



LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

CONTEXTE NATIONAL

L'ordonnance 96-345 du 19 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée distingue dans les établissements de santé, en fonction de leur statut juridique et de leur mode de financement, trois grandes catégories réparties entre les secteurs public et privé. La première catégorie concerne les établissements publics de santé. La seconde concerne les établissements de santé privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier (PSPH) et qui sont financés par une dotation globale annuelle. Enfin, la troisième catégorie concerne les autres établissements de santé privés. La plupart de ces derniers sont soumis à une enveloppe financière nationale appelée objectif quantifié national (OQN) et appliquent les tarifs arrêtés contractuellement avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Les établissements de santé publics et privés, généraux ou spécialisés, de soins aigus, de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée, assurent principalement des soins avec hébergement complet (autrement appelés "hospitalisation complète"). Mais les évolutions récentes des technologies et des pratiques médicales conduisent des établissements d'hospitalisation à s'ouvrir de plus en plus vers de nouvelles prises en charge du malade : développement de l'hospitalisation partielle de jour ou de nuit, de l'hospitalisation à domicile, de l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Les traitements et cures ambulatoires se développent également, en particulier pour les personnes atteintes du SIDA, du cancer et les patients dialysés. De 1989 à 1999, le nombre d'établissements en France métropolitaine est passé de 3 830 à 4 171.

Globalement, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué régulièrement passant de 559 000 à 486 000 lits. Mais cette évolution n'est pas identique suivant le type de soins reçus par le patient (soins de courte durée, soins de suite et de réadaptation ou soins de longue durée).

En parallèle, des évolutions plus qualitatives se sont produites : développement des services de radiologie et de biologie, augmentation des équipements matériels lourds pour le diagnostic ou le traitement (scanners, appareils d'imagerie à résonance magnétique, médecine nucléaire ...).

Par rapport aux autres pays européens, et selon les données publiées par l'OCDE pour l'année 1996, la France se situe dans la moyenne en termes d'équipement en lits hospitaliers. Les taux les plus bas s'observent en Irlande, au Portugal et hors Europe aux Etats-Unis alors que le Japon, la Norvège et les Pays-Bas sont les plus équipés. Depuis une trentaine d'années, le souci d'améliorer la répartition des équipements sur le territoire a été à l'origine de plusieurs mesures législatives successives. Après la loi hospitalière de 1970 qui a instauré la carte sanitaire, celle de 1991 a créé de nouvelles conditions pour la planification des équipements, en prévoyant, outre la révision des cartes sanitaires, la mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) "déterminant la répartition des installations et des activités de soins de la région".

Par l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les ARH ont été créées. Elles ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de déterminer leurs ressources, tout en tenant compte des priorités de santé publique établies par chaque Conférence Régionale de Santé. Les ARH ont pour charge d'établir les SROS dits de deuxième génération. En outre, des contrats pluriannuels sont passés entre les établissements et les ARH pour fixer les objectifs et les moyens, et s'adapter aux besoins de la population. Au sein même des établissements, la contractualisation est également prévue pour accroître la responsabilité des différents acteurs hospitaliers dans l'organisation de l'hôpital et dans l'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement est encouragée par des possibilités de coopération entre établissements et par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux de soins. L'ordonnance prévoit également que les établissements hospitaliers fassent tous l'objet d'une accréditation par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Source : Fnors – Base Score Santé

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Un taux d'équipement hospitalier plus élevé que la moyenne nationale, notamment en soins de longue durée.
- Plus de 4 lits sur 5 se trouvent dans des établissements publics.
- En soins de courte durée, une baisse de la capacité d'hospitalisation complète ces dernières années.

La durée moyenne de séjour (DMS) d'une discipline d'équipement se définit comme le rapport entre le nombre total de journées effectivement réalisées et le nombre d'entrées totales.

