

## CONTEXTE NATIONAL [ORS Pays de la Loire - La Santé Observée Edition 2007]

Le système hospitalier français rassemble des établissements de santé ayant des statuts (public, privé, commercial, associatif ou mutualiste), des tailles, des types d'activité, et des modes de tarification variables, ce qui compose un paysage d'une grande diversité. Ces établissements se distinguent également par le statut des praticiens qui y exercent. Dans les établissements publics et dans certains établissements privés, les médecins sont enseignants ou chercheurs, praticiens hospitaliers salariés à temps plein, temps partiel ou attachés. Dans les cliniques privées, la plupart des praticiens exercent leur activité à titre libéral et sont rémunérés «à l'acte».

Les établissements de santé disposent au 31/12/2004 de 453 500 lits d'hospitalisation complète et de 49 900 places en hospitalisation de jour ou en chirurgie ambulatoire (France métropolitaine). Les équipements de médecine représentent le quart de l'offre de soins, la chirurgie 20%, et les lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle 19%. Par ailleurs, les hôpitaux à domicile disposent de 4 700 places<sup>[1]</sup>.

12,7 millions de séjours en hospitalisation complète (dont 88% concernant l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique), et 12,5 millions en hospitalisation partielle (dont 40% concernant la psychiatrie) ont été effectués en 2004<sup>[1]</sup>.

Au 31 décembre 2004, on dénombre un peu plus de 3 000 établissements de santé disposant de capacités d'accueil en hospitalisation en France métropolitaine : 1 015 établissements publics, 911 établissements associatifs ou mutualistes (secteur «non lucratif»), et 1 101 sociétés à caractère commercial (que l'on appelle parfois «secteur privé lucratif»). Il faut ajouter à ce groupe plus de 800 structures supplémentaires sans capacité d'hospitalisation, essentiellement associatives ou à caractère commercial, qui pratiquent principalement la dialyse (712 structures) ou la radiothérapie<sup>[1]</sup>.

Historiquement, un partage d'activité s'est instauré entre les établissements publics qui exploitent la grande majorité des lits de médecine alors que les cliniques privées ont essentiellement une vocation chirurgicale ou d'obstétrique. Les établissements publics concentrent globalement les deux tiers des capacités d'hospitalisation complète, avec une taille moyenne de 323 lits et places. Les 29 Centres hospitaliers régionaux (CHR) représentent à eux seuls 17% des équipements en France métropolitaine, avec une moyenne proche de 3 000 lits par établissement. Cette moyenne est toutefois fortement majorée par le principal établissement de santé français, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui dispose de 23 000 lits d'hospitalisation. On dénombre, par ailleurs, 604 centres hospitaliers et 344 hôpitaux locaux. Les établissements publics de santé ont également la particularité de disposer d'un secteur médico-social important avec 68 800 lits de soins de longue durée et 100 000 lits d'hébergement en maison de retraite<sup>[1]</sup>.

Les établissements privés sont de beaucoup plus petite taille que les établissements publics. La taille moyenne des cliniques constituées en sociétés de capitaux, qui représentent 20% des capacités d'hospitalisation, est de 92 lits et places par établissement, et celle des établissements associatifs ou mutualistes (15% des capacités d'hospitalisation) de 81 lits et places<sup>[1]</sup>.

Pour retrouver les références bibliographiques : <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2007LSOpdl.pdf>

## SITUATION EN BASSE-NORMANDIE : FAITS MARQUANTS

- Un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale en ce qui concerne les lits de soins de courte durée.
- Trois lits sur quatre sont dans des établissements publics de santé.
- En soins de courte durée, les capacités et la durée moyenne de séjour diminuent.
- L'hospitalisation à domicile se développe.

### Un taux d'équipement en soins de courte durée supérieur à la moyenne nationale

Le niveau d'équipement bas-normand est supérieur à la moyenne française (4,15 lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants en Basse-Normandie contre 3,72 en France).

