



Ministère  
de l'Emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,  
de la santé et de la famille



# Études et Résultats

N° 374 • février 2005

*La spécialisation de l'activité des établissements de santé, en fonction de leur type de financement, a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. Ainsi, en 2002, le secteur public accueille en médecine les deux tiers des séjours, notamment pour le traitement des affections neurologiques et pulmonaires. Il ne réalise qu'un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale, mais une forte proportion des actes complexes. Le secteur public prend d'ailleurs presque exclusivement en charge les traumatismes multiples graves ou les brûlures. Il réalise également 64 % de l'activité d'obstétrique, en particulier pour les grossesses à risque dont il développe les prises en charge en ambulatoire. Les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) privilégient, quant à elles, les séjours médicaux en hospitalisation partielle, notamment pour les endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements. Elles prennent aussi en charge un peu plus de six séjours chirurgicaux sur dix. Il s'agit principalement d'interventions moins complexes réalisées en ambulatoire : opérations de la cataracte, arthroscopies, ligatures des veines, opérations des amygdales et végétations, poses de drains trans-tympaniques. Les établissements privés sous dotation globale (DG) sont notamment spécialisés, en médecine comme en chirurgie, dans le domaine du cancer. Ce secteur regroupe en effet 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 58 autres établissements qui ont déclaré en 2002 une activité de chimiothérapie. Enfin, le secteur public réalise la quasi-totalité des soins de long séjour tandis que les établissements privés se spécialisent dans la réadaptation fonctionnelle.*

**Sophie AUDRIC et Guillemette BUISSON  
avec la collaboration de Brigitte HAURY**  
Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille  
DREES

## La spécialisation des établissements de santé en 2002

En 2002, on comptait en France métropolitaine 3 012 hôpitaux et cliniques disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel (places d'hospitalisation de jour ou de nuit, chirurgie ambulatoire). Leur nombre a décliné de 13 % entre 1992 et 2002, avec un recul plus marqué dans le secteur privé (encadré 1). En termes de capacités d'accueil, la fermeture en 10 ans de 75 000 lits d'hospitalisation complète s'est accompagnée de la création de 48 000 places d'hospitalisation à temps partiel, auxquelles s'ajoutent environ 4 200 places d'hospitalisation à domicile<sup>1</sup>.

Des différences sensibles existent cependant selon l'activité exercée et le statut des établissements. Ainsi, en médecine, le nombre de séjours a diminué, entre 1998 et 2002, et il ne représente en 2002 plus que 59 % de l'activité totale de médecine.

1. Selon la circulaire DHOS /O/ n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.





cine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les parts de l'activité chirurgicale et obstétricale dans l'activité MCO ont alors crû chacune de 1 point sur cette période, pour atteindre en 2002 respectivement 32 et 9 %. La prise en charge par le secteur public de la médecine et de l'obstétrique a augmenté, entre 1998 et 2002, de respectivement 1 et 3 points, au détriment du secteur privé sous objectif quantifié national (OQN). Le

phénomène inverse s'observe en chirurgie, où la part prise en charge par ce dernier atteint 62 % en 2002 (+1 point). Par ailleurs, chaque secteur prenait en charge en 2002 une part voisine de l'activité de moyen séjour, part qui a diminué de 2 points depuis 1998 pour le secteur public au profit des établissements privés sous OQN. Enfin, le secteur public assume la quasi-totalité de l'activité de long séjour.

L'activité des établissements de santé tend donc à une spécialisation marquée, en fonction de leur mode de financement (encadré 2). À la spécialisation historique en chirurgie du secteur privé lucratif, et plus généralement dans les activités programmées et standardisées, s'ajoutent désormais sur la période récente des spécialisations plus fines des différents secteurs dans la mise œuvre de certaines activités ou dans les modes de prise en charge.

## E•1

### La spécialisation des capacités d'accueil des établissements de santé

#### **Les établissements publics sont toujours majoritairement détenteurs des lits d'hospitalisation complète, mais développent des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle en médecine, obstétrique et psychiatrie**

Au sein des établissements publics, coexistent trois types d'établissements, financés de manière identique mais qui se différencient par leurs missions : les centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent des soins spécialisés à l'ensemble de la population de la région ainsi que les soins courants à la population proche ; les centres hospitaliers (CH), qui sont les plus nombreux, assurent la majeure partie de la prise en charge ; enfin, les hôpitaux locaux<sup>1</sup>, dont la caractéristique est de recourir aux services de médecins généralistes exerçant à titre libéral, ont pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées.

Il n'est pas possible de suivre finement la démographie des établissements publics au cours des dix dernières années (1992-2002) en raison de la disponibilité trop récente des données concernant leurs établissements géographiques. On peut néanmoins observer une diminution du nombre des entités juridiques ayant une activité en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de 813 à 722 entre 1992 et 2002 (-11 %). Cette diminution, modérée eu égard à l'évolution des autres secteurs, pourrait recouvrir un mouvement un peu plus important en ce qui concerne les établissements géographiques qui leur sont rattachés.

Cette diminution s'est accompagnée d'une concentration des capacités moyennes de prise en charge : le nombre moyen de lits par établissement est ainsi passé de 219 à 210 lits, soit -4 %. Cette diminution s'est concentrée sur l'activité chirurgicale ; la capacité moyenne en médecine des établissements est, quant à elle, restée stable et a augmenté en obstétrique. En revanche, les capacités totales d'hospitalisation à temps complet se sont notablement réduites entre 1992 et 2002 : le nombre de lits installés dans le secteur public a diminué de 13 %. Mais en 2002, les hôpitaux publics restent toujours majoritairement détenteurs des lits d'hospitalisation complète avec 65 % des capacités totales. En revanche, on assiste sur la période à une modification de la part des lits dans ces établissements au profit de la gynécologie-obstétrique et au détriment de la chirurgie.

En contrepartie, les hôpitaux publics ont fortement développé les structures d'accueil en hospitalisation à temps partiel, à la fois en médecine, en gynécologie-obstétrique et en psychiatrie : ils représentent ainsi la quasi-totalité du potentiel de prise en charge existant dans les deux premières disciplines et 81 % des places en psychiatrie.

#### **Les capacités d'hospitalisation complète se sont fortement concentrées dans le secteur privé sous OQN, avec une croissance des capacités en chirurgie ambulatoire**

Le secteur privé, dans son ensemble, a connu en dix ans une diminution importante du nombre de ses établissements de court séjour MCO. Le nombre de cliniques privées commerciales a, en effet, chuté de 1 014 établissements en 1992 à 708 en 2002, soit une réduction de 30 %. Cette baisse a touché les établissements avec une intensité variable selon les disciplines

pratiquées. Ainsi, le nombre d'établissements ayant une activité de médecine a diminué de seulement 7 % quand celui des établissements de chirurgie diminuait d'un quart et que celui comportant une maternité de 44 %.

En termes d'hospitalisation complète pour le court séjour MCO, les cliniques privées ont connu, sur les dix dernières années, un mouvement de concentration de leurs capacités de prise en charge. Leur taille moyenne a augmenté de près de 15 %, passant de 74 à 85 lits. Cette croissance a touché la chirurgie et l'obstétrique, alors que le nombre moyen de lits de médecine a diminué. Au final, le nombre total de lits dans les cliniques privées commerciales a diminué de 13 % en dix ans, comme dans le secteur public. Ces établissements détiennent, en 2002 comme en 1992, 30 % de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète, avec une part plus importante qu'auparavant des lits de chirurgie (passée de 41 à 44 %) et moindre de ceux de gynécologie-obstétrique.

