

# Eco-Santé infos

## L'hôpital

### Repères

Pour la France, la principale source de données concernant l'hôpital provient depuis 1994 de la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) exploitée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, à partir des données fournies par les hôpitaux publics et privés. Cette statistique a remplacé deux enquêtes qui se tenaient auparavant dans les établissements publics et privés (H80 et EHP). Une partie des données de SAE est disponible au niveau national, régional et départemental dans les bases Eco-Santé France et Régions.

Les statistiques internationales disponibles dans Eco-Santé OCDE permettent d'obtenir des éléments de comparaison pour différents indicateurs. Toutefois, ces indicateurs doivent être utilisés avec prudence et être mis en relation avec le système hospitalier, les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, très variables d'un pays à l'autre.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

CREDES  
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : ecosante@credes.fr  
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Rédactrices :  
Martine Broido et Nathalie Meunier

Secrétaire maquettiste :  
Aude Sirvain

ISSN : en cours

Environ 4 numéros par an

Prix : 5 euros

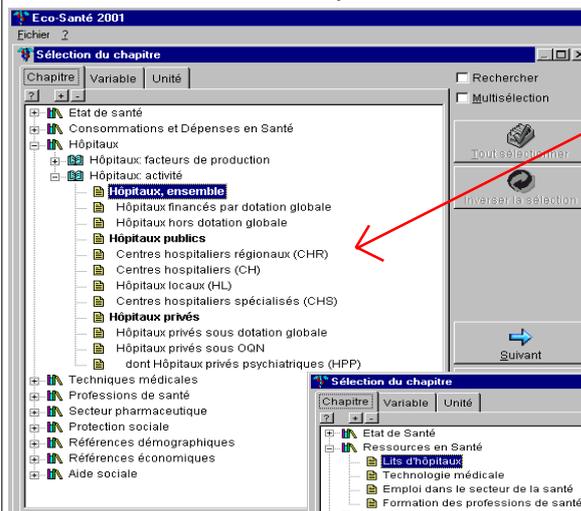
A l'occasion de la parution des versions 2001 des logiciels Eco-Santé France et Eco-Santé Régional, nous vous proposons de faire un tour d'horizon des données disponibles sur l'hôpital à partir des bases Eco-Santé.

L'hôpital occupe, à plusieurs titres une place très importante dans la société française. Tout d'abord, sa mission étant de soigner les malades hébergés dans son enceinte, il contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Il assure également des fonctions de recherche et d'enseignement et participe pleinement à l'innovation technologique et à l'amélioration des connaissances des professions de santé. Ensuite, par sa forte activité, l'hôpital dynamise la vie économique. Il est notamment une source d'emplois importante et fait graviter autour de lui un ensemble d'acteurs médicaux et non médicaux (entreprises de matériels destinés à l'hôpital, laboratoires pharmaceutiques, entreprises du bâtiment...).

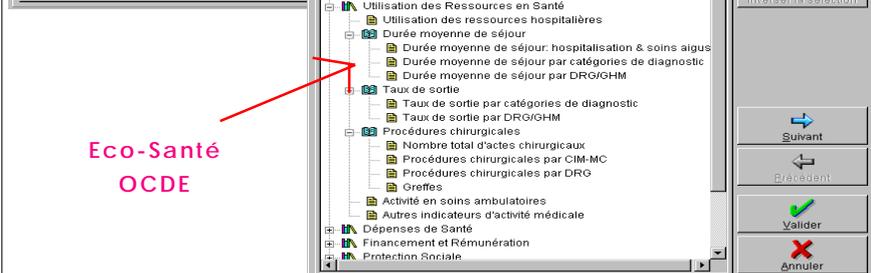
Dans ce numéro, nous proposons :

- de situer les dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé ;
- de préciser le champ de l'hôpital qui regroupe des établissements très divers classés selon leur statut juridique, leur mode de financement ou leur degré de spécialisation ;
- de présenter quelques données récentes et d'évolution sur l'activité hospitalière (nombre d'entrées, durée moyenne de séjour...) et sur les ressources hospitalières (nombre de lits, personnel médical et non médical).

### Les chapitres sur l'hôpital à partir d'Eco-Santé



**Eco-Santé France  
et Eco-Santé  
Régions**  
(depuis 2000, la structure  
des données sur l'hospitalisation est identique  
dans ces deux bases)



**Eco-Santé  
OCDE**

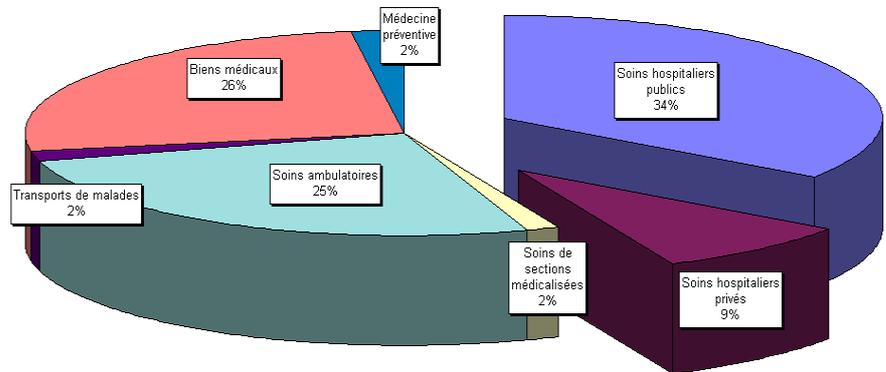
## Consommation et financement des soins hospitaliers

Les comptes de la santé, comptes satellites de la comptabilité nationale, permettent d'appréhender la consommation et le financement des soins hospitaliers. Ces comptes peuvent être consultés à partir d'Eco-Santé France.