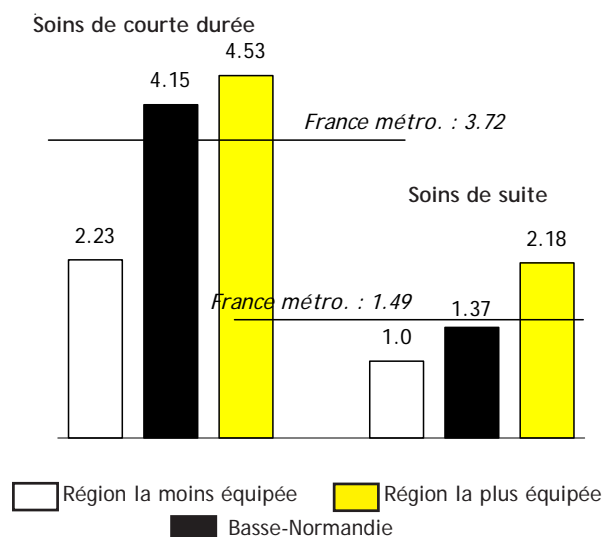
Le court-séjour représente 67% des lits d'hospitalisation complète du secteur public et 52% du secteur privé.

Le nombre de lits d'hospitalisation de soins de suite est inférieur à la moyenne nationale (1,37 lits pour 1 000 habitants en Basse-Normandie contre 1,49 en France).

Région la plus équipée :  
- en Soins de courte durée : Limousin,  
- en Soins de suite : PACA.

Région la moins équipée :  
- en Soins de courte durée : Pays-de-la Loire,  
- en Soins de suite : Champagne-Ardenne.

### Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2006



Sources : DRASS-SAE, INSEE  
Exploitation ORS

# LES EQUIPEMENTS HOSPITALIERS

## Dénombrement des établissements de santé selon le statut, en 2007

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
<b>Établissements publics de santé</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>32</b>
CHU	1			1
Centres hospitaliers (y compris CHS)	9	6	7	22
Hôpitaux locaux	1	5	3	9
<b>Établissements de santé privés à but lucratif</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>17</b>
<b>Établissements de santé privés à but non lucratif</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>61</b>

Source : ARH - www.parhtage.sante.gouv.fr

### Lits d'hospitalisation complète en Basse-Normandie en 2005

	Nombre de lits			Taux pour 1 000 habitants (*)	
	Secteur public	Secteur privé	TOTAL	Basse-Normandie	France
<b>Soins de courte durée</b>	<b>4 765</b>	<b>1 241</b>	<b>6 006</b>	<b>4,1</b>	<b>3,6</b>
Médecine	3 040	230	3 270	2,3	1,8
Chirurgie	1 231	929	2 160	1,5	1,4
Gynéco-obstétrique	494	82	576	0,9	0,8
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>815</b>	<b>1 160</b>	<b>1 975</b>	<b>1,4</b>	<b>1,6</b>
dont réadaptation fonctionnelle	142	569	711	0,5	0,5
<b>Soins longue durée</b>	<b>1 574</b>	<b>---</b>	<b>1 574</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>

Sources : SAE 2005 (DREES) - Estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (INSEE)

(\*) Taux pour 1 000 femmes de 15 ans et plus pour la gynéco-obstétrique

### Activité en Hospitalisation complète en Basse-Normandie en 2005

	Nombre d'entrées totales			Durée moyenne de séjours (en jours)		
	Secteur public	Secteur privé	Total	Secteur public	Secteur privé	Total
<b>Soins de courte durée</b>	<b>223 626</b>	<b>76 035</b>	<b>299 661</b>	<b>5,9</b>	<b>4,2</b>	<b>5,5</b>
Médecine	135 604	10 882	146 486	6,6	4,6	6,5
Chirurgie	61 690	61 212	122 902	5,0	4,1	4,5
Obstétrique	26 332	3 941	30 273	4,3	6,0	4,5
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>8 463</b>	<b>11 667</b>	<b>20 130</b>	<b>27,6</b>	<b>30,8</b>	<b>29,4</b>
dont réadaptation fonctionnelle	1 523	5 614	7 137	25,6	31,6	30,3

Sources : SAE 2005 (DREES)

Les entrées dans une discipline sont la somme des entrées directes et des entrées par mutation (mouvements de patients entre établissements d'une même entité juridique, lorsque le patient ne change ni de groupe de disciplines ni de type d'activité).