Parallèlement à ces évolutions observées pour l'hospitalisation complète, les cliniques privées financées dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) ont, contrairement aux hôpitaux publics, surtout développé leurs capacités de prise en charge en chirurgie ambulatoire, avec 73 % des places en 2002.

#### **Les capacités d'hospitalisation complète ont fortement diminué dans les établissements privés sous dotation globale mais ils ont développé leurs prises en charge en hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie**

Entre 1992 et 2002, les établissements privés à but non lucratif ont connu une évolution voisine de celle des établissements privés commerciaux, avec une diminution de 28 % des structures MCO sur la période. Toutefois, cette diminution est mieux répartie entre les différentes disciplines, la chirurgie (avec 16 % de structures en moins) restant relativement moins touchée que la médecine ou l'obstétrique (respectivement une diminution de 21 et 29 %).

À l'inverse du secteur privé commercial, la diminution du nombre d'établissements s'est accompagnée, dans le secteur privé à but non lucratif, d'une diminution de leur capacité moyenne d'hospitalisation, de 109 à 99 lits. La taille moyenne des établissements est restée stable, en ce qui concerne l'obstétrique, mais a chuté de 24 % pour la médecine et de 14 % pour la chirurgie. C'est dans les établissements privés sous dotation globale que le nombre de lits d'hospitalisation complète a au total le plus diminué (-20 % en dix ans). Mais en contrepartie, les hôpitaux privés à but non lucratif ont développé d'autres formes de prises en charge, regroupant en 2002 plus de la moitié des capacités de l'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation, et 18 % en psychiatrie<sup>2</sup>.

1. Les hôpitaux locaux sont absents de l'étude en raison d'un taux de non-réponse trop élevé dans le PMSI.

2. La spécialisation des établissements en psychiatrie n'est pas développée dans cet article.

**En médecine, le secteur public accueille les deux tiers des séjours dans le cadre d'une activité médicale diversifiée**

D'après le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, cf. encadré 3), la part du secteur public en médecine (67 %) est la plus importante pour quasiment tous les groupes d'activité<sup>2</sup>, et pour plus de la moitié d'entre eux, elle est supérieure à 75 % (graphique 1 et encadré 4). Parmi les groupes d'activité les plus fréquents figurent les affections neurologiques (88 % dans le public, soit 576 600 séjours en 2002) et pulmonaires (81 % dans le public, 517 400 séjours). La part du secteur public est presque exclusive pour certaines prises en charge non opératoires comme celle de l'infection par le VIH, des traumatismes multiples graves, des problèmes psychiatriques et d'addictions ou des brûlures. Si la prise en charge médicale des affections ORL et stomatologiques se fait dans seulement 40 % des cas dans les hôpitaux publics, ces derniers accueillent une part importante des séjours pour deux

activités particulières : 83 % des troubles de l'équilibre liés à la sphère ORL et 85 % des otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures se font dans ce secteur (tableau 1), les otites représentant 23 % de l'activité d'ORL des établissements publics.

L'activité de médecine est prédominante dans les établissements publics. Sa part s'élève en effet à 72 % de l'activité MCO du secteur public en 2002, contre 63 % dans les cliniques privées sous dotation globale (DG) et 52 % dans celles sous OQN. Cette activité est

**E•2**

**Les systèmes de financement des structures hospitalières**

Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme des établissements de santé publics et privés, et jusqu'à la mise en place complète de la tarification à l'activité prévue dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004, il existe principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières :

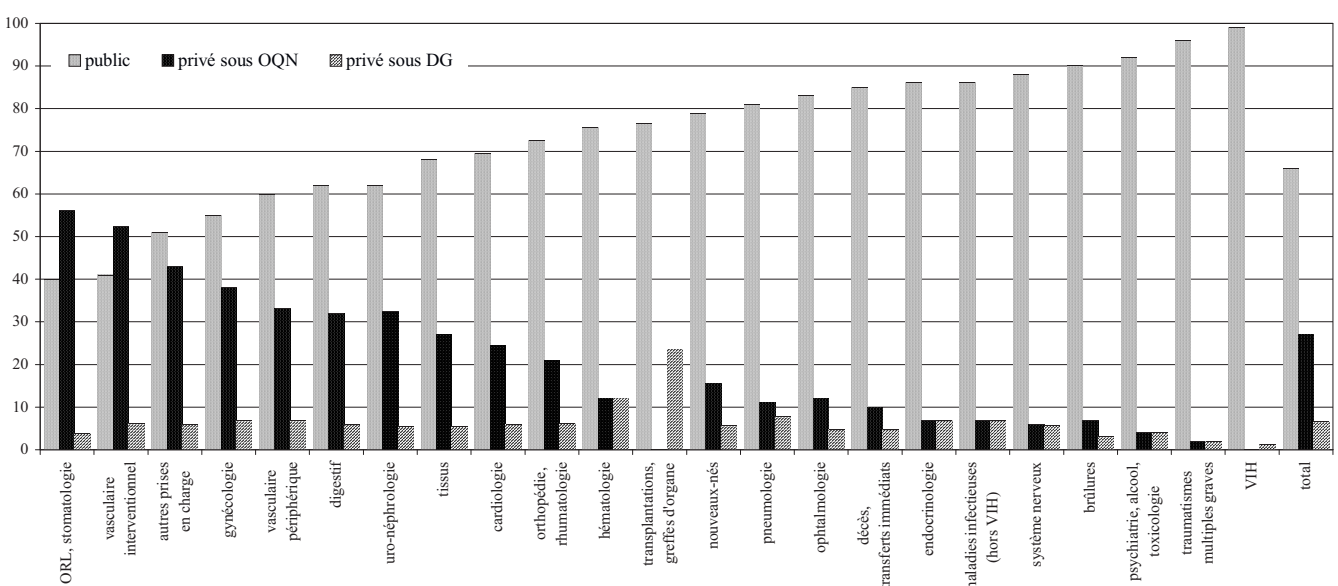
- le budget global s'applique à l'ensemble des établissements publics et à une majeure partie des établissements privés non lucratifs, que ceux-ci participent ou non au service public hospitalier ; l'évolution des dotations globales (DG) est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué ;
- un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par des prix de journée et du paiement à l'acte, concerne les cliniques privées (établissements à vocation commerciale) et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs. Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements sont encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation qui vise à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

Ce n'est que depuis 1998 que les statistiques distinguent les établissements financés par le budget global ou soumis à la régulation de l'OQN. À cet égard, nombre d'observateurs soulignent le rôle important que jouent les systèmes de financement et de régulation dans l'organisation de l'offre de soins et son évolution. Pour tenir compte de ces différences, on distingue ici trois catégories d'établissements de santé : les établissements publics, les établissements privés sous dotation globale et les établissements privés sous OQN.

Si l'on souhaite élargir l'analyse à des périodes antérieures à 1998, il est nécessaire de se fonder sur le statut juridique des établissements : secteur public (tous les établissements publics de santé sont financés par budget global), cliniques privées commerciales (encore dites « à but lucratif ») et établissements de santé privés à but non lucratif.

2. Il s'agit des pôles d'activité (regroupement de produits) dans la classification OAP ; cf. encadré 4.

**G•01 répartition de la prise en charge de l'activité médicale par type d'établissements et groupe d'activité en 2002**



Lecture : l'activité médicale en ORL et stomatologie est prise en charge pour 40 % par le secteur public, 56 % par le privé sous OQN et 4 % par le privé sous DG.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

### La mesure de l'activité hospitalière : sources et méthodes

Dans ce chapitre, deux sources d'information sont utilisées en complémentarité, selon le domaine d'activité : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la direction des Hôpitaux et de l'organisation des soins (Dhos) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) mise en place par la direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), profondément rénovée sur l'exercice 2000. L'objectif retenu pour cette rénovation était de permettre une meilleure appréciation des activités et des moyens à partir desquels les établissements dispensent leurs soins. Le parti a été pris de la complémentarité avec le PMSI pour réduire la charge de réponse des établissements enquêtés, et d'une interrogation par établissement géographique pour harmoniser le niveau de description des établissements publics et privés et localiser les activités et les équipements.

