2001	2002	2003
15-17 ans	7,0	7,5	9,1	9,4	9,6
18-19 ans	16,4	17,8	21,7	21,6	21,7
20-24 ans	21,8	20,9	26,6	27,6	26,7
25-29 ans	21,8	19,1	21,8	22,6	22,3
30-34 ans	18,8	16,4	18,3	18,8	18,2
35-39 ans	13,2	12,1	13,4	13,4	13,0
40-44 ans	5,7	5,0	5,5	5,7	5,6
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7
Total 15-49 ans	**14,0**	**12,3**	**14,1**	**14,4**	**14,1**
Évolution annuelle moyenne		**- 9,0 %**	**12,5 %**	**2,2 %**	**- 1,6 %**

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES

1.102. Nombre de sites de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) autorisés et installés par région au 31 décembre 2003

Régions	Nombre de centres de dialyse	dont centres à activité exclusivement saisonnière	dont unités allégées de dialyse	Nombre d'unités d'autodialyse	dont unité d'autodialyse à activité exclusivement saisonnière
Alsace	6	-	5	8	-
Aquitaine	12	-	-	60	2
Auvergne	7	-	-	17	-
Basse-Normandie	7	-	-	9	-
Bourgogne	6	-	3	12	-
Bretagne	18	-	1	35	-
Centre	10	-	1	34	-
Champagne-Ardenne	4	-	1	14	-
Corse	4	-	-	5	-
Franche-Comté	4	-	4	6	-
Haute-Normandie	8	-	1	12	-
Île-de-France	53	-	1	62	-
Languedoc-Roussillon	9	3	3	20	-
Limousin	2	-	2	5	-
Lorraine	10	-	3	16	-
Midi-Pyrénées	12	-	-	46	-
Nord - Pas-de-Calais	18	-	-	40	-
PACA	24	-	-	41	2
Pays de la Loire	11	-	1	21	2
Picardie	7	-	-	15	-
Poitou-Charentes	5	-	3	20	-
Rhône-Alpes	26	-	3	43	-
France métropolitaine	**263**	**3**	**32**	**541**	**6**
Guadeloupe	3	-	2	4	-
Guyane	1	-	-	2	-
Martinique	2	-	-	7	-
Réunion	5	-	-	11	-
DOM	**11**	**-**	**2**	**24**	**-**
France entière	**274**	**3**	**34**	**565**	**6**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - CNAMTS

1.103. Activité des sites de traitement de l'insuffisance rénale chronique en 2004

Techniques de traitement de l'IRC		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Hémodialyse en centre	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	1 960	216	2 813	4 989
	Nombre de patients	7 166	841	10 571	18 578
	Nombre de séances	1 050 735	110 799	1 558 212	2 719 746
Autodialyse	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	244	-	5 735	5 979
	Nombre de patients	472	-	7 553	8 025
	Nombre de séances	70 932	-	1 154 428	1 225 360
Entraînement à l'hémodialyse	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	101	5	401	507
	Nombre de patients	171	8	587	766
	Nombre de séances	20 135	920	77 626	98 681
Hémodialyse à domicile	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	14	6	602	622
	Nombre de patients	43	9	523	575
	Nombre de séances	12 802	-	83 353	96 155
Total hémodialyse	**Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre**	**2 319**	**227**	**9 551**	**12 097**
	Nombre de patients	**7 852**	**858**	**19 234**	**27 944**
	Nombre de séances	**1 154 604**	**111 719**	**2 873 619**	**4 139 942**
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	-	-	-	-
	Nombre de patients	277	32	1 670	1 979
	Nombre de semaines de traitement	10 459	136	84 087	94 682
Dialyse péritonéale automatisée à domicile	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	46	2	697	745
	Nombre de patients	146	1	779	926
	Nombre de semaines de traitement	4 332	22	43 557	47 911
Dialyse péritonéale en centre	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre	57	-	3	60
	Nombre de patients	255	15	4	274
	Nombre de semaines de traitement	5 948	2 333	271	8 552
Entraînement à la dialyse péritonéale	Nombre d'appareils ou de générateurs au 31décembre	36	14	15	65
	Nombre de patients	92	-	17	109
	Nombre de semaines de traitement	2 557	800	1 603	4 960
Total dialyse péritonéale	**Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre**	**139**	**16**	**715**	**870**
	Nombre de patients	**770**	**48**	**2 470**	**3 288**
	Nombre de semaines de traitement	**23 296**	**3 291**	**129 518**	**156 105**
Total dialyse	**Nombre d'appareils ou de générateurs au 31 décembre**	**2 458**	**243**	**10 266**	**12 967**
	Nombre de patients	**8 622**	**906**	**21 704**	**31 232**

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.104. Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie et chimiothérapie en 2004

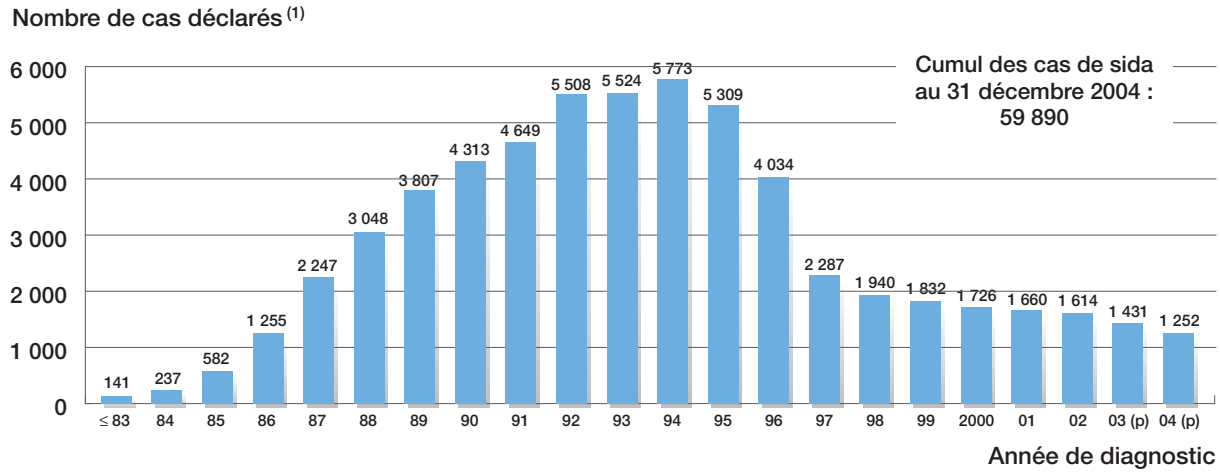
Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre d'accélérateurs de particules	94	74	168	336
Nombre de passages-machine	883 424	845 179	2 081 578	3 810 181
Nombre de passages-machine par appareil	9 398	11 421	12 390	11 340
Nombre de télécobalts	13	13	28	54
Nombre de passages-machine	74 853	122 926	84 737	282 516
Nombre de passages-machine par appareil	5 758	9 456	3 026	5 232
Nombre de séances de radiothérapie	930 793	824 054	1 948 788	3 703 635
Répartition des séances de radiothérapie	25,1 %	22,2 %	52,6 %	100,0 %
Nombre de séances sur patients hospitalisés	65 253	60 972	48 748	174 973
Nombre de séances sur patients ambulatoires	865 540	763 082	1 900 040	3 528 662
Part des séances réalisées en ambulatoire	93 %	93 %	97 %	95 %

Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de séances de chimiothérapie	1 478 896	592 292	1 112 796	3 183 984
Répartition des séances de chimiothérapie	46 %	19 %	35 %	100 %
Nombre de séances sur patients hospitalisés	913 051	382 986	431 314	1 727 351
Nombre de séances sur patients ambulatoires	565 845	209 306	681 482	1 456 633
Part des séances réalisées en ambulatoire	38 %	35 %	61 %	46 %
Nombre de lits de traitement contre le cancer en hospitalisation complète (2)	1 641	3 404	909	5 954
Nombre d'admissions en hospitalisation complète (2)	82 745	163 071	28 413	274 229

(1) Lieux géographiques ayant une activité autorisée de radiothérapie
(2) Dans les unités spécifiques consacrées à la prise en charge du cancer (centres hospitaliers ou cliniques disposant d'unités d'hospitalisation dédiées à la cancérologie médicale et chirurgicale et centres de lutte contre le cancer - essentiellement les CLCC).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.105. Nombre de nouveaux cas de sida par année de diagnostic jusqu'en 2004

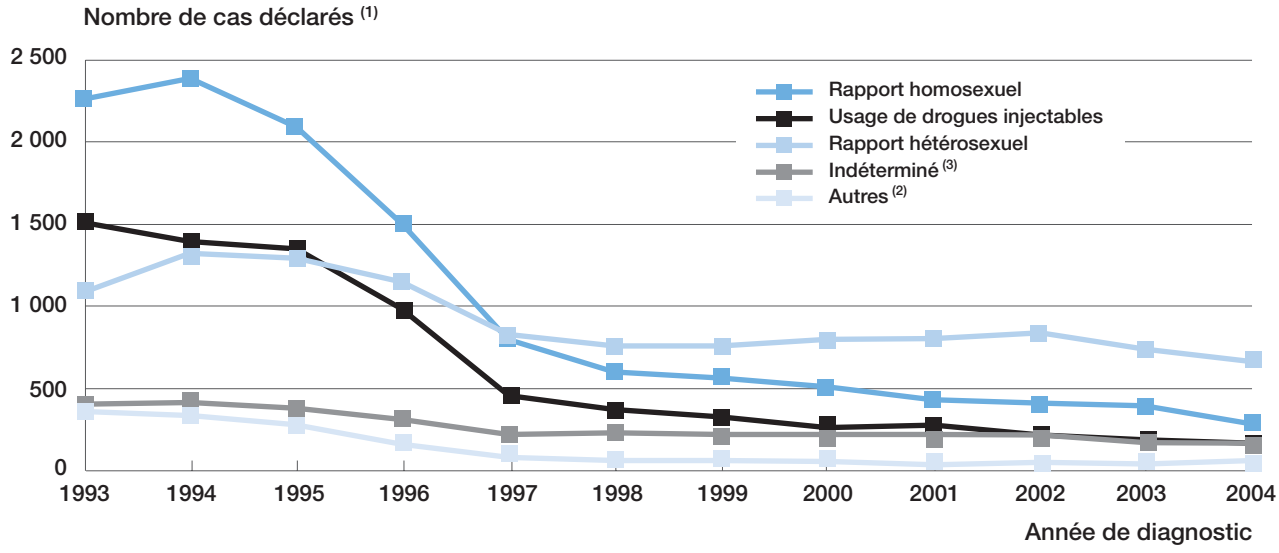


(p) : données non redressées

(1) Données redressées au 31 décembre 2004. Le redressement a pour but de corriger les délais de déclaration. Il ne prend pas en compte la sous-déclaration.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - Institut de veille sanitaire (InVS)

1.106. Répartition des cas de sida par année de diagnostic selon le mode de contamination. Évolution de 1993 à 2004



(1) Données redressées au 31 décembre 2004. Le redressement a pour but de corriger les délais de déclaration. Il ne prend pas en compte la sous-déclaration.
(2) Transmission materno-fœtale, transfusion…
(3) Cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - Institut de veille sanitaire (InVS)

La surveillance nationale du SIDA

Cf. les tableaux 1.105. et 1.106.

La surveillance nationale du Sida a été mise en place depuis 1982 et est gérée actuellement par l'institut de veille sanitaire (InVS).

Elle permet de recueillir le nombre de cas déclarés, dont la déclaration a été rendue obligatoire en juin 1986 ; les cas déclarés chez l'adulte et l'adolescent de 13 ans et plus sont répartis par année de diagnostic et par groupe de transmission.

Les données sont régulièrement publiées dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) et sont disponibles sur le site de l'Invs (www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm).

Enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique

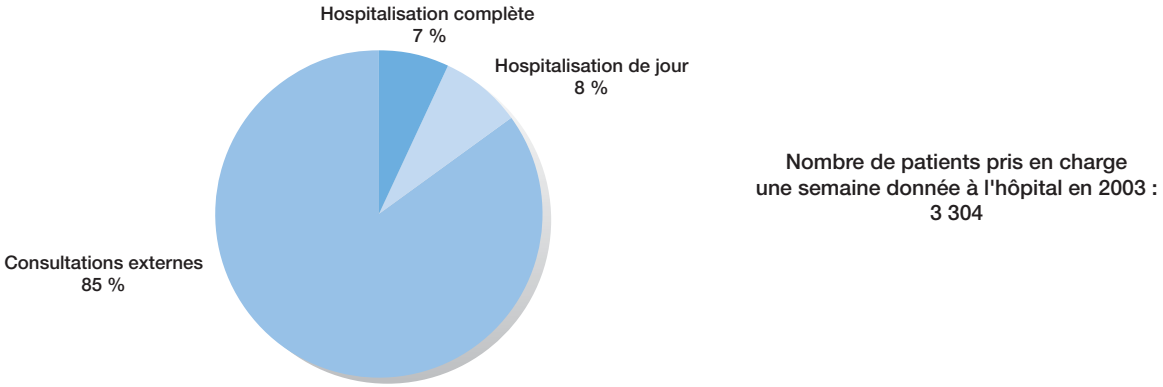
Cf. les tableaux 1.107. à 1.110.

Depuis juin 1997, une enquête d'abord semestrielle puis annuelle sur la fréquentation hospitalière pour hépatite C a été réalisée par la DREES et la DHOS au ministère de la santé et des solidarités.

Dans un contexte de structuration de l'offre de soins (circulaire de mai 1995, création des pôles de référence en 1995/96, circulaire de mai 1999) et d'évolution rapide des traitements (conférence de consensus de 1997, de 2002 et conférence européenne de 1999), il paraissait important de suivre l'évolution des recours hospitaliers pour cette pathologie d'émergence récente. Le choix s'était porté sur une enquête sur les modalités de recours aux soins en fonction du stade de l'hépatite et de la prescription ou non d'un traitement.

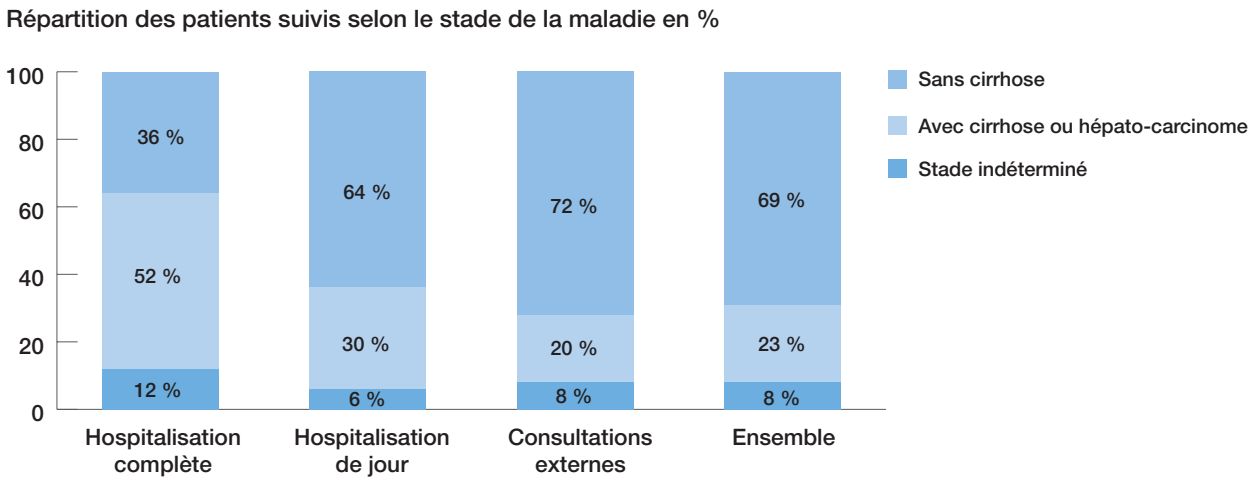
Cette enquête a permis de suivre l'évolution de cette prise en charge, de mesurer l'importance des recours selon les types de services (pôles et hors pôles de référence).

1.107. Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le mode de prise en charge en 2003



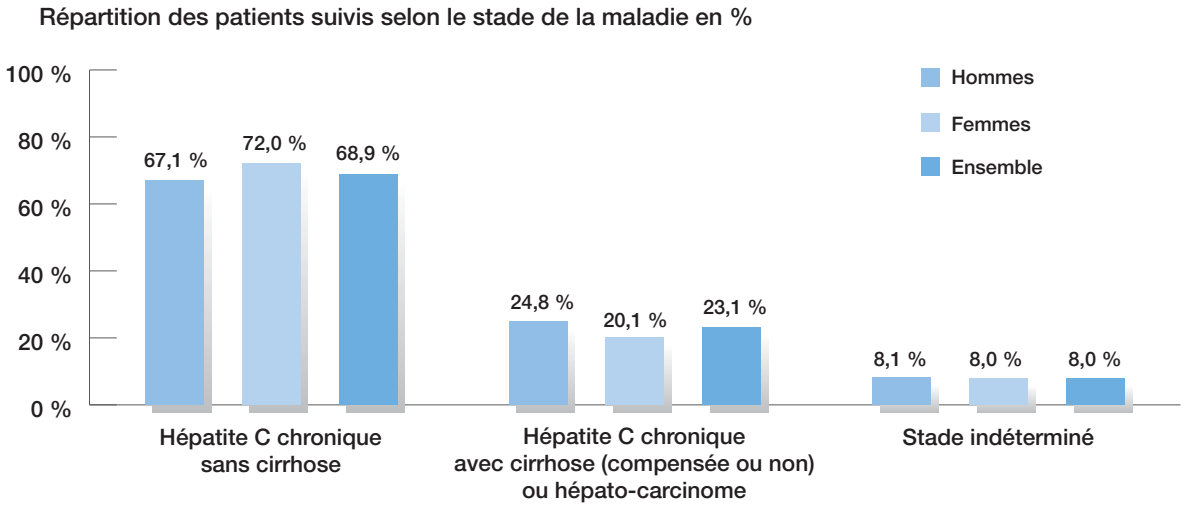
Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - DHOS - Enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

1.108. Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le mode de prise en charge et le stade de la maladie en 2003



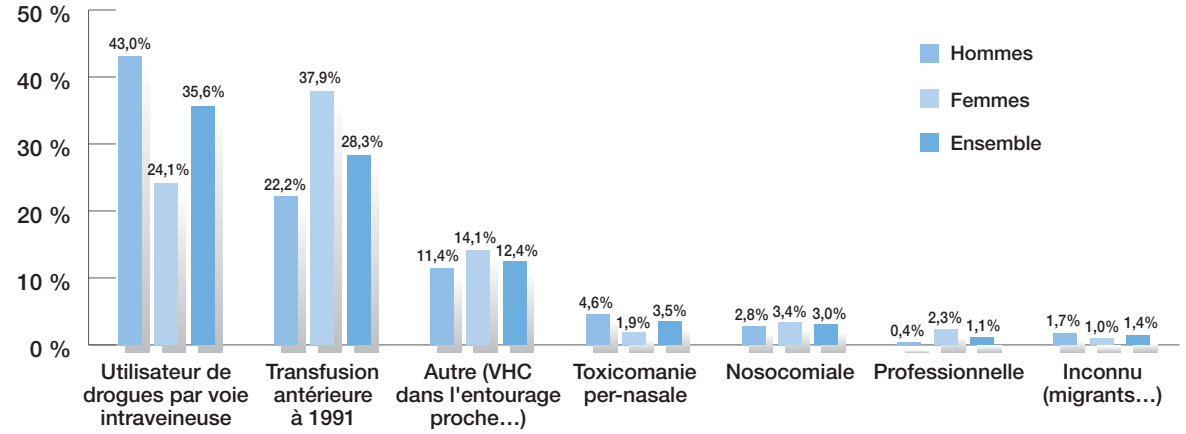
Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - DHOS - Enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

1.109. Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le sexe et le stade de la maladie en 2003



Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - DHOS - Enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

1.110. Fréquentation hospitalière des patients atteints d'hépatite C chronique selon le sexe et le mode de contamination [1] en 2003



Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - DHOS - Enquête auprès des patients atteints d'hépatite C chronique (2003)

1.111. Implantation des centres de référence labellisés pour la prise en charge des maladies rares [1] dans les centres hospitaliers universitaires au 31 décembre 2005

CHU d'implantation	Nom du centre de référence	Famille de maladies rares	Ville
AP-HP HÔTEL-DIEU	Centre de référence des hypersomnies rares - Antenne de physiologie	Autres maladies rares	Paris 4
AP-HP HÔPITAL ST-LOUIS	Centre de référence des aplasies médullaires constitutionnelles rares - Service d'hématologie et de greffes de mœlle osseuse	Maladies hématologiques non malignes rares	Paris 10
AP-HP HÔPITAL LARIBOISIÈRE	Centre de référence pour la maladie de Wilson - Service de neurologie	Maladies héréditaires du métabolisme	Paris 10
	Centre de référence des maladies vasculaires rares du système nerveux central et de la rétine - Service de neurologie	Maladies neurologiques rares	Paris 10
AP-HP HÔPITAL TROUSSEAU	Centre de référence des surdités congénitales et héréditaires - Unité de Génétique Médicale	Troubles sensoriels rares	Paris 12
AP-HP HÔPITAL ST-ANTOINE	Centre de référence pour les maladies inflammatoires des voies biliaires - Service d'hépatogastroentérologie	Maladies hépato-gastro-entérologiques rares	Paris 12
CHNO des QUINZE-VINGTS	Centre de référence des dystrophies rétiniennes héréditaires - Service d'ophtalmologie	Troubles sensoriels rares	Paris 12
AP-HP HÔPITAL PITIE-SALPETRIÈRE	Centre de référence pour les lupus et syndromes des antiphospholipides - Service de médecine interne	Maladies auto-immunes et maladies systémiques rares	Paris 13
	Centre de référence pour les maladies cardiaques héréditaires - INSERM Unité 621	Maladies cardio-vasculaires rares	Paris 13
	Centre de référence des maladies neurogénétiques - Département de génétique, cytogénétique et embryologie	Maladies neurologiques rares	Paris 13
	Centre de référence des canalopathies musculaires - Fédération de neurologie	Maladies neuromusculaires	Paris 13
	Centre de référence de la sclérose latérale amyotrophique - Fédération de neurologie	Maladies neuromusculaires	Paris 13
	Centre de référence pour les maladies neuromusculaires - Institut de Myologie	Maladies neuromusculaires	Paris 13
AP-HP GH NECKER-COCHIN	Centre de référence des maladies osseuses constitutionnelles - Service de génétique	Maladies osseuses rares	Paris 15 et Paris 14
AP-HP HÔPITAL COCHIN	Centre de référence pour les vascularites nécrosantes et sclérodermies systémiques - Service de médecine interne	Maladies auto-immunes et maladies systémiques rares	Paris 14
	Centre de référence des maladies rares de la surrénale - Service d'endocrinologie et des maladies métaboliques	Maladies endocriniennes rares	Paris 14
AP-HP HÔPITAL NECKER-ENFANTS-MALADES	Centre de référence pour les maladies génétiques à expression cutanée - Service de dermatologie	Maladies dermatologiques rares	Paris 15
	Centre de référence des maladies digestives intestinales - Service de gastro-entérologie	Maladies hépato-gastro-entérologiques rares	Paris 15
	Centre de référence commun pour les maladies héréditaires du métabolisme - Service des maladies du métabolisme (en collaboration avec le Service de neurologie, maladies métabolique de l'hôpital Robert DEBRE)	Maladies héréditaires du métabolisme	Paris 15
	Centre de référence des maladies mitochondriales - Service de génétique médicale	Maladies héréditaires du métabolisme	Paris 15
	Centre de référence des épilepsies rares - Service des maladies du métabolisme- pédiatrie - neurologie - diabétologie endocrinologie (en collaboration avec le service de neurologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière)	Maladies neurologiques rares	Paris 15
	Centre de référence pour les maladies rénales héréditaires - Service de néphrologie et génétique	Maladies rénales rares	Paris 15
	Centre de référence pour les déficits immunitaires héréditaires - Service d'immunologie, d'hématologie et de rhumatologie pédiatrique	Déficits immunitaires rares	Paris 15
AP-HP HÔPITAL ROBERT-DEBRÉ	Centre de référence sur les anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique - UF de génétique clinique Fédération de génétique	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Paris 19
	Centre de référence du Syndrome d'Ondine - Service de physiologie	Maladies pulmonaires rares	Paris 19
	Centre de référence des maladies endocriniennes rares de la croissance - Service d'endocrinologie pédiatrique	Maladies endocriniennes rares	Paris 19

suite du tableau page suivante ▶

1.111. Implantation des centres de référence labellisés pour la prise en charge des maladies rares [1] dans les centres hospitaliers universitaires au 31 décembre 2005 (suite)

CHU d'implantation	Nom du centre de référence	Famille de maladies rares	Ville
AP-HP HÔPITAL TENON	Centre de référence des amyloses d'origine inflammatoire et de la fièvre méditerranéenne familiale - Service de médecine interne	Maladies auto-immunes et maladies systémiques rares	Paris 20
AP-HP HÔPITAL AMBROISE PARÉ	Centre de référence pour le syndrôme de MARFAN - Service de cardiologie	Maladies de la trame conjonctive	Boulogne-Billancourt (92)
AP-HP HÔPITAL ANTOINE-BECLERE	Centre de référence pour les maladieshéréditaires du métabolisme hépatique - Service de pédiatrie	Maladies héréditaires du métabolisme	Clamart (92)
	Centre de référence pour l'hypertension pulmonaire sévère - Service de pneumologie	Maladies pulmonaires rares	Clamart (92)
AP-HP HÔPITAL BEAUJON	Centre de référence pour les maladies lysosomales à expression neurologique - Service de médecine interne	Maladies neurologiques rares	Clichy (92)
	Centre de référence des maladies vasculaires du foie de l'adulte - Service d'hépatologie	Maladies hépato-gastro-entérologiques rares	Clichy (92)
AP-HP HÔPITAL LOUIS-MOURIER	Centre de référence pour les porphyries - Service de biochimie et génétique	Maladies héréditaires du métabolisme	Colombes (92)
AP-HP HÔPITAL RAYMOND-POINCARÉ	Centre de référence pour les maladies neuromusculaires - Service de pédiatrie, réanimation, rééducation neuro-respiratoire	Maladies neuromusculaires	Garches (92)
AP-HP HÔPITAL DE BICÊTRE	Centre de référence des atrésies des voies biliaires de l'enfant - Service de pédiatrie gastro-entérologie	Maladies hépato-gastro-entérologiques rares	Le Kremlin Bicêtre (94)
	Centre de référence pour les maladies génétiques de l'érythrocyte et de l'érythropoïèse (hors drépanocytose) - Service d'hématologie biologique	Maladies hématologiques non malignes rares	Le Kremlin Bicêtre (94)
	Centre de référence des neuropathies amyloïdes familiales	Maladies neurologiques rares	Le Kremlin Bicêtre (94)
AP-HP HÔPITAL HENRI-MONDOR	Centre de référence pour les dermatoses bulleuses acquises toxiques et immunologiques - Service de dermatologie	Maladies dermatologiques rares	Créteil (94)
	Centre de référence des cytopénies auto immunes de l'adulte - Service de médecine interne	Maladies hématologiques non malignes rares	Créteil (94)
	Centre de référence commun pour les syndromes drépanocytaires majeur (en collaboration avec le service d'hématologie biologique de l'Hôpital TENON)	Maladies hématologiques non malignes rares	Créteil (94)
	Centre de référence pour la maladie d'HUNTINGTON - Service de neurologie	Maladies neurologiques rares	Créteil (94)
	Centre de référence des neurofibromatoses - Service de dermatologie	Autres maladies rares	Créteil (94)
Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG	Centre de référence pour les affections ophtalmologiques génétiques - Service de génétique médicale, génétique ophtalmique	Troubles sensoriels rares	Strasbourg (67)
CHU de BORDEAUX	Centre de référence des anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique - Service de génétique médicale	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Bordeaux (33)
	Centre de référence des maladies rares de la peau - Service de dermatologie B en collaboration avec le service de génétique médicale et dermatologique du CHU de TOULOUSE	Maladies dermatologiques rares	Bordeaux (33)
	Centre de référence du kératocone - Service d'ophtalmologie (en collaboration avec le service d'ophtalmologie du CHU de Toulouse)	Troubles sensoriels rares	Bordeaux (33)
	Centre de référence des trombopathies constitutionnelles - Service d'hémobiologie	Maladies hématologiques non malignes rares	Bordeaux (33)
CHU de CLERMONT-FERRAND	Centre de référence des leucodystrophies - Service de génétique médicale (en collaboration avec le service d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul)	Maladies neurologiques rares	Clermont-Ferrand (63)
HCL - HÔTEL-DIEU	Centre de référence pour la maladie de Rendu Osler - Service de génétique clinique	Maladies de la trame conjonctive	Lyon (69)
HCL - HÔPITAL DEBROUSSE	Centre de référence des déficiences mentales liées au chromosome X et du syndrome de l'X fragile - Service de neurologie pédiatrique	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Lyon (69)

suite du tableau page suivante ▶

1.111. (suite)

CHU d'implantation	Nom du centre de référence	Famille de maladies rares	Ville
HCL - HÔPITAL ÉDOUARD HERRIOT	Centre de référence des maladies héréditaires rénales et du métabolisme - Département de pédiatrie	Maladies rénales rares	Lyon (69)
HCL - HÔPITAL LOUIS-PRADEL	Centre de référence pour les maladies orphelines pulmonaires - Service de pneumologie	Maladies pulmonaires rares	Lyon (69)
AP-HM LA TIMONE	Centre de référence des syndromes dysmorphiques rares avec retard mental - Département de génétique médicale	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Marseille (13)
	Centre de référence des maladies métaboliques de l'enfant - Service de neurologie pédiatrique	Maladies héréditaires du métabolisme	Marseille (13)
CHRU de LILLE	Centre de référence des atteintes vasculaires de la sclérodermie - Service de médecine interne	Maladies auto-immunes et maladies systémiques rares	Lille (59)
	Centre de référence des anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique - Génétique clinique	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Lille (59)
	Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme - Clinique de pédiatrie	Maladies héréditaires du métabolisme	Lille (59)
	Centre de référence des maladies neuromusculaires - Clinique de rééducation, de réadaptation et de soins de suites - Hôpital Pierre Swynghedauw)	Maladies neuromusculaires	Lille (59)
CHU de MONTPELLIER	Centre de référence pour les affections sensorielles génétiques - Service d'ORL B et d'ophtalmologie	Troubles sensoriels rares	Montpellier (34)
	Centre de référence des anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique - Génétique des maladies de l'enfant et de l'adulte	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Montpellier (34)
CHU d'ANGERS	Centre de référence des maladies neurogénétiques - Service de génétique	Maladies neurologiques rares	Angers(49)
CHU de NANTES	Centre de référence pour les troubles du rythme cardiaque d'origine génétique - Service de cardiologie	Maladies cardio-vasculaires rares	Nantes (44)
AP-HM, CHU de NICE	Centre de référence pour les maladies neuromusculaires et pour la sclérose latérale amyotrophique - Services de neurologie	Maladies neuromusculaires	Nice (06)
CHU de RENNES	Centre de référence des anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique - département de médecine de l'enfant et de l'adolescent (unité de génétique médicale)	Anomalies du développement embryonnaire d'origine génétique	Rennes (35)
CHU de ROUEN	Centre de référence des maladies bulleuses auto immunes - Clinique dermatologique	Maladies dermatologiques rares	Rouen (76)
CHU de TOULOUSE	Centre de référence du syndrome de Prader-Willi - Département de pédiatrie	Maladies endocriniennes rares	Toulouse (31)
	Centre de référence des maladies rénales rares - Service de néphrologie et Département médico-chirurgical pédiatrique	Maladies rénales rares	Toulouse (31)

(1) Les centres de référence pour les maladies rares, composés chacun d'équipes pluridisciplinaires, ont pour missions de :
- faciliter le diagnostic et définir une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social ;
- définir et diffuser des protocoles de prise en charge, en lien avec la Haute Autorité de Santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;
- coordonner les travaux de recherche et participer à la surveillance épidémiologique, en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (InVS) ;
- participer à des actions de formation et d'information pour les professionnels de santé, les malades et leurs familles, en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- animer et coordonner les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux ;
- être des interlocuteurs privilégiés pour les tutelles et les associations de malades.
Le label « centre de référence pour la prise en charge de maladies rares » est attribué par le ministre de la santé après avis du Comité national consultatif de labellisation (CNCL) aux centres ayant répondu à un appel à projets auprès des CHU et satisfaisant aux principes et critères définis dans la circulaire DHOS/DGS/2004 N° 247 du 27 mai 2004.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.112. Nombre d'équipes de liaison en addictologie par région au 31 décembre 2003

Régions	Nombre d'équipes de liaison
Alsace	8
Aquitaine	17
Auvergne	7
Basse-Normandie	15
Bourgogne	12
Bretagne	22
Centre	18
Champagne-Ardenne	5
Corse	3
Franche-Comté	6
Haute-Normandie	7
Île-de-France	60
Languedoc-Roussillon	14
Limousin	16
Lorraine	9
Midi-Pyrénées	6
Nord - Pas-de-Calais	24
PACA	11
Pays de la Loire	13
Picardie	12
Poitou-Charentes	10
Rhône-Alpes	39
France métropolitaine	**334**
Guadeloupe	3
Guyane	1
Martinique	4
Réunion	2
DOM	**10**
France entière	**344**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.113. Nombre de centres de consultations hospitalières de tabacologie par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de centres de consultations
Alsace	3
Aquitaine	12
Auvergne	5
Basse-Normandie	11
Bourgogne	4
Bretagne	17
Centre	14
Champagne-Ardenne	5
Corse	1
Franche-Comté	6
Haute-Normandie	4
Île-de-France	46
Languedoc-Roussillon	5
Limousin	0
Lorraine	11
Midi-Pyrénées	7
Nord - Pas-de-Calais	8
PACA	18
Pays de la Loire	5
Picardie	8
Poitou-Charentes	8
Rhône-Alpes	23
France métropolitaine	**221**
DOM	**4**
France entière	**225**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.114. Nombre de services de court séjour gériatrique par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de services
Alsace	11
Aquitaine	7
Auvergne	2
Basse-Normandie	6
Bourgogne	8
Bretagne	20
Centre	8
Champagne-Ardenne	2
Corse	–
Franche-Comté	2
Haute-Normandie	9
Île-de-France	49
Languedoc-Roussillon	6
Limousin	1
Lorraine	8
Midi-Pyrénées	8
Nord - Pas-de-Calais	11
PACA	9
Pays de la Loire	8
Picardie	8
Poitou-Charentes	6
Rhône-Alpes	15
France métropolitaine	**204**
DOM	**–**
France entière	**204**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.115. Nombre de centres de consultations mémoire par région au 31 décembre 2004 (1)

Régions	Nombre de centres de consultations mémoire
Alsace	10
Aquitaine	8
Auvergne	5
Basse-Normandie	8
Bourgogne	6
Bretagne	8
Centre	9
Champagne-Ardenne	8
Corse	1
Franche-Comté	3
Haute-Normandie	6
Île-de-France	43
Languedoc-Roussillon	9
Limousin	4
Lorraine	21
Midi-Pyrénées	21
Nord - Pas-de-Calais	17
PACA	17
Pays de la Loire	8
Picardie	6
Poitou-Charentes	11
Rhône-Alpes	13
France métropolitaine	**242**
Guadeloupe	2
Guyane	1
Martinique	–
Réunion	2
DOM	**5**
France entière	**247**

(1) Les consultations « mémoire » constituent le premier niveau du dispositif spécialisé et gradué de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage, conformément au programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées défini dans la circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/ DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre de ce programme. Elles sont pluridisciplinaires, de proximité, capables à la fois d'établir un diagnostic et de mettre en place, en partenariat avec le médecin traitant, un projet de soins et d'aide pour les patients. Pour remplir leurs missions, les consultations disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un gériatre, d'un neurologue ou d'un psychiatre, d'un personnel paramédical, de préférence neuropsychologue chargé de faire passer les tests et d'assurer le soutien psychologique et d'une secrétaire chargée de l'accueil, de la coordination et du recueil d'activités. Ces consultations sont implantées en milieu hospitalier, et référencées par les Agences régionales de l'hospitalisation.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.116. Nombre de centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) labellisés au 31 décembre 2003 (1)

Régions	Nombre de centres mémoire de ressource et de recherche
Alsace	1
Aquitaine	1
Auvergne	-
Basse-Normandie	-
Bourgogne	1
Bretagne	1
Centre	-
Champagne-Ardenne	1
Corse	-
Franche-Comté	-
Haute-Normandie	1
Île-de-France	1
Languedoc-Roussillon	1
Limousin	-
Lorraine	1
Midi-Pyrénées	1
Nord - Pas-de-Calais	1
PACA	1
Pays de la Loire	2
Picardie	-
Poitou-Charentes	1
Rhône-Alpes	1
France métropolitaine	**16**
DOM	**-**
France entière	**16**

(1) Implantés dans les CHU, les centres mémoire de ressource et de recherche correspondent aux critères énoncés dans la circulaire N° DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et font l'objet d'une procédure de « labellisation » par les Agences régionales de l'hospitalisation.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.117. Nombre d'équipes mobiles et d'unités de soins palliatifs par région au 31 décembre 2004

Régions	Soins palliatifs (1)	
	Nombre d'équipes mobiles (2)	Nombre d'unités (3)
Alsace	8	4
Aquitaine	10	2
Auvergne	6	1
Basse-Normandie	16	-
Bourgogne	16	1
Bretagne	8	10
Centre	16	-
Champagne-Ardenne	8	1
Corse	1	1
Franche-Comté	8	1
Haute-Normandie	6	-
Île-de-France	65	25
Languedoc-Roussillon	12	-
Limousin	3	-
Lorraine	11	-
Midi-Pyrénées	28	1
Nord - Pas-de-Calais	16	13
PACA	22	5
Pays de la Loire	21	1
Picardie	9	2
Poitou-Charentes	9	2
Rhône-Alpes	23	6
France métropolitaine	**322**	**76**
Guadeloupe	1	1
Guyane	-	-
Martinique	1	1
Réunion	1	-
DOM	**3**	**2**
France entière	**3**	**3**

(1) Les soins palliatifs concernent des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge. Ils sont définis par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 : ce sont des « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Leur organisation est définie par la circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-98 du 19 février 2002.

(2) Une équipe mobile de soins palliatifs (UMSP) est une équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnelle qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé dans laquelle elle est implantée.

