

## 2.1

## Les équipements hospitaliers

Contexte **national**

En France, les équipements hospitaliers ont beaucoup évolué depuis une quinzaine d'années sous l'effet des progrès techniques, du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, des contraintes économiques... Cette évolution s'est traduite par une diminution de près de 20 % du nombre de lits d'hospitalisation en soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) entre 1988 et 1998 en France métropolitaine et dans une moindre mesure, une diminution de 5 % du nombre de lits d'hospitalisation en soins de suite (rééducation, convalescence). En revanche, le nombre de lits de soins de longue durée, a augmenté de 42 %.

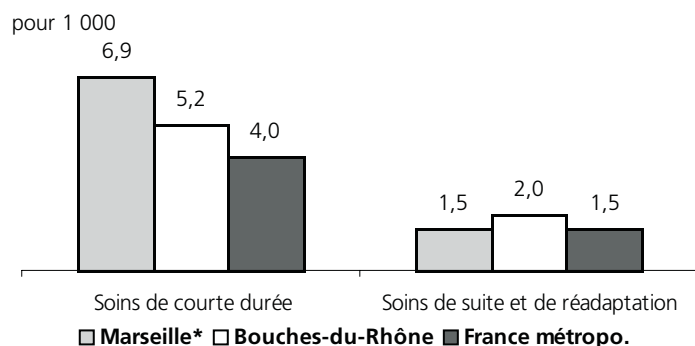
Parallèlement, on peut noter un développement des services de radiologie et de biologie, une augmentation des équipements en matériels lourds (scanners, appareils d'imagerie à résonance magnétique ...) et un développement des soins alternatifs à l'hospitalisation complète : hospitalisation partielle de jour et de nuit, traitements et cures ambulatoires, hospitalisation à domicile et anesthésie ou chirurgie ambulatoire. Ces diverses évolutions ont contribué à la diminution de la durée moyenne de l'hospitalisation de courte durée (passant de 7,5 à 5,6 jours entre 1988 et 1998) et à l'augmentation d'environ 10 % du nombre d'entrées.

Les disparités régionales sont importantes en matières d'équipements hospitaliers. 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. La loi hospitalière de 1991 a instauré de nouvelles conditions pour la planification des équipements, en prévoyant la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a créé des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) qui 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 2ème génération actuellement en cours. Des contrats pluriannuels sont passés entre les établissements et les agences régionales pour fixer les objectifs et les moyens, s'adapter aux besoins de la population et 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 d'ici 2001 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

- *Marseille présente un taux d'équipement en soins de courte durée supérieur aux moyennes départementale et nationale. Le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est en revanche inférieur au taux départemental et celui en soins de longue durée très inférieur au taux national.*
- *Le nombre total d'entrées est plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public. Cette différence est particulièrement forte pour les soins de suite et de réadaptation.*
- *Les durées moyennes de séjour à Marseille sont plus élevées que dans le département et au niveau national, dans le secteur public comme le secteur privé.*
- *Le nombre de lits et d'entrées en hospitalisation complète de soins de courte durée est en diminution depuis 1997 (respectivement -9 et -16 % entre 1997 et 2000). La forte diminution du nombre d'entrées, particulièrement marquée en médecine et en chirurgie, dans le secteur public comme dans le secteur privé, pourrait tout aussi bien refléter l'efficacité des soins ambulatoires qu'un manque de places dans les services de court séjour.*
- *Entre 1997 et 2000, la durée moyenne de séjour en soins de courte durée est restée stable dans le secteur privé et a connu une légère augmentation dans le secteur public (+1,2 jour). Cette augmentation est à mettre en parallèle avec la faible capacité d'accueil en soins de suite, rendant difficile le placement des patients en fin d'hospitalisation. L'augmentation des durées moyennes de séjour pourrait également traduire une désorganisation liée au manque d'effectifs.*

## 1. NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE POUR 1 000 HABITANTS EN 2000



\* Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

## 2. LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE À MARSEILLE EN 2000

	Nb de lits			Taux pour 1000	
	Secteur public	Secteur privé	Total	Marseille*	France métropo
<b>Soins de courte durée</b>	<b>3 035</b>	<b>3 329</b>	<b>6 364</b>	<b>6,9</b>	<b>4,0</b>
Médecine	1 683	1 548	3 231	3,5	2,0
Chirurgie	1 171	1 535	2 706	2,9	1,7
Gynécologie-obstétrique	181	246	427	0,5	0,4
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>80</b>	<b>1 290</b>	<b>1 370</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>
Rééducation fonctionnelle	0	263	263	0,3	0,4
Autres soins de suite	80	1 027	1 107	1,2	1,1
<b>Soins de longue durée</b>	<b>230</b>	<b>141</b>	<b>371</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>

\* Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

## 3. ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION COMPLÈTE À MARSEILLE EN 2000

	Entrées totales		
	Secteur public	Secteur privé	Total
<b>Soins de courte durée</b>	<b>111 877</b>	<b>144 615</b>	<b>256 492</b>
Médecine	57 981	65 085	123 066
Chirurgie	44 238	65 967	110 205
Gynécologie-obstétrique	9 658	13 563	23 221
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>569</b>	<b>12 370</b>	<b>12 939</b>

Source : DREES SAE

## 4. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2000

	Marseille		Bouches-du-Rhône		France métropo.	
	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé
<b>Soins de courte durée</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,9</b>	<b>5,2</b>
Médecine	7,5	7,7	6,5	7,5	6,5	7,0
Chirurgie	6,4	5,9	5,9	5,4	5,2	4,7
Gynécologie-obstétrique	5,6	5,5	4,9	5,4	4,5	5,1
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>42,2</b>	<b>34,2</b>	<b>33,5</b>	<b>26,2</b>	<b>32,2</b>	<b>32,2</b>

Source : DREES SAE

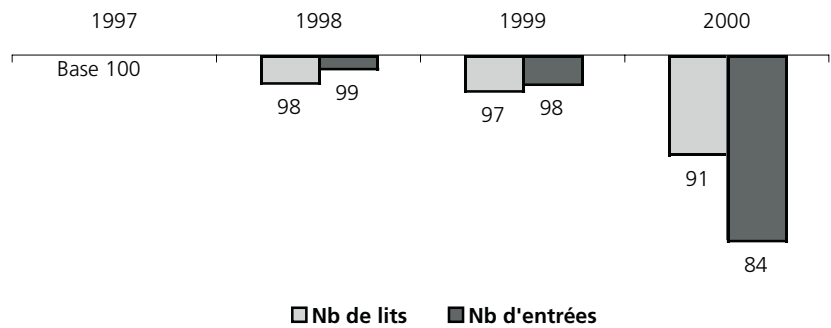
5. EQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS À MARSEILLE EN 2000

	Nb d'appareils		
	Secteur public	Secteur privé	Total
Scanner	5	4	9
IRM	2	2	4
Imagerie nucléaire*	7	3	10

\* Caméras à scintillation, tomographes à émission / caméras à positons

Source : DREES SAE

6. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS ET D'ENTRÉES EN HOSPITALISATION COMPLÈTE DE SOINS DE COURTE DURÉE À MARSEILLE DE 1997 À 2000 (BASE 100 EN 1997)



La diminution du nombre d'entrées est particulièrement marquée en médecine et en chirurgie, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Source : DREES SAE

7. ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE À MARSEILLE



Source : DREES SAE