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en journées. La rénovation de la SAE a globalement amené à un rapprochement de ces concepts dans le PMSI et la SAE. Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, le renouvellement profond de la SAE, tant dans les concepts que sur le questionnaire, rend parfois difficile l'analyse des évolutions de certaines variables d'activité (entrées directes, venues, mais aussi journées d'hospitalisation) entre 1999, d'une part, et 2002, d'autre part. En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la Drees, les rapports de secteur, complètent les données de la SAE. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour proviennent du PMSI.

Le PMSI ne mesure toutefois que 98 % de l'activité. En effet, certains établissements n'y décrivent pas de manière exhaustive leur activité MCO et, d'autre part, son champ ne couvre pas totalement l'activité MCO des établissements à tarifs d'autorité, ni celle des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Par conséquent, des redressements sont effectués pour permettre une comparaison, d'une année sur l'autre, des niveaux d'activité en MCO et pour calculer leur évolution compte tenu de l'amélioration progressive de la représentativité du PMSI.

(9 %, notamment pour le traitement des bronchites et de l'asthme) sont les groupes d'activité les plus fréquents (tableau 1). Le premier type de pathologies n'est cependant pris en charge par le secteur public qu'à hauteur de 62 %, la part de ce secteur étant au moins pour les autres types d'activité de 70 %.

Entre 1998 et 2002, la part de l'activité médicale du secteur public a globalement crû de près d'un point et, de trois points en hospitalisation complète. On observe en revanche peu de modifications dans les types d'activité réalisée par les hôpitaux publics.

### Les cliniques privées privilégient les séjours médicaux en hospitalisation partielle, notamment pour les endoscopies

L'endoscopie sous anesthésie, l'acte médical le plus fréquent réalisé par les cliniques privées sous OQN avec 788 300 séjours en 2002, se pratique en ambulatoire. 84 % d'entre elles sont réalisées par ce secteur (contre 11 % par le secteur public et 5 % par le secteur privé sous DG) et elles représentent ainsi le tiers de l'activité médicale des établissements privés sous OQN. Ceci explique en partie la prédominance de ces établissements dans les séjours en hospitalisation partielle : 53 % de leur activité médicale a lieu en ambulatoire (contre moins du tiers de celle des autres secteurs).

Si le traitement médical des affections cardiaques se fait seulement dans 24 % des cas dans le secteur privé sous OQN (contre 70 % dans le secteur public), ce secteur prend en charge 47 % des cathétérismes et 52 % des endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques (tableau 1). 56 % des affections ORL et stomatologiques sont également prises en charge par le secteur privé sous OQN. Ce sont les affections buccales et dentaires, donnant lieu à hospitalisation complète, et l'ORL et la stomatologie, prises en charge en ambulatoire, qui concentrent 90 % de son activité en ce domaine.

Les gastro-entérites et autres affections du tube digestif représentent également une part importante de l'activité médicale du secteur privé sous OQN (7 %). Elle varie cependant en fonction

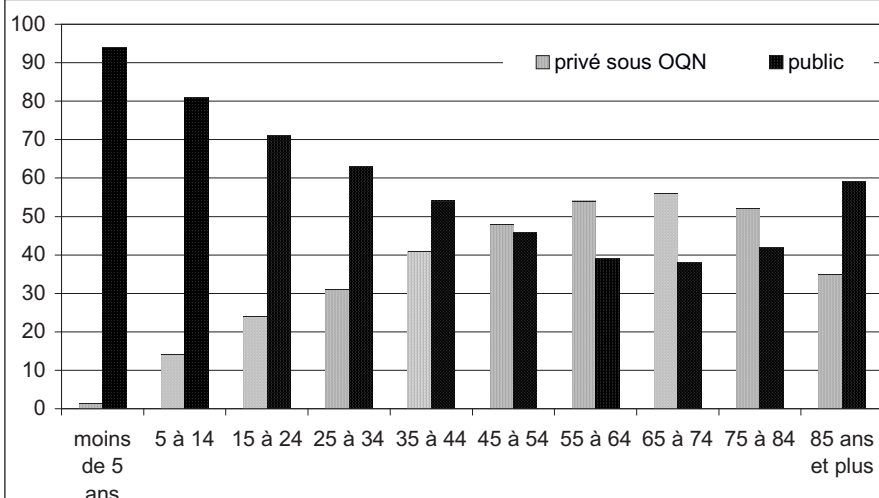
également plus diversifiée dans le secteur public.

Les activités les plus importantes réalisées en médecine par les hôpitaux publics concernent les « autres prises en charge » (19 % de l'activité médicale du public), qui recouvrent essentielle-

ment des activités de surveillance réalisées en ambulatoire. Les affections liées à l'appareil digestif, aux pathologies cardiaques (dont les cardiopathies et valvulopathies), au système nerveux (10 % chacun de l'activité médicale du public) et aux affections pulmonaires

4

### G•02 part du secteur public et privé sous OQN dans la prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients



Lecture : les gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge dans 94 % des cas par le secteur public et à 1 % par le secteur privé sous OQN.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.



de l'âge du patient (graphique 2). Ces pathologies sont globalement prises en charge dans 37 % des cas par le secteur privé sous OQN, mais dans la moitié des cas lorsqu'il s'agit de patients âgés de 45 à 84 ans, alors que les établissements publics accueillent plutôt des jeunes enfants et les personnes les plus âgées.

Entre 1998 et 2002, la part du secteur privé sous OQN dans l'activité de médecine a diminué d'un point, passant de 28 à 27 %. Ceci s'explique notamment par une moindre prise en charge des affections liées à l'appareil digestif, principalement des séjours en ambulatoire.

**Les établissements privés sous dotation globale sont notamment spécialisés dans le domaine du cancer : greffes de moelle, chimiothérapie, radiothérapie**

Seule 6,5 % de l'activité médicale relève du secteur privé sous dotation globale. Cependant, alors que quasiment aucune greffe ne se fait dans les cliniques privées sous OQN, le secteur privé sous dotation globale prend en charge près du quart des greffes de moelle et 11 % des pathologies hématologiques.

Ce secteur regroupe en particulier 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 58 autres établissements qui ont déclaré une activité de chimiothérapie en 2002 (contre 345 établissements publics et 235 établissements privés sous OQN). Ces établissements réalisent 21 % des chimiothérapies, qui ont au total donné lieu à 2,7 millions de séances en 2002 (contre 44 % dans le secteur public et un tiers dans le privé sous OQN). Mais cette part est encore plus forte pour les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète, pour lesquelles elle atteint 29 %, le secteur privé sous OQN s'étant, quant à lui, spécialisé dans les chimiothérapies en ambulatoire qu'il réalise pour moitié.

Par ailleurs, parmi les 3,4 millions de séances de radiothérapie déclarées en 2002, 21 % sont réalisées dans les CLCC, 55 % dans les autres établissements privés et 24 % dans les établissements publics.