(3) Les unités de soins palliatifs (USP), implantées en CHU ou en établissements de référence, sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent une triple mission de soins, de formation, d'enseignement et recherche.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.118. Nombre de permanences d'accès aux soins de santé (PASS)[1] par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de PASS[1]
Alsace	4
Aquitaine	18
Auvergne	16
Basse-Normandie	12
Bourgogne	10
Bretagne	20
Centre	12
Champagne-Ardenne	8
Corse	2
Franche-Comté	6
Haute-Normandie	12
Île-de-France	55
Languedoc-Roussillon	17
Limousin	5
Lorraine	17
Midi-Pyrénées	18
Nord - Pas-de-Calais	23
PACA	29
Pays de la Loire	13
Picardie	11
Poitou-Charentes	32
Rhône-Alpes	28
France métropolitaine	**368**
Guadeloupe	3
Guyane	3
Martinique	3
Réunion	3
DOM	**14**
France entière	**382**

(1) Mises en place conformément aux dispositions de l'article L 6112-6 du code de la santé publique et financées au titre des missions d'intérêt général, les permanences d'accès aux soins de santé ont pour objet de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.119. Nombre d'unités médico-judiciaires (UMJ) [1] par région au 18 juin 2004

Régions	Nombre d'UMJ [1]
Alsace	2
Aquitaine	1
Auvergne	1
Basse-Normandie	1
Bourgogne	3
Bretagne	1
Centre	2
Champagne-Ardenne	2
Corse	-
Franche-Comté	2
Haute-Normandie	1
Île-de-France	9
Languedoc-Roussillon	4
Limousin	1
Lorraine	2
Midi-Pyrénées	2
Nord - Pas-de-Calais	1
PACA	4
Pays de la Loire	3
Picardie	5
Poitou-Charentes	-
Rhône-Alpes	3
France métropolitaine	**50**
Guadeloupe	0
Guyane	0
Martinique	1
Réunion	2
DOM	**3**
France entière	**53**

(1) Les unités médico-judiciaires sont des structures d'accueil d'une part des victimes, d'autre part des personnes gardées à vue, destinées à établir des constatations de nature médico-judiciaire les concernant, dans le cadre d'une démarche judiciaire et non thérapeutique.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.120. Implantation des trois unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) [1] et des hôpitaux de rattachement des établissements pénitentiaires au 31 décembre 2005

Régions	Région pénitentiaire	n° dpt	Établissement pénitentiaire [2]		Hôpital de rattachement
UHSI Lille					
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	MA	Loos	CHR Lille
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	CD	Loos	CHR Lille
Nord - Pas-de-Calais	Lille	60	MA	Séquedin	CHR Lille
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	MA	Douai	CH Douai
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	MA	Dunkerque	CH Dunkerque
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	CP	Maubeuge	CH Maubeuge
Nord - Pas-de-Calais	Lille	59	MA	Valenciennes	CH Valenciennes
Nord - Pas-de-Calais	Lille	62	MA	Arras	CH Arras
Nord - Pas-de-Calais	Lille	62	CD	Bapaume	CH Arras
Nord - Pas-de-Calais	Lille	62	MA	Béthune	CH Béthune
Nord - Pas-de-Calais	Lille	62	CP	Longuenesse	CH Saint-Omer
UHSI Lyon					
Rhône-Alpes	Lyon	69	MA	Lyon Saint-Paul	CHR Lyon
Rhône-Alpes	Lyon	69	MA	Lyon Montluc	CHR Lyon
Rhône-Alpes	Lyon	38	CP	Saint-Quentin-Fallavier	CHR Lyon
Rhône-Alpes	Lyon	38	MA	Grenoble	CHR Grenoble
Rhône-Alpes	Lyon	69	MA	Villefranche-sur-Saône	CH Villefranche
Rhône-Alpes	Lyon	73	CP	Aiton	CH Chambéry
Rhône-Alpes	Lyon	73	MA	Chambéry	CH Chambéry
Rhône-Alpes	Lyon	74	MA	Bonneville	CH Annemasse
Rhône-Alpes	Lyon	01	MA	Bourg-en-Bresse	CH Bourg-en-Bresse
Rhône-Alpes	Lyon	07	MA	Privas	CH Privas
Rhône-Alpes	Lyon	26	MA	Valence	CH Valence
Rhône-Alpes	Lyon	42	MA	Saint-Etienne	CHR Saint-Etienne
Auvergne	Lyon	03	MA	Montluçon	CH Montluçon
Auvergne	Lyon	03	CP	Moulins Yseure	CH Moulins
Auvergne	Lyon	15	MA	Aurillac	CH Aurillac
Auvergne	Lyon	43	MA	Le Puy	CH Le Puy
Auvergne	Lyon	63	MA	Clermont-Ferrand	CHR Clermont-Ferrand
Auvergne	Lyon	63	MA	Riom	CHR Clermont-Ferrand
Auvergne	Lyon	63	mc	Riom	CHR Clermont-Ferrand
Franche-Comté	Dijon	25	MA	Besançon	CH Besançon
Franche-Comté	Dijon	25	MA	Montbéliard	CH Montbéliard
Franche-Comté	Dijon	90	MA	Belfort	CH Montbéliard
Franche-Comté	Dijon	70	MA	Lure	CH Luxeuil
Franche-Comté	Dijon	70	MA	Vesoul	CH Vesoul
Franche-Comté	Dijon	39	MA	Lons-le-Saunier	CH Lons-le-Saunier
Bourgogne	Dijon	21	MA	Dijon	CHR Dijon
Bourgogne	Dijon	71	CP	Varennes-le-Grand	CH Chalon-sur-Saône

suite du tableau page suivante ▶

1.120. (suite)

Régions	Région pénitentiaire	n° dpt	Établissement pénitentiaire (2)		Hôpital de rattachement
UHSI Nancy					
Lorraine	Strasbourg	54	MA	Nancy	CHR Nancy
Lorraine	Strasbourg	54	CD	Toul	CH Toul
Lorraine	Strasbourg	54	CD	Ecrouves	CH Toul
Lorraine	Strasbourg	55	CD	Saint-Mihiel	CH Verdun
Lorraine	Strasbourg	55	CD	Montmédy	CH Verdun
Lorraine	Strasbourg	55	MA	Bar-le-Duc	CH Bar-le-Duc
Lorraine	Strasbourg	88	MA	Epinal	CH Epinal
Lorraine	Strasbourg	57	CP	Metz Queuleu	CHR Metz
Lorraine	Strasbourg	57	MA	Sarreguemines	CH Sarreguemines
Alsace	Strasbourg	67	CD	Oermingen	CH Sarreguemines
Alsace	Strasbourg	67	MA	Strasbourg	CHR Strasbourg
Alsace	Strasbourg	68	MA	Colmar	CH Colmar
Alsace	Strasbourg	68	MC	Ensisheim	CH Colmar
Alsace	Strasbourg	68	CP	Mulhouse	CH Mulhouse
Champagne-Ardenne	Dijon	52	MA	Chaumont	CH Chaumont

(1) Les unités interrégionales d'hospitalisation sécurisées (UHSI) définies par arrêté interministériel du 24 août 2000, sont implantées en centre hospitalier universitaire. Conformément au schéma national d'hospitalisation des personnes détenues, ces structures (qui seront à terme au nombre de huit) ont vocation à accueillir dans les meilleures conditions de soins et de sécurité possibles les personnes détenues pour des hospitalisations non urgentes, programmées de plus de 48 heures.

(2) Les différents types d'établissements pénitentiaires sont :

- MA : maison d'arrêt (établissement accueillant des prévenus et des condamnés à des peines inférieures à 1 an).

- CD : centre de détention (établissement accueillant exclusivement des détenus condamnés à une peine d'une durée supérieure à 1 année).

- CP : centre pénitentiaire (établissement composé au minimum d'un quartier maison d'arrêt et et d'un quartier pour condamnés).

- MC : maison centrale (établissement sécuritaire accueillant les détenus les plus dangereux)

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.121. Équipement et activité des sites anesthésiques en 2004

	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de sites anesthésiques (1)	1 797	243	1 249	3 289
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie (2)	5 999	797	5 050	11 846
dont salles d'intervention chirurgicales	*3 905*	*538*	*4 072*	*8 515*
dont salles d'imagerie (3)	*650*	*56*	*235*	*941*
Nombre d'interventions réalisées avec anesthésie (2)	2 275 170	398 986	4 692 925	7 367 081
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle	1 256	158	905	2 319
Nombre de postes de réveil	4 997	852	5 668	11 517
Nombre de consultations pré-anesthésiques	1 653 471	272 540	2 234 679	4 160 690

(1) Lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont effectués (par exemple un bloc opératoire de deux salles).
(2) Toutes les interventions réalisées sous anesthésie (intervention chirurgicale, endoscopie, radiologie interventionnelle, curithérapie…).
(3) Salles d'imagerie destinées uniquement aux actes sous anesthésie. En font partie les salles de coronarographie.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.122. Équipement et activité des sites d'activité chirurgicale en 2004

	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Nombre de sites ayant une activité chirurgicale (1)	481	106	628	1 215
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	3 905	538	4 072	8 515
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	60	52	58	58
Nombre d'interventions chirurgicales avec anesthésie	1 868 654	354 654	4 028 648	6 251 956
dont nombre d'interventions chirurgicales réalisées la nuit (en urgence)	*110 996*	*4 778*	*36 252*	*152 026*
Répartition des interventions chirurgicales	30 %	6 %	64 %	100 %
Part des interventions chirurgicales réalisées en urgence	6 %	1 %	1 %	2 %
Nombre de KC réalisés	171 312 171	31 661 760	372 356 875	575 330 806
Nombre moyen de KC par intervention chirurgicale	92	89	92	92

(1) Lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des interventions chirurgicales sont effectuées, hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.123. Équipement et activité des sites d'imagerie des établissements de santé en 2004

Salles ou équipements		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Salles de radiologie	Nombre de salles dédiées	2 943	512	461	3 915
	Nombre d'examens réalisés	18 625 061	1 950 432	2 152 175	22 727 668
	Nombre de lettres-clé Z produites	381 585 617	44 600 608	66 451 422	492 637 647
Salles de coronarographie	Nombre de salles dédiées	184	15	87	286
	Nombre d'examens réalisés	163 895	17 201	114 676	295 772
	Nombre de lettres-clé K produites	23 984 312	2 904 335	21 136 608	48 025 255
Salles d'explorations fonctionnelles	Nombre de salles dédiées	1 857	269	174	2 300
	Nombre d'examens réalisés	2 708 268	395 395	227 854	3 331 517
	Nombre de lettres-clé K produites	76 868 361	7 085 697	6 566 060	90 520 118
Échographes Doppler	Nombre d'équipements (1)	1 250	245	229	1 724
	Nombre d'examens réalisés	2 393 359	381 649	301 638	3 076 646
	Nombre de lettres-clé K produites	62 235 357	10 960 347	10 452 869	83 648 573
Scanographes	Nombre d'équipements (1)	434	50	75	560
	Nombre d'examens réalisés	3 207 219	299 413	725 350	4 231 982
	Nombre de lettres-clé Z produites	60 718 360	5 146 508	13 643 906	79 508 774
IRM	Nombre d'équipements (1)	236	23	31	290
	Nombre d'examens réalisés	770 639	94 682	182 058	1 047 379
	Nombre de lettres-clé Cs produites	2 125 119	200 269	499 923	2 825 311
Caméras à scintillation	Nombre d'équipements (1)	206	55	35	296
	Nombre d'examens réalisés	565 919	141 888	122 848	830 655
	Nombre de lettres-clé Z produites	61 152 995	12 445 580	13 558 538	87 157 113
Tomographes à émission/caméras à positons	Nombre d'équipements (1)	25	13	1	39
	Nombre d'examens réalisés	17 087	11 990	92	29 169
Lithotripteurs	Nombre d'équipements (1)	39	1	21	61
	Nombre d'examens réalisés	12 701	1 001	14 443	28 145
	Nombre de lettres-clé K produites	1 072 974	53 870	1 876 841	3 003 685

(1) Les équipements matériels lourds (soumis à autorisation) dénombrés ici sont ceux des établissements de santé (les cabinets d'imagerie en sont exclus). L'activité du tableau correspond à ces équipements. Elle comprend l'activité réalisée pour l'entité (patients hospitalisés y compris pris en charge en urgence) et pour l'extérieur (patients ambulatoires ou venant d'une autre entité).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.124. Nombre de scanographes à utilisation médicale[1] autorisés et installés par région. Évolution entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2005

Régions	Scanographes au 31 décembre 2003			Scanographes au 31 décembre 2005		
	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés	Pourcentage d'appareils opérationnels	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés	Pourcentage d'appareils opérationnels
Alsace	22	17	77 %	23	23	100 %
Aquitaine	32	31	97 %	36	32	89 %
Auvergne	16	14	88 %	16	16	100 %
Basse-Normandie	18	15	83 %	20	18	90 %
Bourgogne	18	15	83 %	18	17	94 %
Bretagne	33	28	85 %	39	34	87 %
Centre	28	26	93 %	28	28	100 %
Champagne-Ardenne	18	14	78 %	19	17	89 %
Corse	5	4	80 %	5	5	100 %
Franche-Comté	14	11	79 %	15	14	93 %
Haute-Normandie	20	18	90 %	22	22	100 %
Île-de-France	162	131	81 %	171	154	90 %
Languedoc-Roussillon	31	24	77 %	33	31	94 %
Limousin	9	8	89 %	9	9	100 %
Lorraine	27	26	96 %	27	27	100 %
Midi-Pyrénées	31	31	100 %	34	31	91 %
Nord - Pas-de-Calais	45	42	93 %	48	47	98 %
PACA	54	52	96 %	66	60	91 %
Pays de la Loire	34	29	85 %	34	33	97 %
Picardie	21	16	76 %	21	20	95 %
Poitou-Charentes	19	16	84 %	22	17	77 %
Rhône-Alpes	70	61	87 %	75	67	89 %
France métropolitaine	**727**	**629**	**87 %**	**781**	**722**	**92 %**
Guadeloupe	5	4	80 %	5	4	80 %
Guyane	4	4	100 %	4	2	50 %
Martinique	3	1	33 %	4	4	100 %
Réunion	8	8	100 %	8	8	100 %
DOM	**20**	**17**	**85 %**	**21**	**18**	**86 %**
France entière	**747**	**646**	**86 %**	**802**	**740**	**92 %**

(1) Les appareils des cabinets d'imagerie sont inclus. Les appareils dédiés exclusivement à la radiothérapie sont exclus.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.125. Nombre d'appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale (IRM) autorisés et installés par région. Évolution entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2005

Régions	Appareils d'IRM au 31 décembre 2003			Appareils d'IRM au 31 décembre 2005		
	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés	Pourcentage d'appareils opérationnels	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés	Pourcentage d'appareils opérationnels
Alsace	11	8	73 %	12	11	92 %
Aquitaine	20	12	60 %	21	17	81 %
Auvergne	9	5	56 %	9	6	67 %
Basse-Normandie	10	7	70 %	10	8	80 %
Bourgogne	9	4	44 %	10	7	70 %
Bretagne	15	11	73 %	18	14	78 %
Centre	17	10	59 %	18	12	67 %
Champagne-Ardenne	10	6	60 %	10	9	90 %
Corse	2	-	0 %	2	2	100 %
Franche-Comté	9	6	67 %	9	7	78 %
Haute-Normandie	12	6	50 %	12	10	83 %
Île-de-France	84	52	62 %	114	76	67 %
Languedoc-Roussillon	14	8	57 %	17	15	88 %
Limousin	5	3	60 %	5	5	100 %
Lorraine	17	8	47 %	17	13	76 %
Midi-Pyrénées	18	13	72 %	22	17	77 %
Nord - Pas-de-Calais	30	21	70 %	30	27	90 %
PACA	35	18	51 %	40	31	78 %
Pays de la Loire	17	12	71 %	17	16	94 %
Picardie	11	6	55 %	12	9	75 %
Poitou-Charentes	11	9	82 %	11	9	82 %
Rhône-Alpes	39	31	79 %	40	35	88 %
France métropolitaine	**405**	**256**	**63 %**	**456**	**356**	**78 %**
Guadeloupe	5	4	80 %	3	3	100 %
Guyane	1	-	0 %	1	-	0 %
Martinique	3	1	33 %	2	2	100 %
Réunion	2	2	100 %	5	4	80 %
DOM	**11**	**7**	**64 %**	**11**	**9**	**82 %**
France entière	**416**	**263**	**63%**	**467**	**365**	**78%**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.126. Nombre de tomographes à émission de positons (TEP) et de caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission de positons (TEDC) autorisés et installés par région au 31 décembre 2005

Régions	TEP		TEDC	
	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés
Alsace	1	1	-	-
Aquitaine	3	1	-	-
Auvergne	1	1	-	-
Basse-Normandie	2	-	1	1
Bourgogne	3	2	-	-
Bretagne	4	2	-	-
Centre	2	1	-	-
Champagne-Ardenne	1	1	-	-
Corse	-	-	-	-
Franche-Comté	2	1	-	-
Haute-Normandie	3	1	-	-
Ile-de-France	18	11	1	1
Languedoc-Roussillon	3	2	-	-
Limousin	1	-	-	1
Lorraine	3	1	-	-
Midi-Pyrénées	4	3	1	1
Nord-Pas de Calais	6	3	-	-
PACA	6	4	2	2
Pays de la Loire	4	3	-	-
Picardie	3	2	-	-
Poitou-Charentes	2	1	-	-
Rhône-Alpes	7	4	1	1
France métropolitaine	**79**	**45**	**6**	**7**
Guadeloupe	-	-	-	-
Guyane	-	-	-	-
Martinique	-	-	-	-
Réunion	1	-	-	-
DOM	**1**	**-**	**-**	**-**
France entière	**80**	**45**	**6**	**7**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.127. Nombre de cyclotrons à usage médical autorisés et installés au 31 décembre 2005 (1)

Régions	Cyclotrons	
	Nombre d'appareils autorisés	Nombre d'appareils installés
Basse-Normandie	1	1
Centre	1	1
Ile-de-France	2	2
PACA	1	1
Rhône-Alpes	1	1
France métropolitaine	**6**	**6**
DOM	**-**	**-**
France entière	**6**	**6**

(1) Les cyclotrons à usage médical sont destinés à produire les radiotraceurs indispensables au fonctionnement de la tomographie à émissions de positons (TEP). L'autorisation de faire fonctionner ces équipements matériels lourds est donnée par le ministre chargé de la santé.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.128. Activités médico-techniques hospitalières en 2004

Activité		Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Biologie et médecine de laboratoire	Nombre de lettres-clé B ou P produites (en milliers) [2]	9 901 721	686 292	1 433 561	12 021 575
Réadaptation fonctionnelle [1]	Nombre d'interventions de masseurs-kinésithérapeutes (en milliers)	5 270	603	3 077	8 950
	Nombre de lettres-clé d'AMC ou AMK (2) correspondantes produites (en milliers)	38 210	4 755	24 826	67 791
Pharmacie [3]	Nombre de lignes de commande (en milliers)	8 883	1 999	3 984	14 866
	Nombre de lignes de distribution globale (en milliers)	89 015	13 310	30 485	132 810
	Nombre de préparations magistrales de gélules (en milliers)	1 960	30	3	1 992
Stérilisation [4]	Nombre d'appareils	1 206	204	1 115	2 525

(1) Pratiquée uniquement en unités de soins de courte durée, hors services de soins de suite et de réadaptation (réanimation, chirurgie orthopédique, neurochirurgie,traitement des grands brûlés…).
(2) Actes en B pour la biologie, actes en P pour l'anatomopathologie, actes en AMC ou AMK selon que le masseur-kinésithérapeute est salarié ou libéral.
(3) Ces indicateurs permettent d'approcher grossièrement la charge de travail des pharmacies hospitalières.
(4) Dans les établissements qui disposent d'une unité de stérilisation centrale placée sous la responsabilité du pharmacien.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.129. Nombre d'officines de pharmacie par région au 31 décembre 2004

Régions	Nombre de pharmacies	dont pharmacies	
		mutualistes	de sociétés de secours minières
Alsace	458	-	1
Aquitaine	1 301	4	-
Auvergne	600	2	-
Basse-Normandie	513	1	-
Bourgogne	623	-	5
Bretagne	1 176	2	-
Centre	903	4	-
Champagne-Ardenne	473	4	-
Franche-Comté	437	2	-
Haute-Normandie	571	11	-
Ile-de-France	4 168	2	-
Languedoc-Roussillon	1 020	3	10
Limousin	351	3	-
Lorraine	756	-	-
Midi-Pyrénées	1 095	1	4
Nord-Pas de Calais	1 506	7	36
PACA-Corse	1 229	4	2
Pays de la Loire	621	1	-
Picardie	698	2	-
Poitou-Charentes	2 048	8	2
Rhône-Alpes	2 111	7	8
France métropolitaine	**22 658**	**68**	**68**

Champ : France métropolitaine
Source : ordre des pharmaciens

La lutte contre les infections nosocomiales

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales

Cf. les tableaux 1.130. et 1.131.

Une enquête annuelle de prévalence instantanée des infections nosocomiales en milieu hospitalier a été réalisée en 2001. Elle a eu lieu un jour donné au choix de l'établissement entre le 21 mai et le 23 juin 2001. L'enquête enregistre un jour donné, la proportion de patients présentant une infection nosocomiale active parmi les présents, en retenant principalement les infections urinaires, les infections respiratoires basses, les septicémies et les infections du site opératoire. L'information des patients a été faite par affichage à l'aide d'un document standardisé inclus dans le protocole et, au lit du patient conformément aux dispositions prévues par la CNIL. Une déclaration de l'enquête à la CNIL a été faite (N° 901 037).

1 533 établissements hospitaliers représentant 381 303 lits d'hospitalisation ont participé à l'enquête. Les établissements participants représentent 77 % des lits d'hospitalisation, les établissements publics participants comprennent 90 % des lits hospitaliers publics et les établissements d'hospitalisation privés, PSPH ou non, 54 % des lits hospitaliers privés.

Les caractéristiques recueillies concernent les caractéristiques des établissements (nature, statut juridique, nombre de lits), des services (discipline d'activité, type de séjour), des patients (age, sexe, immunodépression, score de Mac Cabe2), l'exposition des patients à certains actes invasifs (intervention, cathéter, sonde urinaire) et l'existence d'un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête (à l'exclusion des traitements anti-viraux). Pour chaque patient infecté porteur d'une infection acquise dans un établissement hospitalier, un recueil de trois infections au maximum était prévu. Pour chaque infection, la date du diagnostic, le siège de l'infection, l'origine de l'infection (dans l'établissement ou dans un autre établissement), les microorganismes identifiés et leurs résistances à certains antibiotiques étaient recueillis.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

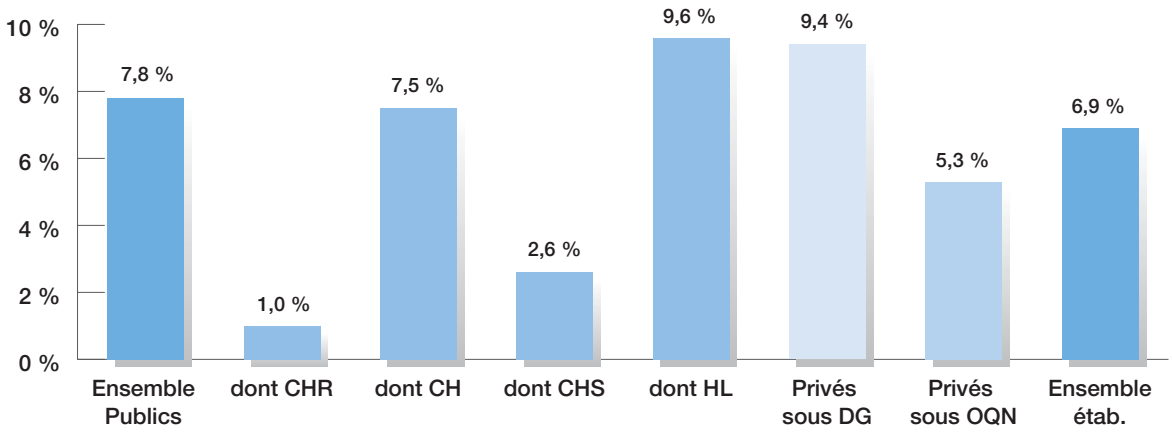
Cf. les tableaux 1.132. et 1.133.

Selon les termes de l'article R6111-2 du CSP, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (DGS/DHOS) élabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales. Ce rapport d'activité comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs ; le bilan est transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Le bilan est établi selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il comprend :

- les données administratives de l'établissement (nom, adresse de l'établissement et numéro FINESS, type, statut), les catégories de lits et places de l'établissement, les caractéristiques du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, les ressources de l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales notamment l'existence d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et les correspondants en hygiène dans les services de soins ;
- les objectifs et stratégie de lutte contre les infections nosocomiales sont décrits : le programme d'action, la prévention des risques infectieux, la prévention de la diffusion des BMR, le bon usage des antibiotiques les accidents d'exposition au sang, la prévention des risques infectieux liés à l'environnement et la formation en hygiène hospitalière.

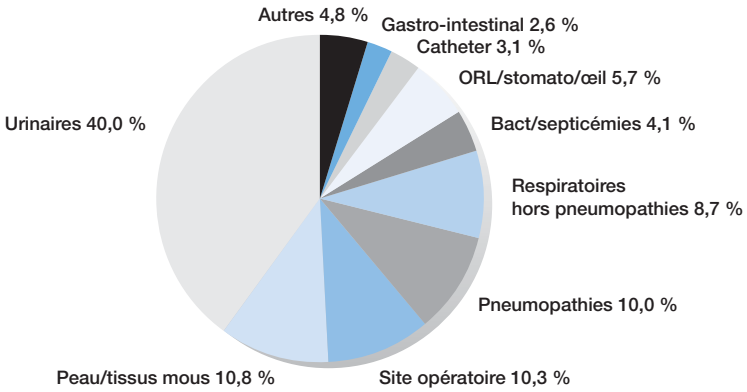
1.130. Fréquence [1] des infections nosocomiales selon le statut et le type d'établissement en 2001



(1) Pourcentage de cas d'infections nosocomiales sur le nombre total d'hospitalisation

Champ : France entière
Source : institut de veille sanitaire (InVS) - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales - Rapport 2001

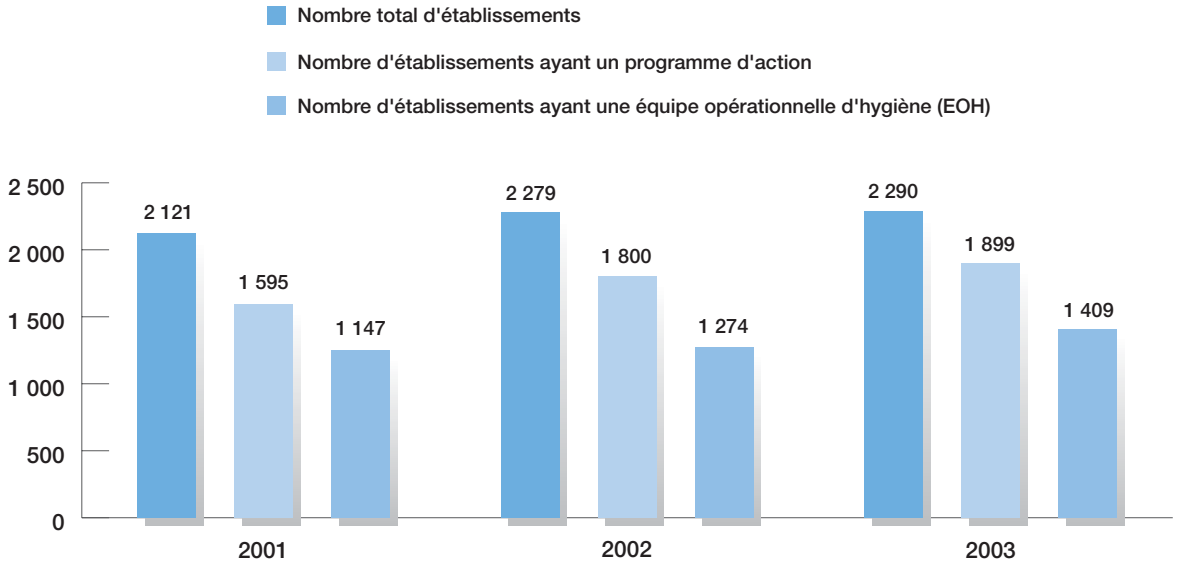
1.131. Répartition des infections nosocomiales selon les sites infectieux en 2001



Champ : France entière
Source : Institut de veille sanitaire (InVS) - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales - Rapport 2001

1.132. Existence d'un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales et d'une équipe opérationnelle d'hygiène dans les établissements de santé. Évolution de 2001 à 2003

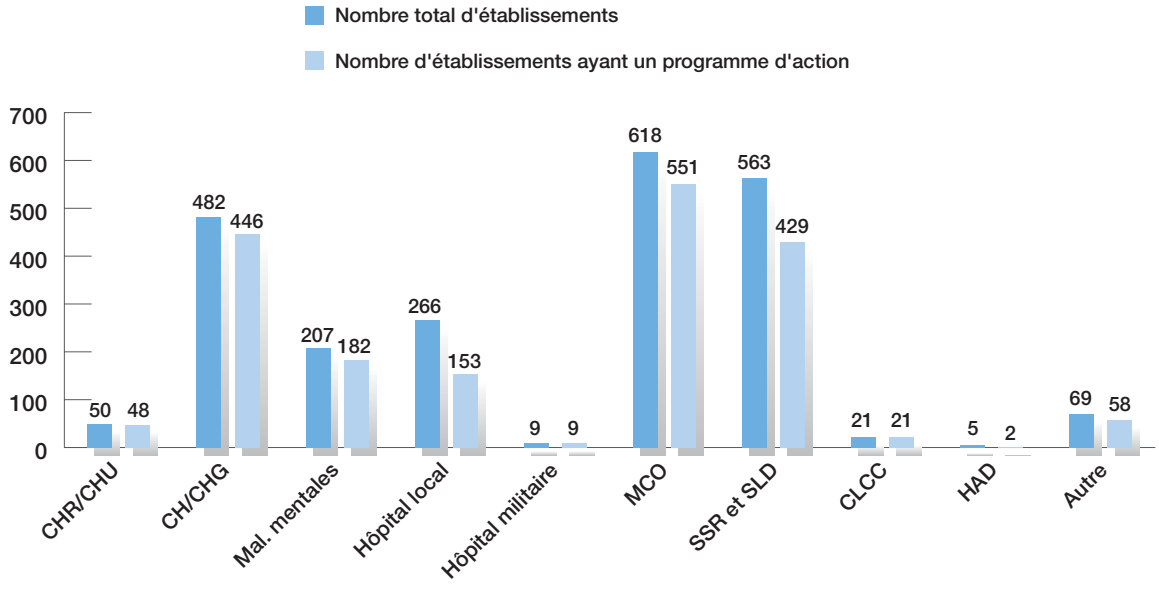
Lutte contre les infections nosocomiales	2001	2002	2003	Progression 2001-2003	% du retard comblé
Nombre total d'établissements	2 121	2 279	2 290	8 %	-
Nombre d'établissements ayant un programme d'action	1 595	1 800	1 899	19 %	-
	75 %	79 %	83 %	-	31 %
Nombre d'établissements ayant une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)	1 147	1 274	1 409	23 %	-
	54 %	56 %	62 %	-	16 %



Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DGS/DHOS - Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales, analyse nationale 2001 - 2003.

1.133. Existence d'un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé selon la catégorie d'établissement en 2003

Catégorie d'établissement	Nombre total d'établissements	Nombre d'établissements ayant un programme d'action	Part des établissements ayant déclaré un programme d'action
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	50	48	96 %
Centre hospitalier (CH/CHG)	482	446	93 %
Établissement de lutte contre les maladies mentales	207	182	88 %
Hôpital local	266	153	58 %
Hôpital militaire	9	9	100 %
Établissement MCO	618	551	89 %
Établissement de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée	563	429	76 %
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	21	21	100 %
Hospitalisation à domicile (HAD)	5	2	40 %
Autres	69	58	84 %
Total	**2 290**	**1 899**	**83 %**



Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DGS/DHOS - Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales, analyse nationale 2003.

Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)

Cf. le tableau 1.134.

L'objectif de la pharmacovigilance est de détecter les effets indésirables inattendus ou graves des médicaments, dès leur commercialisation, et de réévaluer en permanence toutes les informations permettant de prévenir ou de réduire les risques liés à la thérapeutique médicamenteuse.

Le système de pharmacovigilance joue un rôle essentiel dans la promotion du bon usage du médicament. En effet, lors de l'identification et du recueil des effets iatrogènes, l'évaluation des circonstances de survenue peut conduire à modifier les conditions d'utilisation des médicaments. Ces modifications doivent être portées à la connaissance des acteurs de soins.

Afin de faciliter les échanges d'information, la pharmacovigilance française est organisée en un réseau décentralisé de 31 centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) coordonnés par l'unité de pharmacovigilance de l'AFSSAPS. Chaque CRPV, en général implanté dans un CHU, remplit une double mission :

- apporter une aide personnalisée au diagnostic d'effet indésirable médicamenteux ;
- recueillir les notifications d'effets indésirables, les analyser et les valider.

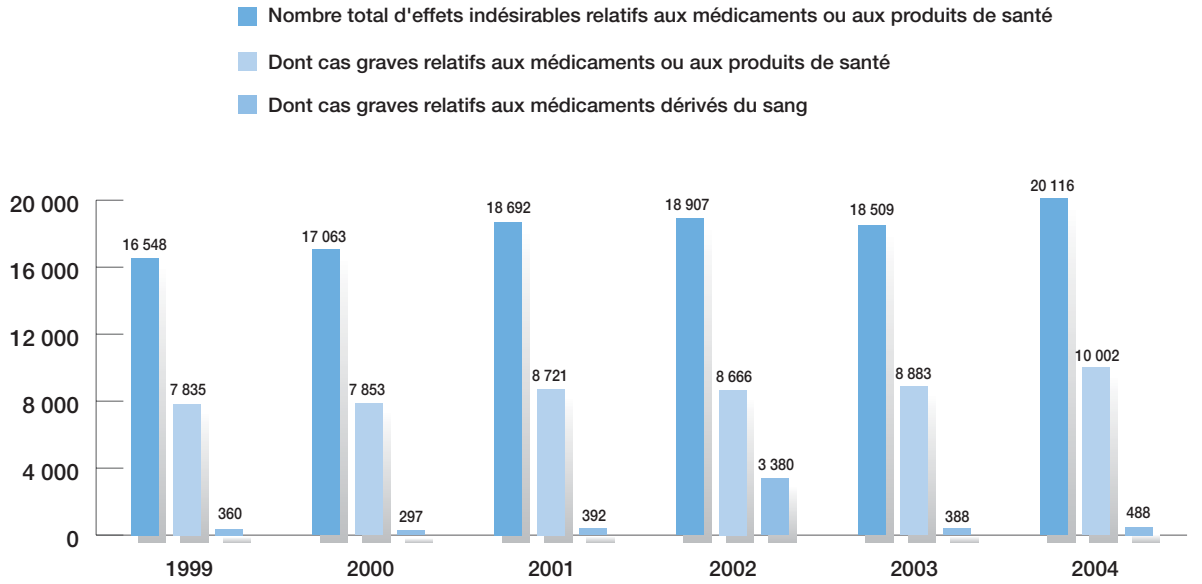
La relation directe qui s'établit entre le professionnel de santé notificateur et celui du CRPV, permet de disposer d'informations indispensables à une évaluation rigoureuse (circonstances de survenue, caractéristiques et évolution de l'effet indésirable suspecté).

Les informations recueillies sont en permanence évaluées. Cette évaluation prend le plus souvent la forme d'une enquête dont les résultats, sont examinés par la Commission nationale de pharmacovigilance qui émet un avis sur les mesures à prendre. Celles-ci peuvent se traduire par la modification des rubriques (précautions d'emploi, effets indésirables du Résumé des Caractéristiques du Produit – RCP Vidal), par la réévaluation du bénéfice-risque du médicament pouvant conduire à une modification de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Dans les cas les plus graves une décision de suspension immédiate ou différée du médicament peut être prononcée.

1.134. Nombre de cas d'effets indésirables relatifs aux médicaments. Évolution de 1999 à 2004

Effets indésirables relatifs aux médicaments	Nombre de cas d'effets indésirables observés (1)					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre total d'effets indésirables relatifs aux médicaments ou aux produits de santé	16 548	17 063	18 692	18 907	18 509	20 116
dont cas graves relatifs aux médicaments ou aux produits de santé	*7 835*	*7 853*	*8 721*	*8 666*	*8 883*	*10 002*
dont cas graves relatifs aux médicaments dérivés du sang	*360*	*297*	*392*	*3 380*	*388*	*488*
Part des CHU	n.d.	n.d.	66 %	65 %	65 %	67 %
Part des autres établissements	n.d.	n.d.	14 %	15 %	16 %	16 %
Part du secteur libéral	n.d.	n.d.	20 %	20 %	19 %	17 %

n. d. : non disponible



(1) Selon le bilan des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV).

Champ : France entière
Source : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) - Unité de pharmacovigilance (CRPV)

1.135. Engagements financiers globaux du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005

Montants en milliers d'€	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Crédits notifiés l'année n (tous PHRC en cours)	12 200	16 800	22 600	21 300	29 100	12 700	24 400	28 700	36 280	36 400	44 500	51 230	43 980	380 190
Dotation pluriannuelle du PHRC de l'année n	**42 800**	**21 500**	**18 100**	**16 000**	**29 100**	**27 100**	**-**	**22 300**	**44 820**	**41 800**	**48 700**	**44 630**	**50 779**	**407 629**

Champ: France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.136 Projets de recherche clinique financés par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005

Projets de recherche clinique	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Nombre de projets nationaux	80	226	220	182	-	209	-	104	111	90	115	97	149	1 583
Nombre de projets régionaux	-	-	-	-	282	-	-	-	255	234	235	225	179	1 410
Nombre total de projets	80	226	220	182	282	209	-	104	366	324	350	322	328	2 993
Montants accordés en milliers d'€ (pour la durée des projets)	**34 000**	**19 660**	**18 100**	**16 000**	**29 100**	**27 100**	**-**	**16 450**	**38 660**	**41 080**	**46 220**	**43 770**	**48 489**	**378 629**

Champ: France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.137. Autres actions financées par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Évolution de 1993 à 2005

Autres actions	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Structuration des Délégations à la Recherche Clinique (DRC)	5 600	-	-	-	-	-	-	2 740	4 330	-	-	-	-	12 670
Centres d'Innovations Technologiques (CIT)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 090	-	-	-	-	1 090
Instituts Fédératifs de Recherche (IFR)	3 200	-	-	-	-	-	-	1 820	-	-	800	800	700	7 320
Sous-total partenariat ministère recherche	**3 200**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1 820**	**1 090**	**-**	**800**	**800**	**700**	**8 410**
Centres d'Investigation Clinique (CIC)	-	1 840	-	-	-	-	-	1 290	740	-	-	-	1 472	5 342
Unités d'Épidémiologie Clinique (UEC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	970	-	-	970
Programme AVENIR (jeunes chercheurs)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	720	710	60	118	1 608
Sous-total partenariat INSERM	**-**	**1 840**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1 290**	**740**	**720**	**1 680**	**60**	**1 590**	**7 920**
Montants accordés en milliers d'€ (pour la durée des projets)	**8 800**	**1 840**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**5 850**	**6 160**	**720**	**2 480**	**860**	**2 290**	**29 000**

Champ: France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.138. Répartition des projets nationaux de recherche clinique financés par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) par grands thèmes de recherche en 2005

Thématiques des projets	Projets retenus				Projets déposés	Nb de projets retenus / Nb de projets déposés
	nombre	en % du total	financement sur 3 ans (en milliers d'€)	en % du total	nombre	
Cancers	64	43,0 %	15 300	42,3 %	212	30,2 %
Maladies rares	24	16,1 %	6 558	18,2 %	84	28,6 %
Santé mentale / Psychiatrie	11	7,4 %	2 819	7,8 %	34	32,4 %
Traumatologie / Accidents de la voie publique	3	2,0 %	595	1,6 %	10	30,0 %
Gériatrie / Maladie d'Alzheimer	6	4,0 %	1 334	3,7 %	30	20,0 %
Périnatalité	9	6,0 %	1 702	4,7 %	33	27,3 %
Étude d'impacts	19	12,8 %	4 697	13,0 %	80	23,8 %
Essais cliniques multicentriques	13	8,7 %	3 124	8,6 %	30	43,3 %
Total	**149**	**100 %**	**36 129**	**100 %**	**513**	**29,0%**

Champ: France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

1.139. Innovations financées par le programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses et nombre d'équipes concernées. Évolution de 2000 à 2005

	Protocole	Coordinateur	Nombre d'équipes
Année 2000	Anticorps monoclonal Trastuzumab (Herceptin) dans le traitement des cancers du sein	Pr Lotz (AP-HP)	12
	Anticorps monoclonal Trastuzumab (Herceptin) dans le traitement des cancers du sein	Pr Trillet-Lenoir (HCL)	1
	Rituximab dans le traitement des lymphomes folliculaires	Pr Coiffier (HCL)	7
	Cytogénétique moléculaire dans les hémopathies malignes	Pr Sigaux (AP-HP)	11
	Curiethérapie interstitielle dans le cancer localisé de la prostate	Pr Bolla (CHU Grenoble)	1
	Curiethérapie interstitielle dans le cancer localisé de la prostate	Pr Bosset (CHU Besançon)	1
	Curiethérapie interstitielle dans le cancer localisé de la prostate	Pr Cosset (Institut Curie)	11
	Défibrillateurs automatiques implantables	Pr Le Heuzey (AP-HP)	22
	Total	**8**	**66**
Année 2001	Rémicade et polyarthrite rhumatoïde	Pr Sany (CHU Montpellier)	73
	Radiothérapie avec modulation d'intensité des cancers prostatiques et de la tête et du cou	Dr Marchal (CLCC)	8
	Radiofréquence des traitements primitifs et secondaires du foie	Dr De Baere (Institut Gustave Roussy)	5
	Mabthéra et lymphomes à grandes cellules de phénotype B	Pr Gisselbrecht (AP-HP)	10
	Herceptin et cancers du sein métastatiques	Pr Viens (CLCC Marseille)	5
	Détermination prospective du statut HER2/Neu (cerB-2) dans les cancers du sein au diagnostic	Dr Penault-Llorca (CLCC Clermont)	8
	Total	**6**	**109**
Année 2002	Endoprothèses coronaires actives à relargage de drogue chez les patients coronariens diabétiques	Pr Machecourt (CHU Grenoble)	57
	Traitement des douleurs neuropathiques rebelles par stimulation corticale	Pr Keravel (AP-HP)	7
	Neuromodulation des racines sacréesdans le traitement de l'incontinence urinaire ou fécale	Pr Chartier-Kastler (AP-HP) Pr Leroi (CHU Rouen)	25
	Traitement des états septiques graves par la protéine C Activée recombinante humaine (PCArh)	Pr Dhainaut (AP-HP) / Pr Vallet (CHU Lille)	66
	Traitement des mycoses systémiques par les antifongiques en onco-hématologie	Pr Marié (AP-HP)	18
	Traitement de la leucémie lymphoïde chronique à cellules B réfractaires aux alkylants et à la fludarabine par le mabacambath	Pr Diviné (AP-HP)	25
	Radiothérapie avec modulation d'intensité des cancers ORL : prévention des séquelles salivaires	Pr Eschwege (Institut Gustave Roussy) / Pr Gérard (CLCC Nice)	11
	Macrobiopsie assistée par aspiration (mammotome) comparée à la biopsie chirurgicale dans la prise en charge des lésions infracliniques du sein	Pr Dauplat (CLCC Clermont)	17
	Total	**8**	**226**

suite du tableau page suivante ▶

1.139. Innovations financées par le programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses et nombre d'équipes concernées. Évolution de 2000 à 2005 (suite)