Les entrées dans une discipline sont la somme des entrées directes (malades provenant de l'extérieur) et des entrées par mutation (malade provenant d'une autre discipline ou d'un autre type d'activité).



◆ Un taux d'équipements hospitaliers plus élevé que la moyenne nationale

En 1999, en Limousin, on dénombrait 8 205 lits ou places installés dans les 54 établissements de santé. Le taux d'équipement dans la région est supérieur à celui observé au niveau national : 11,5 lits ou places installés pour 1 000 habitants dans la région pour 8,3 lits ou places installés en France métropolitaine.

La part du secteur privé est en revanche plus faible en Limousin. En effet, les places ou lits installés en privé (privé PSPH et privé non PSPH) représentent 21,8 % de la capacité totale de la région alors que la part du privé est de 35,1 % au niveau national.

◆ En 2001, 7 100 lits en hospitalisation complète dont 80 % en secteur public

En Limousin, en 2001, on dénombrait 7 100 lits d'hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers (soins de courte durée + soins de suite + soins de longue durée, hors psychiatrie).

La région possède un taux d'équipement en hospitalisation complète supérieur à la moyenne observée en France métropolitaine : 10,0 lits ou places installés contre 7,4 en France.

Cette différence est principalement due à un taux d'équipement en structures de soins de longue durée nettement plus élevé en Limousin. En revanche, les taux d'équipement en MCO ou en moyen séjour sont relativement identiques.

En 2001, sur les 7 053 lits d'hospitalisation complète, plus de 80 % appartiennent au secteur public. En soins de longue durée, la quasi totalité des lits se trouve dans le secteur public (93 %). La proportion de lits en secteur privé est plus importante en soins de suite (28 %) et notamment en soins de réadaptation fonctionnelle (46 %).

En soins de courte durée, la part du secteur privé est de 26 % et elle atteint 41 % en lits de chirurgie.

◆ Les alternatives à l'hospitalisation complète

L'activité en hospitalisation partielle regroupe les hospitalisations de jour, de nuit, les hospitalisations à domicile ainsi que les places en anesthésie ou chirurgie ambulatoire.

On a dénombré également en 2001, plus de 50 000 séances en traitement et cure ambulatoires (y compris radiothérapie et hémodialyse), 23 948 venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoire, 32 333 venues en hospitalisation de jour et 567 venues en hospitalisation de nuit.

Nombre d'établissements et nombre de lits installés selon la catégorie d'établissement, en 1999, en Limousin

	Nombre d'établissements	Nombre de lits installés
Etablissements publics	25	6 415
Etablissements privés PSPH*	4	555
Etablissements privés non PSPH	25	1 235
Ensemble des établissements privés	29	1 790
Total public + Privé	54	8 205

Source : SAE 1999 Exploitation ORS

* Etablissements privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public

Lits d'hospitalisation complète en Limousin, en 2001

	Nombre de lits installés			Tx d'équipement*	
	Public	Privé	Total	Limousin	France
Médecine	1 548	256	1 804	2,5	2,2
Chirurgie	845	587	1 432	2,0	1,8
Gynécologie-Obstétrique	186	66	252	1,6**	1,7**
Total MCO	2 579	909	3 488	4,8	4,4
Réadaptation fonctionnelle	135	113	248	0,3	0,5
Soins de suite	621	182	803	1,1	1,1
Total soins de suite	756	295	1 051	1,5	1,6
Soins de longue durée	2 386	175	2 561	60,3***	36,7***
Capacité totale*	5 721	1 379	7 100	10,0	7,4

Sources : SAE 2001, INSEE estimations

Exploitation ORS

* Taux d'équipement pour 1 000 personnes

** Taux d'équipement pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans

*** Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 80 ans ou plus

Nombre de lits ou places en hospitalisation partielle en soins de courte durée, en 2001, en Limousin

	Nombre de lits		
	Public	Privé	Total
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	20	75	95
Hospitalisation de jour (+ chimiothérapie)	100	9	109
Hospitalisation de nuit	3	0	3
Hospitalisation à domicile	30	17	47

Source : SAE 2001

Exploitation ORS

Précision : Les établissements privés regroupent les établissements privés PSPH et les établissements privés non PSPH.