La Durée moyenne de séjour (DMS) d'une discipline correspond au rapport entre le nombre total de journées effectivement réalisées et le nombre d'entrées totales pour cette discipline.

### Les alternatives à l'hospitalisation complète

Elles regroupent les hospitalisations à temps partiel de jour ou plus rarement de nuit, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD).

En matière d'HAD, on compte actuellement 321 places dans la région soit un ratio de 22 places pour 100 000 habitants. Cette modalité de prise en charge s'est beaucoup développée ces dernières années en Basse-Normandie (cf. page 4).

	Secteur public	Secteur privé	Total
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	58	116	174
Hospitalisation à temps partiel jour	97	36	133
Hospitalisation à temps partiel nuit	1	0	1

Sources : SAE 2005 (DREES)

### Près de 3 lits sur 4 dans le secteur public

Le taux d'équipement supérieur à la moyenne française est dû principalement aux lits de médecine (2,3 lits pour 1 000 habitants contre 1,8 en moyenne France entière).

En ce qui concerne le sous-équipement relatif en places de soins de suite et de réadaptation, il n'est pas dû à la réadaptation fonctionnelle, dont l'offre est égale à la moyenne nationale (0,5 places pour 1000 habitants). En Basse-Normandie, le taux de places en soins de longue durée correspond à la moyenne nationale. Dans la région, tous ces lits appartiennent au secteur public.

### Les établissements publics de santé accueillent 75% des entrées en soins de courte durée

En 2005, les hôpitaux publics de Basse-Normandie totalisent 75% des entrées en soins de courte durée, tandis que les établissements privés participant ou non au service public hospitalier, reçoivent 58% des entrées en soins de suite et de réadaptation, 79% des entrées pour la seule réadaptation fonctionnelle.

La durée moyenne d'hospitalisation en soins de courte durée dans le secteur public (5,9 jours) est plus élevée que dans le secteur privé (4,2 jours). On observe une tendance similaire en moyenne nationale avec cependant un écart moins marqué (DMS secteur public à 5,8 jours contre DMS secteur privé à 4,7 jours). En soins de suite, cette durée est au contraire plus courte dans le secteur public (25,6 jours contre 31,6 jours).

## Réduction du nombre de lits et des durées moyennes d'hospitalisation

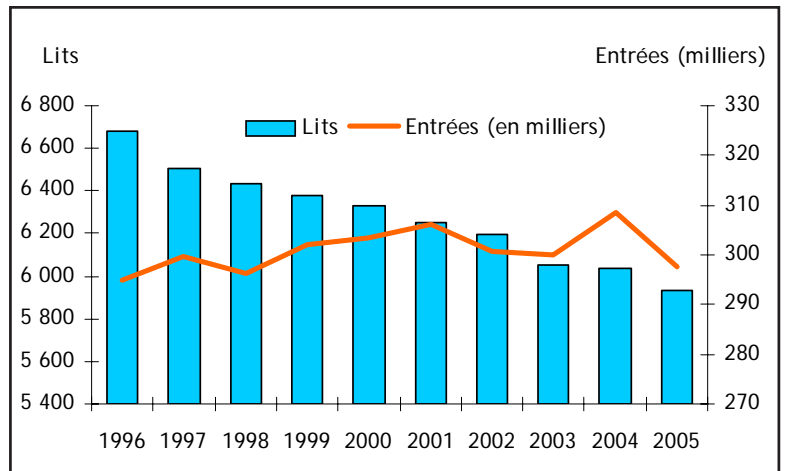
Sur une période de dix années (1996-2005), le nombre de lits en hospitalisation complète de médecine, de chirurgie et d'obstétrique a diminué régulièrement (moins 11% en 10 ans).