	Protocole	Coordinateur	Nombre d'équipes
Année 2003	Radiothérapie asservie à la respiration	Dr Giraud (Institut Curie)	20
	Traitement curateur de certaines carcinoses péritonéales par exérèse plus chimiohyperthermie	Dr Elias (Institut Gustave Roussy)	8
	Exérèse rectale pour cancer par laparoscopie	Dr Lelong (CLCC Marseille)	11
	Imagerie fonctionnelle par TEP au FEDG dans la définition des volumes tumoraux à irradier	Dr Giammarile (CLCC)	13
	Détection des facteurs pronostiques biologiques dans la prise en charge des patients atteints de leucémies lymphoïdes chroniques	Pr Raynaud (CHU Nice)	17
	Traitement de la spasticité des membres par toxine botulique A	Pr Marc (CHU Toulouse)	19
	Stimulation du nerf vague dans l'épilepsie pharmaco-résistante de l'enfant et de l'adolescent	Dr Parrain (CHU Rouen)	19
	Apport de l'analyse quantifiée de la marche et du mouvement dans l'évaluation des thérapeutiques chez l'enfant handicapé moteur	Pr Bollini (AP Marseille)	11
	Traitement de la spasticité invalidante par injection intrathécale de baclofène chez les patients infirmes moteurs cérébraux de moins de 30 ans	Pr Bussel (AP-HP)	19
	Total	**9**	**137**
Année 2004	Ablation par cathéter du tissu atrial dans le traitement de la fibrillation auriculaire	Pr Leenhardt (AP-HP)	17
	Technique d'hybridation génomique comparative sur puces à ADN génomique dans le diagnostic de remaniements chromosomiques cryptiques chez des patients atteints de retard mental	Pr Jonveaux (CHU Nancy)	8
	Détection rapide par PCR en temps réel des staphylococcus aureus et de la résistance à la méticilline dans les flacons d'hémocultures positives à cocci gram positif en amas	Dr Ruimy (AP-HP)	7
	Technique de Brindley dans le traitement des neuro-vessies centrales du blessé médullaire	Dr Vignes (CHU Bordeaux)	14
	Structuration et organisation en réseaux régionaux des activités de biologie innovantes en onco-hématologie	Pr Macintyre (AP-HP)	26
	Capsule endoscopique dans la prise en charge des saignements digestifs inexpliqués	Pr Doeffel / Dr Coumaros (CHU Strasbourg)	17
	Échographie de contraste temps réel dans la prise en charge diagnostique des lésions nodulaires hépatiques	Dr Tranquart (CHU Tours)	18
	Technique du ganglion sentinelle dans les cancers du sein opérables d'emblée	Dr Classe (CLCC Nantes)	17
	Curiethérapie pulsée gynécologique (PDR)	Pr Peiffert (CLCC Nancy)	20
	Endoprothèses métalliques expansibles dans le traitement palliatif des cancers obstructifs du côlon	Dr Vahedi (AP-HP)	19
	Radiothérapie fractionnée en conditions stéréotaxiques des métastases cérébrales	Dr Marchal (CLCC Nancy)	14
	Total	**11**	**117**

suite du tableau page suivante ▶

1.139. (suite)

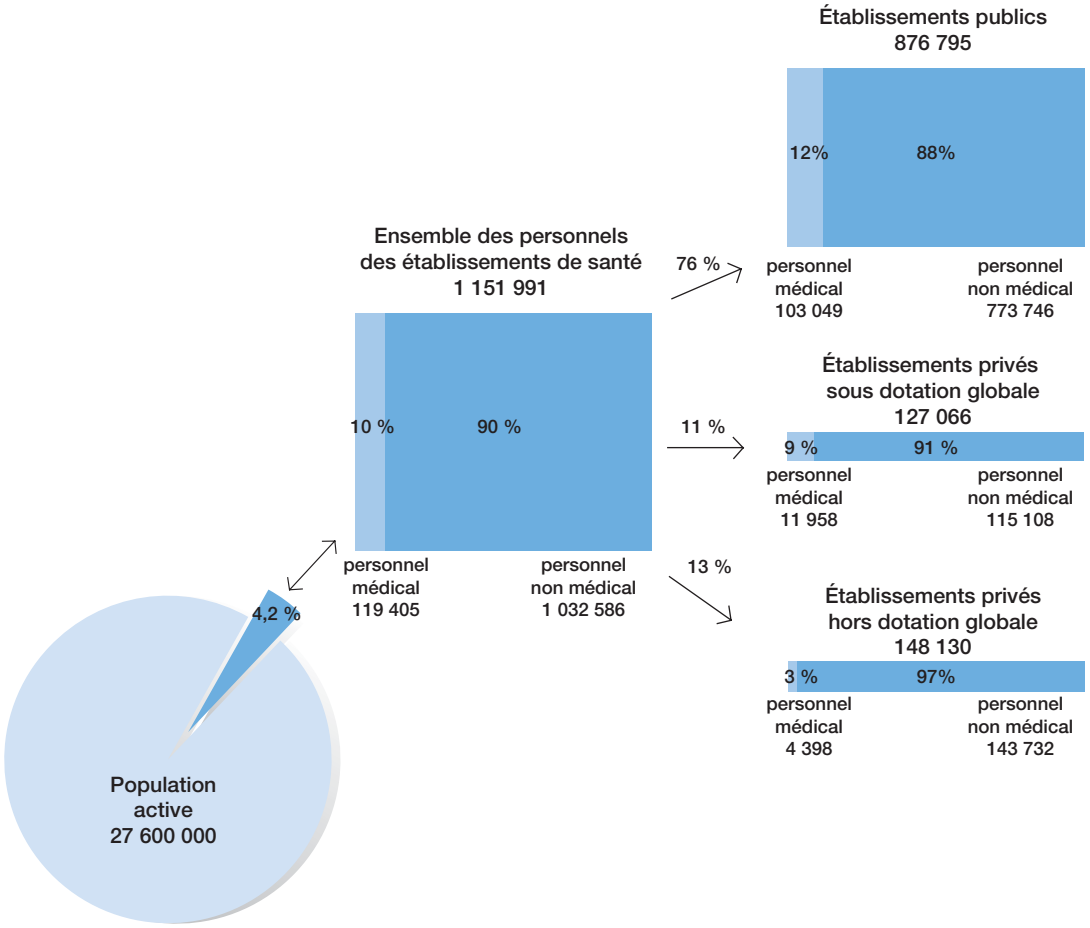
	Protocole	Coordinateur	Nombre d'équipes
Année 2005	Évaluation médicale et médico-économique du scanner multicoupe des artères coronaires dans l'exploration des coronaropathies supposées ou connues et stables. Comparaison avec la coronarographie	Pr P. GUERET (APHP-Mondor)	37
	Etude multicentrique et prospective de l'efficacité et de la tolérance du traitement des lombosciatiques chroniques secondaires au traitement chirurgical des discopathies lombaires par infusion continue intrathécale de morphine	Pr JC. PERAGUT (APHM-La Timone)	21
	Évaluation médicale et économique du traitement par kyphoplastie des fractures vertébrales traumatiques et ostéoporotiques	Pr JD. LAREDO (APHP-Lariboisière)	26
	Etude diagnostique et médico-économique des procédés non-invasifs de la fibrose hépatique (Fibroscan)	Pr P. BEDOSSA (APHP-Beaujon)	24
	Évaluation clinique et économique du traitement chirurgical de la fibrillation auriculaire au cours de la chirurgie cardiaque	Pr G. FOURNIAL (CHU Toulouse)	18
	Place de l'uro-IRM dans l'évaluation des conséquences fonctionnelles de l'obstruction urinaire de l'enfant et de l'adulte	Pr M. CLAUDON (CHU Nancy)	17
	Traitement des plaies cavitaires et/ou difficiles à cicatriser par la technique de pression négative	Dr L. TEOT (CHU Montpellier)	31
	Évaluation médico-économique du diagnostic de la coqueluche par PCR en temps réel	Dr S. BONACORSI (APHP-R. Debré)	9
	Évaluation médico-économique de la navigation chirurgicale dans le traitement des insuffisances du ligament croisé antérieur du genou	Dr S. PLAWESKI (CHU Grenoble)	9
	Etude médico-économique de l'exploration endoscopique de l'intestin grêle par entéroscopie « push and pull » à double ballon	Pr C. CELLIER (APHP-HEGP)	13
	Projet multidisciplinaire et multicentrique national ERMETIC - Évaluation de la recherche de mutations du récepteur de l'EGF pour le traitement par les inhibiteurs de tyrosine kinase des cancers bronchiques non à petites cellules	Pr CADRANEL (APHP-Tenon)	18
	Accès aux analyses moléculaires prédictives de réponse aux inhibiteurs de tyrosine kinase en oncohématologie	Pr C. PREUDHOMME (CHRU Lille)	11
	TSH recombinante humaine pour la préparation à l'ablation des reliquats thyroïdiens et détermination de l'activité optimale d'Iode 131	Pr SCHLUMBERGER (IGR)	26
	Coloscopie virtuelle ou coloscanner (à l'air) avec préparation colique par voie orale et marquage des selles chez le sujet à risque moyen ou élevé de cancer colorectal / détermination des critères de contrôle qualité	Pr D. HERESBACH (CHU Rennes)	25
	Évaluation médico-économique de l'IRM de dépistage du cancer du sein chez les femmes porteuses (ou à haut risque) d'une mutation génétique	Pr A. TARDIVON (Institut Curie)	21
	Évaluation des pratiques et des indications de la reconstruction mammaire immédiate au décours d'une amputation du sein : impact médico-économique et évaluation de la qualité de vie	Pr J. DAUPLAT (Centre J. Perrin)	15
	Total	**16**	**321**
Total depuis 2000		**58**	**1 036**

Champ: France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

2. Les moyens mis en œuvre

2.1. Les ressources humaines

2.1. Place des personnels des établissements de santé [1] dans la population active au 31 décembre 2004



(1) Les personnnels des établissements de santé comptabilisés ici sont uniquement les personnels salariés, rémunérés par l'établissement en décembre de l'année, à l'exclusion des personnels libéraux, congréganistes et bénévoles intervenant dans les établissements. La place de personnels hospitaliers dans la population active donnée ici est donc sous-estimée compte-tenu du fait qu'on n'inclut pas ces derniers, leurs effectifs (43 780) comportant des doubles comptes entre leur activité hospitalière et en cabinets de ville.

- *Le personnel médical comprend les médecins, les biologistes, les odontologistes et les pharmaciens, à l'exclusion des praticiens libéraux non salariés intervenant dans l'établissement.*
  - *En établissements publics sont comptés les praticiens à temps plein et à temps partiel (PU-PH, PH, assistants, HU non titulaires, attachés et autres salariés), les internes et les faisant fonction d'internes (FFI), à l'exclusion des étudiants et des libéraux intervenant en hôpitaux locaux.*
  - *En établissements privés sont comptés les praticiens à temps plein et à temps partiel, les internes et les FFI, à l'exclusion des étudiants et des libéraux intervenant exclusivement ou non dans l'établissement.*
- *Le personnel non médical comprend les personnels de direction et administratifs, les personnels des services de soins y compris les sages-femmes, les personnels sociaux et éducatifs, les personnel médico-techniques et les personnels techniques et ouvriers, y compris les personnels des disciplines sociales et médico-sociales et des disciplines de formation. Sont comptés les personnels à temps plein et à temps partiel, les titulaires et non titulaires sur postes budgétaires à l'exclusion des personnels de remplacement dans le public, les personnels salariés à l'exclusion des personnels non salariés, congréganistes et bénévoles dans le privé.*

Remarque : Le personnel non médical des établissements de santé présenté dans ce graphique relève du Titre IV du statut de la Fonction publique hospitalière et représente environ 90 % des personnels de son champ d'application qui englobe également des personnels des établissements médico-sociaux autonomes.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2. Les moyens mis en œuvre

2.1. Les ressources humaines

Les données de personnel de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Cf. tableaux 2.1 à 2.6, et 2.17 à 2.19.

Cet encadré décrit uniquement les données de personnel de l'enquête SAE. Pour la présentation générale de la SAE, se reporter page 64 à l'encadré présentant l'ensemble de l'enquête.

La SAE recense parmi d'autres données les personnels qui exercent une activité dans les établissements de santé publics et privés appartenant au champ de l'enquête, que ce soit les personnels médicaux (salariés ou non dans le privé), ou les personnels non médicaux et les sages-femmes.

Les personnels médicaux

Les personnels médicaux comprennent les médecins, les biologistes, les odontologistes et les pharmaciens.

Dans la SAE, leurs effectifs sont interrogés sur les caractéristiques suivantes :

- le sexe ;
- le mode d'activité :
  - les salariés : les personnels concernés sont ceux rémunérés en décembre par l'établissement et ayant une activité à temps plein ou temps partiel quel que soit leur lieu de travail. Les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre à l'exclusion de toute autre rémunération ne sont pas pris en compte. Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération. Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération. Les internes et résidents affectés dans un établissement privé sous dotation globale, bien que rémunérés par un CHU, figurent dans les effectifs de l'établissement privé où ils exercent leur activité et non dans ceux du CHU de rattachement ;
  - les libéraux dans le public : les praticiens libéraux, qui sont payés à l'acte, ne concernent que les hôpitaux locaux. En revanche, les médecins libéraux nommés coordinateurs des unités de soins pour personnes âgées dépendantes ou de soins de suite, sous contrat, sont des salariés et comptés comme tels ;
  - les libéraux dans le privé : on distingue les praticiens libéraux qui interviennent uniquement dans l'établissement de ceux qui exercent également dans d'autres structures (à titre libéral, notamment).

Libéraux intervenant exclusivement dans l'établissement

La notion d'exclusivité est définie pour un praticien donné par rapport au fait qu'il n'intervienne que dans un seul établissement (cabinet libéral + établissement, ou établissement uniquement).

Les médecins qui interviennent à la demande de l'établissement de façon exceptionnelle (« occasionnels ») n'en font pas partie et ne sont pas comptabilisés.

Libéraux intervenant non exclusivement

La notion de non exclusivité est définie pour un praticien donné par rapport au fait qu'il intervienne dans une ou plusieurs autres structures de soins : établissements de soins privés ou publics, structures d'équipement lourd. Les cabinets de consultations des praticiens ne sont pas inclus dans la notion des autres structures.

- La spécialité exercée ou spécialité principale d'exercice :

  La spécialité renvoie à l'intitulé du poste occupé et donc, le plus souvent à la formation du praticien, notion différente de celle du diplôme (même si le plus souvent il y a concordance), ou bien de la qualification ordinale ou de la discipline d'équipement du service dans lequel le praticien exerce. La nomenclature à laquelle on peut se référer est celle des postes hospitaliers actualisée (arrêté de juillet 99) (cf. nomenclatures Q de la brochure « Nomenclatures de la SAE »).

- Le statut dans le public :

  On distingue :

  - les praticiens hospitalo-universitaires (PHU) titulaires et non titulaires ;
  - les praticiens hospitaliers titulaires (PH temps plein et temps partiel) ;
  - les assistants ;

2. Les moyens mis en œuvre

2.1. Les ressources humaines

- les attachés, exerçant par vacation sur la base de 10 vacations/semaine ;
- les autres salariés, c'est-à-dire les praticiens non titulaires qu'ils soient temps plein ou temps partiel : praticiens adjoints contractuels (PAC), praticiens nommés à titre provisoire, praticiens contractuels ;
- les praticiens mis à disposition ;
- les internes, les faisant fonction d'internes (FFI) et les diplômés interuniversitaires de spécialité (DIS) ;

■ Le temps de travail :

Est considéré comme un temps plein tout praticien qui exerce à temps plein quel que soit son statut (y compris les médecins étrangers, les médecins contractuels ou nommés à titre provisoire, les attachés à temps plein. Par exemple, un attaché qui effectue 10 vacations figurera comme temps plein.

Les hospitalo-universitaires travaillant à temps plein, sont comptés avec les salariés à temps plein même si leur valence hospitalière est à mi-temps.

Un PH temps plein ayant demandé à bénéficier d'un temps partiel dans le cadre des dispositions légales prévues, est compté comme salarié à temps partiel.

Pour les médecins salariés temps plein qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel également du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière).

Les personnels non médicaux et les sages-femmes

Dans la SAE, l'ensemble des personnels de l'entité quelle que soit la dotation sur laquelle ils sont rémunérés est recensé, y compris, le cas échéant, les personnels des disciplines médico-sociales.

■ Sont décomptés les personnels de l'établissement rémunérés en décembre et ayant une activité à temps plein ou à temps partiel.

Dans le public, il s'agit des emplois permanents (titulaires et stagiaires rémunérés sur le compte 6411, non titulaires rémunérés sur le compte 6413). Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

■ Sont inclus :

- les congés simples, de longue maladie, de longue durée, pour formation professionnelle, cessation progressive d'activité (CPA), congés de fin d'activité (CFA), mi-temps thérapeutique...),
- les élèves rémunérés par l'établissement dans le public,
- les emplois jeunes.

■ Sont exclus :

- les personnels en détachement, en disponibilité, qui ne sont pas rémunérés par l'établissement,
- les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre, à l'exclusion de toute autre rémunération,
- les non salariés, congréganistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Ils sont recensés par grades et regroupés en filières. Ce regroupement est issu du livre IX de la fonction publique hospitalière et figure dans la table de regroupement, nomenclature N de la brochure « Nomenclatures de la SAE ».

■ Les grandes catégories que l'on retrouve dans cette publication sont :

- les personnels administratifs (personnels de direction et autres personnels administratifs) ;
- les personnel des services de soins, distinguant : les sages-femmes, les personnels d'encadrement du personnel soignant, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de services hospitaliers qualifiés, et les autres personnels des services de soins (personnel de rééducation, psychologues...) ;
- les personnels éducatifs et sociaux ;
- les personnels médico-techniques ;
- les personnels techniques et ouvriers.

2. Les moyens mis en œuvre

2.1. Les ressources humaines

Le décompte des effectifs

Dans ce document, le décompte des personnels est présenté, selon le cas :

- en effectifs physiques de salariés rémunérés en décembre pour les personnels médicaux et les personnels non médicaux salariés ;
- en effectifs physiques exerçant une activité dans l'établissement en décembre, lorsque qu'il s'agit de recenser à la fois les praticiens salariés et les praticiens libéraux pour les personnels médicaux ;
- effectifs en équivalent temps plein de salariés rémunérés en décembre pour les personnels médicaux et les personnels non médicaux salariés.

L'équivalent temps plein ou ETP est calculé au prorata du taux de rémunération. Une personne travaillant 0,80 temps plein mais bénéficiant d'une rémunération de 0,86 TP sera comptée 0,86. L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

2.2. Effectifs des personnels médicaux[1] des établissements de santé selon le mode d'activité en 2004

Mode d'activité	Établissements publics		Établissements privés sous DG		Établissements privés hors DG		Ensemble des établissements	
	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%
Salariés à temps plein	46 830	45,4 %	4 535	37,9 %	980	22,3 %	52 345	43,8 %
Salariés à temps partiel	37 513	36,4 %	6 238	52,2 %	3 404	77,4 %	47 155	39,5 %
Internes ou faisant fonction[2]	18 706	18,2 %	1 185	9,9 %	14	0,0 %	19 905	16,7 %
Ensemble des salariés	**103 049**	**100,0 %**	**11 958**	**100,0 %**	**4 398**	**100,0 %**	**119 405**	**100,0 %**
Libéraux[3]	2 496	n.s.	1 697	n.s.	39 587	n.s.	43 780	n.s.

n.s. : non significatif

(1) Médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens en activité en décembre de l'année, soit les praticiens salariés rémunérés en décembre et les praticiens libéraux exerçant une activité dans l'établissement. Ces effectifs comprennent des doubles comptes car ils comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

(2) Internes, FFI (faisant fonction d'interne) et DIS (diplômés interuniversitaire de spécialités) qui sont en formation.

(3) Praticiens libéraux qui interviennent dans les hôpitaux locaux pour le public, et ceux qui interviennent habituellement dans les établissements privés (hors « occasionnels »), leur activité hospitalière pouvant être exclusive (dans un seul établissement) ou non, et à temps plein ou à temps partiel.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2.3. Effectifs des personnels médicaux[1] des établissements de santé selon le mode d'activité. Évolution de 1998 à 2004

Mode d'activité	Effectifs en activité en décembre			Taux d'évolution 2004 / 1998
	1998	2002	2004	
Salariés à temps plein et à temps partiel	95 908	96 220	99 500	3,7 %
Internes ou faisant fonction[2]	19 916	18 620	19 905	-0,1 %
Ensemble des salariés	**117 822**	**116 842**	**119 405**	**1,3 %**
Libéraux[3]	44 724	45 492	43 780	-2,1 %

(1) Médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens en activité en décembre de l'année, soit les praticiens salariés rémunérés en décembre et les praticiens libéraux exerçant une activité dans l'établissement. Ces effectifs comprennent des doubles comptes car ils comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

(2) Internes, FFI (faisant fonction d'interne) et DIS (diplômés interuniversitaire de spécialités) qui sont en formation.

(3) Praticiens libéraux qui interviennent dans les hôpitaux locaux pour le public, et ceux qui interviennent habituellement dans les établissements privés (hors « occasionnels »), leur activité hospitalière pouvant être exclusive (dans un seul établissement) ou non, et à temps plein ou à temps partiel.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

2.4. Effectifs des personnels médicaux [1] des établissements de santé selon la spécialité exercée en 2004

Spécialité exercée	Établissements publics		Établissements privés sous DG		Établissements privés hors DG		Ensemble des établissements	
	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%	Effectifs en activité en décembre	%
Médecine générale	12 191	14,0 %	1 664	13,3 %	2 186	5,0 %	16 041	11,2 %
Anesthésie, réanimation	5 795	6,7 %	759	6,1 %	3 544	8,1 %	10 098	7,0 %
Pédiatrie	3 635	4,2 %	386	3,1 %	804	1,8 %	4 825	3,4 %
Radiologie	3 617	4,2 %	604	4,8 %	2 918	6,6 %	7 139	5,0 %
Autres spécialités médicales	25 212	29,0 %	4 107	32,9 %	15 402	35,0 %	44 721	31,2 %
Spécialités chirurgicales	11 700	13,5 %	1 622	13,0 %	11 354	25,8 %	24 676	17,2 %
Gynécologie-obstétrique	3 609	4,2 %	419	3,4 %	2 046	4,7 %	6 074	4,2 %
Psychiatrie	7 473	8,6 %	1 380	11,1 %	1 288	2,9 %	10 141	7,1 %
Biologie médicale	5 110	5,9 %	324	2,6 %	1 377	3,1 %	6 811	4,8 %
Pharmacie	2 920	3,4 %	633	5,1 %	1 324	3,0 %	4 877	3,4 %
Autres spécialités	5 577	6,4 %	572	4,6 %	1 728	3,9 %	7 877	5,5 %
Ensemble [2]	**86 839**	**100,0 %**	**12 470**	**100,0 %**	**43 971**	**100,0 %**	**143 280**	**100,0%**

(1) Médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés et libéraux, hors internes et faisant fonction (FFI et DIS), en activité en décembre de l'année. On compte à la fois les praticiens salariés rémunérés en décembre et les praticiens libéraux exerçant une activité dans l'établissement. Dans le public, les libéraux sont ceux qui interviennent dans les hôpitaux locaux, et dans le privé, ceux qui interviennent habituellement dans les établissements privés (hors « occasionnels »), leur activité hospitalière pouvant être exclusive (dans un seul établissement) ou non, et à temps plein ou à temps partiel.

(2) Ces effectifs comprennent des doubles comptes car ils comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2.5. ETP des effectifs des personnels médicaux salariés [1] des établissements de santé selon le mode d'activité en 2004

Mode d'activité	Établissements publics		Établissements privés sous DG		Établissements privés hors DG		Ensemble des établissements	
	ETP rémunérés en décembre	%	ETP rémunérés en décembre	%	ETP rémunérés en décembre	%	ETP rémunérés en décembre	%
Salariés à temps plein et à temps partiel [1]	55 397	74,8 %	6 930	85,4 %	2 585	99,5 %	64 911	76,5 %
Internes ou faisant fonction [2]	18 706	25,2 %	1 185	14,6 %	14	0,5 %	19 905	23,5 %
Ensemble des salariés	**74 103**	**100,0 %**	**8 115**	**100,0 %**	**2 599**	**100,0 %**	**84 816**	**100,0 %**

(1) Médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés rémunérés en décembre de l'année. Un décompte en équivalent temps plein des praticiens libéraux n'est pas possible du fait de leur double activité, hospitalière et en cabinets de ville.
(2) Internes, FFI (faisant fonction d'interne) et DIS (diplômés interuniversitaire de spécialités) qui sont en formation.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2.6. ETP des effectifs des personnels médicaux salariés [1] des établissements publics de santé selon le statut en 2004

Statut	ETP rémunérés en décembre
Hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH) [2]	2 944
Hospitalo-universitaires non titulaires [2]	1 921
Praticiens hospitaliers (PH)	33 476
Assistants	4 194
Attachés	8 347
Autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	4 516
Sous-total salariés	**55 397**
Internes et faisant fonction	18 706
Ensemble des salariés	**74 103**

(1) Médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés rémunérés en décembre de l'année. Un décompte en équivalent temps plein des praticiens libéraux n'est pas possible du fait de leur double activité, hospitalière et en cabinets de ville.
(2) Par convention les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés pour 0,5 ETP pour la partie soins.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

Le système d'information et de gestion des personnels médicaux (SIGMED)

Cf. tableaux 2.7 à 2.16.

Le système d'information et de gestion des personnels médicaux (SIGMED), réalisé par le ministère de la santé et des solidarités, est un logiciel dédié à la gestion des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Il constitue une base de données pour certaines catégories de praticiens de l'hôpital et pour les structures dans lesquelles ils exercent (établissement, service et poste).

SIGMED a été déployé au sein de l'administration centrale (DHOS/M3) et des services déconcentrés (DRASS et DDASS) en 2000 et produit des données en temps réel depuis cette date à partir d'un infocentre qui lui est associé.

Les données disponibles dans SIGMED peuvent être divisées en deux parties : l'une sur les structures hospitalières, l'autre sur les personnels eux-mêmes.

- Sur les structures :
  - des informations sur les services et départements des EPS (nombre, statut, spécialité),
  - l'état des postes vacants : par spécialité médicale, par catégorie d'établissement (CHU ou non), par région, département et établissement.
- Sur les personnels :
  - le statut en fonction du champ couvert actuellement : praticiens hospitaliers plein temps et des praticiens des hôpitaux à temps partiel,
  - les effectifs gérés et rémunérés,
  - des données démographiques (répartitions par sexe, par classe d'âge),
  - les éléments de carrières : échelon, position statutaire (détachement, disponibilité).

Les informations sont saisies par chaque niveau de compétence statutaire (AC, DRASS et DDASS) ; elles sont donc disponibles en temps réel, surtout pour les besoins de gestion, ou arrêtés au 31 décembre de chaque année.

Pour les catégories statutaires comprises dans SIGMED (PH plein temps et PH temps partiel), les données sont exhaustives (tous les EPS et tous les praticiens concernés).

2.7. Effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par sexe et par statut au 31 décembre 2004

Statut	PH temps plein			PH temps partiel			Ensemble des PH		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Effectifs rémunérés en décembre	11 260	17 675	28 935	2 118	3 544	5 662	13 378	21 219	34 597
Répartition par sexe	38,9 %	61,1 %	100,0 %	37,4 %	62,6 %	100,0 %	38,7 %	61,3 %	100,0 %

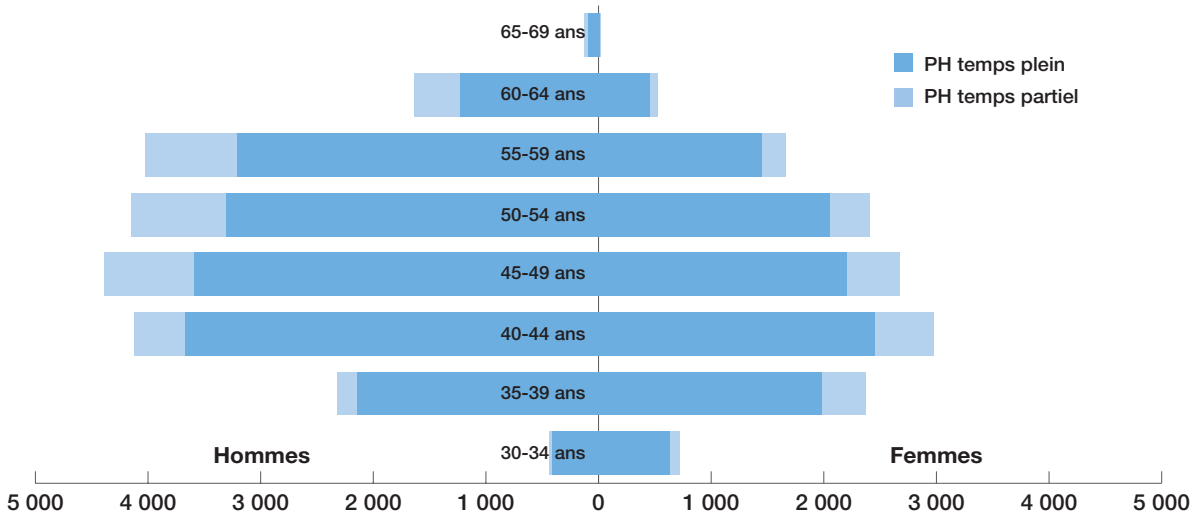
Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.8. Évolution des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par statut de 2001 à 2004

Statut	Effectifs rémunérés en décembre				Taux d'évolution		
	2001	2002	2003	2004	2002/2001	2003/2002	2004/2003
PH temps plein	23 738	25 494	26 985	28 935	7,4 %	5,8 %	7,2 %
PH temps partiel	5 840	5 849	5 867	5 662	0,2 %	0,3 %	-3,5 %
Ensemble des PH	29 575	31 343	32 852	34 597	6,0 %	4,8 %	5,3 %

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.9. Pyramide des âges des praticiens hospitaliers (PH) selon le sexe au 31 décembre 2004



Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.10. Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par région au 31 décembre 2004

Régions	Effectifs rémunérés en décembre					
	PH temps plein	%	PH temps partiel	%	Ensemble des PH	%
Alsace	946	3,3 %	56	1,0 %	1 002	2,9 %
Aquitaine	1 280	4,4 %	149	2,6 %	1 429	4,1 %
Auvergne	599	2,1 %	134	2,4 %	733	2,1 %
Basse-Normandie	701	2,4 %	149	2,6 %	850	2,5 %
Bourgogne	778	2,7 %	163	2,9 %	941	2,7 %
Bretagne	1 495	5,2 %	225	4,0 %	1 720	5,0 %
Centre	1 254	4,3 %	153	2,7 %	1 407	4,1 %
Champagne-Ardenne	696	2,4 %	121	2,1 %	817	2,4 %
Corse	153	0,5 %	23	0,4 %	176	0,5 %
Franche-Comté	624	2,2 %	134	2,4 %	758	2,2 %
Haute-Normandie	797	2,8 %	127	2,2 %	924	2,7 %
Île-de-France	5 205	18,0 %	1 475	26,1 %	6 680	19,3 %
Languedoc-Roussillon	989	3,4 %	158	2,8 %	1 147	3,3 %
Limousin	442	1,5 %	78	1,4 %	520	1,5 %
Lorraine	1 048	3,6 %	156	2,8 %	1 204	3,5 %
Midi-Pyrénées	1 221	4,2 %	254	4,5 %	1 475	4,3 %
Nord - Pas-de-Calais	1 766	6,1 %	384	6,8 %	2 150	6,2 %
PACA	2 066	7,1 %	511	9,0 %	2 577	7,4 %
Pays-de-la-Loire	1 406	4,9 %	206	3,6 %	1 612	4,7 %
Picardie	1 015	3,5 %	154	2,7 %	1 169	3,4 %
Poitou-Charentes	956	3,3 %	138	2,4 %	1 094	3,2 %
Rhône-Alpes	2 557	8,8 %	625	11,0 %	3 182	9,2 %
France métropolitaine	**27 994**	**96,7 %**	**5 573**	**98,4 %**	**33 567**	**97,0 %**
Guadeloupe	197	0,7 %	23	0,4 %	220	0,6 %
Guyane	88	0,3 %	2	0,0 %	90	0,3 %
Martinique	271	0,9 %	36	0,6 %	307	0,9 %
Réunion et Mayotte	382	1,3 %	28	0,5 %	410	1,2 %
Saint-Pierre-et-Miquelon	3	0,0 %	-	-	3	0,0 %
DOM - TOM	**941**	**3,3 %**	**89**	**1,6 %**	**1 030**	**3,0 %**
France entière	**28 935**	**100,0 %**	**5 662**	**100,0 %**	**34 597**	**100,0 %**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.11. Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) temps plein par région au 31 décembre 2004

Régions	PH temps plein			
	Nombre de postes budgétés	Occupation statutaire en %	Occupation provisoire en %	Taux de vacance de poste
Alsace	1 110	85,0 %	1,5 %	13,4 %
Aquitaine	1 430	89,5 %	0,1 %	10,4 %
Auvergne	777	76,4 %	3,3 %	20,2 %
Basse-Normandie	963	72,4 %	2,4 %	25,2 %
Bourgogne	975	79,6 %	0,5 %	19,9 %
Bretagne	1 784	83,1 %	1,5 %	15,4 %
Centre	1 574	79,4 %	1,5 %	19,1 %
Champagne-Ardenne	941	73,8 %	3,6 %	22,6 %
Corse	176	86,4 %	-	13,6 %
Franche-Comté	850	73,1 %	5,1 %	21,9 %
Haute-Normandie	982	81,1 %	0,5 %	18,4 %
Île-de-France	6 003	85,9 %	1,9 %	12,2 %
Languedoc-Roussillon	1 152	85,4 %	1,2 %	13,4 %
Limousin	564	78,2 %	1,4 %	20,4 %
Lorraine	1 328	78,9 %	1,0 %	20,1 %
Midi-Pyrénées	1 419	85,8 %	0,3 %	13,9 %
Nord - Pas-de-Calais	2 295	76,9 %	2,4 %	20,7 %
PACA	2 331	88,6 %	0,7 %	10,7 %
Pays-de-la-Loire	1 632	85,8 %	0,4 %	13,7 %
Picardie	1 329	76,1 %	4,6 %	19,3 %
Poitou-Charentes	1 111	85,8 %	1,5 %	12,7 %
Rhône-Alpes	3 153	80,3 %	2,3 %	17,4 %
France métropolitaine	**33 879**	**82,2 %**	**1,7 %**	**16,0 %**
Guadeloupe	300	64,0 %	2,0 %	34,0 %
Guyane	149	59,1 %	-	40,9 %
Martinique	339	79,9 %	-	20,1 %
Réunion et Mayotte	455	83,7 %	1,1 %	15,2 %
Saint-Pierre-et-Miquelon	-	-	-	-
DOM - TOM	**1 243**	**75,0 %**	**0,9 %**	**24,1 %**
France entière	**35 122**	**82,0 %**	**1,7 %**	**16,3 %**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.12. Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) temps partiel par région au 31 décembre 2004

Régions	PH temps partiel			
	Nombre de postes budgétés	Occupation statutaire en %	Occupation provisoire en %	Taux de vacance de poste
Alsace	93	60,2 %	3,2 %	36,6 %
Aquitaine	233	64,8 %	0,4 %	34,8 %
Auvergne	223	59,2 %	7,2 %	33,6 %
Basse-Normandie	239	62,3 %	3,8 %	33,9 %
Bourgogne	280	58,2 %	4,6 %	37,1 %
Bretagne	333	67,3 %	3,0 %	29,7 %
Centre	250	61,2 %	4,8 %	34,0 %
Champagne-Ardenne	235	51,5 %	9,4 %	39,1 %
Corse	37	59,5 %	-	40,5 %
Franche-Comté	221	59,7 %	9,0 %	31,2 %
Haute-Normandie	211	60,2 %	2,4 %	37,4 %
Île-de-France	2 071	70,8 %	2,9 %	26,3 %
Languedoc-Roussillon	250	63,2 %	3,6 %	33,2 %
Limousin	149	52,3 %	16,1 %	31,5 %
Lorraine	266	58,6 %	4,5 %	36,8 %
Midi-Pyrénées	315	80,6 %	0,3 %	19,0 %
Nord - Pas-de-Calais	600	64,0 %	7,2 %	28,8 %
PACA	682	76,0 %	1,3 %	22,7 %
Pays de la Loire	367	56,1 %	1,9 %	42,0 %
Picardie	321	47,4 %	10,9 %	41,7 %
Poitou-Charentes	207	66,7 %	6,3 %	27,1 %
Rhône-Alpes	897	69,2 %	6,4 %	24,4 %
France métropolitaine	**8 480**	**65,6 %**	**4,5 %**	**29,9 %**
Guadeloupe	45	4,4 %	2,2 %	93,3 %
Guyane	11	18,2 %	-	81,8 %
Martinique	62	58,1 %	-	41,9 %
Réunion et Mayotte	38	73,7 %	-	26,3 %
Saint-Pierre-et-Miquelon	-	-	-	-
DOM - TOM	**156**	**57,1 %**	**0,6 %**	**42,3 %**
France entière	**8 636**	**65,4 %**	**4,4 %**	**30,1%**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.13. Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par discipline et par statut au 31 décembre 2004

Disciplines d'exercice	Effectifs rémunérés en décembre			
	PH temps plein	PH temps partiel	Ensemble des PH	%
Médecine	16 334	2 831	19 165	55,4 %
Chirurgie	4 110	1 095	5 205	15,0 %
Psychiatrie	4 098	868	4 966	14,4 %
Biologie	1 711	257	1 968	5,7 %
Radiologie et imagerie médicale	1 366	273	1 639	4,7 %
Pharmacie	1 284	258	1 542	4,5 %
Odontologie	32	80	112	0,3 %
Total	**28 935**	**5 662**	34 597	**100,0 %**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.14. Répartition des effectifs des praticiens hospitaliers (PH) par spécialité et par statut au 31 décembre 2004

Spécialités exercées	Effectifs rémunérés en décembre				
	PH temps plein	PH temps partiel	Ensemble des PH	%	% cumulé croissant
Psychiatrie polyvalente	4 098	868	4 966	14,4 %	14,4 %
Anesthésiologie-réanimation chirurgicale	4 584	95	4 679	13,5 %	27,9 %
Médecine générale	1 781	701	2 482	7,2 %	35,1 %
Médecine d'urgence	1 653	242	1 895	5,5 %	40,5 %
Pédiatrie	1 363	317	1 680	4,9 %	45,4 %
Pharmacie hospitalière	1 284	258	1 542	4,5 %	49,8 %
Gynécologie-obstétrique	1 251	275	1 526	4,4 %	54,3 %
Radiologie	1 253	268	1 521	4,4 %	58,6 %
Cardiologie et maladies vasculaires	949	325	1 274	3,7 %	62,3 %
Médecine générale et gériatrique	757	231	988	2,9 %	65,2 %
Biologie médicale	705	85	790	2,3 %	67,5 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	721	40	761	2,2 %	69,7 %
Pneumologie	586	134	720	2,1 %	71,8 %
Gastro-entérologie et hépathologie	580	139	719	2,1 %	73,8 %
Autres spécialités	7 370	1 684	9 054	26,2 %	100,0 %
Total	**28 935**	**5 662**	34 597	**100,0 %**	-

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.15. Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) par discipline et par statut au 31 décembre 2004

Disciplines exercées	PH temps plein		PH temps partiel	
	Nombre de postes budgétés	Taux de vacance de poste	Nombre de postes budgétés	Taux de vacance de poste
Médecine	19 903	16,3 %	4 426	31,2 %
Chirurgie	4 879	14,9 %	1 440	21,9 %
Psychiatrie	5 285	21,5 %	1 369	32,4 %
Biologie	1 813	6,0 %	331	20,5 %
Radiologie et imagerie médicale	1 821	23,3 %	446	36,5 %
Pharmacie	1 384	6,6 %	501	38,3 %
Odontologie	37	13,5 %	123	31,7 %
Total	**35 122**	**16,3 %**	**8 636**	**30,1 %**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.16. Répartition des emplois de praticien hospitalier (PH) par spécialité et par statut au 31 décembre 2004