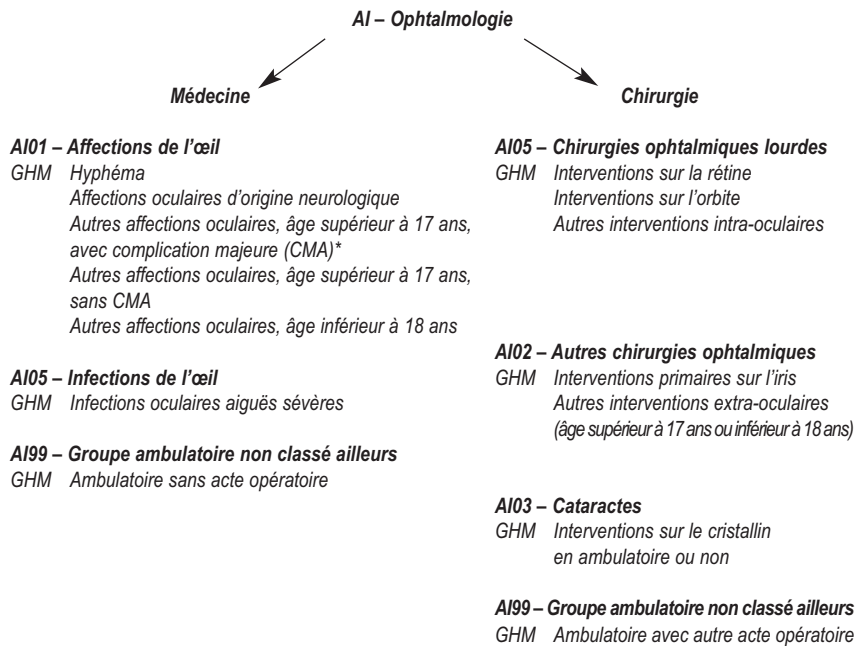
**E•4**

**Les différentes classifications de l'activité des établissements de santé**

Les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations en secteur de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Lors de la sortie d'un patient de ce secteur, un compte-rendu de son hospitalisation est produit, c'est le résumé de sortie standardisé (RSS). Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour dans le secteur précité. Pour que les informations médico-administratives contenues dans le résumé puissent être intégrées au PMSI, elles doivent être codées en diagnostics et en actes, et le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM est le résultat d'un arbre de décision appliqué à ces diagnostics et à ces actes. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies<sup>1</sup> (Cim) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics et le catalogue des actes médicaux (CdAM) pour les actes. Dans cette étude, la partie traitant de l'obstétrique fait parfois référence au diagnostic, pour avoir une plus grande finesse des résultats.

La classification la plus utilisée ici est l'outil d'analyse PMSI (OAP) qui a été élaboré par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, dans le cadre du comité technique régional de l'information médicale (Cotrim) d'Île-de-France. Cette classification est revue chaque année en intégrant les évolutions de la classification des GHM et en prenant en compte des critiques formulées par les utilisateurs. La classification OAP consiste en un regroupement de GHM (les pôles d'activité) par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

À titre d'exemple, le pôle d'activité « ophtalmologie » se définit de la façon suivante :



Par ailleurs, la distinction utilisée dans cette étude entre les activités médicales et chirurgicales est celle réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) qui classe les GHM en GHM chirurgicaux (ceux comportant en général au moins un acte opératoire) et les autres en GHM médicaux.

\* CMA : complication majeure.

1. Plus précisément, la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision.

En ce qui concerne la dialyse, des établissements privés non lucratifs (encadré 2), souvent de type associatif, ont été créés pour prendre en charge le suivi médical, l'assistance technique et le soutien logistique des patients traités hors centre.

Ainsi, si les dialyses réalisées en centre se font surtout dans les établissements publics et privés lucratifs, ce sont en revanche ceux du privé non lucratif qui assurent la majorité des prises en charge alternatives à la dialyse traditionnelle :

72 % des autodialyses<sup>3</sup>, 87 % des hémodialyses traitées à domicile et 73 % des semaines de dialyse péritonéale<sup>4</sup> (graphique 3). Les établissements publics se consacrent, quant à eux, essentiellement à l'hémodialyse

en centre destinée aux patients les plus fragiles et réalisent 44 % du total des séances correspondantes (séances d'entraînement incluses). Ils prennent en charge également la quasi-totalité des dialyses péritonéales en centre.

### **Les hôpitaux publics ne réalisent qu'un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale mais une forte part des actes complexes**

Les hôpitaux publics réalisent 32 % de l'activité chirurgicale mais certains groupes d'activité relèvent cependant presque exclusivement du secteur public. Ainsi, 97 % des transplantations d'organes ont lieu dans ce secteur (soit 3 330 séjours en 2002), qui accueille également 85 % des traumatismes graves et multiples (5 730 séjours) et 81 % des brûlés (2 230 séjours) [graphique 4].

Les autres types d'interventions chirurgicales qui sont majoritairement réalisées par les établissements publics (environ la moitié des cas) concernent les domaines neurologiques, pulmonaires, cardiaques et endocriniens. Les interventions de neuro-chirurgie sont essentiellement des craniotomies, dont 89 % se font dans les établissements publics (22 700 séjours) [tableau 2]. Quant à la chirurgie cardiaque, il s'agit surtout de chirurgie invasive pratiquée sur des patients atteints de pathologie cardiaque grave.

La chirurgie orthopédique n'est qu'à 35 % prise en charge dans le secteur public mais les actes complexes y sont plus fréquents, telles la chirurgie majeure du genou, de la hanche et du fémur (dont près de 39 % est réalisée dans le public), les autres interventions sur les membres (43 %), les ablations

3. L'auto-dialyse implique la participation du patient aux gestes techniques mais, à la différence de l'hémodialyse à domicile, s'effectue dans un local spécifique. Ces unités, parfois de petite taille, rassemblent plusieurs patients formés et autonomes, en présence d'une infirmière, et leur permettent d'être traités près de leur domicile. Elles sont gérées le plus souvent par des associations, les hôpitaux publics ne pouvant assurer eux-mêmes les prises en charge alternatives.

4. Deux méthodes sont utilisées pour l'épuration extra-rénale : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

**T** parts de prise en charge des activités médicales par type d'établissement

**•01**

en %

	Public	Privé sous OQN	Privé sous DG
<b>Ensemble activité médicale</b>	<b>66,5</b>	<b>27</b>	<b>6,5</b>
<b>Appareil digestif</b>	<b>62 (10 %)</b>	<b>32 (13 %)</b>	<b>6 (10 %)</b>
dont :			
Affections du tube digestif, hépato-biliaires avec complications majeures	84 (0,4 %)	9	7
Hépatites, alcool et cirrhoses	84,5 (0,4 %)	11	4,5
Affections du pancréas (non malignes)	76,5 (0,3 %)	18	5,5
Gastroentérites et affections du tube digestif	58	37 (7,2 %)	5
Autres prise en charge en ambulatoire	61	33 (2,5 %)	6
<b>ORL, stomatologie</b>	<b>40</b>	<b>56 (11 %)</b>	<b>4</b>
dont :			
Cavité buccale et dents	25	73,5 (4,1 %)	1,5
Infections ORL	85	10	5
Troubles de l'équilibre	83	13	4
Tumeurs malignes	61	26,5	12,5
Autres prise en charge en ambulatoire	26,5	70 (5,7 %)	3,5
<b>Cardiologie</b>	<b>69,5 (10 %)</b>	<b>24,5 (8,5 %)</b>	<b>6</b>
dont :			
Cardiopathies, valvulopathies	84 (1,6 %)	11	5
Manifestations fonctionnelles cardiaques	82 (1,4 %)	13	5
Coronaropathies	86 (0,04 %)	9	5
Endocardites	78 (2,2 %)	16	6
Cathétérismes	48	47 (4 %)	5
<b>Affections pulmonaires</b>	<b>81 (9 %)</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
dont :			
Bronchite et asthme	84,5 (2,4 %)	9	6,5
Infections respiratoires	85 (1,8 %)	8	7
Autres prise en charge en ambulatoire	88,5 (0,9 %)	4	7,5
Traumatismes thoraciques	91 (0,04 %)	6	3
<b>Autres prise en charge</b>	<b>51 (19 %)</b>	<b>43 (39 %)</b>	<b>6</b>
dont :			
En ambulatoire	87 (10 %)	6	7
Signes et symptômes	70 (3,8 %)	23	7
Iatrogénies et intoxications médicamenteuses	88 (1,8 %)	8	4
Suivi thérapeutique	75 (1,2 %)	18	7
Endoscopies en ambulatoire	11	84 (33 %)	5