Sur cette même période, le nombre d'entrées dans les établissements de santé de Basse-Normandie, a fluctué dans une fourchette oscillant autour de 300 000 entrées, passant de 294 909 entrées en 1996 à 308 379 en 2004 et 299 661 en 2005.

Cette relative stabilité du nombre d'entrées avec une diminution du nombre de lits n'a été possible que par une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) entre 1996 et 2005 passant de 6 jours à 5,5 jours.

Cette tendance à la baisse est plus marquée dans le secteur privé où la DMS passe de 5,4 jours en 1996 à 4,2 jours en 2005, que dans le secteur public où sur la même période, elle passe de 6,3 à 5,9 jours.

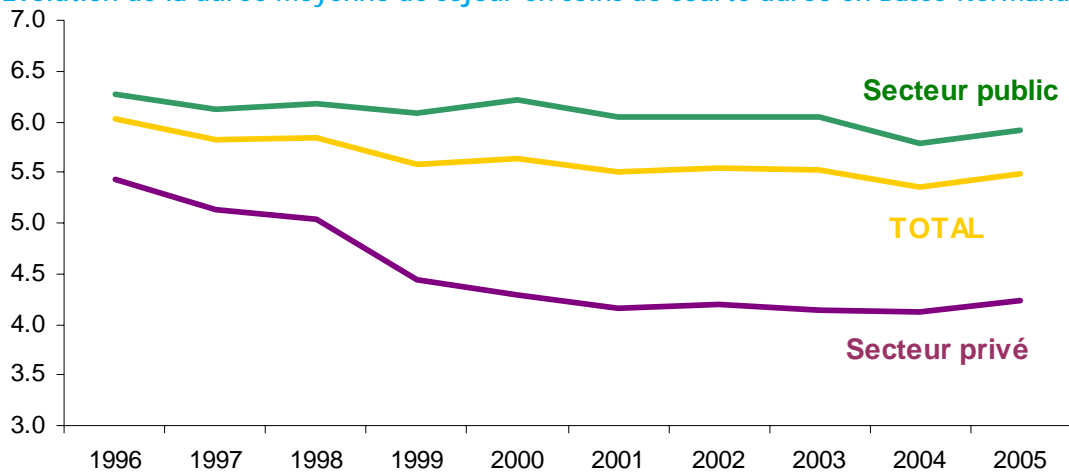
## Evolution du nombre de lits et d'entrées en hospitalisation complète de court séjour en Basse-Normandie



Sources : SAE (DREES)

NB : Pour les données relatives au CHIC d'Alençon-Mamers créé en 2004, les lits et les entrées du site de Mamers ont été déduits pour les années 2004 et 2005, afin de permettre la comparaison avec les années antérieures.

## Evolution de la durée moyenne de séjour en soins de courte durée en Basse-Normandie



## Les Equipements Matériels Lourds (EML)

Territoires de santé	Nombre d'appareils autorisés au 31 décembre 2007			
	Scanographes	Caméras <sup>(1)</sup>	IRM <sup>(2)</sup>	Caissons hyperbares
Centre	9	9	5	--
Nord Est	2	--	1	--
Nord Ouest	5	1	2	1
Sud Est	3	-	1	--
Sud Ouest	5	1	2	--
<b>Total Basse-Normandie</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

(1) Caméras munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons

(2) Imagerie par Résonance Magnétique

Source : DRASS de Basse-Normandie

Les équipements matériels lourds soumis à autorisation sont les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positions en coïncidence, les tomographes à émissions, les caméras à positons, les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, les scanographes à utilisation médicale, les caissons hyperbares et les cyclotrons à utilisation médicale.

