

Les établissements publics pratiquent les activités chirurgicales les plus complexes. Les cliniques privées réalisent, pour leur part, plus de la moitié de l'activité chirurgicale et près des deux tiers des interventions effectuées en ambulatoire (moins de un jour). Les établissements privés à but non lucratif concentrent leur activité sur la chirurgie du cancer.

Les séjours les plus complexes sont principalement pris en charge par l'hôpital public

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2018, les hôpitaux publics prennent en charge la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité les plus complexes (*graphique 1*), notamment la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %), les transplantations d'organes (96 %) ou la chirurgie réparatrice après brûlures (96 %), dont les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central (89 %) [*tableau 1*].

Par ailleurs, si une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (43 %), comme celles sur l'orbite (64 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du secteur public est de 37 %, mais elle s'élève à 60 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 40 % (voir fiche 09 « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacité », *tableau 2*).

Plus de la moitié des interventions chirurgicales sont pratiquées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2018. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint

notamment 70 % pour les interventions des tissus cutanés et sous-cutanés, 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 57 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Les cliniques privées réalisent aussi 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 69 % des circoncisions hospitalisées, 68 % des chirurgies de la main et du poignet, et 62 % des amygdalectomies, ablations des végétations et poses de drains transtympaniques. Contrairement aux établissements publics, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est majoritaire (63 %), du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions peu complexes.

L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur la chirurgie carcinologique

En 2018, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). C'est pourquoi, comme pour la médecine (voir fiche 12, « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ces établissements réalisent 15 % de l'activité de chirurgie gynécologique et 33 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 54 %.

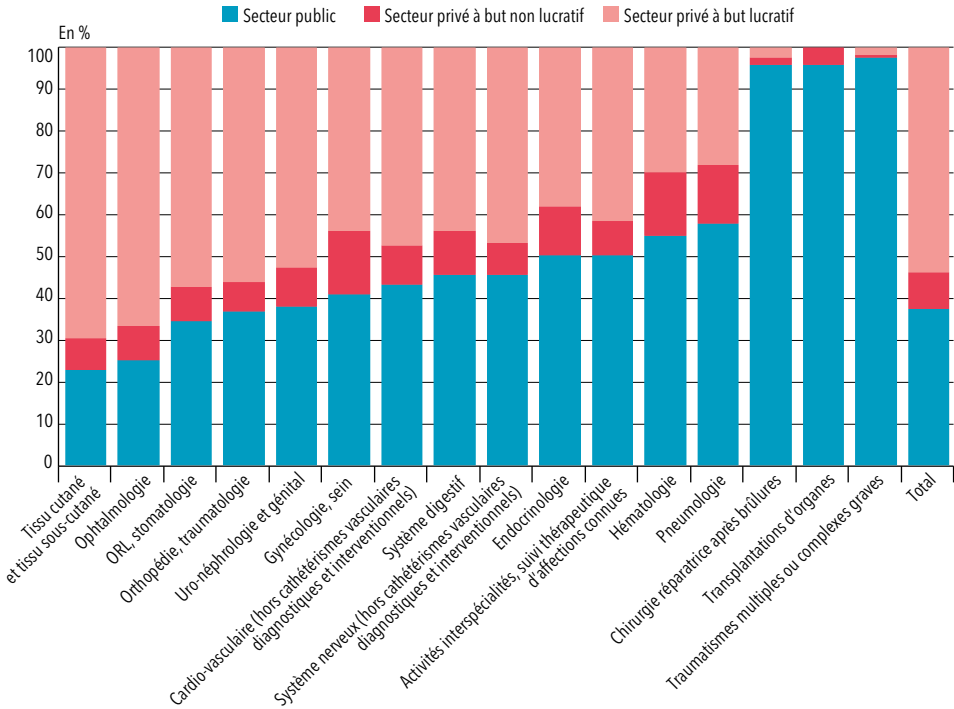
Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2018