Lecture : pour 5 groupes d'activité, on détaille la répartition de la prise en charge par type d'établissements de certaines activités médicales pour lesquelles la spécialisation est la plus marquée. Ainsi, 84 % des affections du tube digestif, hépato-biliaires avec complications majeures sont prises en charge dans le public, 9 % dans le privé sous OQN et 7 % sous DG. Elles représentent 0,4 % de l'activité médicale du public. Les chiffres en parenthèses sont les parts représentées par ces produits dans l'activité médicale totale du type d'établissement considéré. Dans ce tableau, seules sont détaillées les activités dont la prise en charge par l'un des trois secteurs est très supérieure à la part moyenne de l'activité médicale prise en charge par chacun. Elles peuvent ainsi représenter qu'une faible part de l'activité médicale totale de ce secteur (par exemple, les affections de l'appareil digestif, détaillées pour le secteur public).

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

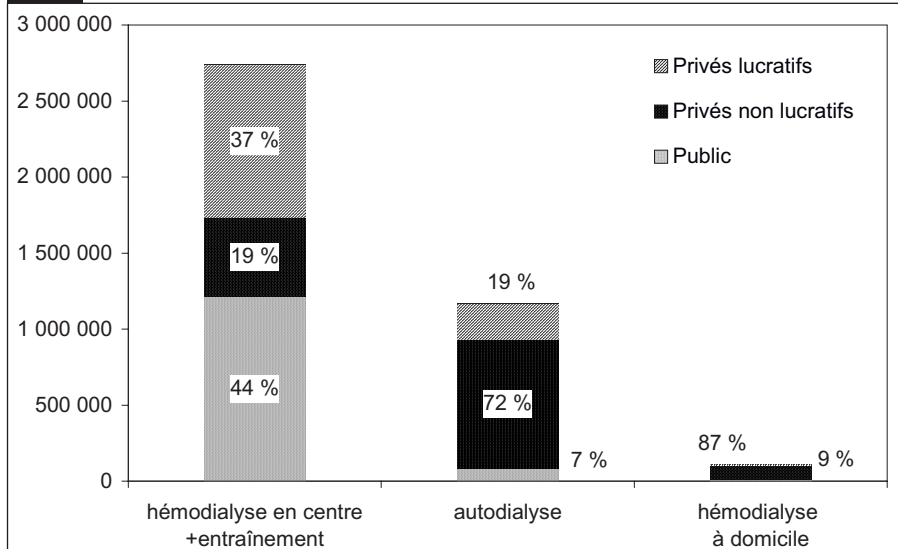
de matériel (52 %) et les amputations (60 %).

De même, en ophtalmologie, les établissements publics ne recueillent que 22 % des séjours chirurgicaux, les actes qu'ils pratiquent étant également les plus complexes, à savoir les interventions sur l'orbite (qui ont lieu dans 64 % des cas dans les hôpitaux publics), celles sur la rétine (49 %) et les autres interventions intraoculaires<sup>5</sup> (50 %).

Pour les affections de l'appareil digestif, l'activité chirurgicale du secteur public mêle chirurgie lourde et moins lourde avec la chirurgie du grêle et du colon, les appendicectomies, la chirurgie biliaire et des hernies qui ont lieu dans 49 à 34 % des cas en son sein,

5. Hors opérations de la cataractes qui constituent une activité OAP spécifique.

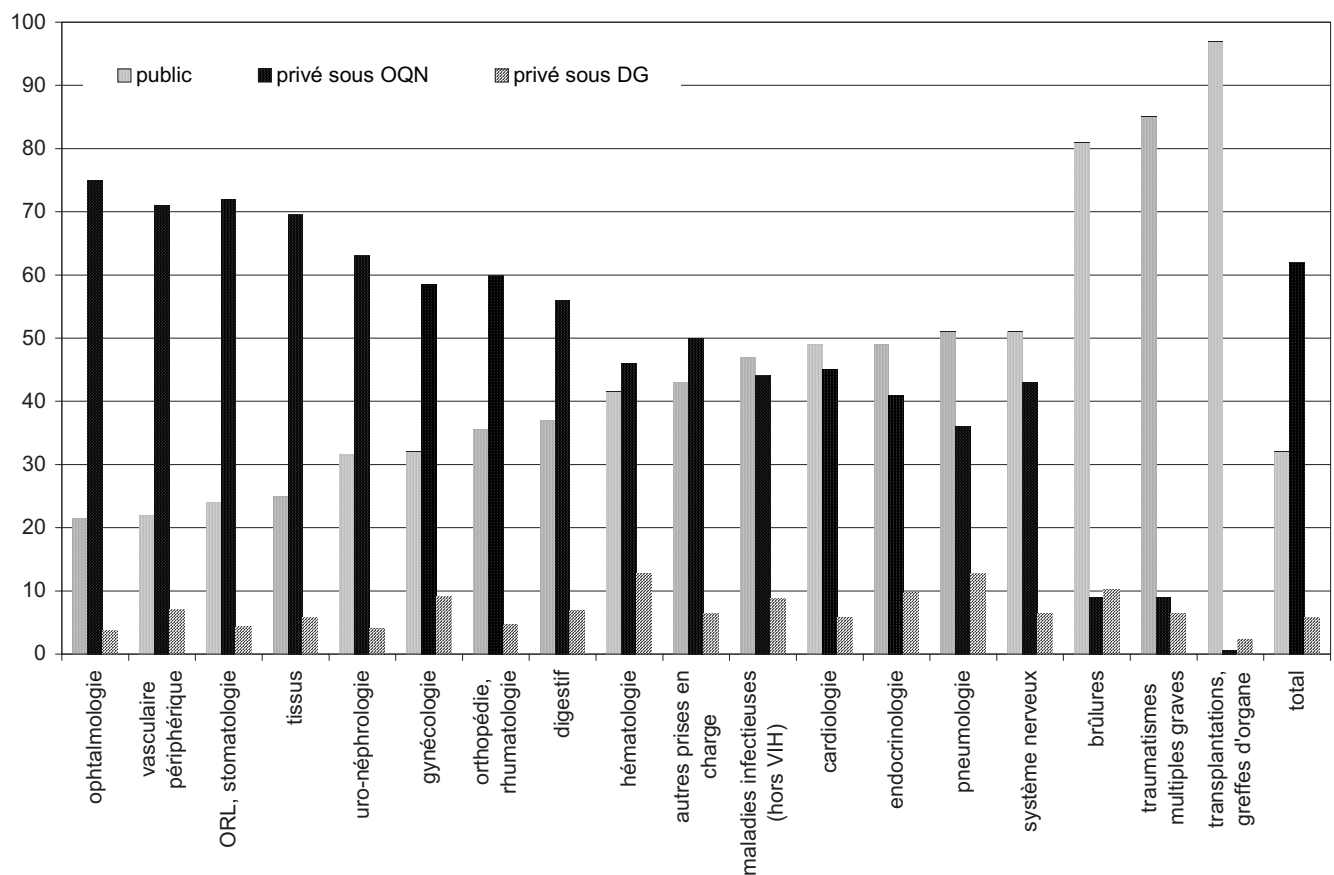
**G 03** répartition des séances d'hémodialyse selon les différentes modalités de traitement et les différents secteurs d'hospitalisation



Lecture : 37 % des séances d'hémodialyse en centre (et entraînement) sont prises en charge par le secteur privé lucratif, 19 % par le privé non lucratif et 44 % par le public.