Spécialités d'exercice	PH temps plein		PH temps partiel	
	Nombre de postes budgétés	Taux de vacance de poste	Nombre de postes budgétés	Taux de vacance de poste
Anesthésiologie-réanimation chirurgicale	5 473	16,0%	198	49,5%
Psychiatrie polyvalente	5 285	21,5%	1 369	32,4%
Médecine d'urgence	2 332	23,2%	507	46,2%
Médecine générale	1 835	15,5%	1 031	28,7%
Radiologie	1 683	24,1%	432	36,6%
Pédiatrie	1 667	16,7%	479	30,7%
Gynécologie-obstétrique	1 528	17,7%	412	31,6%
Pharmacie hospitalière	1 384	6,6%	501	38,3%
Cardiologie et maladies vasculaires	1 172	15,7%	425	22,4%
Médecine générale et gériatrique	1 098	18,1%	484	37,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	881	13,7%	69	31,9%
Gastro-entérologie et hépathologie	702	10,8%	179	17,9%
Pneumologie	690	11,2%	175	20,0%
Biologie médicale	658	6,1%	117	22,2%
Autres spécialités	8 734	13,2%	2 258	22,8%
Total	**35 122**	**16,3%**	**8 636**	**30,1%**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Base SIGMED

2.17. Effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels en 2004

Catégorie de personnels	Publics		Privés sous dotation globale		Privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Effectifs rémunérés en déc.	%	Effectifs rémunérés en déc.	%	Effectifs rémunérés en déc.	%	Effectifs rémunérés en déc.	%
Personnels administratifs	89 255	11,5 %	16 844	14,6 %	21 532	15,0 %	**127 631**	**12,4 %**
Personnels des services des soins	544 502	70,4 %	74 972	65,1 %	107 259	74,6 %	**726 733**	**70,4 %**
sages-femmes	*9 013*	*1,2 %*	*853*	*0,7 %*	*2 655*	*1,8 %*	***12 521***	***1,2 %***
personnels d'encadrement du personnel soignant	*23 933*	*3,1 %*	*3 529*	*3,1 %*	*3 613*	*2,5 %*	***31 075***	***3,0 %***
infirmiers	*218 751*	*28,3 %*	*27 938*	*24,3 %*	*45 238*	*31,5 %*	***291 927***	***28,3 %***
aides-soignants	*186 881*	*24,2 %*	*21 166*	*18,4 %*	*31 007*	*21,6 %*	***239 054***	***23,2 %***
agents de service hospitalier qualifiés	*82 626*	*10,7 %*	*13 385*	*11,6 %*	*21 379*	*14,9 %*	***117 390***	***11,4 %***
autres	*23 298*	*3,0 %*	*8 101*	*7,0 %*	*3 367*	*2,3 %*	***34 766***	***3,4 %***
Personnels éducatifs et sociaux	10 149	1,3 %	3 616	3,1 %	815	0,6 %	**14 580**	**1,4 %**
Personnels médico-techniques	38 375	5,0 %	5 167	4,5 %	3 011	2,1 %	**46 553**	**4,5 %**
Personnels techniques et ouvriers	91 465	11,8 %	14 509	12,6 %	11 115	7,7 %	**117 089**	**11,3 %**
Ensemble (1)	**773 746**	**100 %**	**115 108**	**100 %**	**143 732**	**100 %**	**1 032 586**	**100 %**

(1) Personnels titulaires et non titulaires sur postes budgétaires rémunérés par l'établissement en décembre, y compris les sages-femmes, y compris le personnel des disciplines sociales et médico-sociales et des disciplines de formation, à l'exclusion des personnels non salariés congréganistes et bénévoles.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2.18. ETP des effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels en 2004

Catégorie de personnels	Publics		Privés sous dotation globale		Privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	ETP rémunérés en déc.	%	ETP rémunérés en déc.	%	ETP rémunérés en déc.	%	ETP rémunérés en déc.	%
Personnels administratifs	83 988	11,5 %	14 380	14,6 %	18 926	15,0 %	117 294	12,3 %
Personnels des services des soins	513 601	70,1 %	64 511	65,5 %	93 873	74,6 %	671 985	70,2 %
sages-femmes	*8 152*	*1,1 %*	*700*	*0,7 %*	*2 152*	*1,7 %*	*11 004*	*1,2 %*
personnels d'encadrement du personnel soignant	*23 484*	*3,2 %*	*3 276*	*3,3 %*	*3 395*	*2,7 %*	*30 155*	*3,2 %*
infirmiers	*205 332*	*28,0 %*	*24 419*	*24,8 %*	*39 278*	*31,2 %*	*269 029*	*28,1 %*
aides-soignants	*178 168*	*24,3 %*	*18 609*	*18,9 %*	*27 390*	*21,8 %*	*224 167*	*23,4 %*
agents de service hospitalier qualifiés	*78 924*	*10,8 %*	*11 555*	*11,7 %*	*19 192*	*15,2 %*	*109 671*	*11,5 %*
autres	*19 542*	*2,7 %*	*5 950*	*6,0 %*	*2 468*	*2,0 %*	*27 960*	*2,9 %*
Personnels éducatifs et sociaux	9 376	1,3 %	2 963	3,0 %	578	0,5 %	12 917	1,4 %
Personnels médico-techniques	36 109	4,9 %	4 534	4,6 %	2 581	2,0 %	43 223	4,5 %
Personnels techniques et ouvriers	89 098	12,2 %	12 152	12,3 %	9 957	7,9 %	111 207	11,6 %
Ensemble (1)	**732 172**	**100 %**	**98 540**	**100 %**	**125 914**	**100 %**	**956 626**	**100 %**

(1) Personnels titulaires et non titulaires sur postes budgétaires rémunérés par l'établissement en décembre, y compris les sages-femmes, y compris le personnel des disciplines sociales et médico-sociales et des disciplines de formation, à l'exclusion des personnels non salariés congréganistes et bénévoles.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

2.19. ETP des effectifs des personnels non médicaux et des sages-femmes des établissements de santé par catégorie de personnels. Évolution de 1998 à 2004

Catégorie de personnels	ETP rémunérés en décembre			Taux d'évolution 2004 / 1998
	1998	2002	2004	
Personnels administratifs	104 393	110 347	117 294	12,4 %
Personnels des services des soins	592 598	640 663	671 985	13,4 %
dont sages-femmes	*9 069*	*10 344*	*11 004*	*21,3 %*
dont infirmiers (yc personnels d'encadrement)	*260 121*	*284 071*	*299 184*	*15,0 %*
dont aides-soignants	*197 801*	*213 597*	*224 167*	*13,3 %*
dont agents de service hospitalier qualifiés	*103 155*	*106 618*	*109 671*	*6,3 %*
Personnels éducatifs et sociaux	11 073	12 021	12 917	16,7 %
Personnels médico-techniques	39 697	40 709	43 223	8,9 %
Personnels techniques et ouvriers	111 867	107 481	111 207	- 0,6 %
Ensemble (1)	**859 628**	**911 221**	**956 626**	**11,3 %**

(1) Personnels titulaires et non titulaires sur postes budgétaires rémunérés par l'établissement en décembre, y compris les sages-femmes, y compris le personnel des disciplines sociales et médico-sociales et des disciplines de formation, à l'exclusion des personnels non salariés congréganistes et bénévoles.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

2. Les moyens mis en œuvre

2.1. Les ressources humaines

2.1.2. Les personnels non médicaux hospitaliers

L'enquête sur les personnels de la fonction publique hospitalière dite « base de données SPE »

Cf. les tableaux 2.20. à 2.25.

La SPE, réalisée par la DHOS du ministère de la santé et des solidarités, est une enquête triennale complémentaire à l'enquête SAE, non exhaustive et redressée à l'aide de cette dernière. L'objectif de cette base est de dénombrer le personnel de la fonction publique hospitalière (FPH) à un niveau fin, par corps, grades et échelons. Elle ne porte que sur le personnel non médical des établissements publics de santé, de France métropolitaine.

La première base de données dénombrait les effectifs de la FPH rémunérés en décembre 1995 (SPE 95). La deuxième occurrence concernait les personnels non médicaux rémunérés en décembre 1998 (SPE 98) et la variable « âge » a été intégrée. La troisième occurrence a concerné les personnels rémunérés en décembre 2001. Le taux de couverture a été étendu à la France entière (DOM compris).

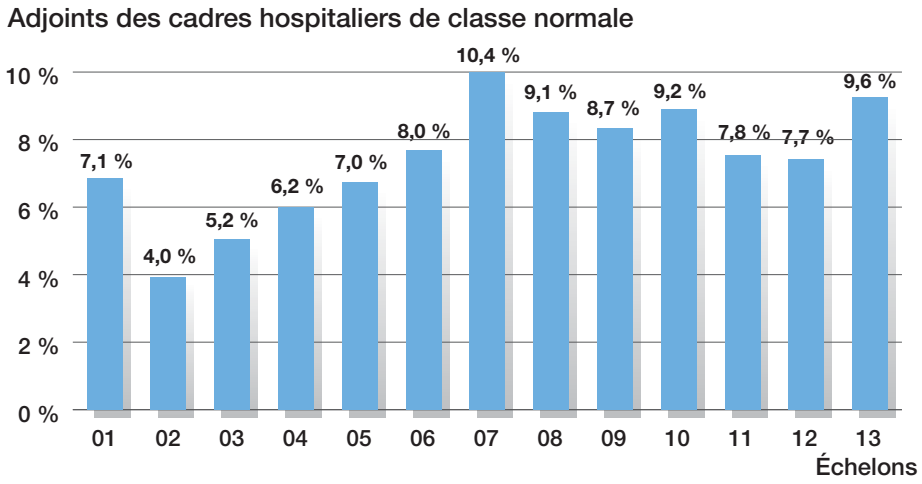
- Trois effectifs sont disponibles dans la base SPE :
  - l'effectif travaillant à temps plein ;
  - l'effectif travaillant à temps partiel ;
  - l'effectif en équivalent temps plein rémunéré.
- et selon sept variables :
  - le corps statutaire ;
  - le grade statutaire ;
  - l'échelon ;
  - le statut (titulaire - stagiaire - non titulaire) ;
  - le sexe ;
  - l'âge (non disponible dans SPE 95) ;
  - la catégorie de l'agent : A, B, C et D (la catégorie D a été supprimée en 2000) ;
  - le salaire annuel imposable.

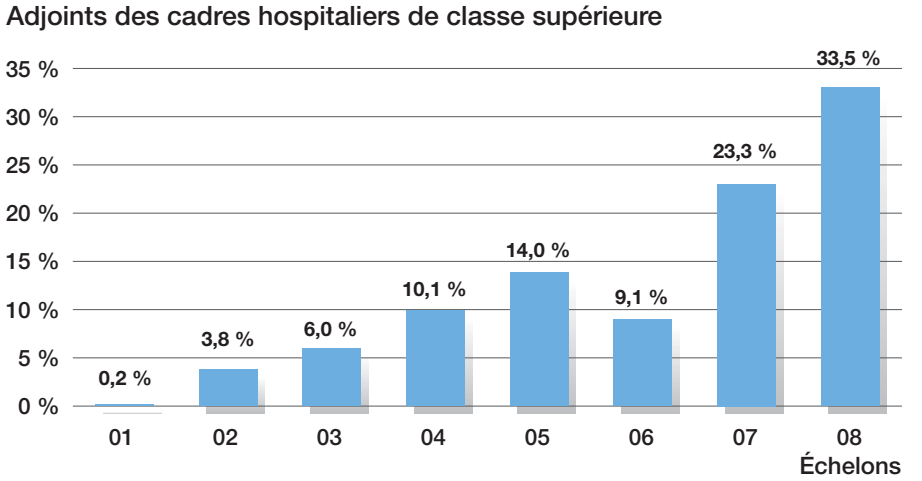
La remontée d'informations est réalisée à partir des entités juridiques. Il est donc possible d'avoir les informations voulues par entités juridiques, par catégories d'établissements et également par critères géographiques comme la région ou le département.

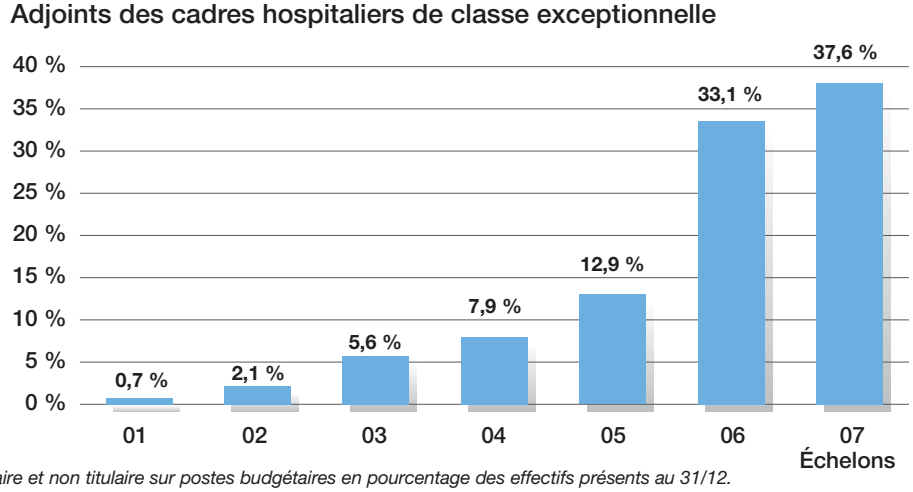
La représentativité de SPE est bonne au niveau national (plus de 90 % des personnels non médicaux sont enquêtés).

La quatrième en occurrence porte sur les effectifs au 31/12/2004. La base provisoire qui représentent 99 % des établissements enquêtés est disponible ; elle est en cours d'exploitation.

2.20. Répartition des effectifs du corps des adjoints des cadres hospitaliers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 (1)



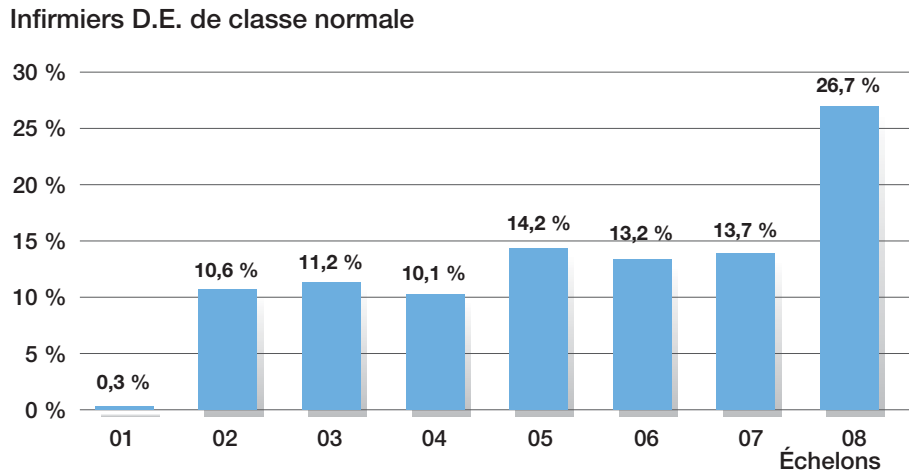


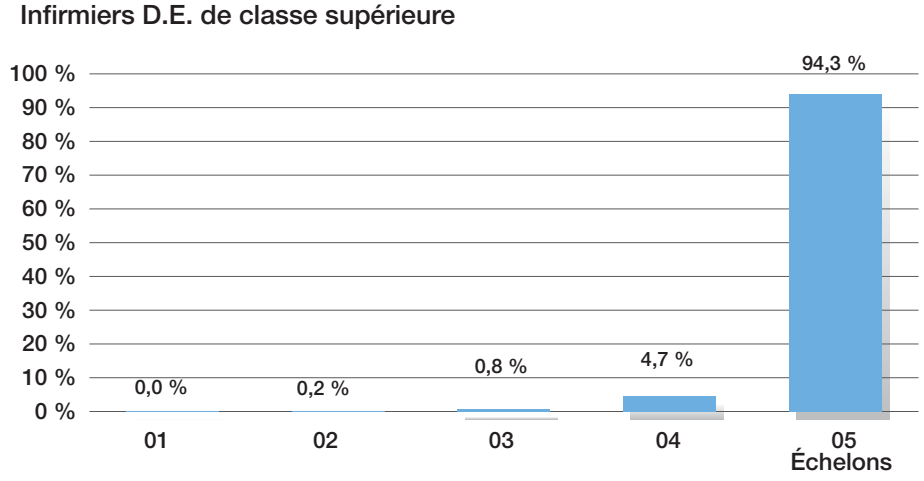


(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires en pourcentage des effectifs présents au 31/12.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.21. Répartition des effectifs du corps d'infirmiers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 (1)

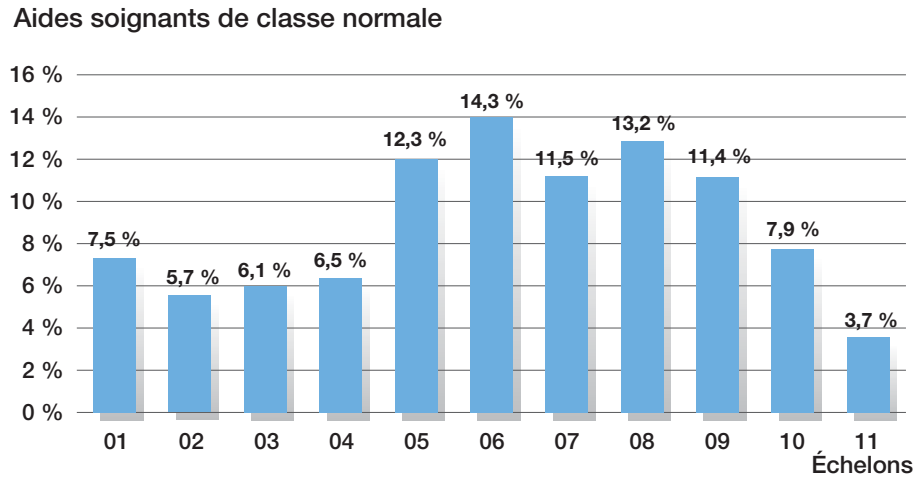


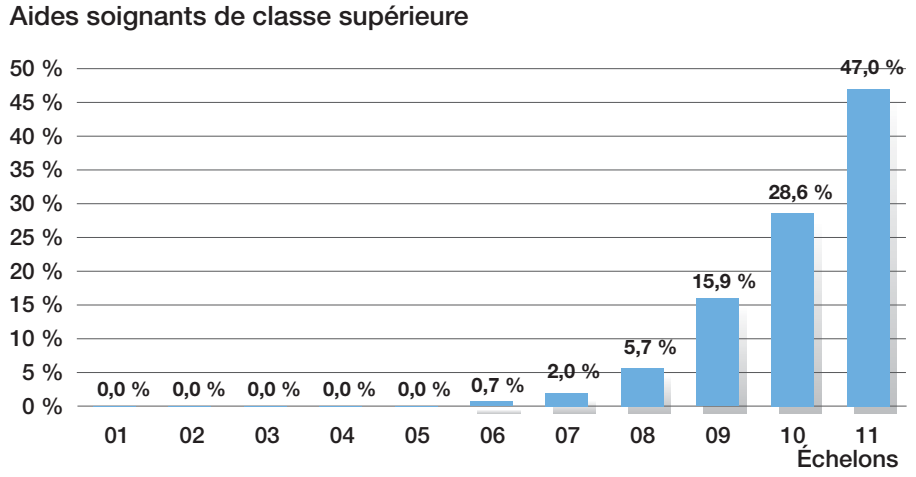


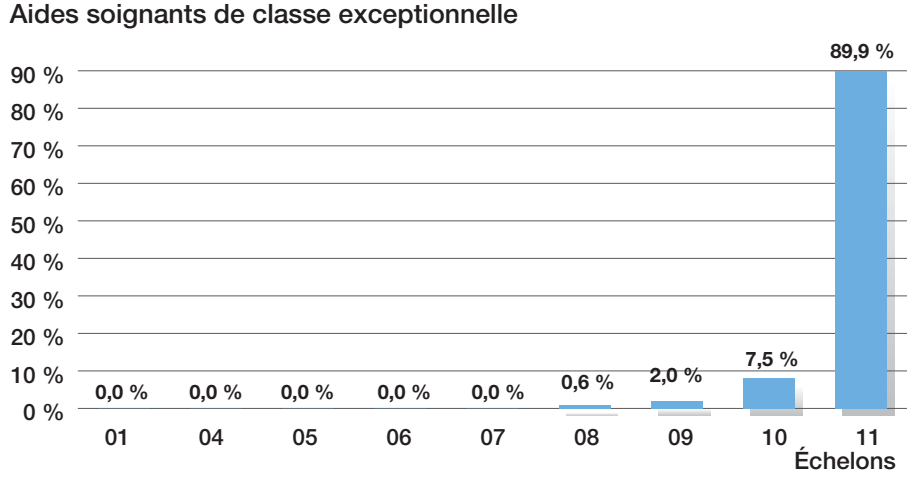
(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires en pourcentage des effectifs présents au 31/12.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.22. Répartition des effectifs du corps d'aides-soignants des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 (1)





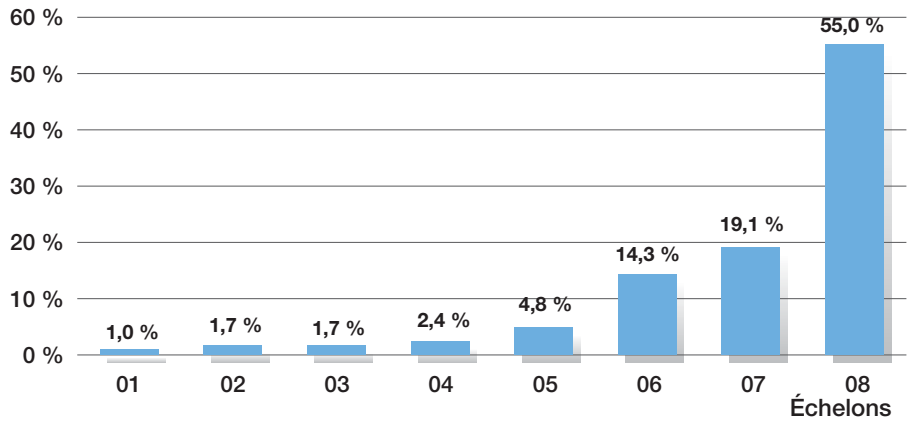


(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires en pourcentage des effectifs présents au 31/12.

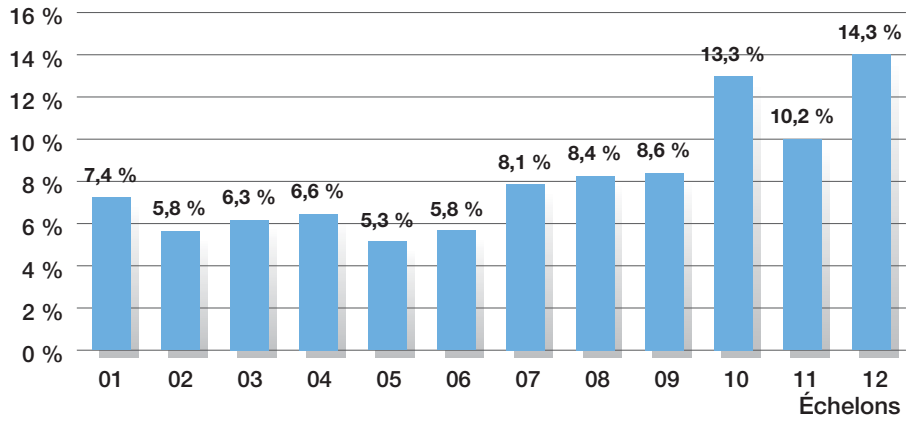
Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.23. Répartition des effectifs des corps socio-éducatifs des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 (1)

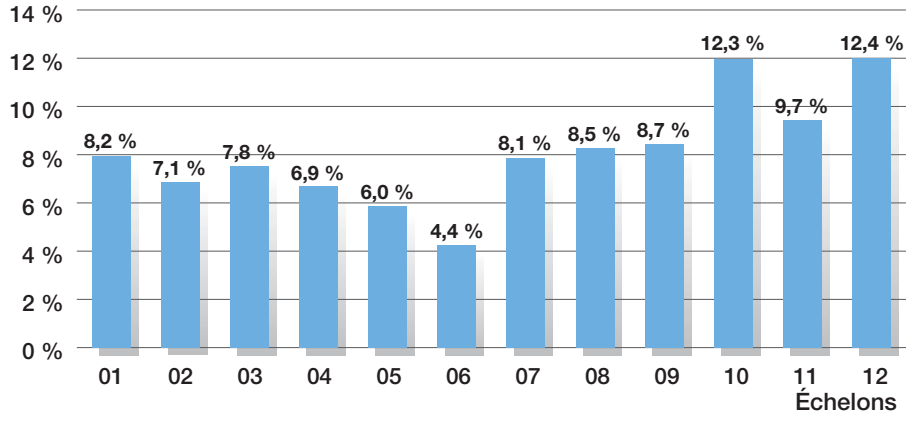
Cadres socio-éducatifs



Assistants socio-éducatifs - éducateurs spécialisés



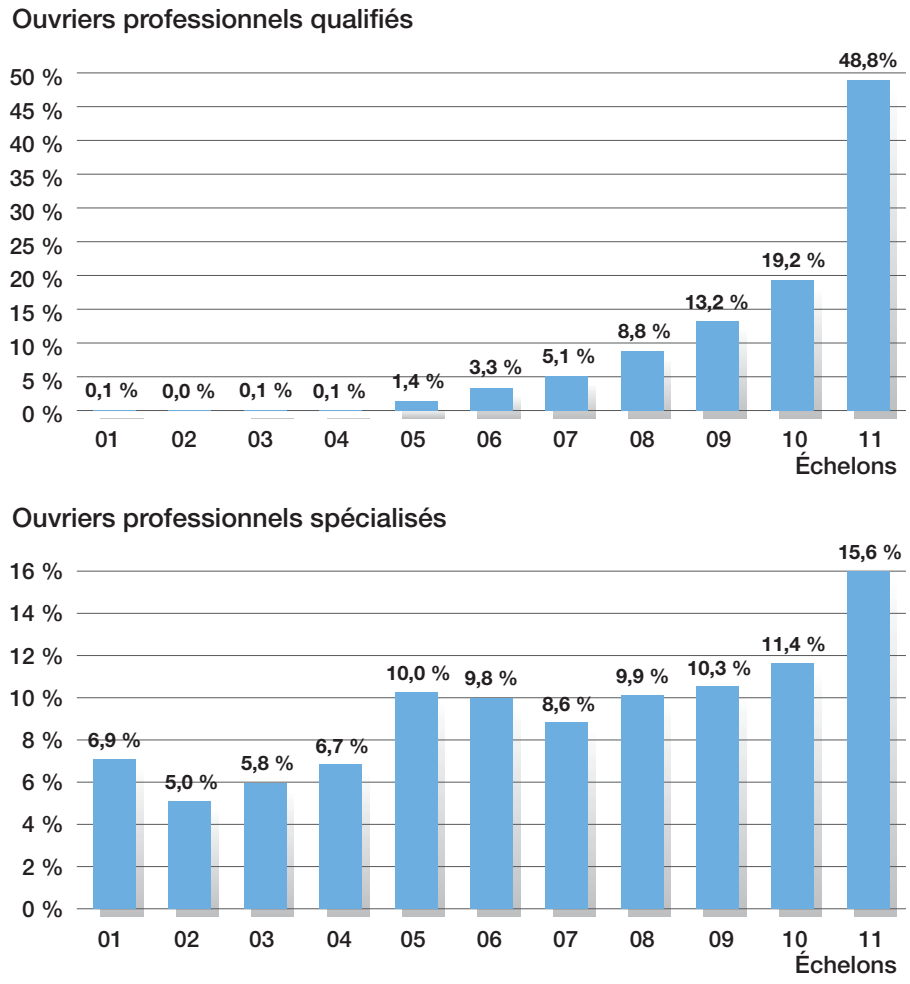
Assistants socio-éducatifs - assistants de service social



(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires en pourcentage des effectifs présents au 31/12.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

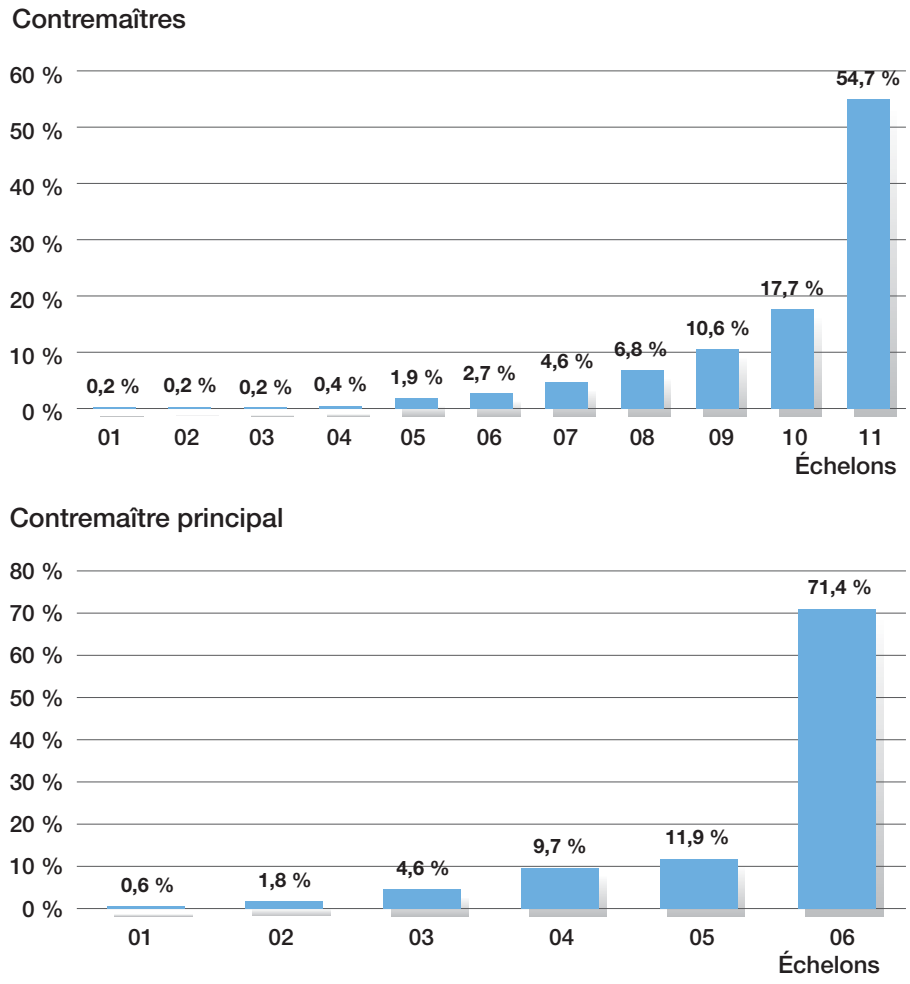
2.24. Répartition des effectifs des corps d'ouvriers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 (1)



(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires en pourcentage des effectifs présents au 31/12.

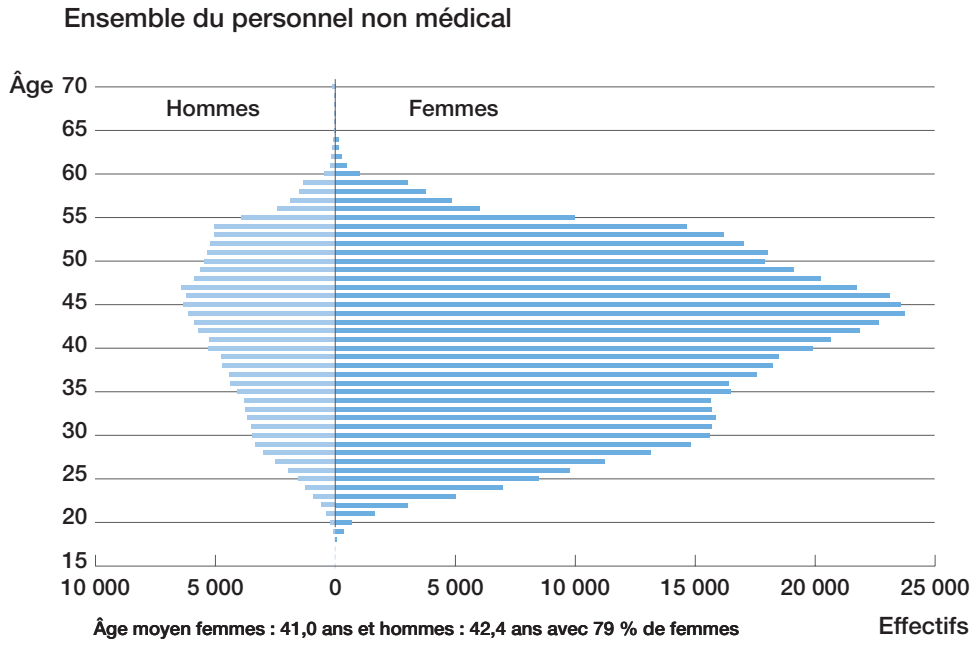
Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

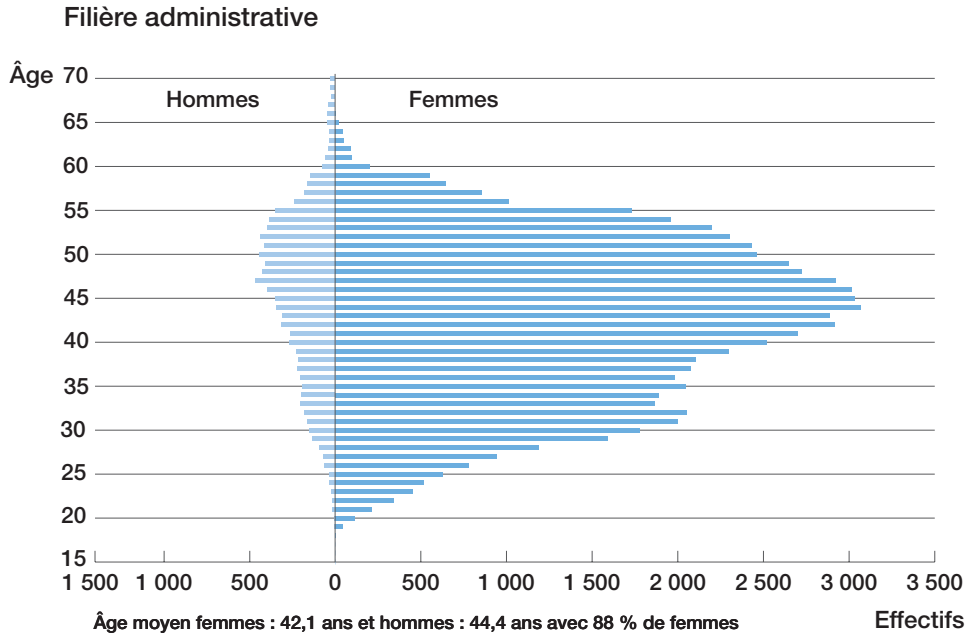
2.24. Répartition des effectifs des corps d'ouvriers des établissements publics de santé par grade et par échelon au 31 décembre 2001 [1] (suite)



Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.25. Pyramides des âges des personnels non médicaux des établissements publics de santé [1] par filière au 31 décembre 2001



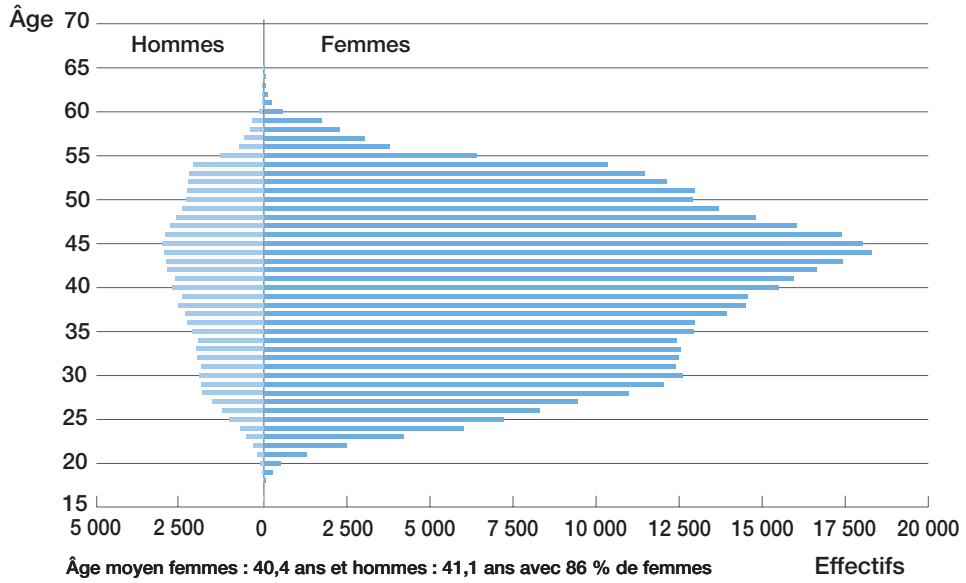


(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires.