◆ Une baisse de la capacité et du nombre d'entrées en court séjour, entre 1993 et 2001

Le nombre de lits ou places installés en hospitalisation complète en soins de courte durée a diminué entre 1993 et 2001. En effet, on comptabilisait 3 909 lits en 1993 pour 3 488 en 2001, soit une baisse de près de 11 %.

Cette diminution a été plus importante dans les établissements publics (- 13 %) que dans le privé (- 5 %).

Le nombre d'entrées a également subi une baisse. En hospitalisation complète de soins de courte durée, ce nombre est passé de 160 774 à 158 409 entre 1993 et 2001, soit une baisse de 2 %. Là encore, cette baisse, même légère, a été plus importante dans les établissements publics (- 2 %) que dans le privé (- 1 %). Cette baisse peut s'expliquer par la part croissante des alternatives à l'hospitalisation complète.

◆ Une baisse des durées moyennes de séjour en soins de courte durée

En Limousin, entre 1993 et 2001, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète de court séjour a diminué et ce quel que soit le secteur et la spécialité.

La baisse est notable en médecine, en chirurgie et en gynécologie-obstétrique et cette diminution s'observe aussi bien dans le public que dans le privé.

◆ Une diminution de la capacité en soins de suite dans les établissements publics

La capacité d'hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation est passée de 1 148 à 1 051 lits ou places entre 1993 et 2001, soit une baisse de 8 %. Mais cette diminution ne s'observe que dans les établissements publics.

En effet, le nombre de lits de moyen séjour dans les établissements publics en Limousin a baissé de 14 % alors que sur la même période le privé voyait sa capacité d'hospitalisation augmenter de 10 %.

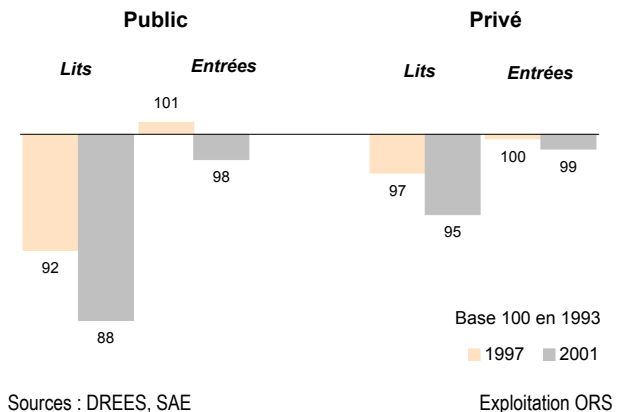
Parallèlement, le nombre des entrées réalisées en hospitalisation complète de moyen séjour a augmenté en Limousin, dans les établissements publics (+ 11 %) comme dans les établissements privés (+ 9 %).

◆ Une baisse de la durée moyenne de séjour dans les établissements publics

Entre 1993 et 2001, en Limousin, la durée moyenne de séjour en soins de suite et de réadaptation a nettement diminué dans les établissements publics, passant de 36,2 à 28,7 jours moyens d'hospitalisation complète.

Sur la même période, la durée moyenne de séjour en structures privées est restée quasiment stable.