En matière de scanners, le parc régional autorisé a quasiment doublé en 10 ans (13 appareils en 1998, contre 24 fin 2007).

Pour ce qui concerne les appareils d'IRM, leur nombre autorisé a été quasiment multiplié par 4 sur cette même période.

## T2A - HAD

### *La réforme en quelques lignes<sup>1</sup>*

Le plan hôpital 2007 avait lancé trois réformes de grande ampleur poursuivant les objectifs suivants :

1. dynamiser l'investissement hospitalier,
2. modifier les modalités de financement des établissements publics et privés,
3. instaurer de nouveaux modes de gouvernance des établissements.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a profondément réformé le système d'allocation des ressources aux établissements de santé à l'occasion de la mise en œuvre de la **Tarification à l'activité (T2A)**. Cette réforme, qui n'a dans un premier temps concerné que l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), s'appuie sur le **Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** qui permet de classer les séjours en groupes statistiques homogènes sur un plan médical (caractéristiques du patient, pathologies prises en charge, actes réalisés) mais également économique (ressources médicales et humaines mobilisées) : les Groupes homogènes de séjours (GHS). Chaque séjour est ainsi rémunéré en fonction d'un tarif forfaitaire fixé au niveau national.

La loi prévoyait une montée en charge progressive de la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements publics de santé, tout au long d'une période transitoire de huit ans (2004-2012). Depuis le 1er janvier 2004, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics sont financées par la T2A qui comporte trois modalités distinctes : des tarifs de séjour, une dotation annuelle complémentaire (DAC) et une dotation versée pour la prise en charge des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les tarifs de séjour et la DAC<sup>2</sup> sont destinés à rémunérer les activités MCO des établissements de santé. Fixée à 10 % en 2004, la fraction des activités financée par la T2A a été portée à 25 % en 2005 puis 35 % en 2006 avant d'atteindre 50 % en 2007. Durant cette période transitoire, la DAC a complété le financement des établissements publics.

Pour 2008, le Gouvernement a décidé d'accélérer ce processus : à compter du 1er janvier 2008, les activités MCO des établissements publics de santé sont intégralement financées par la T2A. Des coefficients dits de transition sont prévus par la loi pour accompagner cette montée en charge de la T2A. Ils doivent permettre d'organiser la convergence au sein du secteur public vers les tarifs moyens constatés dans le secteur.

### *T2A et Hospitalisation à domicile (HAD)*

Les soins qui peuvent être délivrés dans le cadre d'une HAD sont de 3 ordres<sup>3</sup> :

1. des soins ponctuels (soins techniques et complexes chez des patients ayant une pathologie non stabilisée), pris en charge pour une durée préalablement déterminée,
2. des soins continus associant, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes avec des soins de nursing et de maintien. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.
3. la réadaptation au domicile destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

Le modèle l'allocation de ressource appliqué à l'HAD se base sur le principe du « tarif tout compris » qui vise à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure d'HAD pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus.

A ce jour, le périmètre est différent selon le secteur, avec : une inclusion des charges médicales dans les tarifs du secteur public et PSPH ; une exclusion des charges médicales dans les tarifs du secteur privé lucratif.

Depuis le 1er janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) sont amenées à mettre en œuvre un recueil d'informations médicalisées systématique.

Cette réforme de l'allocation de ressources pour ce mode de prise en charge, avec un financement à 100% en T2A, conjugué à d'autres évolutions notamment dans le domaine de la planification de l'offre de soins, a constitué un levier pour le développement de l'HAD au niveau national comme au niveau régional.

---

<sup>1</sup> ORS Pays de la Loire - la santé observée Edition 2007

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2008 (Rapport n° 72 (2007-2008) de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 novembre 2007 au Sénat)

<sup>2</sup> Pour le secteur public

<sup>3</sup> Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires - Mission T2A ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr))