

L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

## En 2014, 1 700 salles de surveillance post-interventionnelles réunissent des activités diverses

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale, mais il ne s'agit pas de son unique champ d'activité : des actes d'obstétrique (hors salles de travail), des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou de la radiologie interventionnelle sont aussi pratiquées sous anesthésie. En 2014, on recense 700 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salle de travail), 970 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 1 600 salles dédiées aux endoscopies et 700 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie. Au sein des établissements, les salles permettant ces activités de soins sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelles s'élève à 1 700 pour 14 000 postes de réveil (tableau 1), soit plus de huit postes par salle en moyenne. Cinq salles de surveillance sur dix se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et la dernière dans des établissements privés à but non lucratif.

## Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2014, 7 400 salles d'intervention chirurgicale sont situées dans 1 000 établissements de santé (tableau 2). Moins de la moitié d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux. Ces dernières pratiquent ainsi plus d'interventions par salle que les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part d'activité de la chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 65 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). ■

**Tableau 1** L'activité d'anesthésie en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelles, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	327	477	155	737	1 696
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 606	3 543	1 285	6 713	14 146

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

**Sources** > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

**Tableau 2 Les plateaux techniques de chirurgie en 2014**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale*	101	353	98	469	1 021
Nombre de salles d'intervention chirurgicale, dont * :	1 495	1 843	640	3 438	7 416
salles destinées à la chirurgie classique**	1 425	1 658	609	3 101	6 793
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle (source PMSI-MCO)	873 934	1 164 774	473 211	2 998 772	5 510 691

\* Hors obstétrique.

\*\* Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, qui est réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).

**Note** > La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 et ceux des années ultérieures.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

**Sources** > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES SAE 2014, traitements DREES.

### Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

### Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel ».

• **Séjours chirurgicaux** : le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

• **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : le décret n° 94- 1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention ; elle se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelles situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

• **Endoscopie** : elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope) dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

• **Radiologie interventionnelle** : elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

### Pour en savoir plus

• D'Autume C., Dupays S., avec Perlberg J. (l'Inspection générale des affaires sociales, IGAS), Bert T., Hausswalt P. et Weill M. (Inspection générale des finances, IGF), 2014, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP) » rapport de l'Inspection générale des affaires sociales IGAS.

### Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.