Source : Drees, SAE 2002.

**G 04** la part de l'activité chirurgicale par type d'établissements et par groupes de produits en 2002



Lecture : l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge pour 21 % des cas par le secteur public, 75 % par le privé sous OQN et 4 % par le privé sous DG.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

représentant entre 2,3 et 4,5 % de son activité chirurgicale.

Entre 1998 et 2002, la spécialisation des hôpitaux publics dans le traitement chirurgical, en hospitalisation complète, des brûlures et des traumatismes multiples graves s'est renforcée (respective-

ment +4 et +6 points). En revanche, même si leur part dans la prise en charge des affections du système nerveux reste encore élevée en 2002, il semble y avoir eu un transfert de l'activité la moins complexe de neurochirurgie vers le secteur privé sous DG et surtout vers

les cliniques sous OQN. La part du secteur public dans l'activité de neurochirurgie a en effet reculé de 10 points depuis 1998, alors que les interventions chirurgicales sur le rachis ou la moelle épinière augmentaient dans les deux secteurs privés. De même, alors que les pathologies hématologiques étaient le plus souvent traitées dans le secteur public en 1998, elles sont en 2002 plus fréquemment prises en charge par le secteur privé sous OQN (46 % des cas contre 41,5 % en secteur public).

**Le secteur privé sous OQN réalise un peu plus de six séjours chirurgicaux sur dix et les trois quarts des interventions en ambulatoire**

Contrairement à la médecine, le secteur privé sous OQN réalise la majorité de la chirurgie (62 % contre 32 % dans le public et 6 % dans le secteur privé sous DG). Celle-ci représente plus de la moitié de l'activité totale des établissements privés sous OQN.

Ces établissements se sont spécialisés dans les interventions chirurgicales les moins complexes qui facilitent une prise en charge en ambulatoire (graphique 5). Ils réalisent ainsi plus de 80 % des opérations de la cataracte (encadré 5), 78 % des arthroscopies, 81 % des ligatures des veines, 77 % des opérations des amygdales, végétations et poses de drains trans-tympaniques ainsi que 69 % de la chirurgie de la main et du poignet (notamment les libérations du canal carpien), activités qui représentent entre 4 et 12 % de l'activité chirurgicale de ces établissements (tableau 2). La spécialisation du secteur sous OQN est particulièrement forte pour la chirurgie ambulatoire, les trois quarts des séjours chirurgicaux de moins de 24 heures s'effectuant dans ce secteur.

Entre 1998 et 2002, la part des établissements privés sous OQN dans l'activité chirurgicale s'est accrue de 1,5 point, essentiellement grâce à leur activité ambulatoire. La part de la chirurgie qu'ils réalisent en ambulatoire a en effet augmenté de 5 points (contre +3 points dans le secteur public). La répartition des groupes d'activité chirurgicale, dans les différents secteurs, évolue peu

**T** parts des activités chirurgicales prises en charge par type d'établissement

• 02

en %

	Public	Privé sous OQN	Privé sous DG
<b>Ensemble activité chirurgicale</b>	<b>32</b>	<b>62</b>	<b>6</b>
<b>Appareil digestif</b>	<b>37 (16 %)</b>	<b>56 (12 %)</b>	<b>7 (16 %)</b>
dont :			
Hernies	34 (4,5 %)	60 (4,1 %)	7
Appendicectomies	42 (3 %)	54	4
Cholécystectomies et chirurgie biliaire	39 (2,7 %)	54	7
Chirurgie du grêle-colon	49 (2,3 %)	43	8
Autres chirurgies du foie, pancréas et voies biliaires	61 (0,4 %)	28	10
Chirurgie de la rate	82 (0,1 %)	13	5
Chirurgie rectum-anus	24	67 (2,6 %)	9
<b>ORL, stomatologie</b>	<b>24 (7 %)</b>	<b>72 (11 %)</b>	<b>4</b>
dont :			
Amydalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	18	77 (6,2 %)	4
Chirurgie ORL majeure	60	28	12
Autres prise en charge en ambulatoire	18,5	77,5	4
<b>Cardiologie</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>6</b>
dont :			
Chirurgie valvulaire	62	31	7
Autre chirurgie cardiaque	56	32	12
Pontage coronarien	56	37	7
<b>Ophthalmologie</b>	<b>22</b>	<b>75 (15 %)</b>	<b>4</b>
dont :			
Infections œil	45	50	5
Cataractes	16	80,5 (12 %)	3,5
Chirurgie ophtalmique lourde	50	45	5
Autres prises en charge en ambulatoire	24	71	5
<b>Orthopédie, rhumatologie</b>	<b>35</b>	<b>60</b>	<b>5</b>
dont :			
Chirurgie majeure orthopédique (hanche, genou et fémur)	38,5 (7,6 %)	55,5	6
Chirurgie autres membres	43 (6,8 %)	52	5
Ablations matériel	52 (4 %)	43,5	4,5
Amputations	60 (0,5 %)	33	7
Chirurgie main et poignet	27,5	69 (6,6 %)	3,5
Arthroscopies	17,5	78 (4 %)	4,5
<b>Système nerveux</b>	<b>51 (2,6 %)</b>	<b>43</b>	<b>6</b>
dont :			
Craniotomies	89	7	4
<b>Vasculaire périphérique</b>	<b>22</b>	<b>71 (6,6 %)</b>	<b>7</b>
dont :			
Ligatures des veines	14	81 (4,5 %)	5

Lecture : pour 7 groupes d'activité, on détaille la répartition de la prise en charge par type d'établissement pour certaines activités chirurgicales pour lesquelles la spécialisation est la plus marquée. Ainsi, 34 % des hernies sont prises en charge dans le public, 60 % dans le privé sous OQN et 7 % sous DG. Les hernies représentent plus de 4 % de l'activité chirurgicale des deux premiers secteurs (les chiffres en parenthèses sont les parts représentées par ces produits dans l'activité chirurgicale totale du type d'établissement considéré).

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.



sur cette période. Seule se renforce la spécialisation du secteur privé sous OQN dans les domaines de l'ophtalmologie, de la chirurgie orthopédique et de la chirurgie plastique. En 2002, ces trois groupes représentent 48 % de l'activité de chirurgie du secteur sous OQN contre 44 % en 1998. Pour chacune de ces activités, la part des établissements sous OQN est passée en cinq ans de 70 à 75 % en ophtalmologie, et de 58 à 60 % en orthopédie (graphique 4). Cette hausse est particulièrement marquée pour la chirurgie de la main et du poignet (+5 points). Enfin, la part des cliniques privées s'est accrue de 3 points dans le traitement des affections de la peau et des tissus sous-cutanés, et plus précisément dans les interventions contre l'obésité (73 % en 1998 à 76 % en 2002) et les interventions plastiques (70 à 77 %). La part consacrée par le secteur privé sous OQN à ces deux dernières activités est passée de 9 % en 1998 (15 800 séjours) à 14 % en 2002 (31 000 séjours).