En 2018, le nombre global de séjours chirurgicaux continue d'augmenter, à un rythme cependant ralenti (+0,9 %, après +1,2 % en 2017),

mais des évolutions contrastées sont observées selon les domaines d'activité. Ainsi, l'activité reste dynamique pour la chirurgie ophtalmologique (+3,6 %) et pour la chirurgie gynécologique et du sein (+2,2 %). À l'inverse, le nombre de séjours chirurgicaux diminue sensiblement en endocrinologie (-7,4 %) et en transplantation d'organes (-6,1 %). La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire (+4,9 %), quel que soit le secteur (+4,6 % pour le secteur privé à but lucratif, +7,9 % pour le privé à but non lucratif et +4,6 % pour le public), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète

diminue (-3,2 %). Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs, qui reste stable entre 2017 et 2018, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie d'orthopédie traumatologie, et plus particulièrement de chirurgie sur le tissu mou pour tumeurs malignes, la part du secteur public continue de baisser (-4 points en 2018) en faveur principalement du secteur privé à but non lucratif, contrairement à la chirurgie réparatrice après brûlures, pour laquelle la part du secteur public poursuit sa progression (+2 points en 2018, après +3 points en 2017), au détriment du secteur privé à but non lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2018



Lecture > 24,9 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 66,9 % par le secteur privé à but lucratif et 8,2 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2018

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2017-2018 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	5 797 176	0,9	37,1	9,1	53,8
Orthopédie et traumatologie, dont :	1 573 409	0,7	36,7	7,1	56,2
chirurgie main, poignet	377 002	1,1	25,5	6,7	67,8
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	373 295	1,7	43,9	8,4	47,7
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	253 073	-0,5	19,8	7,1	73,1
chirurgie du membre supérieur	115 561	-1,0	59,3	5,2	35,5
amputations	12 953	-0,6	59,7	7,5	32,8
Ophtalmologie, dont :	1 065 617	3,6	24,9	8,2	66,9
cataractes	883 734	4,0	22,1	8,1	69,8
chirurgie ophtalmique lourde	84 286	1,7	43,3	7,9	48,8
Système digestif, dont :	751 554	0,0	45,4	10,8	43,9
hernies	225 065	1,2	39,9	11,0	49,1
cholécystectomies	115 825	-0,2	47,8	9,7	42,5
appendicectomies	68 153	0,9	65,4	6,9	27,7
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	532 110	1,9	37,9	9,6	52,6
chirurgie transurétrale, autres	236 008	3,4	41,0	10,1	48,9
circoncisions	91 392	-0,5	24,5	6,5	69,1
Gynécologie - sein, dont :	506 758	2,2	40,8	15,3	44,0
chirurgie utérus/annexes	174 264	2,2	48,2	8,7	43,2
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	80 257	1,8	30,1	32,8	37,1
ORL, stomatologie, dont :	357 607	-2,3	34,6	8,2	57,2
amygdalectomie, ablation des végétations, et pose de drains transtympaniques	149 502	-6,3	29,8	8,3	61,9
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	316 987	-0,1	43,4	9,0	47,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	197 452	-0,7	22,4	7,7	69,8
Chirurgie interspécialités	181 289	-0,3	50,4	8,2	41,4
Système nerveux, dont :	173 659	1,3	45,6	7,8	46,6
chirurgie rachis/moelle	133 107	1,5	33,5	8,5	58,0
chirurgies SNC (système nerveux central)	27 683	0,2	88,7	5,4	5,9
Endocrinologie	59 112	-7,4	50,0	12,2	37,9
Pneumologie	38 134	1,2	57,8	14,3	27,9
Hématologie	28 386	-0,6	54,8	15,0	30,2
Traumatismes multiples ou complexes graves	6 451	2,0	97,5	1,0	1,5
Transplantations d'organes	5 538	-6,1	96,1	3,9	0,0
Chirurgie réparatrice après brûlures	3 113	0,4	95,7	2,1	2,2

1. Sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2018, 132 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en chirurgie.

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) est réalisé à partir des catégories d'activité de soins (CAS), établies sur le troisième caractère du groupe homogène de malades (GHM).

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

> **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 600 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chaque patient. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification et les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

Définitions

> **Identification des séjours de chirurgie** : voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DREES, *Études et Résultats*, 854.

> **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 664.