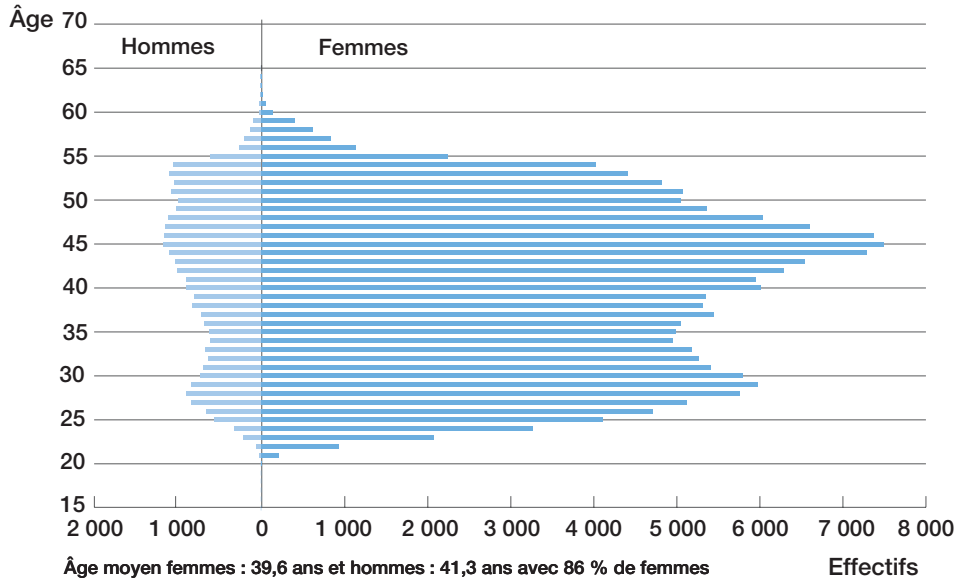
Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.25. Pyramides des âges des personnels non médicaux des établissements publics de santé [1] par filière au 31 décembre 2001 (suite)

Filière soignante



Infirmiers (IDE)

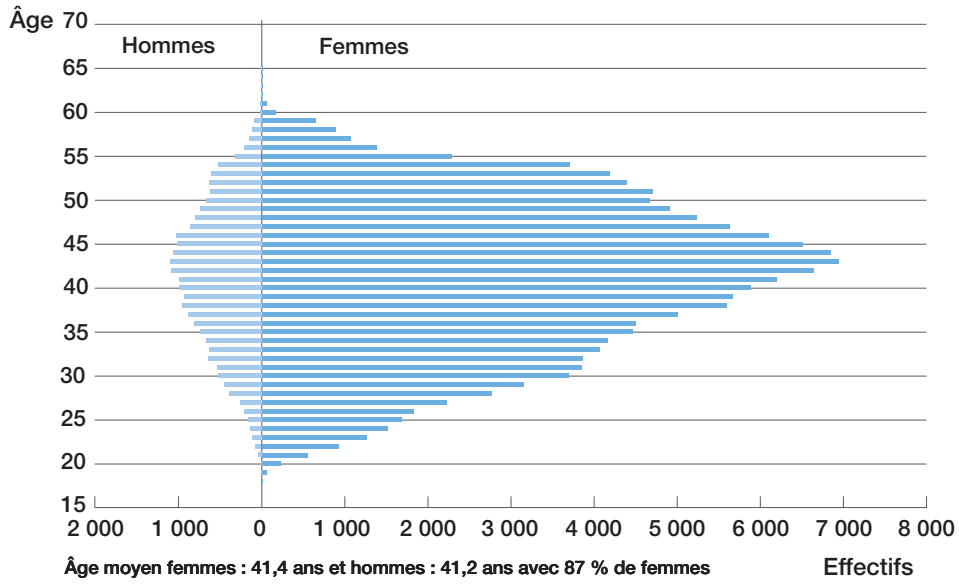


(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

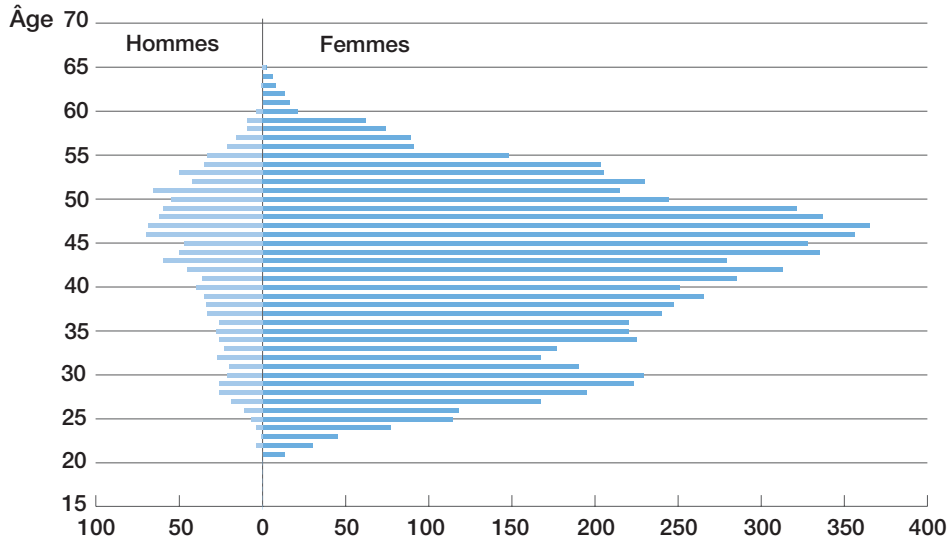
2.25. (suite)

Aides-soignants



Âge moyen femmes : 41,4 ans et hommes : 41,2 ans avec 87 % de femmes

Filière socio-éducative

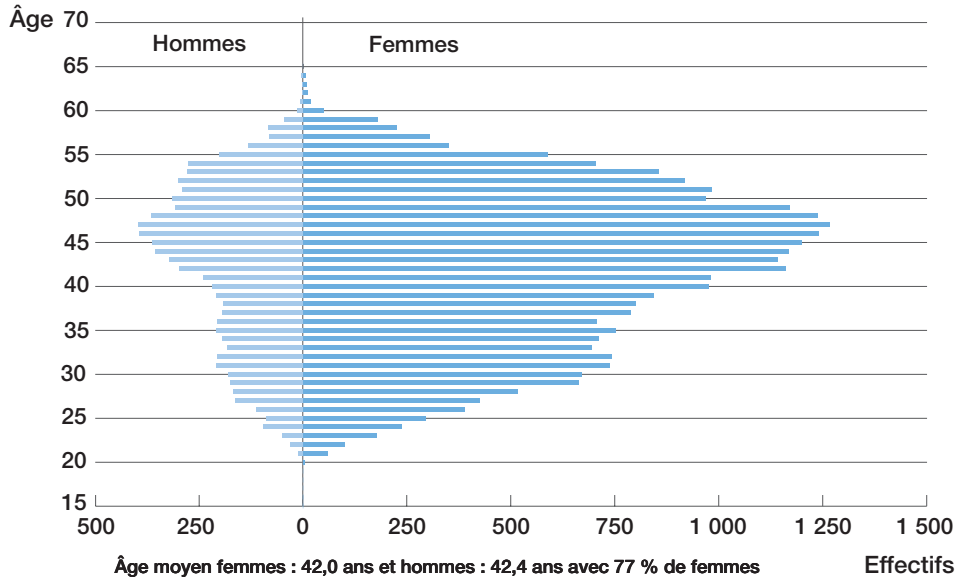


Âge moyen femmes : 41,6 ans et hommes : 43,6 ans avec 86 % de femmes

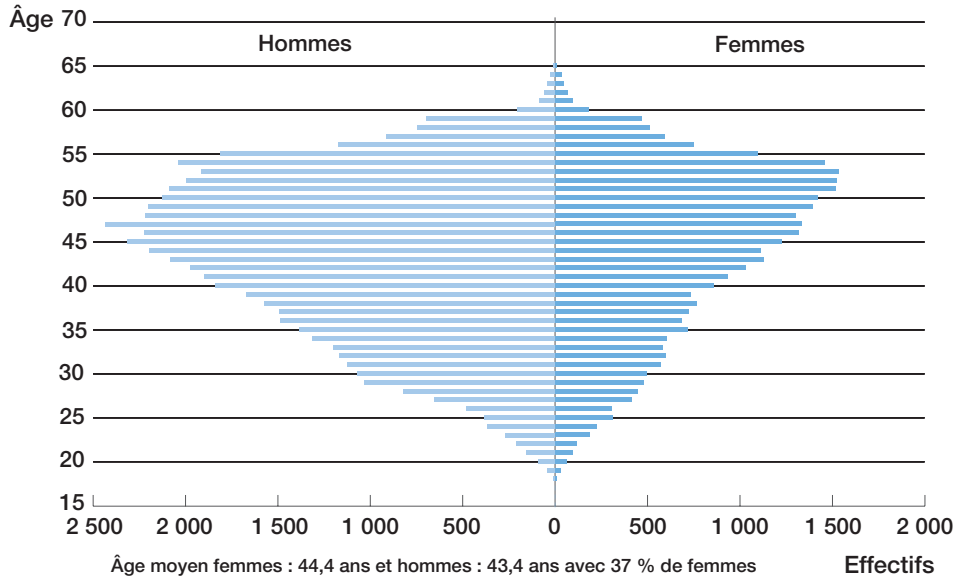
Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

2.25. Pyramides des âges des personnels non médicaux des établissements publics de santé [1] par filière au 31 décembre 2001 (suite)

Filière médico-technique



Filière technique et ouvrière



(1) Personnel titulaire et non titulaire sur postes budgétaires.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête sur les personnels de la Fonction publique hospitalière, dite « base de données SPE » en 2001

L'enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé »

Cf. les tableaux 2.26. à 2.29., et 2.57. à 2.59.

L'enquête coûts et carrières, réalisée annuellement par la DHOS du ministère de la santé et des solidarités auprès des établissements publics de santé, permet de connaître les éléments sur la rémunération nette des agents de la fonction publique hospitalière (FPH).

Le champ porte sur le personnel non médical, y compris le personnel de remplacement, et le personnel médical.

Les informations recueillies sont issues des fichiers de paie d'établissements utilisant l'application nationale de paie GRAPH 2 ou le logiciel PH7, et sont agrégées par professions et par catégories d'établissement. Chaque année, l'enquête couvre une période de 5 ans.

Une bonne part des résultats est issue d'informations relatant l'historique de carrière des agents sur les 5 dernières années ; les informations concernant les rémunérations sont directement issues de données de paie des 2 dernières années.

Les résultats obtenus portent principalement sur :

- la structure des effectifs moyens rémunérés,
- la structure par âge ;
- le recours au temps partiel ;
- les changements de profession ;
- les motifs d'entrées et de sorties ;
- les titularisations des non titulaires ;
- la durée moyenne de présence et la durée des contrats des non titulaires ;
- les bénéficiaires et le niveau moyen de certaines primes ou indemnités ;
- les composantes de l'évolution des salaires ;
- le traitement de base moyen ;
- le niveau moyen des versements salariaux annuels ;
- les composantes du coût salarial.

L'enquête est réalisée sur un échantillon d'établissements représentatifs de la distribution des personnels en filières ou professions ; il comprend 137 établissements rassemblant 37,4 % du personnel hospitalier. Les établissements de l'AP-HP et de l'AP de Marseille qui ne faisaient pas partie de l'échantillon initial ont été incorporés en 2001.

Les données obtenues ont été redressées au niveau national (France métropolitaine) à partir de la statistique annuelle exhaustive des établissements de santé SAE de manière à obtenir, dans chaque catégorie d'établissements une structure comparable à celle de la SAE, et pour chacune des catégories une proportion d'établissements également comparable à celle de la SAE ; cette opération se fait avec les derniers résultats connus de la SAE.

La dernière enquête porte sur les données au 31/12/2002 et n'est pas diffusable car elle n'a pas été validée.

L'enquête a été relancée depuis et porte sur les données au 31 décembre des années 2003, 2004 et 2005.

Pour cette enquête, les personnels hospitaliers ont été regroupés en « professions » :

- en fonction de l'homogénéité de leur fonction et de leur déroulement de carrière, en ce qui concerne le personnel non médical, soit 8 professions ;
- en fonction de l'homogénéité des règles de rémunération et d'un effectif minimum, en ce qui concerne le personnel médical, soit 11 professions.

■ Les « professions» du non médical sont :

- personnel administratif (personnel de direction, y compris directeur et directeur technique d'école préparant aux professions paramédicales et d'école de cadres, secrétaires médicaux et autre personnel administratif, médecin de médecine préventive) ;

- infirmier (directeurs de soins infirmiers, cadres de santé infirmiers, infirmiers diplômé d'état et de secteur psychiatrique, infirmiers spécialisés),
- aide-soignant (aide-soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture, élève aide-soignant),
- autres personnels des services de soins (personnel d'encadrement non infirmier du personnel soignant, personnel de rééducation, ASH et autres personnels secondaires des services médicaux, psychologue, sage-femme et autres personnels des services de soins),
- personnels éducatifs et sociaux (personnels éducatifs, assistants socio-éducatifs, autres personnels éducatifs et sociaux),
- personnel médico-technique (personnel des services de laboratoire, personnel des services de pharmacie - non pharmacien, personnel des services de radiologie, autre personnel médico-technique, y compris personnel d'encadrement des services médico-techniques et des écoles de formation aux professions médico-techniques),
- personnels techniques et ouvriers (personnel des services techniques, personnels informatique et organisation, personnel des services ouvriers, personnel du parc automobile, personnel des services intérieurs, autres personnels techniques et ouvriers).

■ Les « professions» du médical sont :

- praticien hospitalo-universitaire -PUPH- (professeur des universités - praticien hospitalier, y compris odontologiste) ;
- maître de conférence -MCUPH- (maître de conférence des universités - praticien hospitalier, y compris odontologiste) ;
- hospitalo-universitaire non titulaire (chef de clinique - assistant des hôpitaux, assistant hospitalier universitaire - y compris odontologiste, praticien hospitalier universitaire) ;
- praticien hospitalier temps plein (praticien hospitalier à temps plein - y compris odontologiste et pharmacien, praticien hospitalier nommé à titre provisoire à temps plein - y compris odontologiste et pharmacien) ;
- praticien hospitalier temps partiel (praticien hospitalier à temps partiel - y compris odontologiste et pharmacien, praticien hospitalier nommé à titre provisoire à temps partiel - y compris odontologiste et pharmacien) ;
- assistant (assistant généraliste des hôpitaux, assistant spécialiste des hôpitaux) ;
- attaché (y compris odontologiste et pharmacien) ;
- divers (praticien non intégré à temps partiel, praticien contractuel - y compris pharmacien, pharmacien assistant, pharmacien résident, pharmacien gérant, praticien salarié) ;
- interne (interne et résident en médecine, interne en pharmacie) ;
- faisant fonction d'interne (faisant fonction d'interne en médecine, faisant fonction d'interne en pharmacie, DIS médecin et pharmacien) ;
- étudiant.

En ce qui concerne le personnel non médical, l'enquête « coûts et carrières » couvre le champ des titulaires et de l'ensemble des non titulaires, c'est-à-dire les statuts suivants :

- titulaires et stagiaires rémunérés sur le compte 641.1 ;
- non titulaires sur postes budgétaires rémunérés sur le compte 641.3 ;
- non titulaires de remplacement rémunérés sur le compte 641.5.

Toutefois, des résultats sur l'ensemble des non titulaires ne sont présentés que pour la structure des effectifs moyens rémunérés et les données spécifiques aux non titulaires. En effet, l'enquête SAE (base du redressement de cette enquête) ne fournit des données concernant le personnel de remplacement qu'en effectifs moyens rémunérés, ce qui ne permet pas d'inclure les résultats de ce type de personnel dans l'ensemble des résultats.

Les résultats de l'enquête dite « coûts et carrières » font l'objet d'un rapport annuel de synthèse.

2.26. Utilisation du temps partiel dans les établissements publics de santé. Évolution par catégorie de personnel entre le 31 décembre 1998 et le 31 décembre 2002

Quotité de temps de travail	Effectifs à temps partiel en pourcentage du total des effectifs présents au 31 décembre (1)				
	1998	1999	2000	2001	2002
Ensemble					
à 50 % du temps plein	*4,7*	*4,6*	*4,4*	*4,3*	*4,0*
à 80 % du temps plein	*8,6*	*9,3*	*9,9*	*10,2*	*9,4*
à d'autres quotités de temps	*3,8*	*3,9*	*4,0*	*3,8*	*3,8*
Total à temps partiel	17,1	17,8	18,3	18,3	17,2
Direction et administratif					
à 50 % du temps plein	*4,1*	*4,0*	*3,9*	*4,1*	*4,1*
à 80 % du temps plein	*12,6*	*12,9*	*13,0*	*12,8*	*10,9*
à d'autres quotités de temps	*4,5*	*4,7*	*4,6*	*4,6*	*4,7*
Total à temps partiel	21,2	21,6	21,5	21,5	19,7
Infirmiers					
à 50 % du temps plein	*5,8*	*5,7*	*5,5*	*5,2*	*4,7*
à 80 % du temps plein	*10,6*	*11,5*	*12,2*	*12,4*	*11,7*
à d'autres quotités de temps	*4,1*	*4,2*	*4,1*	*4,1*	*4,1*
Total à temps partiel	20,5	21,4	21,8	21,7	20,5
Aides-soignants					
à 50 % du temps plein	*4,1*	*3,9*	*3,8*	*3,6*	*3,2*
à 80 % du temps plein	*6,9*	*7,9*	*8,9*	*9,3*	*8,7*
à d'autres quotités de temps	*3,0*	*3,2*	*2,9*	*2,8*	*3,0*
Total à temps partiel	14,0	15,0	15,6	15,7	14,9
Autes personnels des services de soins					
à 50 % du temps plein	*5,3*	*5,2*	*5,4*	*5,3*	*5,1*
à 80 % du temps plein	*6,1*	*6,6*	*7,1*	*7,3*	*6,7*
à d'autres quotités de temps	*5,1*	*5,4*	*5,5*	*5,6*	*5,3*
Total à temps partiel	16,5	17,2	18,0	18,2	17,1
Éducatifs et sociaux					
à 50 % du temps plein	*5,4*	*5,4*	*4,7*	*4,8*	*3,8*
à 80 % du temps plein	*15,8*	*17,3*	*17,3*	*17,2*	*15,9*
à d'autres quotités de temps	*7,9*	*7,8*	*7,5*	*6,6*	*5,9*
Total à temps partiel	29,1	30,5	29,5	28,6	25,6
Médico-techniques					
à 50 % du temps plein	*4,7*	*4,7*	*4,7*	*4,9*	*4,5*
à 80 % du temps plein	*13,7*	*14,5*	*15,2*	*15,4*	*14,0*
à d'autres quotités de temps	*5,4*	*5,4*	*5,5*	*5,2*	*5,0*
Total à temps partiel	23,8	24,6	25,4	25,5	23,5
Techniques et ouvriers					
à 50 % du temps plein	*3,3*	*2,7*	*2,0*	*2,0*	*2,0*
à 80 % du temps plein	*2,7*	*3,0*	*3,2*	*3,1*	*2,8*
à d'autres quotités de temps	*0,8*	*1,2*	*1,4*	*1,5*	*1,2*
Total à temps partiel	6,8	6,9	6,6	6,6	6,0

(1) Personnels titulaires et non titulaires sur postes budgétaires (comptes 641.1 et 641.3). Données brutes correspondant à 97 établissements.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » 1998-2002

2.27. Nombre d'entrées et de sorties des personnels titulaires des établissements publics de santé par motif et par catégorie de personnels en 2002

Motif d'entrée et de sortie	Direction et administratifs	Infirmiers	Aides-soignants	Autres pers. des services de soins	Éducatifs et sociaux	Médico-techniques	Techniques et ouvriers	Ensemble
Titularisation des non titulaires	1,8 %	2,8 %	3,5 %	5,0 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %	3,2 %
Embauche normale	1,4 %	6,2 %	6,5 %	1,6 %	5,0 %	2,5 %	1,3 %	4,4 %
Mutation	1,8 %	3,9 %	1,4 %	1,5 %	3,0 %	1,4 %	0,5 %	2,2 %
Réintégration	1,2 %	1,3 %	1,1 %	1,8 %	2,2 %	1,0 %	0,6 %	1,2 %
Détachement	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Augm. quotité tps travail (2)	4,9 %	4,0 %	3,3 %	3,7 %	7,1 %	4,9 %	1,2 %	3,7 %
Autre ou inconnu	2,7 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	4,9 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %
Total des entrées (1)	**12,0 %**	**18,7 %**	**16,1 %**	**13,9 %**	**25,1 %**	**13,0 %**	**6,9 %**	**15,1 %**
Retraite	1,1 %	2,0 %	2,4 %	2,3 %	0,9 %	1,2 %	1,9 %	2,0 %
Disponibilité, congé parental	1,0 %	2,6 %	1,2 %	1,7 %	2,4 %	1,0 %	0,6 %	1,6 %
Mutation	1,1 %	2,0 %	0,8 %	0,7 %	1,9 %	1,1 %	0,3 %	1,2 %
Démission	0,2 %	0,6 %	1,7 %	0,3 %	1,2 %	0,1 %	0,2 %	0,7 %
Détachement	0,5 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	1,9 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
Décès	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Dimin. quotité tps travail (2)	2,4 %	3,0 %	2,3 %	2,5 %	3,2 %	2,6 %	1,3 %	2,5 %
Congé de fin d'activité	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	1,2 %	0,2 %
Autre ou inconnu	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Total des sorties (1)	**6,9 %**	**10,9 %**	**9,0 %**	**7,9 %**	**11,5 %**	**6,6 %**	**6,1 %**	**8,8 %**

(1) En pourcentage du total des effectifs physiques au 31/12 de l'année précédente.
(2) Même si l'augmentation ou la diminution de la quotité de temps de travail ne sont pas des motifs d'entrée ou de sortie au sens propre, leurs variations jouent sur le total des mouvements des effectifs en équivalent temps plein.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » 1998-2002

2.28. Répartition des personnels non titulaires des établissements publics de santé selon la durée totale de leurs contrats en 2002

Durée totale des contrats	Non titulaires sur postes budgétaires (compte 641.3)		Personnel de remplacement (compte 641.5)		Ensemble des non titulaires (1)	
	en % des effectifs	en % cumulés	en % des effectifs	en % cumulés	en % des effectifs	en % cumulés
De 0 à 1 mois	5,3 %	5,3 %	11,4 %	11,4 %	9,7 %	9,7 %
De 1 à 2 mois	4,5 %	9,8 %	8,6 %	20,0 %	7,4 %	17,1 %
De 2 à 3 mois	5,0 %	14,8 %	7,0 %	27,0 %	6,5 %	23,6 %
De 3 à 6 mois	12,1 %	26,9 %	11,8 %	38,8 %	11,9 %	35,5 %
De 6 mois à 1 an	20,4 %	47,3 %	16,9 %	55,7 %	17,9 %	53,3 %
De 1 à 2 ans	23,8 %	71,1 %	24,4 %	80,1 %	24,2 %	77,6 %
De 2 à 3 ans	8,9 %	80,0 %	10,3 %	90,4 %	9,9 %	87,5 %
De 3 à 4 ans	4,7 %	84,7 %	5,1 %	95,5 %	5,0 %	92,5 %
4 ans et plus	15,3 %	100,0 %	4,5 %	100,0 %	7,5 %	100,0 %

(1) Effectifs des non titulaires sur postes budgétaires et des non titulaires de remplacement dont le contrat est arrivé à terme au cours de l'année. On récapitule la durée totale de leur présence s'ils ont eu plusieurs contrats au cours du temps. La période de décompte est limitée à 5 ans (1998-2002).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » 1998-2002

2.29. Nombre de bénéficiaires [1] et nombre moyen d'unités d'œuvre pour certaines primes ou indemnités dans les établissements publics de santé selon la catégorie de personnels en 2002

Catégorie de personnel	Indemnité pour travail intensif de nuit		Nouvelle bonification indiciaire		Indemnité spéciale de dimanches et jours fériés		Prime d'encadrement
	Part de bénéficiaires [1] dans l'effectif total	Nb annuel moyen de nuits par bénéficiaire	Part de bénéficiaires [1] dans l'effectif total	Nb annuel moyen de pts d'indices par bénéficiaire	Part de bénéficiaires [1] dans l'effectif total	Nb annuel moyen de dimanches ou jours fériés [2] par bénéficiaire	Part de bénéficiaires [1] dans l'effectif total
Direction et aministratifs	9 %	71	22 %	12	11 %	15	1 %
Infirmiers	42 %	51	21 %	11	61 %	22	9 %
Aides-soignants	39 %	60	18 %	10	62 %	25	1 %
Autres personnels des services de soins	22 %	46	15 %	13	54 %	21	3 %
Educatifs et sociaux	12 %	45	10 %	16	5 %	9	2 %
Médico-techniques	20 %	48	73 %	13	40 %	11	6 %
Techniques et ouvriers	15 %	47	15 %	14	43 %	16	1 %
Ensemble	**30 %**	**53**	**22 %**	**12**	**51 %**	**17**	**4 %**

(1) Il s'agit des agents titulaires ayant bénéficié au moins une fois dans l'année de cette prime ou indemnité.
(2) Rapporté à un nombre annuel moyen de 63 dimanches et jours fériés.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » 1998-2002

Les remontées du bilan social des établissements publics de santé

Cf. les tableaux 2.30. et 2.31.

Les remontées du bilan social des établissements publics de santé menée par la DHOS du ministère de la santé et des solidarités concerne 128 établissements de plus de 300 agents. L'échantillon est représentatif de l'ensemble des établissements publics de santé de plus de 300 agents.

Cette opération s'appuie sur une circulaire du 01/02/90 (modifiée le 21/03/91) prise en application du décret du 07/10/88.

Les thèmes abordés concernent le dialogue social dans les établissements, et notamment :

- les mouvements du personnel (causes de départ, congé parental, disponibilité) ;
- les titularisations et promotions ;
- les travailleurs handicapés ;
- l'absence au travail ;
- les conditions d'hygiène et de sécurité ;
- les accidents de travail et de trajet ;
- les accidents par éléments matériels ;
- les maladies imputables au service ;
- les conditions de travail et les comités d'hygiène et de sécurité ;
- les dépenses en matière de sécurité ;
- la durée et l'aménagement du temps de travail ;
- les roulements et gardes ;
- les dépenses de formation ;
- les relations professionnelles ;
- les conflits collectifs du travail.

2.30. Nombre moyen de jours d'absence au travail des personnels [1] des établissements publics de santé par motif et par catégorie de personnels en 2003

Motifs d'absence	Direction et administratifs	Soignants et éducatifs	Médico-techniques	Techniques et ouvriers	Personnel médical	Ensemble [1]
Motifs médicaux	14,1	22,0	13,6	18,3	7,2	19,2
Maladie	*6,0*	*10,0*	*5,8*	*8,3*	*2,6*	***8,6***
Longue maladie et maladie de longue durée	*4,6*	*5,4*	*3,7*	*6,0*	*1,4*	***4,9***
Maternité ou adoption	*2,9*	*4,5*	*3,2*	*0,7*	*2,8*	***3,7***
Accidents du travail et du trajet	*0,5*	*1,7*	*0,6*	*2,6*	*0,1*	***1,5***
Maladie professionnelle ou imputable au service	*0,1*	*0,5*	*0,3*	*0,6*	*0,0*	***0,4***
Autres motifs	1,0	1,0	0,9	0,8	0,4	0,4
Congés supplémentaires autorisés	*0,9*	*1,1*	*1,0*	*0,8*	*-*	***1,0***
Absence non justifiée, non récupérée	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*	***0,0***
Mission temporaire	*-*	*-*	*-*	*-*	*0,4*	***0,0***
Nbre moyen de jours d'absence [2]	**15,1**	**23,0**	**14,5**	**19,1**	**7,6**	**20,1**
Journées de formation [2]	*2,0*	*4,2*	*2,2*	*1,7*	*3,9*	***3,6***
Motif syndical [2]	*0,5*	*0,6*	*0,9*	*1,1*	*0,0*	***0,6***
Taux de présence [3]	**93 %**	**89 %**	**93 %**	**91 %**	**96 %**	**91 %**

(1) Personnels non médicaux titulaires et non titulaires sur postes budgétaires, et personnel médical.
(2) Hors congés légaux, hors absences pour formation considéré comme du service effectif, et hors absences pour motif syndical considéré comme exercice d'une mission.
(3) Calculé sur 215 jours de travail par an.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Synthèse annuelle des données sociales hospitalières - Établissements publics de santé 2003

2.31. Répartition des accidents du travail des personnels des établissements publics de santé [1] selon la nature de l'accident en 2003

Nature de l'accident	Répartition en %
Efforts de soulèvement	19 %
Accidents d'exposition au sang	16 %
Chutes de personne ou glissade	16 %
Emplois d'outils ou d'instruments coupants, contondants ou perforants	12 %
Contacts avec les malades agités	8 %
Objets ou masses en mouvement accidentel	8 %
Accidents de circulation à l'intérieur de l'établissement	2 %
Manipulations de produits toxiques	2 %
Autres affections dues à des produits biologiques	1 %
Brûlures	1 %
Accidents occasionnné par les machines, à l'exception de ceux occasionnés par les outils coupants, contondants ou perforants	1 %
Autres	14 %
Ensemble [2]	**100 %**

(1) Personnel médicaux, et personnels non médicaux titulaires et non titulaires sur postes budgétaires.
(2) Hors accidents du trajet.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Synthèse annuelle des données sociales hospitalières - Établissements publics de santé 2003

2. Les moyens mis en œuvre

2.2. Les moyens financiers

2.2.1. Les dépenses de santé et la consommation de soins

Les comptes de la santé

Cf. les tableaux 2.32. à 2.43.

Les comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des comptes nationaux. Ils retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé, entendue selon la Comptabilité nationale comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

Des changements dans le champ des comptes de la santé et dans la méthodologie d'évaluation de la consommation ont été introduits par la nouvelle base des comptes nationaux, dite « base 2000 », suivant laquelle ces comptes sont pour la première fois présentés en 2004.

Les agrégats significatifs des comptes de la santé

Les comptes de la santé privilégient deux grands agrégats :

- la consommation médicale totale au sein de laquelle la consommation de soins et de biens médicaux constitue le principal agrégat ;
- la dépense courante de santé.

La consommation médicale totale

Elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie. En défalquant la prévention individuelle de l'agrégat on obtient le montant de la consommation de soins et de biens médicaux.

La dépense courante de santé

C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. À la consommation médicale totale elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et les coûts de gestion de la santé.

La dépense nationale de santé est un concept proche de la dépense courante de santé. Il est utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales.

Le passage du compte de la santé en base 2000

Périodiquement les comptes nationaux de l'Insee changent de base. La base précédente, mise en œuvre à partir des comptes de la santé en 1999, était dénommée « base 1995 ». À l'occasion de cette nouvelle base dite « base 2000 », une révision générale a été menée, destinée à revoir les concepts, la méthodologie et l'évaluation des séries, l'année prévue pour le passage d'un système à l'autre ayant été l'année 2000. Cet exercice corrige les erreurs éventuelles intervenues lors de l'élaboration de la base précédente et intègre les sources d'information les plus récentes. De nouvelles séries portant sur les années 1995 à 2004 sont donc présentées dans ce document.

L'ensemble des révisions de la nouvelle base des comptes de la santé a été intégré dans le cadre central de la Comptabilité nationale. Le compte de l'année 2002, qui est le premier compte définitif, est donc identique dans ses totalisations à celui figurant dans les publications de l'Insee, tant dans le secteur non marchand que dans le secteur marchand. Il existe cependant une différence dans la présentation des séries : le rapport présenté à la Commission des comptes de la santé analyse la consommation de soins des malades (soins en hôpital, soins ambulatoires, consommation de médicaments, etc.), alors que les comptes nationaux privilégient une approche par les producteurs de soins (hôpitaux, médecins fabricants de produits pharmaceutiques, etc.).

Il s'ensuit, outre des différences de niveau par postes, deux conséquences précises :

- dans le secteur marchand des comptes nationaux, les services de transports des malades par taxi ou train ne font pas partie du domaine de la santé alors qu'ils sont inclus dans la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) du rapport présenté à la Commission des comptes de la santé ;

■ dans le secteur non marchand défini par l'Insee, la production de soins des hôpitaux militaires n'a pas été prise en compte tant que ces établissements n'étaient pas placés sous le régime de la dotation globale hospitalière, alors que la consommation de soins dispensée par les hôpitaux militaires a toujours été intégrée au rapport sur les comptes de la santé.

Les modifications conceptuelles
Les principales modifications induites par ce changement de base sont liées à une modification du périmètre de la santé non marchande dans la Comptabilité nationale. Désormais les soins de longue durée correspondant à des perturbations durables, sinon définitives, de l'état de santé quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. C'est donc l'ensemble des soins aux personnes âgées en établissement qui sort du champ de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des comptes de la santé pour rejoindre ceux dispensés à l'enfance inadaptée et aux adultes handicapés dans le domaine de l'action sociale.

Les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public
Ces soins, dispensés pour l'essentiel à des personnes âgées dépendantes, sont désormais retranchés de la consommation de soins et biens médicaux. Cependant, les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public restent intégrés à la dépense courante de santé qui permet une évaluation de la dépense nationale de santé, concept utilisé par l'OCDE pour établir des comparaisons entre les pays membres.

Les soins dispensés dans les maisons de retraite
On dénomme également celles-ci Établissements pour personnes âgées (EHPA), éventuellement dépendantes (EHPAD), ou « sections médicalisées » selon une appellation antérieure. Les forfaits afférents aux soins qui y sont dispensés et qui sont à la charge de l'assurance maladie quittent également le domaine de la santé pour rejoindre celui de l'action sociale. Ce transfert concerne aussi bien les maisons de retraite privées que publiques.

Les soins dispensés dans les maisons de retraite sont pris en compte dans les mêmes conditions que celles précisées au paragraphe précédent.

La révision de certaines évaluations
Les changements de base sont également l'occasion de prendre en compte les améliorations apportées aux sources statistiques et de modifier certaines estimations qui avaient été faites antérieurement.

L'élargissement du champ du SNIR
Le Système national inter-régimes (SNIR) présenté par la CNAMTS intègre depuis l'année 2000 la totalité des régimes d'assurance maladie et inclut les données des quatre départements d'outre-mer. Ces progrès contribuent à fiabiliser les résultats présentés dans les comptes mais ils ne modifient sensiblement ni le niveau ni le profil des séries déjà élargies auparavant à l'ensemble des régimes et aux DOM.

Le calage du poste « médicaments »
A l'occasion du passage en base 2000, un calage du montant du poste « médicaments » a été réalisé avec les données sur la distribution de médicaments produits par l'Insee introduit une nouvelle évaluation de la consommation.

La ventilation du poste « prothèses »
Antérieurement la totalité du poste prothèses était attribuée aux soins ambulatoires. La consommation de prothèses internes implantées en hospitalisation privée a été intégrée à celle de l'hospitalisation privée dans le cadre de l'application de la tarification à l'activité.

L'hébergement des personnes fréquentant les établissements thermaux
Dans le cadre d'une harmonisation plus complète avec les comptes nationaux élaborés par l'Insee, les dépenses d'hébergement des curistes ne sont plus considérées comme des dépenses de santé et ont été supprimées de l'évaluation de la CSBM.

La révision de la consommation de services de prévention
La consommation et les dépenses de prévention n'avaient pas été revues depuis la base 80 établie avant 1990. Le champ de la prévention s'étant élargi depuis vingt ans, de nouveaux opérateurs comme l'Institut national de prévention ▶

et d'éducation à la santé (INPES) et de nouveaux types de dépenses (sécurité sanitaire de l'alimentation) sont venus s'ajouter à la nomenclature.

Le coût de gestion de la santé

Dans la base 95, les coûts de gestion de la santé n'incluaient pas ceux des institutions de prévoyance, des assurances ni ceux des régimes de base de l'assurance maladie. Dans la base « 2000 » les frais de gestion des institutions de prévoyance, disponibles dans les comptes de la protection sociale sont désormais inclus dans l'ensemble des frais de gestion, de même que ceux des régimes d'assurance maladie, pour les risque retenus dans les comptes de la santé (maladie, maternité, accidents du travail). Pour les assurances, une estimation a été réalisée.

Incidences des révisions

Globalement ces modifications de concepts et de niveau de certaines séries se traduisent par deux évolutions contraires :

- une diminution de la consommation de soins et de biens médicaux de la base 2000 par rapport à la base 95. Les modifications de concepts et de niveaux ont toutefois peu d'influence sur le profil d'évolution des consommations entre 1995 et 2003 dans chacune des deux bases dans le secteur marchand ;
- une hausse de la dépense courante de santé (dépense totale du secteur santé) et de la dépense nationale de santé (utilisée pour les comparaisons internationales).

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin un compte définitif de l'année n-3 révise le compte semi-définitif.

Ainsi en 2005, on estime un compte provisoire pour 2004, un compte semi-définitif pour 2003 et on arrête un compte définitif pour 2002.

Pour 2004, les points techniques suivants méritent d'être soulignés :

- pour les mutuelles, les dernières données disponibles sont relatives à 2002. Les évolutions des années 2003 et 2004 ont donc été estimées ;
- les comptes de l'hôpital ont été réalisés à partir de données de l'Insee et de données comptables fournies par la Direction générale de la comptabilité publique ;
- le Système national inter-régimes (SNIR) fourni par la CNAMTS pour l'année 2004 est provisoire ;
- les comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 20 juin 2005.

L'ONDAM et les comptes de la santé

L'ONDAM est l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie. Mis en place pour la première fois en 1997, il est fixé pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Son montant est déterminé chaque année par le Parlement dans la Loi de financement de la Sécurité sociale. L'ONDAM est décliné par secteur :

- soins de ville ;
- établissements sanitaires sous dotation globale ;
- établissements du secteur médico-social ;
- cliniques privées.

Chaque année les dépenses réelles sont comparées aux objectifs, globalement et par enveloppe.

L'ONDAM diffère, quant au champ, aux concepts et au mode de comptabilisation des dépenses, des comptes de la santé.

En premier lieu, ces derniers excluent de leur champ le secteur médico-social, mais incluent toutes les prestations. Au contraire des comptes de la santé, l'ONDAM, par exemple, ne comprend pas les prestations en espèces de l'assurance maternité, ni les dépenses de prévention.

En second lieu, les comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé alors que l'ONDAM ne comptabilise que les seules dépenses de l'assurance maladie. L'approche des comptes de la santé est donc plus large.

À côté des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale on y recense celles de l'État et des collectivités locales (dont la CMU), des organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et celles des ménages eux-mêmes. La consommation de soins de santé en est l'exacte contrepartie.

Depuis 2003, l'ONDAM est calculé, comme dans les comptes de la santé, en dates de soins, à la faveur du passage des agrégats de la Loi de financement de la Sécurité sociale en comptabilité de droits constatés.

L'ONDAM et les comptes de la santé ont en outre des finalités distinctes. En particulier, l'ONDAM présenté dans les lois de financement de la sécurité sociale est un objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour l'année suivant son adoption par le Parlement.

De leur côté, les comptes de la santé présentent des évaluations des dépenses de santé réalisées lors du dernier exercice clos et des exercices antérieurs, qui donneront lieu à révision pour les deux derniers exercices lors des deux éditions suivantes : ils revêtent donc un caractère rétrospectif.

Une comparaison brute de leurs chiffres, que ce soit en niveau ou en évolution, ne peut donc être effectuée sans rappel de ces différences méthodologiques. Cette remarque vaut autant pour le rapprochement entre l'ONDAM global et les agrégats les plus larges des comptes de la santé, comme pour la confrontation de sous-ensembles de ces masses financières : dotations aux hôpitaux associées à l'ONDAM et consommation de soins hospitaliers des comptes de la santé, sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM et consommation de soins ambulatoires des comptes de la santé, objectif quantifié national des cliniques privées et consommation de soins en cliniques privées des comptes de la santé, etc.

Les établissements publics et privés sous dotation globale

La dotation des établissements de santé sous dotation globale est prise en compte dans les comptes de la santé.

Elle y apparaît lors de l'étude du financement du secteur public hospitalier et de celui des consultations externes dans les hôpitaux publics. Mais les comptes s'attachent avant tout à estimer la consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé, celle-ci est égale à la production (salaires, consommations intermédiaires, impôts, amortissements…) diminuée des ventes. La base 2000 exclut de la production de l'hôpital public celle des unités de long séjour et des maisons de retraite.

Les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN)

Ils représentent plus de 90 % des cliniques. Parmi leurs dépenses, celles qui sont remboursées par la sécurité sociale sont soumises annuellement à un « objectif quantifié national (OQN) » fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale. Comme les dépenses de l'ONDAM, elles ne peuvent donc pas être comparées directement aux montants des opérations de production et de consommation retracées dans les comptes de la santé.

2.32. Agrégats des comptes de la protection sociale et des comptes de la santé [1]

Prestations de protection sociale

Prestations fiscales

- Quotient familial
- Abattement pour personnes âgées ou invalides
- Parts supplémentaires

Prestations sociales

- Pensions de retraite
- Pensions d'invalidité
- Prestations familiales
- Indemnités journalières
- Allocations de chômage
- RMI
- …

Prestations des services sociaux

Soins de santé

- Remboursement des soins de santé (hors dotations de financement aux établissements)
- Dotations de financement aux établissements

Action sociale

- Hébergement médico-social
- Allocations logement
- Aide ménagère
- …
- Hébergement médico-social (subventions)
- Crèches (subventions)
- …

← Prestations en espèces → | ← Prestations en nature →

Dépense courante de santé [1]

Dépense pour les malades

Dépenses de soins et biens médicaux [1]

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires (médecins, y compris consultations externes en établissements publics, auxiliaires médicaux, dentistes, analystes, cures thermales)
- Transports de malades
- Médicaments
- Autres biens médicaux

Soins aux personnes âgées en établissements [1]

- Soins de longue durée en USLD
- Soins dispensés dans les maisons de retraite

Aide aux malades

Indemnités journalières : maladie, maternité, accidents du travail

Subventions au système de soins

Aide indirecte aux malades

Dépenses de prévention

- Prévention individuelle primaire ou secondaire (santé scolaire, médecine du travail, PMI, vaccins, dépistage, examens de santé…)
- Prévention collective (campagnes et actions sur les comportements et l'environnement…)

Dépenses en faveur du système de soins

- Recherche médicale et pharmaceutique
- Formation des professionnels de santé

Coûts de gestion de la santé

Consommation médicale totale [1]

Consommation de soins et biens médicaux [1]

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires (médecins, y compris consultations externes en établissements publics, auxiliaires médicaux, dentistes, analystes, cures thermales)
- Transports de malades
- Médicaments
- Autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements…)

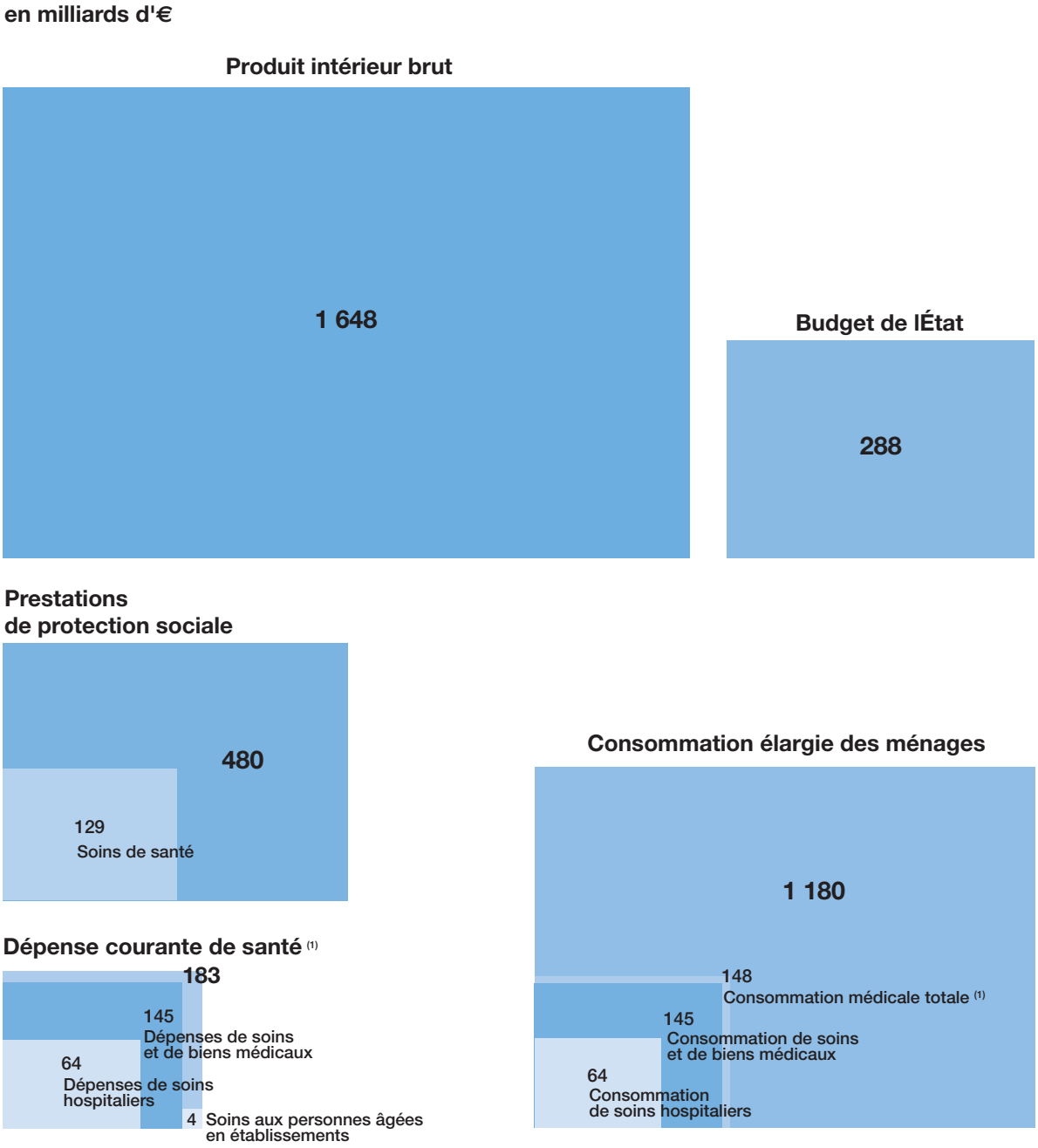
Consommation des services de prévention

- Prévention individuelle primaire (santé scolaire, médecine du travail, PMI, vaccins…)
- Prévention individuelle secondaire (dépistage, examens de santé…)

(1) En 2004, des changements dans le champ des comptes de la Santé et dans la méthodologie d'évaluation de la consommation de santé ont été introduits. Parmi les changements les plus importants, les soins de longue durée et les soins dispensés dans les maisons de retraite (soins en sections médicalisées selon une appellation antérieure) ont été transférés, dans les comptes de la Nation, du domaine sanitaire vers celui de l'action médico-sociale. Aussi ne font-ils plus partie de l'agrégat de la consommation médicale totale des comptes de la Santé. Par contre, ils continuent de figurer dans l'agrégat de la dépense courante de santé, mais en étant isolés des soins hospitaliers, et individualisés comme « soins aux personnes âgées en établissements ». L'ensemble des révisions sont présentées selon la nouvelle base, dite « base 2000 ».