**La chirurgie carcinologique est privilégiée dans les établissements privés sous dotation globale**

Comme en médecine, les pathologies cancéreuses sont souvent prises en charge, dans le domaine chirurgical, par le secteur privé sous DG, en particulier en ce qui concerne le traitement des tumeurs d'origine hématologique (13 % des cas contre 6 % de l'ensemble de l'activité chirurgicale). Une proportion voisine est observée pour la chirurgie thoracique. La chirurgie gynécologique, qui représente 16 % de l'activité chirurgicale des établissements privés sous DG, est quant à elle réalisée à hauteur de 9 % des cas dans ces établissements, notamment pour traiter les tumeurs et affections du sein. Enfin, 10 % des interventions sur les glandes endocrines ont aussi lieu dans ce type d'établissement.

6. Pour plus de détails, voir *Études et Résultats*, n° 275, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », décembre 2003, Drees.

Depuis 1998, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale de ces établissements a augmenté de 5 points (comme dans le secteur sous OQN) pour atteindre 23 % en 2002. Cependant, la prise en charge des interventions chirurgicales par ce secteur n'a progressé que de 0,5 point sur la période.

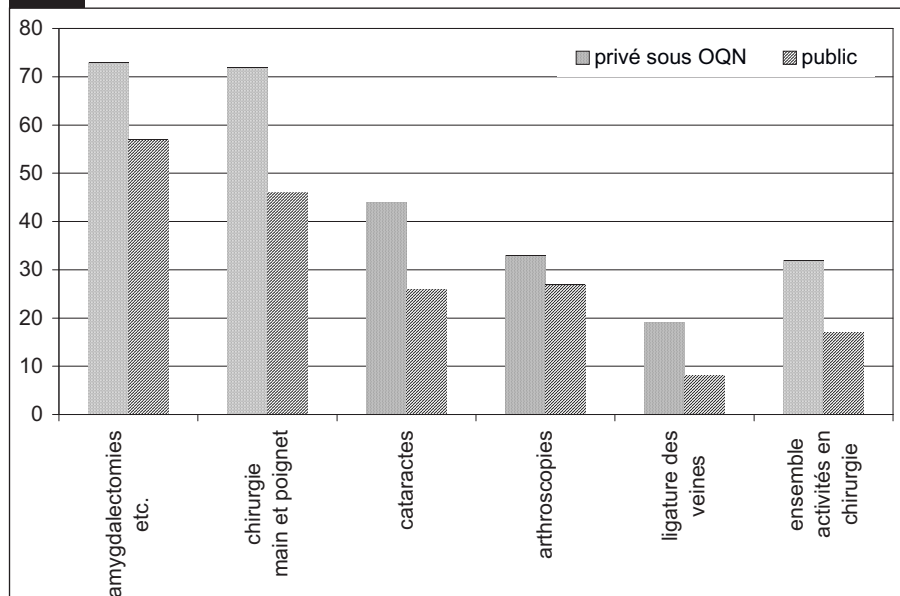
**Prédominants en obstétrique, les établissements publics prennent en charge les grossesses à risque et développent leur prise en charge ambulatoire**

En 2002, en France métropolitaine, 653 établissements avaient une activité

d'obstétrique. Ils ont pris en charge près de 752 000 accouchements avec 18 389 lits dédiés à cette activité. Près de 19 % de ces accouchements ont été effectués par césarienne, soit une augmentation de 5 points depuis 1991<sup>6</sup> (encadré 6).

Les hôpitaux publics prennent au total en charge 64 % de l'activité d'obstétrique, mais 72 % des accouchements avec complications (tableau 3). Ils prennent notamment en charge la majorité des grossesses à risque qui nécessitent un suivi rapproché. C'est ainsi qu'ils ont beaucoup plus développé les prises en charge ambulatoires dans le domaine obstétrical que les établissements privés (76 % dans le public, soit 14,5 % de l'activité obsté-

**G • 05** part de l'activité ambulatoire par activité de chirurgie dans le secteur public et privé sous OQN



Lecture : les opérations des amygdales, des végétations et les poses de drains trans-tympaniques s'effectuent en ambulatoire pour 73 % des cas dans le privé sous OQN et pour 57 % dans le public.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

**E • 5**

**Un exemple de spécialisation en chirurgie selon les secteurs : les interventions de la cataracte**

Les opérations de la cataracte sont l'activité la plus importante du secteur privé sous OQN en chirurgie : 12 % de son activité chirurgicale y est consacrée, et il prend en charge 80 % de ces opérations (soit environ 369 500 séjours). Cette spécialisation est particulièrement forte en hospitalisation de moins de 24 heures : 86 % des opérations de la cataracte réalisées en ambulatoire ont lieu dans le secteur privé contre 76 % de celles réalisées en hospitalisation complète. Cette spécialisation du secteur sous OQN s'est renforcée ces dernières années, près de 83 % de son activité chirurgicale en ophtalmologie étant consacrée aux opérations de la cataracte en 2002, soit 3 points de plus qu'en 1998. Cette augmentation s'élève même à 10 points en ambulatoire, ce qui aboutit à ce qu'en 2002, 44 % des opérations de la cataracte s'effectuent en hospitalisation partielle contre 27 % en 1998. La part du secteur sous OQN dans le traitement de la cataracte a ainsi augmenté de 3,5 points sur la période.

trique de ce secteur). En particulier, la surveillance des grossesses à haut risque (14 % de l'activité ambulatoire du public) s'y déroule quasiment tous les jours, ainsi que le traitement en ambulatoire du diabète sucré observé en

cours de grossesse. Celui-ci peut aussi être traité en hospitalisation complète – dans 89 % des cas par les hôpitaux publics – et constitue une part non négligeable des affections ante partum. Parmi elles, on retrouve également les

soins maternels pour affections du fœtus (84 % en secteur public) et les traitements de l'hypertension, de la protéinurie et des œdèmes survenus en cours de grossesse (75 %).

Les interruptions thérapeutiques ou volontaires de grossesse représentent 41 % des activités ambulatoires du secteur public où elles ont lieu dans 71 % des cas. Ce type d'activité se pratique généralement en hospitalisation partielle (tableau 4).

Depuis 1998, la part du secteur public dans l'activité obstétricale a crû de 3 points, au détriment du secteur sous OQN. Cette augmentation s'explique en partie par le développement de la prise en charge des affections post partum par les hôpitaux publics, dont la part dans le traitement de ces affections est passée de 55 à 68 % sur la période (le privé sous OQN ayant alors perdu 16 points).

**La part du secteur privé sous OQN a diminué en obstétrique pour atteindre environ 30 %**

Le nombre de maternités a régulièrement diminué, passant de 711 sites en 2000 à 653 en 2002. Cette réduction a davantage touché les maternités privées, financées dans le cadre de l'OQN (-6 % en 2002), que les maternités sous dotation globale (-2,5 %) et s'inscrit dans une tendance de long terme. Elle s'est accompagnée d'une concentration de l'activité, d'un accroissement des taux d'occupation et d'une diminution de la durée moyenne de séjour. La conjugaison de ces phénomènes contribue en partie à expliquer la diminution de la proportion d'accouchements pris en charge par le secteur privé sous OQN : -2 points entre 1998 et 2002, où elle s'élève à 34 %. Cette part atteint toutefois respectivement 38 et 35 % pour les césariennes et accouchements par voie basse sans complications, qui représentent à eux deux 59 % de l'activité d'obstétrique de ce secteur. Les cliniques sous OQN réalisent également 39 % des interruptions de grossesse spontanées et 41 % du dépistage prénatal en ambulatoire (tableau 3).