Evolution de la capacité et du nombre d'entrées en court séjour entre 1993 et 2001, en Limousin

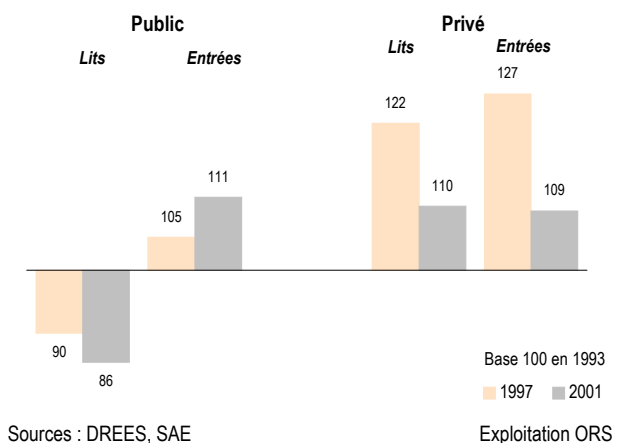


Durées moyennes de séjour (en jours) en soins de courte durée, selon le secteur, en 1993 et 2001, en Limousin

	1993		2001	
	Public	Privé	Public	Privé
Médecine	8,0	7,5	7,8	6,5
Chirurgie	6,9	5,2	6,2	4,9
Gynécologie-Obstétrique	5,3	5,3	4,9	4,8

Sources : DREES, SAE
Exploitation ORS

Evolution de la capacité et du nombre d'entrées en soins de suite et de réadaptation entre 1993 et 2001, en Limousin



Durées moyennes de séjour (en jours) en soins de suite et de réadaptation, entre 1993 et 2001, en Limousin

	1993	2001
Soins de suite public	36,2	28,7
Soins de suite privé	27,1	26,7

Sources : DREES, SAE
Exploitation ORS

◆ L'équipement en matériels lourds

En 2002, en Limousin, les établissements hospitaliers disposaient de 6 scanographes à utilisation médicale, de 3 appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique (IRM) et de 5 gamma caméras.

Les équipements autorisés sont légèrement plus élevés que les capacités installées (9 scanners, 4 IRM notamment).

Equipement en matériels lourds en Limousin, en 2002

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
IRM	1	1*	1	3
Scanners	2	1	3	6
Appareil d'angiographie	3	-	4	7
Appareil de coronographie	1	-	2	3
App. circ. sang. extra-corp.	-	-	2	2
Gamma caméra	1	-	4	5
Accélérateurs de particules	2	-	3	5
Appareil de cobaltothérapie	1	1	1	3

Source : DRASS du Limousin

Exploitation ORS

* 1 IRM mobile Limoges-Guéret- Ussel

Lits d'hospitalisation complète et taux d'équipement* par département, en Limousin, en 2001

	Corrèze			Creuse			Haute-Vienne		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Médecine	546	30	576	207	44	251	795	182	977
Chirurgie	219	204	423	71	97	168	555	286	841
Gynéco-obstétrique	82	18	100	19	0	19	87	48	133
Total MCO	847	252	1 099	297	141	438	1 435	516	1 951
Taux d'équipement*			4,7			3,5			5,5
Réadapt. fonctionnelle	45	0	45	12	113	125	78	0	78
Autres soins de suite	120	31	151	136	70	206	365	81	446
Total soins de suite	165	31	196	148	183	331	443	81	524
Taux d'équipement en SdS*			0,8			2,7			1,5
Soins de longue durée	654	130	784	591	45	636	1 141	0	1 141
Taux d'équipement en SLD**			54,6			71,9			59,1
Capacité totale	1 666	413	2 079	1 036	369	1 405	3 019	597	3 616
Taux d'équipement global			8,9			11,4			10,2

Sources : DREES, SAE 2001, INSEE estimations

* Taux d'équipement pour 1 000 personnes

** Taux d'équipement pour 1 000 personnes de 80 ans ou plus

Exploitation ORS

L'équipement hospitalier est majoritairement situé dans le département de la Haute-Vienne : près de 51 % des lits d'hospitalisation complète. Mais c'est en Creuse que le taux d'équipement est le plus élevé de la région avec 11,4 lits ou places d'hospitalisation complète pour 1 000 habitants. Ce taux élevé est surtout lié à une forte capacité en soins de suite et en soins de longue durée.