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la protection sociale et comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.33. Dépenses de santé [1] dans l'économie nationale en 2004



(1) En 2004, des changements dans le champ des comptes de la Santé et dans la méthodologie d'évaluation de la consommation de santé ont été introduits. Parmi les changements les plus importants, les soins de longue durée et les soins dispensés dans les maisons de retraite (soins en sections médicalisées selon une appellation antérieure) ont été transférés, dans les comptes de la Nation, du domaine sanitaire vers celui de l'action médico-sociale. Aussi ne font-ils plus partie de l'agrégat de la consommation médicale totale des comptes de la Santé. Par contre, ils continuent de figurer dans l'agrégat de la dépense courante de santé, mais en étant isolés des soins hospitaliers, et individualisés comme « soins aux personnes âgées en établissements ». Voir les nouvelles définitions sur le tableau 2.32. L'ensemble des révisions sont présentées selon la nouvelle base, dite « base 2000 ».

Champ : France entière
Source : INSEE/ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la nation, comptes de la protection sociale et comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.34. Dépense courante de santé, dépenses de soins et de biens médicaux, dépenses de soins hospitaliers et dépenses de soins aux personnes âgées en établissements [1]. Évolution de 1995 à 2004

en milions €

Type de dépenses	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Dépense courante de santé (DCS)	124 301	146 893	155 025	165 214	175 644	183 458
Dépenses de soins et biens médicaux	98 032	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
Dépenses de soins hospitaliers [2]	47 625	52 669	54 763	58 024	61 323	64 279
Dépenses de soins hospitaliers en établissements publics et privés antérieurement sous DG [2]	*35 467*	*40 802*	*42 567*	*45 095*	*47 612*	*49 862*
Dépenses de soins hospitaliers en établissements privés soumis à l'OQN [2]	*12 158*	*11 866*	*12 196*	*12 929*	*13 711*	*14 417*
Dépenses de soins aux personnes âgées en établissements [3]	2 270	2 931	3 096	3 417	3 732	4 118
dont en unités de soins de longue durée des établissements publics et privés antérieurement sous DG	*1 383*	*1 688*	*1 752*	*1 847*	*1 937*	*2 094*
Dépenses de soins hospitaliers [4], de soins de longue durée, et de consultations externes	**49 761**	**55 313**	**57 481**	**60 883**	**64 320**	**67 519**
part des dépenses de soins hospitaliers des établissements de santé dans la DCS [4]	*40,0 %*	*37,7 %*	*37,1 %*	*36,9 %*	*36,6 %*	*36,8 %*
Dépenses de soins hospitaliers, de soins de longue durée et de consultations externes en établissements publics et privés antérieurement sous DG [4]	**37 603**	**43 447**	**45 285**	**47 955**	**50 609**	**53 103**
part des dépenses de soins hospitaliers des établissements antérieurement sous DG dans la DCS [4]	*30,3 %*	*29,6 %*	*29,2 %*	*29,0 %*	*28,8 %*	*28,9 %*

(1) Voir les définitions du tableau 2.32.

(2) Le champ des dépenses de soins hospitaliers des comptes de la santé couvre les soins des établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale (soins en hospitalisation complète et partielle, non compris consultations externes), et les soins des établissements privés sous OQN (frais de séjour et dépenses forfaitaires, honoraires, analyses, médicaments, et prothèses prescrites en hospitalisation), à l'exclusion des dépenses de soins de longue durée.

(3) Le champ des dépenses de soins aux personnes âgées en établissements couvre les soins de longue durée en USLD des établissements de santé, et les soins médicaux et les actes des professionnels libéraux dispensés en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD), correspondant aux soins en sections médicalisées selon une appellation antérieure.

(4) Sont ajoutées ici les dépenses de soins de longue durée en USLD des établissements de santé comptés, dans les comptes de la santé, dans les dépenses de soins aux personne âgées en établissements, et les consultations externes du public comptés avec les soins ambulatoires.

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.35. Structure de financement des dépenses de soins et de biens médicaux [1]. Évolution de 2002 à 2004

Type de financement	2002	2003	2004
Sécurité sociale	76,5 %	76,7 %	76,7 %
Etat, collectivités locales et CMU	1,4 %	1,4 %	1,3 %
Mutuelles	7,3 %	7,2 %	7,3 %
Sociétés d'assurances	2,8 %	2,9 %	3,0 %
Institutions de prévoyance	2,6 %	2,6 %	2,6 %
Ménages	9,4 %	9,3 %	9,1 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**

(1) Voir les définitions du tableau 2.32.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

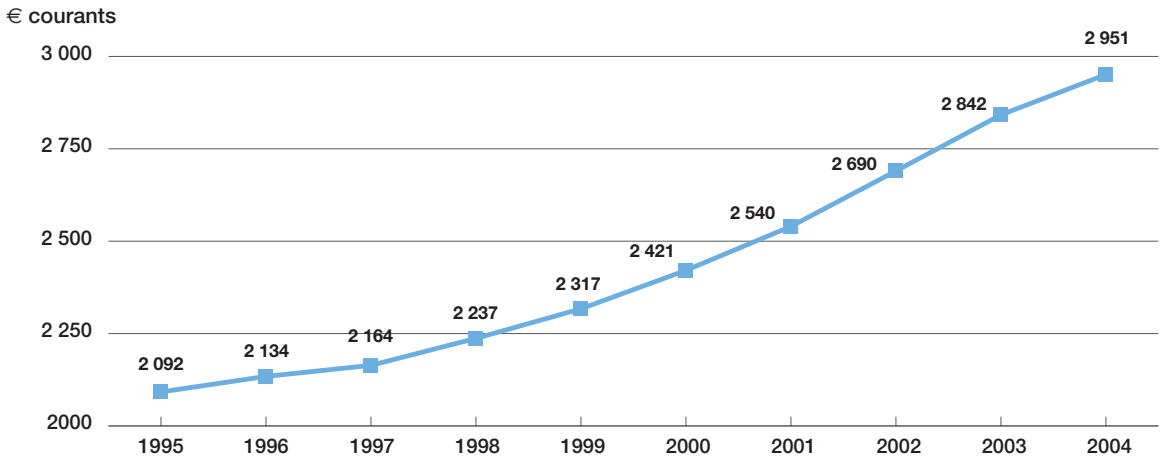
2.36. Structure de financement des dépenses de soins hospitaliers [1]. Évolution de 2002 à 2004

Type de financement	2002	2003	2004
Sécurité sociale	92,3 %	92,5 %	92,5 %
Etat, collectivités locales et CMU	1,3 %	1,3 %	1,2 %
Mutuelles	2,2 %	2,1 %	2,0 %
Sociétés d'assurances	0,9 %	0,9 %	1,0 %
Institutions de prévoyance	1,0 %	0,9 %	0,9 %
Ménages	2,4 %	2,4 %	2,4 %
Ensemble	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0%**

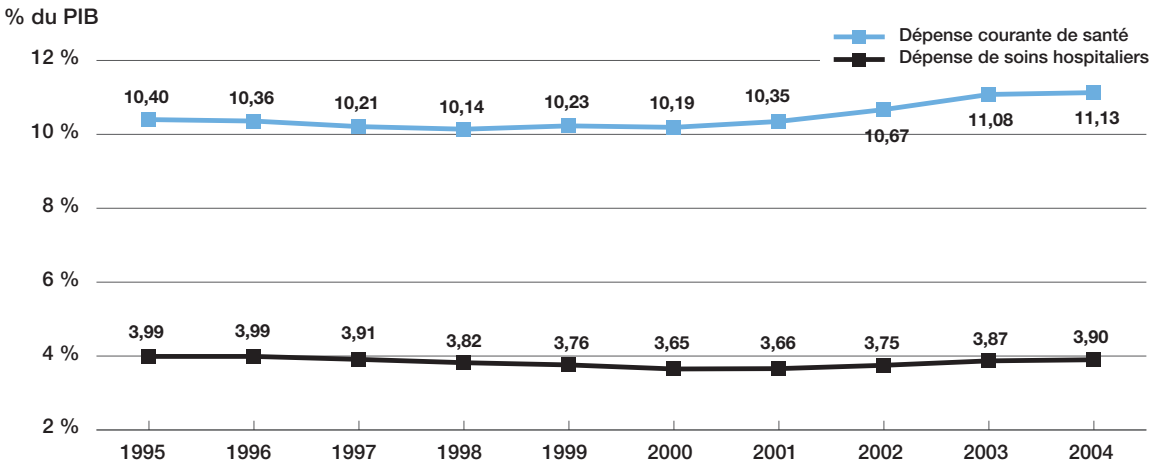
(1) Voir les définitions du tableau 2.32.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.37. Dépense courante de santé par habitant [1]. Évolution de 1995 à 2004



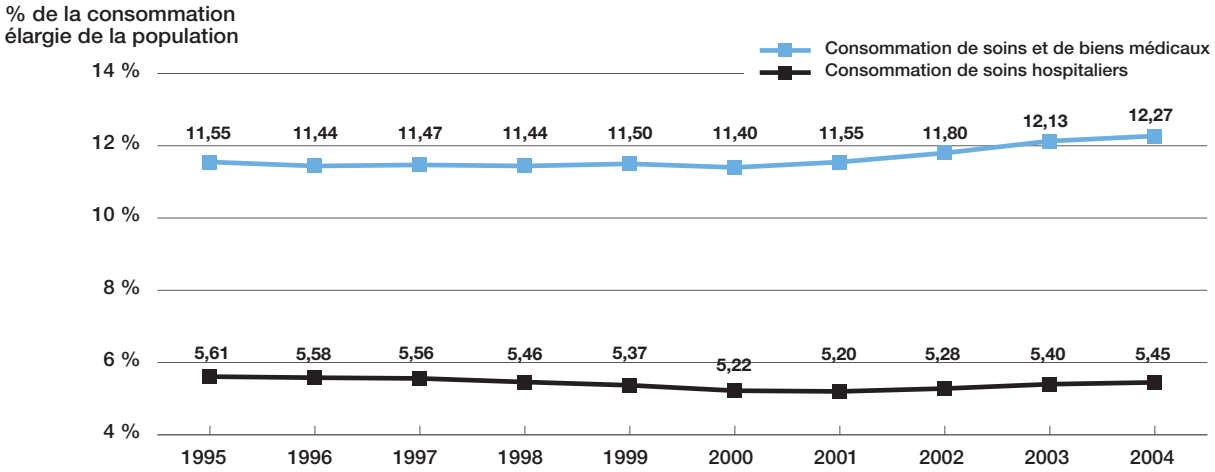
2.38. Part de la dépense courante de santé et part des dépenses de soins hospitaliers dans le PIB [1]. Évolution de 1995 à 2004



(1) Voir les définitions du tableau 2.32.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

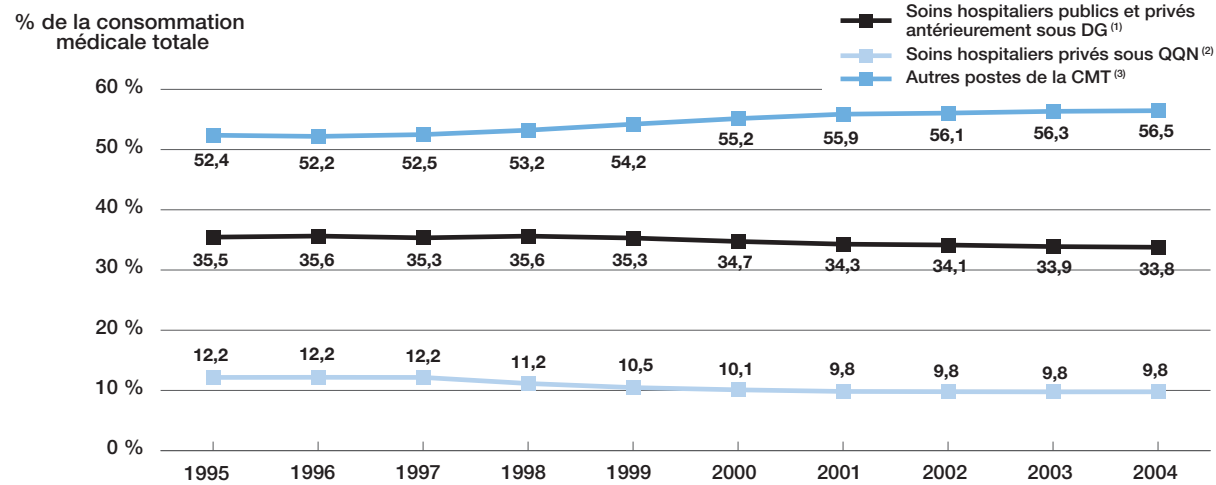
2.39. Part de la consommation de soins et de biens médicaux et part de la consommation de soins hospitaliers [1] dans la consommation élargie de la population. Évolution de 1995 à 2004



(1) Voir les définitions du tableau 2.32.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

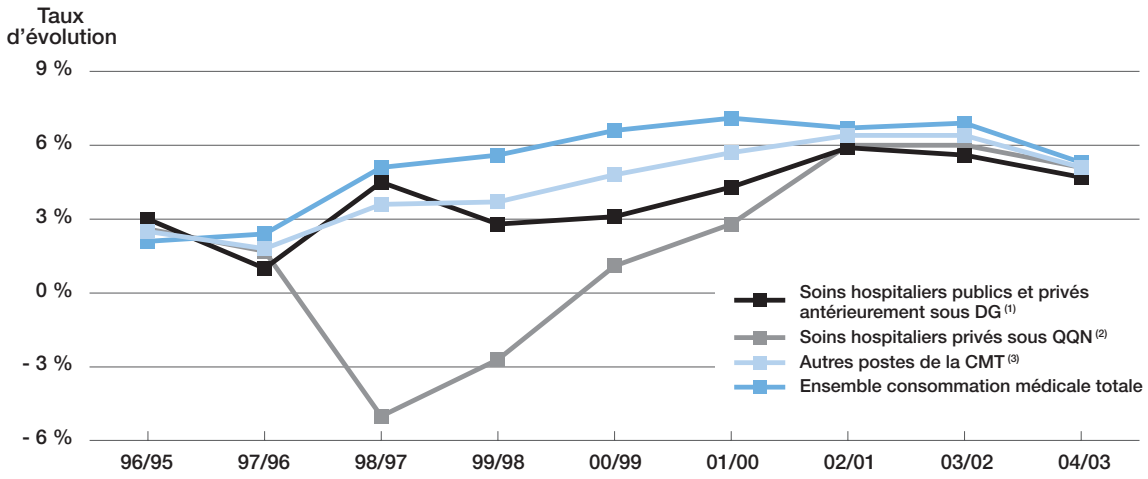
2.40. Part de la consommation de soins hospitaliers et des autres postes dans la consommation médicale totale. Évolution de 1995 à 2004



(1) Consommation de soins hospitaliers en établissements publics et en établissements privés sous dotation globale, y compris à partir de 1998, 320 établissements auparavant soumis au régime du prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale de financement, ce qui représente un transfert de 900 millions d'euros vers ce secteur en 98.
(2) Consommation de soins hospitaliers des établissements privés soumis à l'OQN, non compris à partir de 1998 les 320 établissements soumis au régime du prix de journée préfectoral ayant opté au 1/1/1998 pour le régime de la dotation globale.
(3) Autres postes de la consommation médicale totale (soins ambulatoires, transports de malades, médicaments, autres biens médicaux).

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.41. Évolution comparée de la consommation de soins hospitaliers et des autres postes de la consommation médicale totale de 1995 à 2004



(1) Consommation de soins hospitaliers en établissements publics et en établissements privés sous dotation globale, y compris à partir de 1998, 320 établissements auparavant soumis au régime du prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale de financement, ce qui représente un transfert de 900 millions d'euros vers ce secteur en 98.

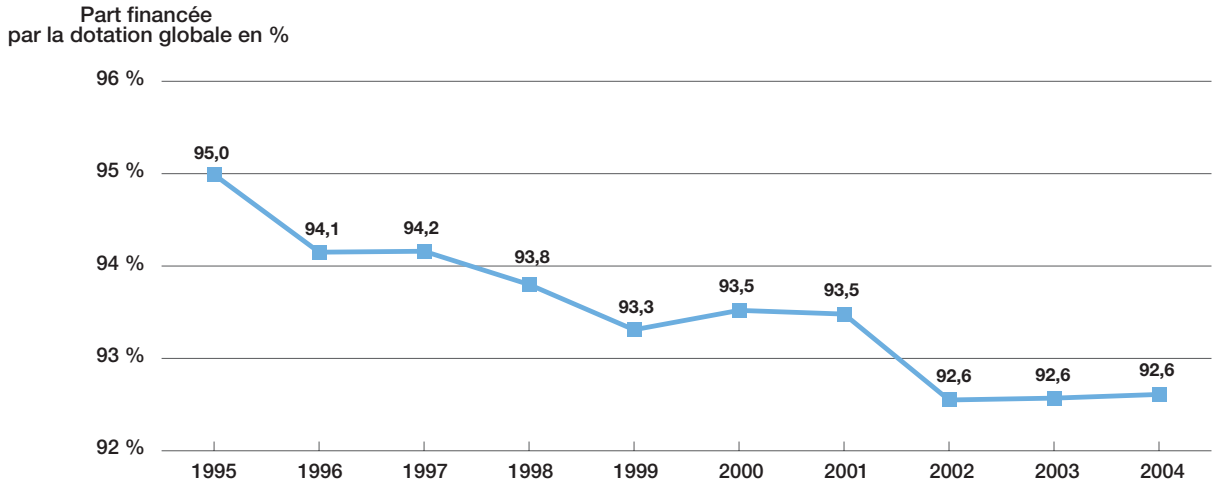
(2) Consommation de soins hospitaliers des établissements privés soumis à l'OQN, non compris à partir de 1998 les 320 établissements soumis au régime du prix de journée préfectoral ayant opté au 1/1/1998 pour le régime de la dotation globale.

(3) Autres postes de la consommation médicale totale (soins ambulatoires, transports de malades, médicaments, autres biens médicaux).

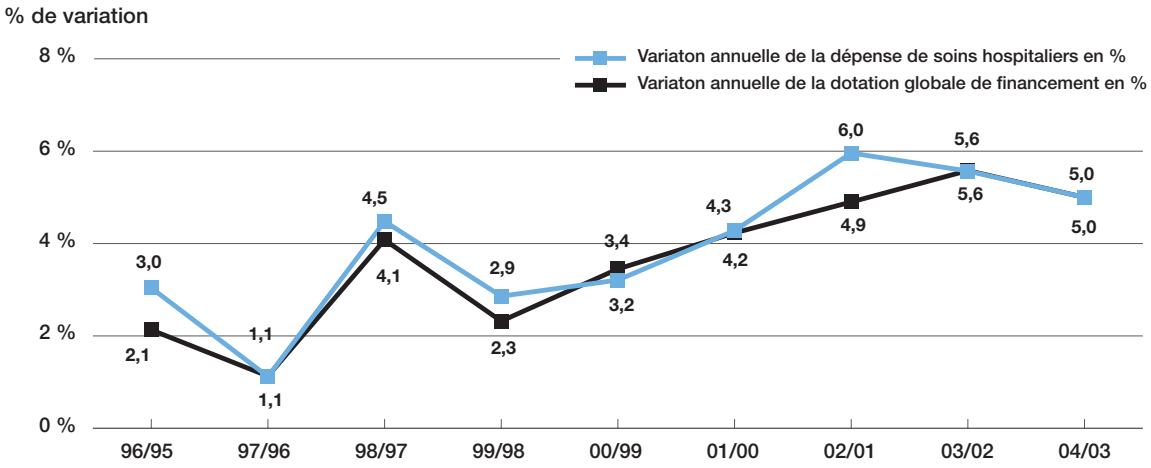
Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

2.42. Part des dépenses de soins hospitaliers [1] des établissements publics et privés antérieurement sous dotation globale financée par la dotation globale. Évolution de 1995 à 2004



2.43. Variation annuelle des dépenses de soins hospitaliers [1] des établissements publics et privés antérieurement sous dotation globale et de la dotation globale de financement. Évolution de 1995 à 2004



(1) Effet de champ dû au passage de 320 établissements à prix de journée préfectoral dans le champ de la dotation globale de financement au 1/1/1998 et au passage des hôpitaux militaires dans le champ de la dotation globale de financement au 1/1/2002. Les soins de longue durée et les consultations externes sont inclus dans les soins hopitaliers.

Champ : France entière

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - Comptes de la santé 2004 (base 2000)

Les retraitements comptables des établissements antérieurement sous dotation globale

Cf. les tableaux 2.44. et 2.45.

Les retraitements comptables permettent de scinder les charges totales d'un établissement antérieurement sous dotation globale, constatées sur une année, entre les différentes activités qu'il exerce :

- MCO ;
- urgences ;
- SSR ;
- psychiatrie ;
- autres activités (essentiellement celles énoncées par le décret du 12 avril 2005 -MIG-).

Une partie des charges totales est affectée directement entre ces activités (sections définitives) ; l'autre doit dans un premier temps être regroupée entre les sections auxiliaires (blanchisserie, restauration, logistique générale, logistique médicale, charges de structure), afin d'être ensuite répartie entre les activités exercées par l'établissement, selon des clés de répartition à caractère national.

Afin de fournir les tableaux définitifs des retraitements comptables, un certain nombre d'informations doivent être fournies par les établissements, en plus du compte administratif. Ces éléments permettent, notamment, de faciliter la validation, par les régions, de la répartition des charges entre les différentes activités, ayant été faite par l'établissement.
L'outil utilisé pour le retraitement automatisé des données comptables des établissements antérieurement sous dotation globale s'appelle ICARE.

À partir des données fournies, il indique pour chaque activité :

- le montant des charges de personnel, en distinguant le personnel médical du personnel non médical ainsi que les équivalents temps plein (ETP) correspondants ;
- le montant des crédits non reconductibles, détaillé par nature ;
- le montant des recettes de groupe 2 perçu, détaillé par compte ;
- le montant des recettes subsidiaires perçu, également détaillé par compte.

Parallèlement, afin de ventiler les charges isolées dans les sections auxiliaires, plusieurs unités d'œuvre sont demandées par activité :

- consommation des services médico-techniques (lettres clés ou ICR) ;
- nombre de journées réalisées en hospitalisation complète et à temps partiel.

À ces unités d'œuvre, sont ajoutés des renseignements sur l'activité des urgences (nombre de passages et de journées des RUM produits aux urgences) et des SMUR (en temps et en nombre de sorties, par types).

2.44. Répartition des dotations de financement des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par catégorie d'établissement en 2004

en miliers d'€

Catégorie d'établisements	Dotation annuelle complémentaire (DAC)	Dotation annuelle de financement (DAF)	Missions d'intérêt général (MIG)	Missions d'aide à la contractualisation (AC)
CH	16 178 209	3 058 011	766 560	329 931
CHR	14 027 521	1 366 578	1 312 417	225 742
CLCC	961 410	-	101 364	13 316
Autres établissements privés antérieurement sous DG	2 684 615	538 226	43 011	50 813
Total (1)	**33 851 755**	**4 962 815**	**2 223 352**	**619 802**

(1) Établissements antérieurement sous dotation globale soumis à la tarification à l'activité.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Retraitement comptable

2.45. Répartition des dotations de financement des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par région en 2004

en miliers d'€

Régions	Dotation annuelle complémentaire (DAC)	Dotation annuelle de financement (DAF)	Missions d'intérêt général (MIG)	Missions d'aide à la contractualisation (AC)
Alsace	1 200 708	157 149	55 094	23 789
Aquitaine	1 487 782	182 854	77 137	25 676
Auvergne	709 658	117 994	52 597	6 243
Basse-Normandie	900 617	104 337	51 303	8 384
Bourgogne	879 063	85 710	46 946	11 630
Bretagne	1 584 906	253 278	70 462	20 765
Centre	1 140 342	170 115	65 095	24 998
Champagne-Ardenne	725 685	49 574	53 065	18 224
Corse	132 953	45 422	10 848	630
Franche-Comté	649 283	57 371	30 967	7 746
Haute-Normandie	861 151	102 572	55 197	23 701
Île-de-France	7 334 849	1 221 507	624 503	124 823
Languedoc-Roussillon	1 105 108	199 192	78 456	8 048
Limousin	465 129	66 591	24 016	8 866
Lorraine	1 485 324	134 450	78 343	35 501
Midi-Pyrénées	1 252 034	220 256	112 298	15 930
Nord - Pas-de-Calais	2 083 436	376 396	128 259	42 158
PACA	2 658 550	271 459	184 151	46 995
Pays de la Loire	1 454 286	234 401	77 906	23 102
Picardie	984 545	117 299	56 161	23 753
Poitou-Charentes	841 962	169 980	47 465	14 618
Rhône-Alpes	3 064 297	524 736	193 443	76 294
France métropolitaine	**33 001 668**	**4 862 641**	**2 173 712**	**591 876**
Guadeloupe	233 082	34 349	10 537	10 219
Martinique	238 466	23 670	18 860	3 675
Réunion	378 539	42 155	20 244	14 032
DOM	**850 087**	**100 174**	**49 641**	**27 926**
France entière	**33 851 755**	**4 962 815**	**2 223 352**	**619 802**

(1) Établissements antérieurement sous dotation globale soumis à la tarification à l'activité.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Retraitement comptable

2.46. Répartition des dépenses encadrées des établissements antérieurement sous dotation globale par enveloppes budgétaires et par région en 2004

en miliers d'€

Régions	Dotation annuelle complémentaire (DAC)	Forfaits annuels	Dotation annuelle de financement (DAF)	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) [2]
Alsace	825 381	25 845	372 692	150 561
Aquitaine	996 549	32 584	609 724	222 166
Auvergne	477 486	17 454	323 775	108 486
Basse-Normandie	616 081	22 610	300 748	123 377
Bourgogne	591 782	24 956	299 046	116 851
Bretagne	1 079 322	37 502	756 508	190 855
Centre	775 985	32 917	410 616	145 088
Champagne-Ardenne	504 994	19 204	224 355	105 771
Corse	88 608	4 197	54 883	24 798
Franche-Comté	440 623	17 192	249 057	98 917
Haute-Normandie	586 984	26 334	306 032	149 755
Île-de-France	4 852 710	190 700	2 472 781	1 343 551
Languedoc-Roussillon	749 341	22 327	453 817	172 950
Limousin	315 056	9 004	190 261	67 495
Lorraine	1 023 564	29 525	548 595	214 200
Midi-Pyrénées	849 993	31 496	538 508	248 809
Nord - Pas-de-Calais	1 440 311	49 580	809 006	273 658
PACA	1 770 937	74 856	824 327	398 866
Pays de la Loire	992 248	34 324	689 161	205 931
Picardie	681 567	28 244	437 925	122 604
Poitou-Charentes	582 287	22 084	332 435	100 094
Rhône-Alpes	2 062 795	76 549	1 208 392	516 521
France métropolitaine	**22 304 605**	**829 482**	**12 412 644**	**5 101 305**

(1) Établissements antérieurement sous dotation globale soumis à la tarification à l'activité.
(2) Dont crédits non reconductibles 2004.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - ARBUST

Les comptes de gestion des établissements publics de santé

Cf. les tableaux 2.47 à 2.54, et 2.56.

Les données présentées dans ce document sont issues des comptes de gestion annuels établis par les comptables publics, teneurs de comptes des établissements publics de santé (EPS), et produites par la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

Il s'agit en fait d'une base de données rassemblant l'ensemble des balances comptables des organismes publics de France métropolitaine et des départements d'Outre-mer appliquant l'instruction budgétaire et comptable M21.

Sont recensées l'ensemble des dépenses et des recettes des EPS, mais plus généralement, toutes les opérations entraînant une modification de la composition du patrimoine des EPS (actif-passif), que les opérations soient budgétaires ou non budgétaires.

Les établissements sont regroupés conformément à l'article 711-6 du code de la santé publique ne distinguant que deux grandes catégories d'EPS :

Les centres hospitaliers :

- **les CHR - ou CHU** lorsqu'ils assurent une fonction d'enseignement dans le cadre d'une convention avec une université -, qui prennent en charge les soins hautement spécialisés. Pour des raisons d'homogénéité et pour permettre des comparaisons pertinentes, on distinguera :
  - **l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)**, qui regroupe 35 établissements dont plusieurs CHU et représente à elle seule environ 11 % des crédits affectés à l'hospitalisation publique,
  - **les autres CHR**, au nombre de 30, qui sont ou non des CHU,
- **les centres hospitaliers spécialisés (CHS)** dans les activités relevant de la santé mentale, ce qui n'exclut pas les activités annexes, soit 90 établissements,
- **les autres centres hospitaliers (CH)**, répartis en trois sous-catégories de taille budgétaire (du budget général ou budget H) : moins de 20 M€[1], de 20 à 70 M€ environ, et plus de 70 M€. La première sous-catégorie comprend 198 centres hospitaliers, la seconde 184, et la dernière, les 109 centres hospitaliers les plus importants par leur surface financière.

Les hôpitaux locaux dont la taille et les modes de fonctionnement spécifiques justifient une réglementation particulière. Dans cette catégorie, on retrouve également quelques centres hospitaliers pour lesquels ne subsistent plus que des activités de long séjour et/ou d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Leur nombre est de 408.

Il s'y ajoute les syndicats interhospitaliers (SIH), au sein desquels plusieurs établissements s'associent pour l'exercice de fonctions communes, par exemple dans le domaine logistique ou pour l'utilisation des équipements lourds. Dans cette catégorie, figurent également diverses structures appliquant l'instruction budgétaire et comptable M21 et inclassables par ailleurs.

(1) Produits réels : crédits nets de la classe 7 du budget général (à l'exception des comptes 7584, 775, 777, 78 et 79) sur la base de l'exercice 2003

2.47. Répartition des établissements publics de santé selon le montant total de leurs dotations de financement en 2004

en miliers d'€

Classement des établissements dans l'ordre décroissant de leurs dotations		Montant total des dotations	Pourcentage de l'ensemble	Dotations du plus gros	Dotations du plus petit
Tranches	Nombre				
Du 1er au 29e	29	15 641 264	39 %	4 351 048	211 313
Du 30e au 100e	71	8 788 710	22 %	202 949	86 275
Du 101e au 400e	300	13 393 642	33 %	85 822	19 193
Du 401e au 972e	572	2 705 557	7 %	19 149	100
Ensemble	**972**	**40 529 173**	**100 %**	**4 351 048**	**100**

Montant des dotations par tranches	Répartition des montants en % cumulé	Nombre d'établissements par tranches	Répartition en %	% cumulé
200 M€ et plus	39,6 %	31	3,2 %	3,2 %
de 100 M€ à 200 M€	56,0 %	50	5,1 %	8,3 %
de 50 M€ à 100 M€	77,9 %	128	13,2 %	21,5 %
de 30 M€ à 50 M€	88,5 %	111	11,4 %	32,9 %
de 15 M€ à 30 M€	95,1 %	122	12,6 %	45,5 %
de 5 M€ à 15 M€	98,2 %	133	13,7 %	59,2 %
de 1 M€ à 5 M€	99,8 %	299	30,8 %	89,9 %
moins de 1 M€	100,0 %	98	10,1 %	100,0 %
Ensemble		**972**	**100,0 %**	**100,0 %**

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.48. Résultats comptables des établissements publics de santé par catégorie d'établissements. Évolution de 1994 à 2004

en miliers d'€

Catégorie d'établissements		1994	1997	2000	2001	2002	2003	2004
AP-HP	Dépenses	5 088 914	5 366 431	5 649 451	5 902 627	6 269 432	6 505 987	6 627 857
	Recettes	5 081 917	5 438 479	5 680 877	5 904 622	6 275 896	6 464 847	6 594 745
	Résultat comptable	**-6 996**	**72 048**	**31 426**	**1 995**	**6 463**	**- 41 140**	**- 33 111**
CHR	Dépenses	9 461 260	10 457 421	11 490 325	12 046 153	12 798 856	13 502 458	14 241 194
	Recettes	9 507 828	10 512 014	11 523 006	12 035 554	12 836 198	13 471 620	14 266 927
	Résultat comptable	**46 568**	**54 592**	**32 681**	**-10 599**	**37 343**	**- 30 838**	**25 733**
CH	Dépenses	14 544 097	16 679 748	18 780 447	19 698 544	21 165 151	22 648 154	24 065 515
	Recettes	14 678 393	16 869 553	18 925 603	19 809 923	21 230 298	22 694 923	24 165 825
	Résultat comptable	**134 296**	**189 805**	**145 155**	**111 379**	**65 147**	**46 770**	**100 310**
CH spécialisés	Dépenses	3 850 280	3 996 568	4 170 470	4 256 494	4 475 430	4 621 308	4 791 357
	Recettes	3 902 058	4 047 102	4 230 839	4 315 358	4 559 152	4 686 131	4 894 122
	Résultat comptable	**51 778**	**50 533**	**60 369**	**58 863**	**83 722**	**64 823**	**102 765**
HL	Dépenses	1 003 965	982 086	1 070 193	1 076 422	1 088 811	1 054 201	1 130 660
	Recettes	1 031 450	1 002 149	1 094 041	1 093 789	1 108 846	1 080 618	1 155 047
	Résultat comptable	**27 485**	**20 063**	**23 849**	**17 367**	**20 036**	**26 418**	**24 387**
SIH	Dépenses	201 758	126 251	183 934	210 916	269 710	351 508	375 564
	Recettes	205 877	131 941	187 896	217 669	278 054	357 835	383 126
	Résultat comptable	**4 119**	**5 690**	**3 962**	**6 753**	**8 344**	**6 328**	**7 562**
Ensemble	Dépenses	34 150 275	37 608 506	41 344 819	43 191 157	46 067 390	48 683 615	51 232 147
	Recettes	34 407 524	38 001 237	41 642 262	43 376 916	46 288 445	48 755 974	51 459 792
	Résultat comptable	**257 249**	**392 731**	**297 442**	**185 759**	**221 055**	**72 359**	**227 646**

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.49. Répartition des dépenses des établissements publics de santé par groupe fonctionnel et par catégorie d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

en miliers d'€

Catégorie d'établissements	Groupe fonctionnel de dépenses	2000	2001	2002	2003	2004
AP-HP	Dépenses hors groupe	29 482	31 573	26 691	32 163	32 930
	Dépenses de groupe 1	3 276 081	3 381 042	3 537 885	3 581 300	3 602 271
	Dépenses de groupe 2	1 087 769	1 202 815	1 314 372	1 399 210	1 681 781
	Dépenses de groupe 3	920 440	937 204	1 035 972	1 100 026	852 417
	Dépenses de groupe 4	335 678	349 992	354 511	393 288	458 457
	Total des dépenses	**5 649 451**	**5 902 627**	**6 269 432**	**6 505 987**	**6 627 857**
CHR	Dépenses hors groupe	37 926	36 739	33 894	38 510	35 402
	Dépenses de groupe 1	7 733 578	8 034 385	8 487 833	8 894 774	9 243 185
	Dépenses de groupe 2	1 977 084	2 174 282	2 419 544	2 599 949	2 782 050
	Dépenses de groupe 3	951 605	958 937	1 008 196	1 040 440	1 094 686
	Dépenses de groupe 4	790 132	841 810	849 389	928 785	1 085 871
	Total des dépenses	**11 490 325**	**12 046 153**	**12 798 856**	**13 502 458**	**14 241 194**
CH	Dépenses hors groupe	57 246	52 737	58 293	67 802	62 874
	Dépenses de groupe 1	13 118 873	13 711 224	14 698 763	15 624 032	16 365 786
	Dépenses de groupe 2	2 356 928	2 571 096	2 859 531	3 110 134	3 386 210
	Dépenses de groupe 3	2 001 058	2 075 984	2 191 514	2 358 538	2 418 632
	Dépenses de groupe 4	1 246 343	1 287 505	1 357 051	1 487 647	1 832 012
	Total des dépenses	**18 780 447**	**19 698 544**	**21 165 151**	**22 648 154**	**24 065 515**
CH spécialisés	Dépenses hors groupe	12 151	10 178	8 994	9 371	8 293
	Dépenses de groupe 1	3 414 854	3 480 621	3 652 840	3 782 797	3 876 353
	Dépenses de groupe 2	97 269	101 044	106 506	112 450	114 546
	Dépenses de groupe 3	478 981	492 902	509 443	524 298	529 911
	Dépenses de groupe 4	167 215	171 748	197 647	192 391	262 255
	Total des dépenses	**4 170 470**	**4 256 494**	**4 475 430**	**4 621 308**	**4 791 357**
HL	Dépenses hors groupe	925	1 118	1 294	1 018	667
	Dépenses de groupe 1	679 054	682 840	692 895	669 976	719 419
	Dépenses de groupe 2	78 638	78 032	77 144	75 407	83 392
	Dépenses de groupe 3	240 519	248 696	250 823	243 430	250 757
	Dépenses de groupe 4	71 056	65 736	66 654	64 370	76 425
	Total des dépenses	**1 070 193**	**1 076 422**	**1 088 811**	**1 054 201**	**1 130 660**
SIH	Dépenses hors groupe	79	95	121	267	471
	Dépenses de groupe 1	95 471	108 429	142 245	195 863	198 443
	Dépenses de groupe 2	13 182	18 929	24 599	36 914	50 692
	Dépenses de groupe 3	54 240	63 574	84 477	96 003	99 357
	Dépenses de groupe 4	20 961	19 890	18 267	22 461	26 602
	Total des dépenses	**183 934**	**210 916**	**269 710**	**351 508**	**375 564**
Ensemble	Dépenses hors groupe	137 808	132 439	129 287	149 130	140 636
	Dépenses de groupe 1	28 317 912	29 398 542	31 212 462	32 748 742	34 005 456
	Dépenses de groupe 2	5 610 871	6 146 198	6 801 696	7 334 064	8 098 671
	Dépenses de groupe 3	4 646 843	4 777 297	5 080 425	5 362 735	5 245 760
	Dépenses de groupe 4	2 631 386	2 736 680	2 843 519	3 088 943	3 741 624
	Total des dépenses	**41 344 819**	**43 191 157**	**46 067 390**	**48 683 615**	**51 232 147**

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.50. Structure des dépenses d'exploitation des établissements publics de santé selon le groupe fonctionnel et la catégorie d'établissements. Évolution entre 2000 et 2004

Groupes fonctionnels	Ensemble		AP-HP [2]		Autres CHR		CHS en psychiatrie		Hôpitaux locaux		Autres établissements [3]	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004
Dépenses hors groupe	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %
Charges d'exploitation relatives au personnel (dépenses de groupe 1)	68,5 %	66,4 %	58,0 %	54,4 %	67,3 %	64,9 %	81,9 %	80,9 %	63,5 %	63,6 %	69,7 %	67,8 %
Charges d'exploitation à caractère médical (dépenses de groupe 2)	13,6 %	15,8 %	19,3 %	25,4 %	17,2 %	19,5 %	2,3 %	2,4 %	7,3 %	7,4 %	12,5 %	14,1 %
Charges d'exploitation à caractère hôtelier et général (dépenses de groupe 3)	11,2 %	10,2 %	16,3 %	12,9 %	8,3 %	7,7 %	11,5 %	11,1 %	22,5 %	22,2 %	10,8 %	10,3 %
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (dépenses de groupe 4)	6,4 %	7,3 %	5,9 %	6,9 %	6,9 %	7,6 %	4,0 %	5,5 %	6,6 %	6,8 %	6,7 %	7,6 %
Total des dépenses [1]	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

(1) Budget général.
(2) Dans les frais de gestion générale et de transport sont inclus les frais de personnel des services centraux de l'AP-HP.
(3) Centres hospitaliers généraux et centres hospitaliers assimilés (syndicats interhospitaliers (SIH), établissements de soins de suite et de réadaptation, établissements de soins de longue durée).