Les établissements privés sous DG réalisent 5 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité, en ce

**E•6**

**Les taux de césariennes pratiquées selon le niveau de la maternité**

Trois niveaux de maternités ont été définis par le décret périnatalité du 9 octobre 1998 : un établissement est de niveau 3 s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est de niveau 2 s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est de niveau 1 s'il dispose d'un service d'obstétrique. La moitié des maternités de niveau 1 sont situées dans les établissements privés sous OQN, ce qui est le cas de seulement 15 et 3 % des maternités de niveaux 2 et 3. Le type de recrutement des maternités, qui doivent prendre en charge d'autant plus de femmes « à risque obstétrical » élevé que leur niveau est lui-même important, aboutit à des différences de taux de césariennes selon les niveaux. Logiquement, ce sont les maternités de niveau 3 qui présentent le taux de césariennes le plus élevé : 20,4 %. Il est le même dans les maternités de niveaux 1 et 2 mais il varie en fonction du mode de financement de la maternité. Ainsi, pour les maternités de niveaux 1 et 2<sup>1</sup>, le taux de césarienne est plus élevé dans les maternités privées sous OQN (respectivement 19 et 20,5 %) que dans celles privées sous DG (respectivement 18 et 19 %), à leur tour plus élevé que dans les maternités publiques (respectivement 17 et 18 %).

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

**T•03** parts d'activité obstétricale prises en charge par type d'établissement

en %

	Public	Privé sous OQN	Privé sous DG
<b>Ensemble activité obstétricale</b>	<b>64</b>	<b>31</b>	<b>5</b>
<b>Accouchements</b>	<b>61</b>	<b>34</b>	<b>5</b>
avec complications	72 (9 %)	21,5 (5,5 %)	6,5 (10 %)
sans complications	59 (47 %)	36 (59 %)	5 (56,5 %)
<b>Affections ante partum</b>	<b>69 (10 %)</b>	<b>26 (7,6 %)</b>	<b>5 (9 %)</b>
dont :			
Oedèmes, protéinurie et hypertension liées à la grossesse	75 (1,5 %)	21	4
Diabète en cours de grossesse	89	7	4
Soins maternels pour affection du fœtus	84	11	5
<b>Affections post partum</b>	<b>68</b>	<b>25</b>	<b>7</b>
<b>Interruptions de grossesse</b>			
spontanées	56	39	5
volontaires ou thérapeutiques	69	28	3
<b>Surveillance d'une grossesse à haut risque</b>	<b>84 (3,8 %)</b>	<b>11,5</b>	<b>4,5</b>
<b>Diverses prises en charge en ambulatoire</b>	<b>76 (14,5 %)</b>	<b>21</b>	<b>3</b>
dont :			
Interruptions volontaires ou thérapeutiques de grossesse	71	25	4
Dépistage prénatal	56	41	3
Surveillance des grossesses à haut risque	95,5	3	1,5
Diabète en cours de grossesse	93	2	5

Lecture : on détaille pour les produits, les GHM ou les diagnostics pour lesquels la spécialisation par type d'établissement est la plus marquée, leurs parts d'activité obstétricale par type d'établissement. Ainsi, 72 % des accouchements avec complications se font dans le public, contre 21,5 % dans le privé sous OQN et 6,5 % sous DG. Ils représentent 9 % de l'activité obstétricale du public. Les chiffres en parenthèses sont les parts représentées par ces produits, GHM ou diagnostics dans l'activité obstétricale totale du type d'établissement considéré.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

**T**  
**•04** parts du public en hospitalisation partielle et complète pour certains diagnostics concernant la grossesse

en %

Diagnostic principal	% d'hospitalisation partielle en secteur public	Part du secteur public en hospitalisation	
		partielle	complète
Diabète sucré	57	93	84
Soins maternels pour affections du fœtus	38	92	80
Hypertension etc.	29	94	69
Avortements non spontanés	89	68	76

Lecture : 57 % des patientes atteintes de diabète au cours de leur grossesse sont prises en charge en hospitalisation partielle dans le secteur public. Ce secteur prend en charge 93 % des cas de diabète gestationnel traité en hospitalisation partielle et 84 % d'entre eux en hospitalisation complète.

Source et champ : Drees, PMSI 2002 en court séjour, en France métropolitaine.

domaine, s'est concentrée sur le suivi post partum qu'ils prennent en charge à 7 %. Cette part a augmenté de 3 points depuis 1998. Le secteur privé sous DG s'est également spécialisé dans les accouchements par voie basse avec complications, dont il prend en charge 6,5 %. L'obstétrique représente au final près de 7 % de l'activité totale de ce secteur.

**Le secteur public assure la quasi-totalité du long séjour, et les établissements privés se spécialisent dans la réadaptation fonctionnelle**

Le secteur public assure la quasi-totalité de l'activité de long séjour (90 % des séjours), même si celle-ci ne représente que 0,6 % de ses hospitalisations. Les établissements privés sous dotation globale accueillent, quant à eux, 8,5 % des séjours de longue durée, le secteur privé sous OQN en étant quasiment absent.

Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation (en moyen séjour) représentent au contraire près du quart de l'activité des établissements privés sous dotation globale, contre environ 6 % de celle des hôpitaux publics et des établissements sous OQN. Cependant, chaque secteur prend en charge une part voisine de l'activité

dans ce domaine : le secteur public y est légèrement prédominant avec 41 % des séjours. Entre 1998 et 2002, la part des établissements privés sous dotation globale dans l'activité de moyen séjour est restée stable et celle des hôpitaux publics a diminué de presque 2 points au profit des établissements privés sous OQN.

La réadaptation fonctionnelle s'effectue quant à elle le plus souvent par la voie de traitements et cures ambulatoires : 217 000 séances en 2002 contre 16 000 séances en soins de suite. Elle diffère à cet égard des soins de suite qui sont majoritairement destinés à des patients âgés relevant de soins continus

après une intervention lourde ou un épisode aigu. Les traitements et cures ambulatoires ne concernent dans ce domaine que les unités accueillant des patients en posture (alcool, toxicomanie ou affections mentales). Par contre, la rééducation cardiaque après un infarctus ou la rééducation de l'appareil locomoteur après une prothèse de hanche ou un accident vasculaire cérébral se prêtent davantage à des prises en charge discontinues, effectuées sur des patients dans un cadre ambulatoire (séances de kinésithérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie...).

En 2002, le secteur privé sous OQN a réalisé plus de la moitié des séances de traitements et cures ambulatoires de réadaptation fonctionnelle, le secteur privé sous DG 37 %, la part du secteur public n'étant plus que de 11 %.

Si l'on considère l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète (en particulier les venues en hospitalisation de jour et de nuit et les séances de traitements et cures ambulatoires), l'activité liée à la réadaptation fonctionnelle s'est globalement accrue de 4 % entre 2001 et 2002, mais elle a reculé dans le secteur public (- 2 %), alors que l'augmentation a été particulièrement vive dans le secteur sous OQN (+9 %). ●

**Pour en savoir plus**

- « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 », Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, Drees, 2004.
- BUISSON Guillemette : « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », Études et Résultats, n° 275, décembre 2003, Drees.
- BUISSON Guillemette : « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 », Études et Résultats, n° 225, mars 2003, Drees.
- MOUQUET Marie-Claude : « Les pathologies prises en charge à l'hôpital. Une spécialisation marquée entre établissements relevant du secteur public et du secteur privé », Études et Résultats, n° 41, décembre 1999, Drees.



# les publications de la **drees**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la Santé et de la protection sociale  
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24

- un hebdomadaire :

## Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- des revues trimestrielles :

## Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Insertion sociale et professionnelle, Protection sociale, Services de soins aux personnes âgées,  
Solidarités familiales, Travail social  
n° 3, juillet-septembre 2004

## Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

derniers numéros parus :

« Études diverses »

n° 3, juillet-septembre 2004

« Les revenus sociaux en 2003 »

n° 4, octobre-décembre 2004

- des ouvrages annuels :

## Données sur la situation sanitaire et sociale en France

### Comptes nationaux de la santé

### Comptes de la protection sociale

- et aussi...

## Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)