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.51. Répartition des recettes des établissements publics de santé par groupe fonctionnel et par catégorie d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

en miliers d'€

Catégorie d'établissements	Groupe fonctionnel de recettes	2000	2001	2002	2003	2004
AP-HP	Recettes hors groupe	21 309	20 688	18 506	27 004	23 177
	Recettes de groupe 1	3 821 124	3 915 938	4 066 655	4 154 479	4 351 048
	Recettes de groupe 2	554 925	558 707	568 715	430 378	453 627
	Recettes de groupe 3	1 283 519	1 409 289	1 622 020	1 852 985	1 766 893
	Recettes de groupe 4	-	-	-	-	-
	Total recettes	**5 680 877**	**5 904 622**	**6 275 896**	**6 464 847**	**6 594 745**
CHR	Recettes hors groupe	31 253	25 908	25 902	28 803	27 888
	Recettes de groupe 1	9 589 592	9 983 021	10 548 935	11 143 109	11 679 049
	Recettes de groupe 2	642 889	647 714	654 888	663 722	709 084
	Recettes de groupe 3	1 259 062	1 377 497	1 590 284	1 631 226	1 842 768
	Recettes de groupe 4	210	1 414	16 189	4 759	8 138
	Total recettes	**11 523 006**	**12 035 554**	**12 836 198**	**13 471 620**	**14 266 927**
CH	Recettes hors groupe	38 922	33 207	40 552	46 935	35 407
	Recettes de groupe 1	15 305 589	16 013 912	17 028 292	18 321 789	19 398 311
	Recettes de groupe 2	1 303 240	1 322 033	1 340 400	1 399 147	1 497 620
	Recettes de groupe 3	2 263 430	2 434 887	2 793 728	2 908 581	3 194 616
	Recettes de groupe 4	14 422	5 885	27 326	18 472	39 870
	Total recettes	**18 925 603**	**19 809 923**	**21 230 298**	**22 694 923**	**24 165 825**
CH spécialisés	Recettes hors groupe	7 732	6 172	6 561	6 398	5 900
	Recettes de groupe 1	3 785 799	3 854 912	4 031 943	4 205 364	4 339 834
	Recettes de groupe 2	173 425	172 656	173 778	173 844	162 010
	Recettes de groupe 3	262 689	281 613	344 424	300 204	386 298
	Recettes de groupe 4	1 194	4	2 447	322	80
	Total recettes	**4 230 839**	**4 315 358**	**4 559 152**	**4 686 131**	**4 894 122**
HL	Recettes hors groupe	686	670	647	936	868
	Recettes de groupe 1	588 364	587 503	595 080	572 050	607 781
	Recettes de groupe 2	72 760	69 312	69 644	60 447	67 982
	Recettes de groupe 3	431 643	436 004	441 857	446 885	477 730
	Recettes de groupe 4	588	300	1 618	300	686
	Total recettes	**1 094 041**	**1 093 789**	**1 108 846**	**1 080 618**	**1 155 047**
SIH	Recettes hors groupe	83	65	358	245	308
	Recettes de groupe 1	34 731	42 031	111 422	142 852	153 148
	Recettes de groupe 2	13 361	14 739	24 019	21 472	20 622
	Recettes de groupe 3	137 502	160 072	142 253	193 265	208 997
	Recettes de groupe 4	2 218	762	1	1	51
	Total recettes	**187 896**	**217 669**	**278 054**	**357 835**	**383 126**
Ensemble	Recettes hors groupe	99 985	86 709	92 525	110 321	93 548
	Recettes de groupe 1	33 125 199	34 397 318	36 382 328	38 539 644	40 529 172
	Recettes de groupe 2	2 760 600	2 785 161	2 831 445	2 749 010	2 910 945
	Recettes de groupe 3	5 637 846	6 099 361	6 934 566	7 333 147	7 877 303
	Recettes de groupe 4	18 632	8 366	47 581	23 853	48 825
	Total recettes	**41 642 262**	**43 376 916**	**46 288 445**	**48 755 974**	**51 459 792**

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.52. Répartition des reports de charges des établissements publics de santé par catégorie d'établissements. Évolution de 2002 à 2005

en miliers d'€

Catégorie d'établissements	Report de charges [1] (a)	Report de recettes [1] (b)	Solde net (a) - (b)	Solde net / charges totales (en %)	Report de charges / charges totales (en %)
2002					
AP-HP	52 274	31 015	21 260	0,37 %	0,90 %
CHR	56 619	102 164	-45 545	-0,36 %	0,44 %
CH	218 690	110 630	108 061	0,51 %	1,03 %
CH spécialisés	12 255	32 643	-20 389	-0,46 %	0,27 %
HL	4 590	4 229	360	0,03 %	0,42 %
SIH	1 660	2 559	-899	-0,34 %	0,62 %
Ensemble	**346 088**	**283 240**	**62 848**	**0,14 %**	**0,76 %**
2003					
AP-HP	57 111	60 646	-3 535	-0,06 %	0,95 %
CHR	72 718	99 634	-26 916	-0,20 %	0,54 %
CH	284 919	128 121	156 798	0,71 %	1,29 %
CH spécialisés	18 901	35 140	-16 240	-0,35 %	0,41 %
HL	4 553	5 001	-448	-0,04 %	0,44 %
SIH	2 288	2 618	-330	-0,09 %	0,64 %
Ensemble	**440 489**	**331 161**	**109 328**	**0,23 %**	**0,93 %**
2004					
AP-HP	123 543	33 186	90 357	1,36 %	1,86 %
CHR	131 293	79 186	52 107	0,37 %	0,92 %
CH	420 375	100 514	319 861	1,35 %	1,77 %
CH spécialisés	21 945	24 809	-2 864	-0,06 %	0,46 %
HL	11 189	2 647	8 543	0,76 %	0,99 %
SIH	5 209	968	4 241	1,13 %	1,39 %
Ensemble	**713 554**	**241 310**	**472 244**	**0,92 %**	**1,39 %**
2005 [2]					
AP-HP	131 980	21 122	110 858	- (3)	-
CHR	132 121	77 443	54 678	-	-
CH	354 885	119 591	235 295	-	-
CH spécialisés	23 776	30 652	-6 876	-	-
HL	14 051	2 685	11 366	-	-
SIH	4 999	1 452	3 547	-	-
Ensemble	**661 813**	**252 944**	**408 868**	**-**	**-**

(1) Les reports de charges donnés ici correspondent au total du compte 6728 (Autres charges sur exercices antérieurs). Les reports de recettes correspondent quant à eux au compte 77288 (Autres produits sur exercices antérieurs).

(2) Données au 31 décembre. En 2004, le constaté au 31 décembre représentait (hors AP-HP, dont les comptes ne sont pas clôturés au 31 décembre), 93 % du définitif pour les reports de charges et 94 % pour les reports de recettes.

(3) Les charges totales annuelles ne sont pas connues dans leur totalité au 31 décembre, d'où l'absence de ratios pour 2005.

Champ : France entière

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.53. Répartition des dépenses d'investissement [1] des établissements publics de santé par région. Évolution de 2000 à 2004

en miliers d'€

Régions	2000	2001	2002	2003	2004
Alsace	90 847	89 079	115 769	123 618	142 471
Aquitaine	115 230	109 549	137 164	127 937	161 115
Auvergne	79 818	81 984	76 847	87 598	91 163
Basse-Normandie	54 131	66 217	74 502	84 530	104 018
Bourgogne	79 087	95 854	108 714	124 090	151 845
Bretagne	138 082	139 602	155 199	165 588	202 802
Centre	121 054	151 833	156 800	182 108	208 665
Champagne-Ardenne	67 866	65 704	64 511	68 705	78 435
Corse	8 072	5 402	7 503	10 756	16 717
Franche-Comté	40 496	51 090	53 101	81 247	89 434
Haute-Normandie	72 686	72 688	86 592	90 174	131 326
Île-de-France (AP-HP)	305 992	274 501	279 453	304 925	393 518
Île-de-France (hors AP-HP)	221 754	253 808	287 209	334 277	358 040
Languedoc-Roussillon	116 636	90 055	100 744	120 792	137 332
Limousin	39 505	54 039	49 069	51 159	59 672
Lorraine	91 903	91 821	91 005	120 648	155 870
Midi-Pyrénées	131 361	112 582	134 386	156 385	174 502
Nord - Pas-de-Calais	168 829	216 235	227 963	281 698	313 331
PACA	161 969	176 900	216 751	231 512	299 013
Pays de la Loire	133 698	158 116	154 869	177 850	199 428
Picardie	62 594	71 769	95 926	101 098	123 067
Poitou-Charentes	90 122	91 087	87 074	93 787	141 934
Rhône-Alpes	216 313	221 299	275 844	387 500	533 125
France métropolitaine	**2 608 048**	**2 741 213**	**3 036 997**	**3 507 980**	**4 266 822**
Guadeloupe	22 098	21 702	25 709	29 813	28 300
Guyane	6 646	4 842	9 308	15 329	15 318
Martinique	24 853	24 774	26 482	40 899	42 267
Réunion	19 999	24 070	31 184	51 577	65 514
DOM	**73 596**	**75 387**	**92 683**	**137 619**	**151 399**
France entière	**2 681 644**	**2 816 600**	**3 129 679**	**3 645 599**	**4 418 221**

(1) Sont pris en compte les comptes commençant par 20, 21 ou 23 dans la comptabilité des établissements.

Champ : France entière
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.54. Structure des dépenses d'exploitation [1] des établissements privés soumis à l'objectif quantifié national (OQN) selon le type de charges de 2001 à 2002

Type de charges	Part dans le CA en %	
	2001	2002
Charges de personnel	54,9 %	55,0 %
Achats médicaux	15,5 %	15,7 %
Autres charges et services extérieurs	17,6 %	17,5 %
dont blanchissage	2,2 %	1,7 %
dont nettoyage	1,7 %	1,6 %
dont restauration	4,5 %	4,1 %
Impôts et taxes hors rémunération	2,8 %	2,5 %
Loyers immobiliers	6,5 %	6,1 %
Dotations aux amortissements	5,4 %	5,0 %
Intérêts des emprunts et crédits bails	1,4 %	1,2 %
Total [2]	**104,1 %**	**103,0%**

(1) Il s'agit des résultats pour le champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).
(2) Le total des charges n'est pas égal à 100 % car les établissements privés dégagent des bénéfices ou des déficits. Tous les établissements ne paient pas de loyer.

Champ : Les établissements de santé privés présents dans l'observatoire STEFIE, 796 établissements en 2001 et 721 en 2002.
Source : CNAMTS - Obsevatoire STEFIE

2.55. Répartition des dépenses de soins hospitaliers des établissements privés soumis à l'objectif quantifié national (OQN) par disciplines en 2002 et 2003

Droit constaté	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Psychiatrie	Soins de suite	Réadaptation fonctionnelle	Urgences	Total
Cumul fin décembre 2002								
Réalisations (en milliers €)	1 192 448	4 458 257	497 186	372 592	446 149	460 948	39 944	**7 467 525**
Répartition en %	16,0 %	59,7 %	6,7 %	5,0 %	6,0 %	6,2 %	0,5 %	**100,0 %**
Cumul fin décembre 2003								
Réalisations (en milliers €)	1 313 961	4 709 963	533 273	405 593	510 907	513 528	51 887	**8 039 112**
Répartition en %	16,3 %	58,6 %	6,6 %	5,0 %	6,4 %	6,4 %	0,6 %	**100,0 %**
Évolution 2003/2002 en %	**10,2 %**	**5,6 %**	**7,3 %**	**8,9 %**	**14,5 %**	**11,4 %**	**29,9 %**	**7,7%**

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS

2.56. Dépenses de personnel des établissements publics de santé par type de dépenses. Évolution de 2000 à 2004

en miliers d'€

Cpte	Intitulé du compte	2000	2001	2002	2003	2004
641	Rémunérations du personnel non médical	15 842 010	16 225 649	17 113 051	17 634 023	18 069 525
642	Rémunérations du personnel médical	3 383 807	3 664 398	3 941 905	4 325 515	4 504 347
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	6 167 226	6 449 176	6 805 578	7 165 790	7 475 763
6451	*dont personnel non médical*	*5 202 179*	*5 397 757*	*5 679 679*	*5 928 916*	*6 172 568*
6452	*dont personnel médical*	*965 047*	*1 051 418*	*1 125 899*	*1 236 874*	*1 303 195*
Sous-total rémunérations et charges sociales du personnel non médical (cptes 641 et 6451)		21 044 189	21 623 406	22 792 730	23 562 939	24 242 093
Sous-total rémunérations et charges sociales du personnel médical (cptes 642 et 6452)		4 348 854	4 715 816	5 067 804	5 562 389	5 807 541
6311	Taxe sur les salaires	1 769 067	1 828 822	1 913 183	1 979 771	2 054 995
divers	Autres charges du groupe 1	1 155 802	1 230 497	1 438 745	1 643 642	1 900 827
Ensemble des dépenses de personnel (groupe 1)		**28 317 912**	**29 398 542**	**31 212 462**	**32 748 742**	**34 005 456**
Total des dépenses		**41 344 819**	**43 191 157**	**46 067 390**	**48 683 615**	**51 232 147**
Pourcentage des dépenses du groupe 1 dans le total des dépenses		68,5 %	68,1 %	67,8 %	67,3 %	66,4 %
Pourcentage des taxes et des autres charges / rémunérations		15,2 %	15,4 %	15,9 %	16,5 %	17,5 %
Taux de charges du personnel médical (hors taxes et autres charges)		28,5 %	28,7 %	28,6 %	28,6 %	28,9 %
Taux de charges du personnel non médical (hors taxes et autres charges)		32,8 %	33,3 %	33,2 %	33,6 %	34,2 %

Champ : France entière

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion

2.57. Rémunérations et coût salarial moyen[1] des personnels médicaux des établissements publics de santé selon le type d'activité du praticien en 2001

en €

Type d'activité du praticien	Traitement de base	Traitement brut [2]	Cotisations ouvrières	Traitement net	Charges patronales	Coût salarial total	
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b) - (c)	(e)	(f) = (b) + (e)	en % du traitement de base
Praticiens à temps plein	64 420	71 676	12 414	59 262	33 589	**105 265**	**163,4 %**
Praticiens à temps partiel	33 569	36 928	6 245	30 683	15 191	**52 119**	**155,3 %**
Autres praticiens	16 590	20 478	2 919	17 559	6 574	**27 052**	**163,1 %**
Praticiens en formation	17 500	24 634	4 075	20 559	10 090	**34 724**	**198,4 %**

(1) Montant annuel moyen en euros courants (rémunération hospitalière exclusivement).
(2) Traitement brut = Traitement de base + indemnités de gardes et astreintes + autres indemnités.
(3) La rémunération moyenne annuelle des attachés est calculée de manière fictive sur la base du nombre maximum théorique de vacations annuelles, soit 520 (10 vacations x 52 semaines).

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » - 2001

2.58. Rémunérations et coût salarial moyen des personnels non médicaux titulaires [3] des établissements publics de santé par catégorie de personnel en 2001

en €

Catégorie de personnel	Traitement de base [1]	Traitement brut [2]	Cotisations ouvrières	Traitement net	Charges patronales	Coût salarial total	
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b) - (c)	(e)	(f) = (b) + (e)	en % du traitement de base (f) / (a)
Direction et administratif	19 331	24 400	3 703	20 697	11 644	**36 044**	**186,5 %**
Infirmiers	22 332	29 535	4 456	25 079	13 832	**43 367**	**194,2 %**
Aides-Soignants	15 954	22 623	3 202	19 421	9 794	**32 417**	**203,2 %**
Autres personnels des services de soins	17 338	21 997	3 258	18 739	10 338	**32 335**	**186,5 %**
Educatifs et sociaux	21 793	27 021	4 171	22 850	13 075	**40 096**	**184,0 %**
Medico-techniques	22 383	29 039	4 434	24 605	13 913	**42 952**	**191,9 %**
Technique et ouvriers	17 577	22 254	3 356	18 898	10 591	**32 845**	**186,9 %**
Ensemble	**19 265**	**25 450**	**3 786**	**21 664**	**11 791**	**37 241**	**193,3 %**

2.59. Rémunérations et coût salarial moyen des personnels non médicaux non titulaires [4] des établissements publics de santé par catégorie de personnel en 2001

en €

Catégorie de personnel	Traitement de base [1]	Traitement brut [2]	Cotisations ouvrières	Traitement net	Charges patronales	Coût salarial total	
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b) - (c)	(e)	(f) = (b) + (e)	en % du traitement de base (f) / (a)
Direction et administratif	18 778	21 445	3 715	17 730	9 376	**30 821**	**164,1 %**
Infirmiers	16 083	20 265	3 559	16 706	9 432	**29 697**	**184,6 %**
Aides-Soignants	12 651	16 860	2 841	14 018	7 607	**24 467**	**193,4 %**
Autres personnels des services de soins	15 209	17 750	3 088	14 662	7 439	**25 189**	**165,6 %**
Educatifs et sociaux	16 226	18 427	2 230	15 197	8 272	**26 699**	**164,5 %**
Medico-techniques	18 318	21 729	3 836	17 893	9 853	**31 582**	**172,4 %**
Technique et ouvriers	22 587	25 735	4 450	21 286	11 276	**37 011**	**163,9 %**
Ensemble	**17 668**	**20 789**	**3 607**	**17 182**	**9 126**	**29 915**	**169,3 %**

(1) Traitement de base annuel moyen = Indice nouveau majoré moyen x valeur annuelle moyenne du point.
(2) Traitement de base + rémunérations accessoires.
(3) Personnels titulaires rémunérés sur le compte 641.1.
(4) Personnels non titulaires sur postes budgétaires, rémunérés sur le compte 641.3.

Champ : France métropolitaine
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS - Enquête « coûts et carrières des personnels des établissements publics de santé » - 2001

Les indicateurs de production médico-économiques des étalissements de santé (IPME)

Cf. les tableaux 2.60; à 2.64;

Cet encadré décrit uniquement les indicateurs de production médico-économiques des établissements de santé. Pour la présentation générale du PMSI, se reporter à l'encadré page 82.

Une première série d'indicateurs visant à mesurer l'évolution de l'activité des établissements en tenant compte de la lourdeur des patients pris en charge a été présentée en 2004 dans le cadre de l'annexe PMSI du PLFSS 2005. Était également présentée une description médicalisée de l'activité, sous forme de « grands types d'activité » (GTA), correspondant à des groupes de disciplines médicales. Une réflexion complémentaire a été menée durant l'exercice 2005 afin de compléter cette approche par d'autres indicateurs. Or, la loi organique des lois de finance (LOLF) a conduit à supprimer désormais l'annexe PMSI du rapport au parlement en vue du PLFSS. Il est cependant apparu utile de poursuivre la production et la présentation annuelle de ces indicateurs.

Les indicateurs du volume de l'activité

Compte tenu du nombre important de GHM (plus de 600 dans la version 9 de la classification), il est difficile de comparer des établissements à travers leurs profils d'activités décrits en GHM. Aussi, chaque GHM fait-il l'objet d'une pondération économique. Il est ainsi possible de calculer pour chaque établissement, un volume global d'activité.

Ce volume d'activité est obtenu par addition des séjours affectés du poids économique du GHM dans lequel ils sont classés (activité pondérée).

Les pondérations économiques utilisées sont exprimées en euros. Elles sont différentes selon le secteur d'hospitalisation (en 2004, établissements sous dotation globale/sous OQN).

■ Établissements financés par dotation globale (DG)

L'analyse de l'activité des établissements financés par dotation globale s'appuie sur un système de pondération économique fondée sur l'échelle nationale de coûts des GHM, construite en 1994, et actualisée tous les ans à partir des données médicales et économiques fournies par un échantillon d'établissements. Ce système de graduation attribue à chacun des GHM de la classification un poids économique par référence à la dernière échelle nationale des coûts. L'échelle utilisée pour pondérer l'activité 2004 est l'échelle 2004, calculée en version 9 de la classification GHM. Les poids économiques sont les valeurs en euros correspondant au coût moyen des GHM.

■ Établissements sous objectif quantifié national (OQN)

En attendant la mise en œuvre d'une échelle de coûts pour le secteur sous OQN, le poids économique des GHM est tiré de l'échelle de prix calculée à partir de l'exploitation des factures produites par les cliniques (bordereaux 615 de l'UCANSS). A la différence de l'échelle de coûts du secteur sous dotation globale, celle-ci est établie à partir de la base nationale de données des établissements sous OQN, et non d'une base constituée par un groupe échantillon d'établissements. Elle confère à chaque GHM une valeur, exprimée en euros, qui correspond au montant de la facture moyenne constatée pour les séjours classés dans un groupe homogène de malades (hors honoraires et molécules onéreuses).

Un certain nombre d'indicateurs permettant l'analyse globale de l'activité des établissements ont été calculés par établissement, par catégorie et par région.

Les différents indicateurs présentés dans les tableaux sont les suivants :

- indice d'évolution 2004/2003 ;
- poids moyen du cas traité relatif ;
- nombre minimum de séjours pour réaliser 80 % des séjours ;
- nombre minimum de séjours pour réaliser 80 % des journées ;
- nombre minimum de séjours pour réaliser 80 % de l'activité ;
- nombre total de GHM différents.

Il s'agit ici de décrire l'activité hospitalière de court séjour selon des « grands types d'activité » (GTA). Ces GTA sont obtenus en regroupant les GHM par grandes spécialités médicales. Ces grandes spécialités rassemblent des catégories de GHM (catégories majeures de diagnostic) niveaux d'agrégation déjà utilisés dans la classification des GHM. Les séjours de la CM 24 sont cependant regroupés dans le GTA d'hospitalisation de plus de deux jours correspondant.

Le GTA 17 regroupe notamment des séjours de patients pris en charge pour des symptômes ou résultats d'examens, non spécifiques, ou pour des examens de surveillance.

Les séjours de la CM24 (séjours de moins de 2 jours) sont groupés dans le GTA dans lequel ils seraient groupés si leur durée de séjour était supérieure à 2 jours.

Toutefois, le GTA 30 regroupe les séances de radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine (les séances d'épuration extra-rénale étant affectées au GTA d'uro-néphrologie), et les séjours de moins de deux jours résiduels non inclus dans les GTA sus-jacents (exemple : GHM des endoscopies multidisciplinaires).

Pour chaque GTA, la distinction entre médecine et chirurgie fait référence au classement de chaque GHM dans l'une de ces disciplines.

De plus, chaque tableau distingue le type d'hospitalisation selon que la durée de séjour est soit supérieure ou égale à 2 jours (HC), soit inférieure à 2 jours (CD), ou selon que la prise en charge se déroule sous la forme de séances (Séances).

Les données présentées sont les suivantes :

- nombre de séjours ou de séances ;
- nombre de journées ou de séances ;
- pourcentage de l'activité totale : part de l'activité rapportée à l'activité totale, la mesure de l'activité étant réalisée selon les principes décrits ci-dessus (activité pondérée) ;
- DMS : durée moyenne de séjour ;
- PMCT relatif : lorsqu'il est supérieur à 1 pour un GTA donné, cet indicateur signifie qu'en moyenne les séjours de ce GTA sont, d'un point de vue médico-économique, plus lourds que ceux de la moyenne nationale. Il convient de noter que la lourdeur de prise en charge ne fait pas seulement référence à la complexité technique du séjour, et que l'influence de la durée de séjour sur le poids économique des séjours participe également à la lourdeur des séjours ;
- pourcentage de séjours en ambulatoire au sein des séjours de moins de 2 jours : part des séjours de moins de 1 jour au sein des séjours de moins de 2 jours.

Indice d'évolution de l'activité

L'évolution de l'activité des établissements est mesurée au travers d'un indicateur défini de la façon suivante :

Le volume total de l'activité d'une année donnée de la période 2000-2004 est rapporté au volume total de l'activité de l'année 2000 ; l'année 2000 servant d'année de référence.

Pour ce faire, il faut cependant raisonner à pondération économique constante, pour que l'évolution constatée reflète bien la seule évolution de l'activité, indépendamment de l'évolution des pondérations.

Cet indicateur nommé « indicateur d'activité MCO », noté « IA-MCO » donne l'évolution en volume de l'activité de court séjour depuis l'année de référence (2000).

Il est calculé au niveau établissement, régional, national, par catégorie d'établissements. Ces éléments sont présentés à la fois pour les établissements financés par DG en 2004, et les cliniques privées sous OQN.

Ainsi, les disparités d'évolution entre établissements se traduisent directement à travers le niveau de l'indice IA-MCO. L'indicateur d'un établissement peut également être comparé à l'indice d'évolution du volume régional ou à l'indice d'évolution du volume national.

Les disparités d'évolution entre régions peuvent être directement appréciées en comparant leurs indices d'évolution.

Pour permettre le calcul de l'indicateur d'évolution en volume, l'ensemble des données d'activité des années 2000 à 2004 a été regroupé selon la version 9 de la classification.

De plus, au cours de la période 2000-2004, le processus de restructuration (fusion) des établissements de santé s'est poursuivi. Pour établir des séries comparables dans le temps, les établissements participant à ces opérations ont été artificiellement fusionnés depuis le début de la période. En revanche, les créations ou fermetures nettes d'établissements sans reprise de l'activité n'ont pas été retenues. Ce « cylindrage » des données peut rendre difficile l'analyse de l'évolution d'activité. Ainsi, sur les cliniques privées OQN où les restructurations sont souvent nombreuses, le niveau de l'évolution de l'activité entre 2004 et 2000 est probablement inférieur à 7,5%. En effet, l'activité des cliniques ayant fermé au cours de cette période (et ôtées de l'analyse) s'est certainement reportée sur des établissements restant ouverts.

Indice de concentration

Les indicateurs de concentration permettent d'approcher les notions de dispersion (ou de concentration) de l'activité des établissements ou des catégories des établissements, au travers des questions :

- « combien faut-il, au minimum, de GHM différents pour réaliser 80 % des journées d'hospitalisation ? » ;
- « combien faut-il, au minimum, de GHM différents pour réaliser 80 % des séjours ? » ;
- « combien faut-il, au minimum, de GHM différents pour réaliser 80 % de l'activité, au sens du volume d'activité défini ci-dessus ? » ;
- « combien de GHM différents y trouve-t-on représentés ? ».

Poids Moyen du Cas Traité Relatif

Le « poids moyen du cas traité » (PMCT) est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement, en ne tenant compte, pour son calcul, que des séjours d'au moins 2 jours.

Le PMCT relatif est le rapport du PMCT de l'établissement au PMCT de référence. Il peut être calculé par GTA, par région ou par catégorie d'établissements. Lorsqu'il est supérieur à 100 % pour une région ou une catégorie d'établissements, cet indicateur signifie qu'en moyenne, les séjours de cette région ou de cette catégorie d'établissements sont, d'un point de vue médico-économique, plus lourds qu'en moyenne nationale.

Il convient de noter que la lourdeur de prise en charge ne fait pas seulement référence à la complexité technique du séjour, et que l'influence de la durée de séjour sur le poids économique des séjours participe également à la lourdeur des séjours.

Les indicateurs financiers

■ Établissements financés par dotation globale (DG)

La mise en œuvre de la tarification à l'activité en 2004 pour les établissements publics et privés PSPH en a changé leur mode d'allocation des ressources. Bien que toujours en dotation globale, leur budget a été calculé, pour une fraction, en fonction de l'activité réalisée. Cette fraction de budget est valorisée sur la base de tarifs nationaux, et prend le nom de « fraction de tarifs ». Dans le modèle de la tarification des établissements à l'activité, cette fraction de tarifs est appelée à augmenter (10 % en 2004, 25 % en 2005), liant désormais les ressources des établissements au développement de leur activité, ainsi qu'à la lourdeur des patients pris en charge. Aussi, les indicateurs d'analyse doivent-ils être développés dans ce sens.

L'objectif des indicateurs suivants est d'évaluer la productivité des établissements et de donner aux responsables hospitaliers notamment, des éléments de pilotage à court et moyen terme. Les recettes des établissements sont ainsi appréciées au regard de leurs charges et donc de leurs coûts.

Trois indicateurs financiers sont proposés pour éclairer les acteurs du secteur sur les conséquences de la mise en place de la T2A :

- le premier concerne l'exercice et mesure l'impact de la mise en place partielle de la T2A (10 % en 2004) sur le budget de l'ensemble de l'activité de l'établissement. Cet indicateur est noté IP-GFT, indicateur de Productivité Globale avec fraction de tarifs ;

- le second est relatif à la seule activité MCO de l'établissement et se place dans une perspective de moyen terme. L'indicateur calcule le taux de couverture des charges MCO par un financement 100% T2A. Cet indicateur est noté IP-MCO, indicateur de productivité MCO ;
- le troisième concerne l'ensemble du budget de l'établissement et se place dans une perspective de financement à 100 % par l'activité. Il mesure l'impact, sur le budget global de l'établissement, d'une mise en œuvre totale de la T2A par rapport à la situation antérieure. Cet indicateur est noté IP-G, indicateur de productivité globale.

Ces indicateurs ont été construits sur le modèle de tarification tel que défini en 2004. Tout changement significatif de modèle (tel que ceux intervenus en 2005) peut influer sur les valeurs des indicateurs.

Indicateur de productivité globale avec fraction de tarifs IP-GFT

Cet indicateur porte sur l'ensemble du budget de l'établissement et regroupe par conséquent toutes les activités réalisées : MCO, MIGAC , SSR, PSY, HAD. En revanche, l'activité est valorisée selon la fraction de tarifs en vigueur en 2004, à savoir 10 %.

Deux dotations (toutes activités confondues) sont utilisées :

- la dotation réelle finale 2004 : elle prend en compte le financement de l'activité réelle à hauteur de la fraction de tarifs de l'exercice (10 % en 2004) ;
- la dotation théorique : elle prend en compte le financement de l'activité à hauteur de la fraction de tarifs de l'exercice (10% des charges devant couvrir la production de l'activité en 2004). Pour 2004 (première année de mise en œuvre de la T2A), ce financement théorique correspond à ce qu'aurait eu l'établissement si le financement à l'activité n'avait pas été mis en œuvre.

$$IP\text{-}GFT = \frac{Dotation \text{ réelle finale}}{Dotation \text{ théorique}}$$

Cet indicateur permet d'analyser l'équilibre financier de l'établissement et sa situation par rapport au nouveau mode de calcul de son budget.

Le niveau de l'indicateur traduit le niveau de gain ou de perte pour l'établissement.

Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement est « gagnant » à la T2A.

Indicateur de productivité MCO

$$IP\text{-}MCO = \frac{Financement\ Activité\ à\ 100\ \%}{Charges\ MCO\ exercice}$$

L'objet de cet indicateur est de comparer les coûts de production de l'établissement aux recettes de l'établissement relatives à son activité MCO. C'est une mesure de l'effort que doit fournir l'établissement sur son activité MCO pour parvenir à l'équilibre financier au terme de la période d'entrée progressive dans le nouveau mode de tarification.

Le financement Activité 100 % représente l'activité réelle 2004 de l'établissement valorisée aux tarifs nationaux (GHS et suppléments), inclut également les dépenses de molécules onéreuses et DMI facturables en sus, et comprend la rémunération de l'accueil et le traitement des urgences (prestation ATU et actes réalisés) et les consultations et actes externes (y compris les forfaits techniques). En année courante, les charges MCO seront connues par les retraitements comptables de l'année. Ils permettent, en effet, de connaître la part des charges que l'établissement a affectée à la prise en charge des patients hospitalisés ou accueillis en MCO .Pour l'année 2004, compte tenu de la non disponibilité des RTC, l'indicateur a été calculé en utilisant non pas les charges réelles du MCO mais l'allocation de ressources destinées à les financer. Cette allocation est calculée sur la fin d'exercice 2004 et égale à 100 % DAC fin 2004.

Le niveau de l'indicateur traduit le niveau de gain ou de perte de l'établissement sur son activité MCO.

Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement produit une activité MCO qui lui coûte moins que ce qu'elle lui rapporte.

Indicateur de productivité globale
Cet indicateur donne la situation de l'établissement au regard du nouveau mode de financement des établissements en schéma cible, à savoir avec une tarification à 100 % de l'activité.

$$IP\text{-}G = \frac{Dotation\ finale\ avec\ 100\ \%\ TAA}{Dotation\ théorique}$$

La valeur de l'indicateur permet d'apprécier le niveau de gain ou de perte sur le budget total, si l'on se place dans une perspective de financement par l'activité à 100%.

Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement est « gagnant » à la T2A.

■ Établissements sous objectif quantifié national (OQN)
Sur ce champ d'établissements, la mise en œuvre de la T2A n'a pas été effective en 2004 mais à partir de mars 2005. L'amortissement des effets financiers de la réforme se fait non pas par le biais d'une fraction de tarifs mais par le biais d'un coefficient de transition. Par ailleurs, les établissements sous OQN sont pour la plupart mono activité. Aussi, sur ce secteur le seul indicateur ayant un sens est l'**indicateur de productivité MCO**.

De même que pour les établissements sous DG, cet indicateur se place dans une perspective de moyen terme en fin de période de convergence. Le financement de l'établissement est alors égal à son activité valorisée aux tarifs nationaux, affectée, le cas échéant, des coefficients géographique et de haute technicité. Il permet d'analyser l'équilibre financier de l'établissement au regard du nouveau mode de financement.

$$IP\text{-}MCO = \frac{casemix\ 2004\ x\ tarif\ national\ x\ coef\ HT\ x\ coef\ géo}{CA\ réel\ 2004}$$

Le niveau de l'indicateur traduit le niveau de gain ou de perte totale pour l'établissement au terme de la convergence, par rapport à la situation antérieure de financement.

Si cet indicateur est supérieur à 1, cela signifie que l'établissement est gagnant à la T2A.

2.60. Indices d'évolution en volume de l'activité médico-économique des établissements de santé selon le secteur et la catégorie d'établissements. Évolution de 2000 à 2004

Catégorie d'établisements	Nombre d'entités	2000 (1)	2001	2002	2003	2004	2004/ 2003
Établissements antérieurement sous dotation globale	**529**	**100,0**	**100,9**	**100,5**	**101,2**	**104,0**	**102,8**
CHR	*31*	*100,0*	*100,9*	*100,3*	*100,3*	*103,8*	*103,5*
CH	*386*	*100,0*	*101,3*	*100,9*	*102,0*	*104,6*	*102,6*
CLCC	*20*	*100,0*	*103,3*	*104,0*	*107,5*	*110,1*	*102,4*
Autres établissements privés antérieurement sous DG	*92*	*100,0*	*97,8*	*97,1*	*97,6*	*99,2*	*101,6*
Établissements antérieurement sous OQN	**630**	**100,0**	**102,0**	**104,7**	**106,7**	**107,5**	**100,7**

(1) L'année 2000 servant d'année de référence est prise comme base 100 pour le calcul des indices.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS / Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Base d'indicateurs IPME

2.61. Indicateurs de l'activité médico-économique des établissements antérieurement sous dotation globale selon les grands types d'activité en 2004

Grand type d'activité	Discipline	Type d'hospitalisation [1]	Nombre de séjours ou de séances	Nombre de journées ou de séances	% de l'activité pondérée totale	Durée moyenne de séjour (DMS)	PMCT relatif [2]	% de séjours ambulatoire
1 - Système nerveux	Chirurgie	HC	95 077	827 223	2,0 %	8,7	142,6 %	
		CD	34 227	34 227	0,1 %			81,0 %
	Médecine	HC	329 949	3 451 545	5,1 %	10,5	105,4 %	
		CD	211 408	211 408	0,5 %			49,5 %
2 - Œil	Chirurgie	HC	77 797	247 962	0,8 %	3,2	68,8 %	
		CD	85 941	85 941	0,5 %			64,8 %
	Médecine	HC	20 068	112 392	0,2 %	5,6	62,5 %	
		CD	19 670	19 670	0,0 %			67,3 %
3 - ORL et odontologie	Chirurgie	HC	77 985	402 194	1,1 %	5,2	93,2 %	
		CD	99 861	99 861	0,4 %			65,9 %
	Médecine	HC	74 668	391 266	0,7 %	5,2	61,4 %	
		CD	73 575	73 575	0,2 %			55,5 %
4 - Appareil respiratoire	Chirurgie	HC	19 879	272 985	0,8 %	13,7	261,9 %	
		CD	373	373	0,0 %			48,3 %
	Médecine	HC	419 735	4 313 913	7,3 %	10,3	120,1 %	
		CD	113 275	113 275	0,3 %			56,6 %
5 - Cardio-vasculaire	Chirurgie	HC	105 303	1 243 830	4,0 %	11,8	262,8 %	
		CD	12 291	12 291	0,1 %			34,7 %
	Médecine	HC	550 150	4 230 160	7,7 %	7,7	96,4 %	
		CD	182 074	182 074	0,5 %			53,5 %
6 - Gastro-entérologie et hépatologie	Chirurgie	HC	290 324	2 658 914	6,3 %	9,2	148,3 %	
		CD	25 474	25 474	0,1 %			42,7 %
	Médecine	HC	375 673	2 835 324	4,7 %	7,5	85,5 %	
		CD	221 643	221 643	0,5 %			54,2 %
7 - Orthopédie et rhumatologie	Chirurgie	HC	377 707	3 371 052	7,3 %	8,9	133,2 %	
		CD	129 634	129 634	0,6 %			55,4 %
	Médecine	HC	173 851	1 493 845	2,2 %	8,6	86,0 %	
		CD	182 207	182 207	0,5 %			63,5 %
8 - Seins, peau et tissus sous-cutanés	Chirurgie	HC	117 848	708 247	1,4 %	6,0	83,9 %	
		CD	65 350	65 350	0,3 %			69,5 %
	Médecine	HC	70 532	677 316	1,0 %	9,6	94,2 %	
		CD	47 118	47 118	0,1 %			43,5 %
9 - Endocrinologie	Chirurgie	HC	40 260	203 264	0,6 %	5,0	104,5 %	
		CD	1 303	1 303	0,0 %			27,4 %
	Médecine	HC	169 136	1 311 851	2,0 %	7,8	81,1 %	
		CD	111 999	111 999	0,2 %			87,4 %
10 - Urologie et néphrologie	Chirurgie	HC	100 596	772 641	1,9 %	7,7	131,0 %	
		CD	40 659	40 659	0,2 %			69,2 %
	Médecine	HC	169 983	1 207 908	2,0 %	7,1	81,4 %	
		CD	240 356	240 356	0,6 %			76,8 %
		Séances	1 311 136	1 311 136	2,2 %			

suite du tableau page suivante ▶

2.61. (suite)

Grand type d'activité	Discipline	Type d'hospitalisation (1)	Nombre de séjours ou de séances	Nombre de journées ou de séances	% de l'activité pondérée totale	Durée moyenne de séjour (DMS)	PMCT relatif (2)	% de séjours ambulatoire
11 - Gynécologie	Chirurgie	HC	95 976	518 621	1,3 %	5,4	96,3 %	
		CD	53 247	53 247	0,2 %			69,6 %
	Médecine	HC	22 896	113 718	0,2 %	5,0	57,1 %	
		CD	28 799	28 799	0,1 %			73,5 %
12 - Obstétrique et néonatalogie	Obstétrique	HC	607 648	3 256 737	5,8 %	5,4	65,0 %	
		CD	314 766	314 766	0,7 %			79,6 %
	Médecine	HC	536 550	3 218 405	4,4 %	6,0	56,4 %	
		CD	17 943	17 943	0,0 %			56,1 %
13 - Hématologie	Chirurgie	HC	13 890	135 507	0,3 %	9,8	157,6 %	
		CD	5 625	5 625	0,0 %			72,2 %
	Médecine	HC	233 229	1 641 093	3,5 %	7,0	102,1 %	
		CD	213 636	213 636	0,6 %			69,2 %
14 - Maladies infectieuses	Chirurgie	HC	6 989	87 913	0,2 %	12,6	147,4 %	
		CD	715	715	0,0 %			59,2 %
	Médecine	HC	76 773	889 731	1,7 %	11,6	154,7 %	
		CD	139 068	139 068	0,3 %			90,0 %
15 - Psychiatrie et toxicologie	Chirurgie	HC	540	8 700	0,0 %	16,1	183,3 %	
		CD	95	95	0,0 %			55,8 %
	Médecine	HC	155 540	1 549 176	1,9 %	10,0	84,4 %	
		CD	139 492	139 492	0,3 %			52,8 %
16 - Traumatismes, allergies, intoxications et brûlures	Chirurgie	HC	32 229	493 938	1,3 %	15,3	277,3 %	
		CD	5 653	5 653	0,0 %			39,3 %
	Médecine	HC	53 009	318 142	0,6 %	6,0	72,2 %	
		CD	111 073	111 073	0,3 %			36,8 %
17 - Autres motifs	Chirurgie	HC	11 818	131 176	0,5 %	11,1	269,8 %	
		CD	4 580	4 580	0,0 %			67,8 %
	Médecine	HC	203 549	1 663 450	2,5 %	8,2	85,1 %	
		CD	759 627	759 627	1,5 %			89,1 %
30 - Autres ambulatoires	Chirurgie	CD	28 093	28 093	0,1 %			79,7 %
	Médecine	CD	564 350	564 350	1,9 %			55,9 %
		Séances	2 586 792	2 586 792	3,0 %			
Ensemble		**HC**	**5 707 157**	**44 760 139**	**83,1 %**	**7,8**	**100,0 %**	
		CD	**4 285 200**	**4 285 200**	**11,7 %**			**67,7%**
		Séances	**3 897 928**	**3 897 928**	**5,1%**			

(1) Hospitalisation complète de 2 jours ou plus (HC), hospitalisation de courte durée de moins de 2 jours (CD) ou séances en ambulatoire.
(2) Le poids moyen du cas traité (PMCT) est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement en ne tenant compte, pour son calcul, que des séjours d'au moins 2 jours. Le PMCT relatif est le rapport du PMCT de l'établissement au PMCT de référence.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS / Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Base d'indicateurs IPME

2.62. Les indicateurs de l'activité médico-économique des établissements antérieurement soumis à l'objectif quantifié national (OQN) selon les grands types d'activité en 2004

Grand type d'activité	Discipline	Type d'hospitalisation [1]	Nombre de séjours ou de séances	Nombre de journées ou de séances	% de l'activité pondérée totale	Durée moyenne de séjour (DMS)	PMCT relatif [2]	% de séjours ambulatoire
1 - Système nerveux	Chirurgie	HC	81 157	389 306	2,2 %	4,8	101,7 %	
		CD	104 881	104 881	0,7 %			88,3 %
	Médecine	HC	26 201	221 673	0,5 %	8,5	75,0 %	
		CD	10 622	10 622	0,0 %			57,9 %
2 - Œil	Chirurgie	HC	123 481	276 444	2,4 %	2,2	71,8 %	
		CD	375 018	375 018	5,6 %			69,5 %
	Médecine	HC	3 001	9 977	0,0 %	3,3	48,9 %	
		CD	7 485	7 485	0,0 %			75,7 %
3 - ORL et odontologie	Chirurgie	HC	109 842	342 649	1,7 %	3,1	58,9 %	
		CD	391 217	391 217	2,6 %			69,7 %
	Médecine	HC	16 903	69 339	0,2 %	4,1	44,9 %	
		CD	43 333	43 333	0,2 %			79,9 %
4 - Appareil respiratoire	Chirurgie	HC	9 770	106 505	0,6 %	10,9	237,5 %	
		CD	226	226	0,0 %			52,2 %
	Médecine	HC	52 796	499 892	1,3 %	9,5	89,1 %	
		CD	6 505	6 505	0,0 %			49,4 %
5 - Cardio-vasculaire	Chirurgie	HC	142 373	860 987	8,1 %	6,0	212,6 %	
		CD	53 693	53 693	0,6 %			53,2 %
	Médecine	HC	215 980	1 164 640	6,9 %	5,4	119,4 %	
		CD	64 960	64 960	0,6 %			52,4 %
6 - Gastro-entérologie et hépatologie	Chirurgie	HC	312 055	1 990 498	9,4 %	6,4	113,0 %	
		CD	29 463	29 463	0,3 %			53,2 %
	Médecine	HC	134 677	705 364	2,1 %	5,2	58,3 %	
		CD	50 299	50 299	0,2 %			61,0 %
7 - Orthopédie et rhumatologie	Chirurgie	HC	377 517	2 812 509	16,2 %	7,5	160,6 %	
		CD	231 077	231 077	2,0 %			72,1 %
	Médecine	HC	38 192	269 001	0,6 %	7,0	62,1 %	
		CD	69 981	69 981	0,3 %			71,3 %
8 - Seins, peau et tissus sous-cutanés	Chirurgie	HC	113 099	489 298	2,0 %	4,3	67,0 %	
		CD	175 877	175 877	1,1 %			80,0 %
	Médecine	HC	10 911	76 291	0,2 %	7,0	63,8 %	
		CD	44 309	44 309	0,2 %			81,2 %
9 - Endocrinologie	Chirurgie	HC	39 181	175 841	1,0 %	4,5	96,4 %	
		CD	724	724	0,0 %			37,0 %
	Médecine	HC	18 973	153 337	0,3 %	8,1	64,4 %	
		CD	25 139	25 139	0,1 %			89,5 %
10 - Urologie et néphrologie	Chirurgie	HC	145 630	937 350	4,1 %	6,4	104,4 %	
		CD	79 387	79 387	0,5 %			82,3 %
	Médecine	HC	54 736	283 762	0,7 %	5,2	49,9 %	
		CD	70 152	70 152	0,3 %			73,3 %
		Séances	729 677	729 677	[3]			

suite du tableau page suivante ▶

2.62. (suite)

Grand type d'activité	Discipline	Type d'hospitalisation (1)	Nombre de séjours ou de séances	Nombre de journées ou de séances	% de l'activité pondérée totale	Durée moyenne de séjour (DMS)	PMCT relatif (2)	% de séjours ambulatoire
11 - Gynécologie	Chirurgie	HC	124 414	609 294	2,8 %	4,9	85,1 %	
		CD	67 344	67 344	0,4 %			71,6 %
	Médecine	HC	12 150	48 431	0,2 %	4,0	50,1 %	
		CD	18 400	18 400	0,1 %			86,0 %
12 - Obstétrique et néonatalogie	Obstétrique	HC	277 478	1 498 880	6,7 %	5,4	91,1 %	
		CD	97 697	97 697	0,2 %			81,3 %
	Médecine	HC	240 205	1 233 725	1,6 %	5,1	24,6 %	
		CD	5 164	5 164	0,0 %			50,5 %
13 - Hématologie	Chirurgie	HC	9 548	57 468	0,2 %	6,0	95,6 %	
		CD	5 491	5 491	0,0 %			77,8 %
	Médecine	HC	28 409	201 706	0,6 %	7,1	75,0 %	
		CD	11 561	11 561	0,1 %			53,0 %
14 - Maladies infectieuses	Chirurgie	HC	3 993	36 544	0,1 %	9,2	96,0 %	
		CD	707	707	0,0 %			62,5 %
	Médecine	HC	5 031	55 259	0,2 %	11,0	122,8 %	
		CD	904	904	0,0 %			44,9 %
15 - Psychiatrie et toxicologie	Chirurgie	HC	141	1 264	0,0 %	9,0	155,1 %	
		CD	65	65	0,0 %			83,1 %
	Médecine	HC	10 954	120 079	0,2 %	11,0	83,9 %	
		CD	734	734	0,0 %			37,3 %
16 - Traumatismes, allergies, intoxications et brûlures	Chirurgie	HC	12 148	116 284	0,5 %	9,6	157,8 %	
		CD	8 348	8 348	0,1 %			62,8 %
	Médecine	HC	7 775	50 952	0,1 %	6,6	68,2 %	
		CD	8 451	8 451	0,0 %			70,7 %
17 - Autres motifs	Chirurgie	HC	5 153	31 629	0,1 %	6,1	108,6 %	
		CD	4 205	4 205	0,0 %			76,4 %
	Médecine	HC	48 866	429 551	1,1 %	8,8	81,0 %	
		CD	44 257	44 257	0,1 %			64,6 %
30 - Autres ambulatoires	Chirurgie	CD	33 062	33 062	0,3 %			85,8 %
	Médecine	CD	1 125 192	1 125 192	6,6 %			87,0 %
		Séances	716 032	716 032	1,5 %			
Ensemble		**HC**	**2 812 740**	**16 325 729**	**75,0 %**	**5,8**	**100,0 %**	
		CD	**3 265 930**	**3 265 930**	**23,4 %**			**77,3%**
		Séances	**1 445 709**	**1 445 709**	**1,5%**			

(1) Hospitalisation complète de 2 jours ou plus (HC), hospitalisation de courte durée de moins de 2 jours (CD) ou séances en ambulatoire.
(2) Le poids moyen du cas traité (PMCT) est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement en ne tenant compte, pour son calcul, que des séjours d'au moins 2 jours. Le PMCT relatif est le rapport du PMCT de l'établissement au PMCT de référence.
(3) Non valorisé.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS / Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Base d'indicateurs IPME

2.63. Indicateurs de concentration de l'activité médico-économique des établissements de santé selon le secteur et la catégorie d'établissements en 2004

Catégorie d'établissements	Évolution de l'activité 2004/2003 (1)	PMCT relatif (2)	Nombre minimum de GHM pour réaliser			Nombre total de groupes homogènes de malades (GHM)
			80 % des séjours ou séances	80 % des journées ou séances	80 % de l'activité pondérée	
Établissements antérieurement sous dotation globale	**102,8**	**100,0 %**	**141**	**229**	**250**	**695**
CHR	*103,5*	*113,8 %*	*153*	*248*	*249*	*695*
CH	*102,6*	*91,3 %*	*138*	*196*	*215*	*691*
CLCC	*102,4*	*108,0 %*	*4*	*33*	*52*	*538*
Autres établissements privés antérieurement sous DG	*101,7*	*104,3 %*	*140*	*206*	*216*	*690*
Établissements antérieurement sous OQN	**100,7**	**100,0 %**	**84**	**152**	**112**	**687**

(1) L'année 2000 servant d'année de référence est prise comme base 100 pour le calcul des indices.
(2) Le poids moyen du cas traité (PMCT) est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement en ne tenant compte, pour son calcul, que des séjours d'au moins 2 jours. Le PMCT relatif est le rapport du PMCT de l'établissement au PMCT de référence.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS / Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Base d'indicateurs IPME

2.64. Indicateurs financiers des établissements de santé antérieurement sous dotation globale selon la catégorie d'établissements en 2004

Catégorie d'établissements	Nombre d'entités	IP-GFT (1)	IP-G (2)	IP-MCO (3)	Part du MCO
Établissements antérieurement sous dotation globale	**581**	**1,000**	**1,000**	**1,000**	**86,8 %**
CHR	*31*	*0,997*	*0,974*	*0,965*	*89,4 %*
CH	*417*	*1,002*	*1,020*	*1,025*	*84,3 %*
CLCC	*20*	*1,002*	*1,029*	*1,036*	*99,8 %*
Autres établissements privés antérieurement sous DG	*113*	*0,999*	*1,006*	*1,009*	*86,9 %*

(1) L'indicateur de productivité globale avec fraction de tarifs (IP-GFT) concerne l'exercice et mesure l'impact de la mise en place partielle de la T2A (10% en 2004) sur le budget de l'ensemble de l'activité de l'établissement.
(2) L'indicateur de productivité globale (IP-G) concerne l'ensemble du budget de l'établissement et se place dans une perspective de financement à 100 % par l'activité. Il mesure l'impact, sur le budget global de l'établissement, d'une mise en œuvre totale de la T2A par rapport à la situation antérieure.
(3) L'indicateur de productivité MCO (IP-MCO) est relatif à la seule activité MCO de l'établissement et se place dans une perspective de moyen terme. L'indicateur calcule le taux de couverture des charges MCO par un financement 100 % T2A.

Champ : France entière
Source : ministère de la santé et des solidarités - DHOS / Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Base d'indicateurs IPME

2.2.5. Les coûts de production d'activités hospitalières d'aministration, logistiques ou médico-techniques

Les coûts de production des unités d'œuvre d'activités hospitalières

Cf. les tableaux 2.65. et 2.66.

Ces chiffres sont extraits du rapport du groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) : Calcul des coûts par activité, Fiches d'analyse d'écarts des données 2004.

Ce rapport est disponible par téléchargement sur les sites Internet de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), de la mission tarification à l'activité (MT2A) et de la fédération hospitalière de France (FHF).

Bien d'autres activités sont traitées dans le rapport et plusieurs tableaux et graphiques sont produit pour chaque activité.

Les données sont transmises par des hôpitaux adhérents volontairement à la base. L'échantillon, en 2004, comprend 138 établissements et se décompose ainsi :

- 96 Centres hospitaliers publics ;
- 18 Centres hospitaliers universitaires ;
- 12 Centres hospitaliers de santé mentale ;
- 6 établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

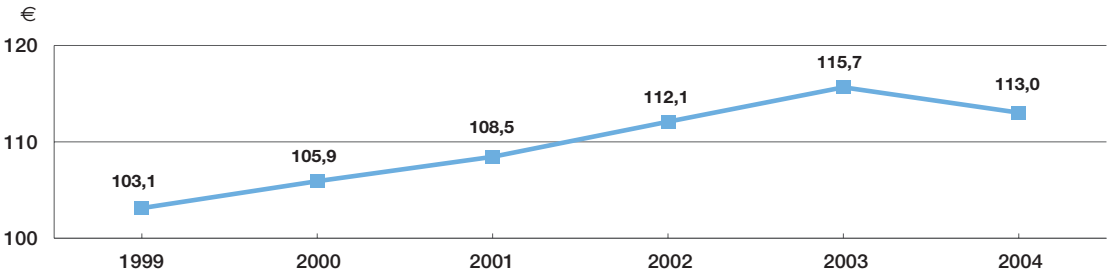
Le coefficient de variation (écart-type/moyenne) est utilisé comme indicateur de dispersion des données transmises par les établissements.

L'adhésion à la base est gratuite et chaque établissement adhérent reçoit un rapport de gestion permettant de comparer ses données propres à celles de l'échantillon.

2.65. Coût unitaire moyen de production d'unités d'œuvre pour les activités hospitalières d'administration, d'entretien et maintenance des bâtiments, de blanchisserie et de restauration. Évolution de 1999 à 2004

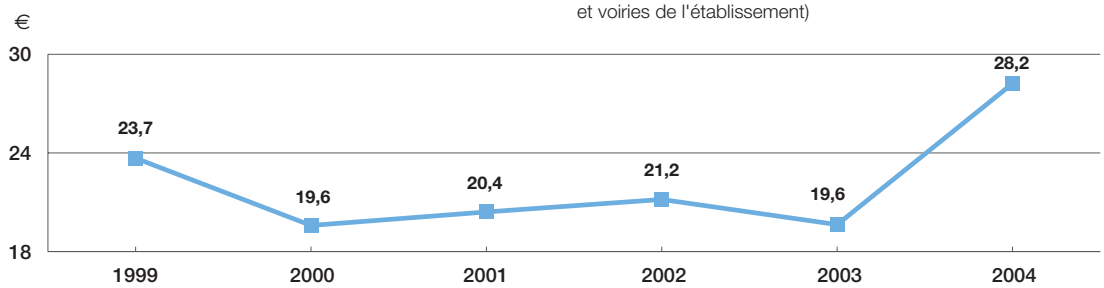
Activité : administration

Unité d'œuvre : Total des charges courantes de fonctionnement moins les produits déductibles



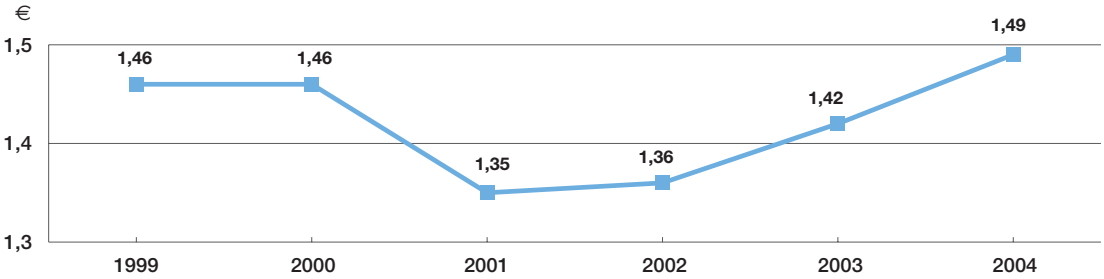
Activité : entretien et maintenance de bâtiment

Unité d'œuvre : Mètre carré (ensemble des mètres carrés bâtis et voiries de l'établissement)



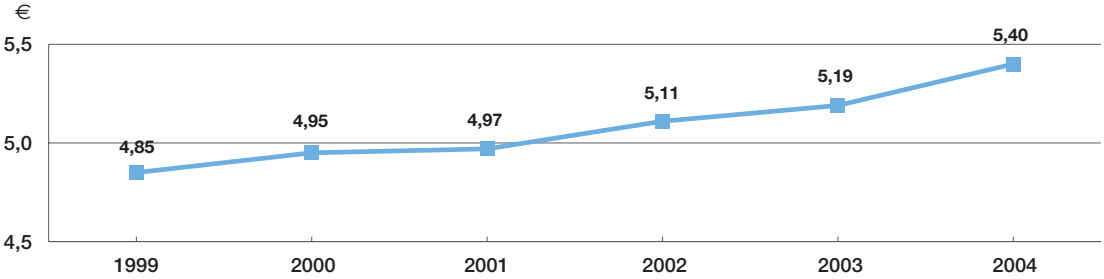
Activité : blanchisserie

Unité d'œuvre : Kg de linge traité (linge lavé, pesé à l'arrivée)



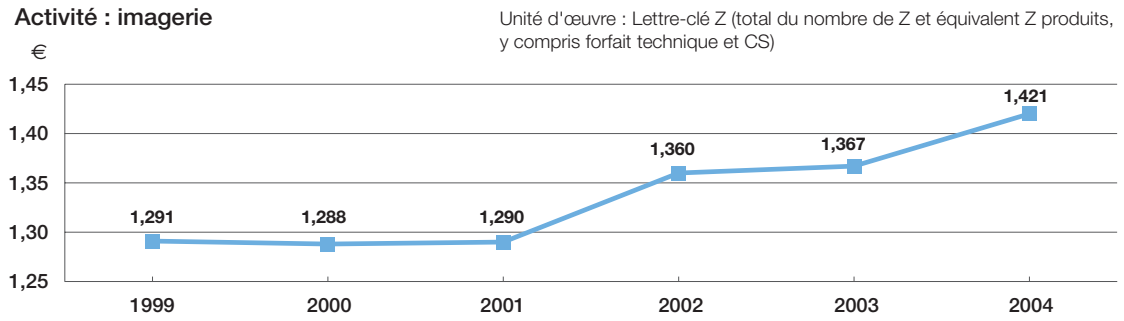
Activité : restauration

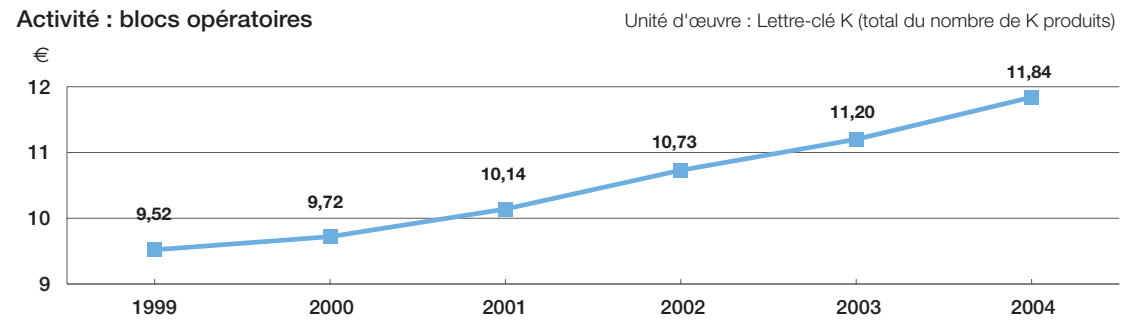
Unité d'œuvre : Repas (repas servis midi et soir uniquement)

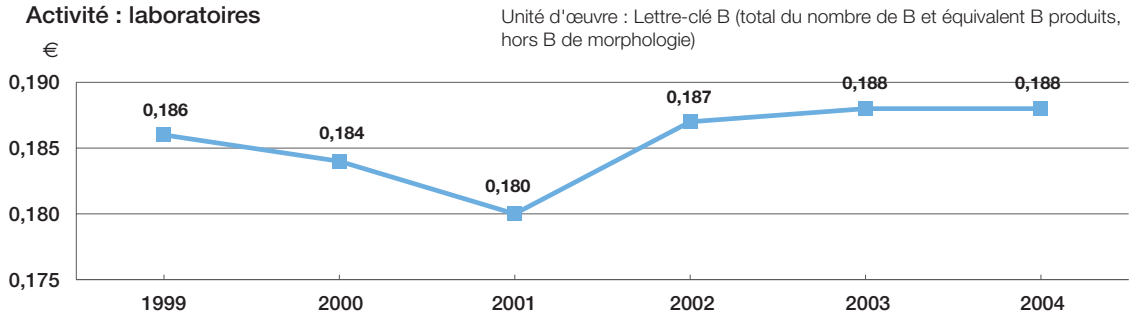


Champ : France métropolitaine
Source : Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière

2.66. Coût unitaire moyen de production d'unités d'œuvre en imagerie, blocs opératoires et laboratoires. Évolution de 1999 à 2004







Champ : France métropolitaine
Source : Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière

3. Les données européennes et internationales

3.1. Les indicateurs économiques, d'équipement et d'activité des pays de l'Union européenne

3.1. Part des dépenses nationales de santé [1] et des dépenses de soins hospitaliers dans le produit intérieur brut (PIB) des pays de l'Union européenne. Évolution de 1993 à 2003

Pays de l'Union européenne [2]	Dépenses nationales de santé (DNS) en % du PIB					Dépenses de soins hospitaliers (DSH) en % du PIB				
	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003
Allemagne	9,9	10,8	10,9	11,1	+ 1,2	3,6	3,8	3,8	3,8	+ 0,2
Autriche	7,8	7,4	7,5	7,5	- 0,3	nd	2,7	2,8	2,7	- 1,2 [7]
Belgique	8,1	8,8	9,1	9,6	+ 1,5	2,8	nd	nd	nd	nd
Danemark	8,8	8,6	8,8	9,0	+ 0,2	4,8	4,5	4,5	4,6	-0,2
Espagne	7,5	7,5	7,6	7,7	+ 0,2	3,6	2,1	2,1	2,1	-1,5
Finlande [3]	8,3	6,9	7,2	7,4	- 0,9	3,6	2,7	2,9	2,9	-0,7
France [4]	9,4	9,4	9,7	10,1	+ 0,7	4,2	3,9	4,0	4,2	0,0
Grèce	8,8	10,2	9,8	9,9	+ 1,1	nd	nd	nd	nd	nd
Hongrie [3] [4]	7,7	7,4	7,8	8,4	+ 0,7	4,6	2,1	2,3	nd	+ 0,2 [8]
Irlande	7,0	6,9	7,3	7,4	+ 0,4	nd	nd	nd	nd	nd
Italie	8,0	8,2	8,4	8,4	+ 0,4	3,6	3,4	3,5	3,5	- 0,1
Luxembourg	6,2	6,5	7,2	6,9	+ 0,7	1,7	2,0	2,7	2,6	+ 0,9
Pays-Bas [3]	8,6	8,7	9,3	9,8	+ 1,2	4,3	3,4	3,7	3,9	- 0,4
Pologne [3]	5,9	6,0	6,6	6,5	+ 0,6	nd	nd	1,9	1,9	nd
Portugal [3]	7,3	9,4	9,3	9,6	+ 2,3	2,7	nd	nd	nd	nd
Royaume-Uni [3]	6,9	7,5	7,7	nd	+ 0,8 [5]	nd	nd	nd	nd	nd
République Slovaque	nd	5,6	5,7	5,9	+ 0,1 [6]	nd	1,6	2,0	1,8	0,0 [9]
République Tchèque	6,7	6,9	7,2	7,5	+ 0,8	nd	2,5	2,5	2,6	+ 0,6 [10]
Suède [3]	8,6	8,8	9,2	9,4	+ 0,8	4,2	2,8	2,8	3,0	- 1,2

nd : non disponible

(1) La dépense nationale de santé est la terminologie retenue dans les comptes nationaux de la santé pour désigner l'agrégat utilisé dans les comparaisons internationales par l'OCDE. Son calcul est réalisé à partir de l'agrégat français des dépenses courantes de santé auquel on enlève les indemnités journalières et les dépenses de recherche et de formation médicales d'une part, et on y ajoute la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public d'autre part. (cf. les Comptes nationaux de la santé 2003, annexe 1).

(2) Pays ayant signé la convention relative à l'OCDE (19 pays sur 25), à l'exclusion de Chypre, l'Estonie, la Lettonnie, la Lituanie, Malte et la Slovénie.

(3) Rupture de série pour la DNS en Finlande en 1993, en Hongrie en 1998, aux Pays-Bas en 1998, en Pologne en 2002, au Portugal en 1995, au Royaume-Uni en 1996, en Suède en 1993, et pour la DSH aux Pays-Bas en 1998 et en Suède en 2001.

(4) Estimation en France pour 2002 et 2003, et en Hongrie pour 2003.

(5) Variation sur 10 ans : 1992 à 2002.

(6) Variation sur 6 ans : 1996 à 2003.

(7) Variation sur 8 ans : 1995 à 2003.

(8) Variation sur 4 ans : 1998 à 2002.

(9) Variation sur 4 ans : 1999 à 2003.

(10) Variation sur 9 ans : 1992 à 2003.

Champ : Pays de l'Union européenne ayant signé la convention relative à l'OCDE

Source : OCDE-IRDES - CDROM ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

3. Les données européennes et internationales

3.1. Les indicateurs économiques, d'équipement et d'activité des pays de l'Union européenne

Les données hospitalières européennes et internationales (OCDE-IRDES)

Cf. les tableaux 3.1. à 3.6

Toutes ces données proviennent du logiciel Eco-Santé produit conjointement par la section santé de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) et par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Vous trouverez tous les renseignements sur ce logiciel à l'adresse Internet suivante :

http://www.oecd.org/document/56/0,2340,fr_2649_37407_32566008_1_1_1_37407,00.html

Le CD-Rom contenant le logiciel est disponible fin juin début juillet et donne droit à une mise à jour de la base de données sur son ordinateur en septembre ou octobre de la même année.

Les experts des organismes mentionnés font de très gros effort pour homogénéiser les données de tous les pays membres mais cela représente une tâche immense et les différences institutionnelles dans l'organisation du système de santé sont souvent sans solutions statistiques. Cependant une aide en ligne, sans cesse mise mis à jour, permet de bien connaître les caractéristiques de chaque pays et les effets qu'ils engendrent sur les chiffres.

Sur les chiffres des tableaux 3.1. et 3.3. qui reprennent des indicateurs en rapport avec la dépense nationale de santé et le produit intérieur brut ; ces chiffres sont d'une bonne qualité pour la comparaison car les efforts de rapprochement méthodologique des comptabilités nationales ont été significatifs entre les pays membres sur les vingt dernières années.

En revanche pour les données physiques telles le taux d'équipement en lits pour 1 000 habitants, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation les différences de structures dans les systèmes de santé de chaque pays sont plus difficiles à corriger pour faire des comparaisons internationales.

C'est la raison pour laquelle les chiffres donnés ici sont calculés sur une période de dix ans ce qui permet de rendre compte des grandes tendances d'évolution sans s,attacher à des niveaux annuels qui ont une signification moindre.

3.2. Taux d'équipement en lits de soins aigus et de soins de longue durée des pays de l'Union européenne [1]. Évolution de 1991 à 2003

Pays de l'Union européenne [1]	Taux d'équipement en lits (lits pour 1 000 habitants)									
	Soins aigus					Soins de longue durée				
	1991	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1991-2001	1991	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1991-2001
Allemagne [2]	8,3	6,7	6,6	6,6	- 1,6	3,4	8,2	nd	8,6	4,8
Autriche [3]	6,9	6,1	6,1	6,0	- 0,8	2,0	1,8	1,7	1,7	- 0,2
Belgique [3]	4,9	4,0	4,0	nd	- 0,9	nd	2,9	2,9	nd	0,0 [7]
Danemark	4,0	3,4	nd	nd	- 0,6	9,3	5,9	5,6	5,1	- 3,4
Espagne [3]	3,6	3,2	3,1	3,1	- 0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0
Finlande	4,8	2,4	2,3	2,3	- 2,4	nd	7,6	7,4	7,1	- 1,1 [5]
France [3]	5,1	4,0	3,9	3,8	- 1,1	1,2	1,4	1,4	1,3	+ 0,2
Grèce	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Hongrie [3]	7,1	6,0	5,9	5,9	- 1,1	nd	1,9	1,9	1,9	+ 0,3 [8]
Irlande	3,3	3,0	3,0	3,0	- 0,3	nd	6,7	6,9	6,9	- 0,3 [8]
Italie [3]	5,8	4,1	3,9	nd	- 1,7	nd	2,5	2,9	nd	nd
Luxembourg	6,7	5,8	5,7	5,7	- 0,9	4,0	4,7	5,7	5,9	+ 0,7
Pays-Bas	4,2	3,3	3,2	nd	- 0,9	3,5	3,7	nd	nd	+ 0,2
Pologne [2]	6,3	5,1	4,7	5,1	- 1,2	3,9	4,0	4,4	4,0	+ 0,1
Portugal	3,4	3,2	3,1	3,1	- 0,2	nd	nd	nd	nd	nd
Royaume-Uni	nd	3,7	3,7	3,7	- 0,3 [4]	3,8	3,8	3,6	3,6	0,0
République Slovaque [3]	nd	6,3	6,2	5,9	- 0,7 [5]	nd	1,4	1,3	1,3	+ 0,1 [5]
République Tchèque [3]	8,5	6,5	6,5	6,5	- 2,0	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0
Suède	3,9	nd	nd	nd	- 1,7 [6]	5,2	nd	nd	nd	nd

nd : non disponible

(1) Pays ayant signé la convention relative à l'OCDE (19 pays sur 25), à l'exclusion de Chypre, l'Estonie, la Lettonnie, la Lituanie, Malte et la Slovénie.
(2) Rupture de série en 1999 pour les soins de longue durée en Allemagne, et en 2003 pour les soins aigus et les soins de longue durée en Pologne.
(3) Pour les lits de soins de longue durée de ces pays, méthodologie différente de celle adoptée par l'OCDE.
(4) Variation sur 6 ans : 1995 à 2001.
(5) Variation sur 5 ans : 1996 à 2001.
(6) Variation sur 9 ans : 1990 à 1999.
(7) Variation sur 4 ans : 1997 à 2001.
(8) Variation sur 7 ans : 1994 à 2001.

Champ : Pays de l'Union européenne ayant signé la convention relative à l'OCDE
Source : OCDE-IRDES - CDROM ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

3.3. Durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits en soins aigus des pays de l'Union européenne [1]. Évolution de 1991 à 2003

Pays de l'Union européenne [1]	Durée moyenne de séjour (DMS) en soins aigus (en jours)					Taux d'occupation (TO) des lits en soins aigus (en % des lits disponibles)				
	1991	2001	2002	2003	Variations sur dix ans 1991-2001	1991	2001	2002	2003	Variations sur dix ans 1991-2001
Allemagne	14,0	9,4	9,2	8,9	-4,6	84,1	81,1	80,1	77,6	-3,0
Autriche	8,8	6,1	5,9	5,8	-2,7	77,5	75,9	76,3	76,2	-1,6
Belgique	nd	7,8	7,7	nd	-2,1 [3]	83,1	nd	nd	nd	-2,0 [6]
Danemark	6,3	3,8	3,7	3,6	-2,5	79,9	84,0	nd	nd	+4,1
Espagne	9,3	7,0	nd	nd	-2,3	74,2	77,2	nd	nd	+3,0
Finlande	7,0	4,4	4,3	4,3	-2,6	72,1	nd	nd	nd	-0,2 [7]
France	6,7	5,7	5,7	5,6	-1,0	77,2	75,2	74,9	74,8	-2,0
Grèce	7,2	nd	nd	nd	-1,3 [4]	64,1	nd	nd	nd	+4,8 [8]
Hongrie	9,7	7,0	6,9	6,7	-2,7	74,0	76,9	77,8	77,2	+2,9
Irlande	6,7	6,4	6,5	6,5	-0,3	82,8	85,2	84,4	84,7	+2,4
Italie	9,5	6,9	6,8	nd	-2,6	67,4	76,0	76,9	nd	+8,6
Luxembourg	10,8	7,6	7,6	7,4	-3,2	79,6	68,9	68,6	68,8	-10,7
Pays-Bas	10,9	8,6	nd	nd	-2,3	73,0	66,0	nd	nd	-7,0
Pologne	12,3	8,4	7,9	nd	-3,9	64,0	76,0	77,0	nd	+12,0
Portugal	8,3	7,3	nd	nd	-1,0	66,1	70,0	70,8	70,5	+3,9
Royaume-Uni [2]	8,0	6,9	6,9	6,7	-1,1	74,0	83,7	84,3	84,5	+9,7
République Slovaque	nd	8,5	8,1	7,9	-2,9 [5]	nd	71,1	66,8	65,4	-14,9 [9]
République Tchèque	11,9	8,5	8,3	8,3	-3,4	69,0	70,5	72,1	73,9	+1,5
Suède	6,2	5,0	4,8	nd	-1,2	73,0	nd	nd	nd	+5,3 [10]

nd : non disponible

(1) Pays ayant signé la convention relative à l'OCDE (19 pays sur 25), à l'exclusion de Chypre, l'Estonie, la Lettonnie, la Lituanie, Malte et la Slovénie.
(2) Rupture de série en 1995 pour le taux d'occupation au Royaume-Uni.
(3) Variation sur 9 ans : 1993 à 2002.
(4) Variations sur 10 ans : 1990 à 2000.
(5) Variation sur 8 ans : 1996 à 2003.
(6) Variation sur 8 ans : 1990 à 1998.
(7) Variation sur 5 ans : 1990 à 1995.
(8) Variation sur 9 ans : 1990 à 1999.
(9) Variation sur 7 ans : 1996 à 2003.
(10) Variation sur 6 ans : 1990 à 1996.

Champ : Pays de l'Union européenne ayant signé la convention relative à l'OCDE
Source : OCDE-IRDES - Cdrom ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

3.4. Part des dépenses nationales de santé et des dépenses en soins hospitaliers dans le produit intérieur brut (PIB) des pays du G8 [1]. Évolution de 1993 à 2003

Pays du G8 (sauf Russie) [1]	Dépenses nationales de santé (DNS) en % du PIB					Dépenses de soins hospitaliers (DSH) en % du PIB				
	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003
Allemagne	9,9	10,8	10,9	11,1	+ 1,2	3,6	3,8	3,8	3,8	+ 0,2
Canada [2]	9,9	9,4	9,6	9,9	0,0	4,7	3,0	3,1	3,1	- 1,6
Etats-Unis	13,2	13,8	14,6	15,0	+ 1,8	4,5	3,9	4,0	4,1	- 0,4
France [2]	9,4	9,4	9,7	10,1	+ 0,7	4,2	3,9	4,0	4,2	0,0
Italie	8,0	8,2	8,4	8,4	+ 0,4	3,6	3,4	3,5	3,5	- 0,1
Japon [2] [3]	6,5	7,8	7,9	nd	+ 1,7 [4]	2,1	3,0	3,1	nd	+ 1,1 [4]
Royaume-Uni [3]	6,9	7,5	7,7	nd	+ 0,8 [4]	nd	nd	nd	nd	nd

nd : non disponible

(1) Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE (7 pays sur 8), à l'exclusion de la Fédération de Russie.
(2) Estimations pour le Canada en 2003, la France en 2002 et 2003 et le Japon en 2002.
(3) Rupture de série pour la DNS au Japon en 1995 et au Royaume-Uni en 1997, et pour la DSH au Japon en 1995.
(4) Variation sur 10 ans : 1992-2002.

Champ : Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE
Source : OCDE-IRDES - CDROM ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

3.5. Taux d'équipement en lits de soins aigus et de soins de longue durée des pays du G8 [1]. Évolution de 1993 à 2003

Pays du G8 (sauf Russie) [1]	Taux d'équipement en lits de soins aigus (lits pour 1 000 habitants)					Taux d'équipement en lits de soins de longue durée (lits pour 1 000 habitants)				
	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003
Allemagne [2]	7,7	6,7	6,6	6,6	- 1,1	3,7	8,2	nd	8,6	4,9
Canada [2]	3,6	3,2	3,2	nd	- 0,6 [4]	nd	13,0	nd	nd	+ 1,3 [6]
Etats-Unis	3,5	2,9	2,9	2,8	- 0,7	6,4	6,2	6,1	nd	- 0,3 [7]
France [3]	4,9	4,0	3,9	3,8	- 1,1	1,3	1,4	1,4	1,3	0,0
Italie [3]	5,8	4,1	3,9	nd	- 2,0 [4]	nd	2,5	2,9	nd	nd
Japon	12,3	9,3	8,9	8,5	- 3,8	0,6	4,3	4,6	5,0	+ 4,4
Royaume-Uni	nd	3,7	3,7	3,7	- 0,3 [5]	4,3	3,8	3,6	3,6	- 0,7

nd : non disponible

(1) Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE (7 pays sur 8), à l'exclusion de la Fédération de Russie.
(2) Rupture de série pour les soins aigus au Canada en 1995 et pour les soins de longue durée en Allemagne en 1999.
(3) Pour les lits de soins de longue durée de ces pays, méthodologie différente de celle adoptée par l'OCDE.
(4) Variation sur 10 ans : 1992-2002.
(5) Variation sur 8 ans : 1995 à 2003.
(6) Variation sur 4 ans : 1997 à 2001.
(7) Variation sue 9 ans :1993 à 2002.

Champ : Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE
Source : OCDE-IRDES - CDROM ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

3.6. Durée moyenne de séjour et taux d'occupation des lits en soins aigus des pays du G8 [1]. Évolution de 1993 à 2003

Pays du G8 (sauf Russie) [1]	Durée moyenne de séjour (DMS) en soins aigus (en jours)					Taux d'occupation (TO) des lits en soins aigus (en % des lits disponibles)				
	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003	1993	2001	2002	2003	Variation sur dix ans 1993-2003
Allemagne	12,5	9,4	9,2	8,9	- 3,6	83,1	81,1	80,1	77,6	- 5,5
Canada [2]	9,8	7,3	7,4	nd	- 2,5 [3]	78,5	88,8	86,6	nd	+ 8,6 [3]
Etats-Unis	7,0	5,8	5,7	5,7	- 1,3	64,4	64,5	65,7	66,2	+ 1,8
France	6,4	5,7	5,7	5,6	- 0,8	76,0	75,2	74,9	74,8	- 1,2
Italie	9,2	6,9	6,8	nd	- 2,5 [3]	70,8	76,0	76,9	nd	+ 7,6 [3]
Japon	nd	23,5	22,2	20,7	- 13,7 [4]	nd	81,0	80,0	79,5	- 1,5 [4]
Royaume-Uni [2]	7,3	6,9	6,9	6,7	- 0,6	74,2	83,7	84,3	84,5	+ 10,3

nd : non disponible

(1) Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE (7 pays sur 8), à l'exclusion de la Fédération de Russie.
(2) Rupture de série pour la DMS au Cananda en 1994 et pour le TO au Canada et au Royaume-Uni en 1995.
(3) Variation sur 10 ans : 1992-2002.
(4) Variation sue 9 ans : 1994 à 2003.

Champ : Pays du G8 ayant signé la convention relative à l'OCDE
Source : OCDE-IRDES - CDROM ECO-SANTÉ 2005, octobre 2005

Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

14, avenue Duquesne - 75007 PARIS
Tél. : 01 40 56 57 19 - Fax : 01 40 56 60 66
www.sante.gouv.fr

Éditions Sicom 06145 PARIMAGE