En 2000, la consommation de soins hospitaliers représente le premier poste de la consommation de soins (61 %) et presque la moitié (43 %) de la Consommation médicale totale (cf. graphique ci-contre).

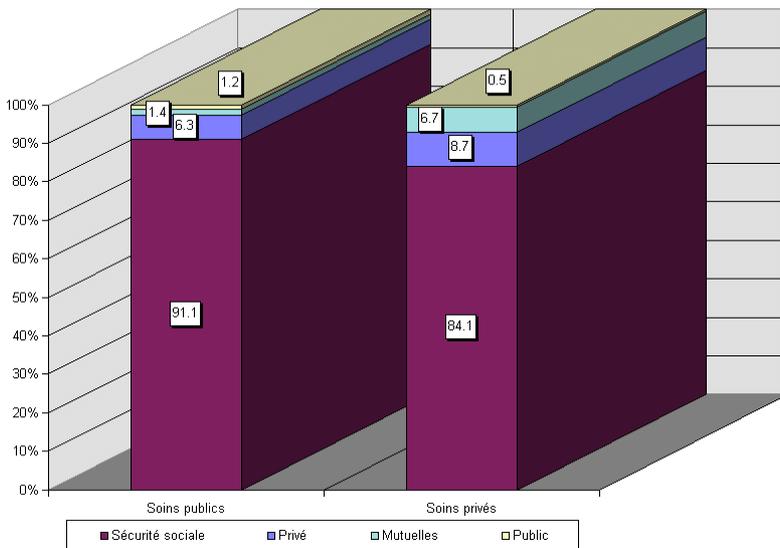
Au niveau des dépenses courantes de santé (DCS), qui mesurent l'effort consacré par l'ensemble des financeurs, la dé-

### L'hôpital dans la consommation médicale totale en 2000



Graphique réalisé avec excel à partir d'un tableau Eco-Santé France 2001 (données DREES)

### Le financement des soins hospitaliers en 2000



Graphique réalisé avec excel à partir d'un tableau Eco-Santé France 2001 (données DREES)

pense de soins hospitaliers est importante puisqu'elle représente en 2000 près de 4 % du PIB et 40% de l'ensemble des dépenses de santé. Les dépenses des hôpitaux du secteur public sont quatre fois plus importantes que celles du secteur privé, soit 44 296 euros contre 10 679 euros. Nous signalons qu'Eco-Santé présente cette année les montants en francs ou en euros (voir tableau ci-dessous).

Le graphique ci-contre montre que la Sécurité sociale est le premier financeur des soins hospitaliers (environ 90 %), puis ce sont les ménages (6,6 %), les mutuelles (2,3 %) et le public (1,1%).

En évolution sur la période 1990-1999, nous constatons un engagement un peu plus marqué de la part de la Sécurité sociale, et des mutuelles, une stagnation pour le public et un désengagement du privé (les ménages).

### Evolution des dépenses de soins hospitaliers publics et privés (en euros)

France	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
DCS: Soins hosp. publics - Valeur, Mos EUR 95	33337	34495	35637	36798	37692	39350	39554	39477	40541	41221	42117
DCS: Soins hosp. privés - Valeur, Mos EUR 95	10171	10189	10578	10691	10710	10881	11010	11094	10333	10118	10156



Tableau réalisé avec Eco-Santé France 2001 (données DREES)

ETABLISSEMENTS DE SANTE			
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE		ETABLISSEMENTS PRIVES DE SANTE	
SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVE	
		Secteur non lucratif	Secteur lucratif
Dotation globale annuelle (fixée dans le cadre d'un budget autorisé par l'ARH)			Objectif quantifié national (OQN) Tarif des prestations (fixé par l'ARH)

Source : Schéma extrait de la publication « l'hospitalisation en France » - Edition 2000 - DHOS - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

## Champ hospitalier et modes de financement

Les établissements hospitaliers, ou établissements de santé, se partagent selon leur statut juridique entre secteur public et secteur privé. A chacun de ces deux secteurs correspond un mode de financement bien différent :

- dotation globale pour le premier,
- tarif des prestations fixé dans le cadre de l'Objectif quantifié national (OQN) pour le second.

Le secteur public comprend les établissements publics de santé ainsi que les établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier (PSPH). De par leur mission de service public et leur mode de financement, la dotation globale, ces deux catégories d'établissement forment un groupe homogène. On y distingue :

- les centres hospitaliers régionaux (CHR),
- les centres hospitaliers (CH),
- les centres hospitaliers spécialisés (en psychiatrie) (CHS)
- les hôpitaux locaux

Le secteur privé comprend les établissements privés à but lucratif et, par opposition au secteur public, les établissements de santé privés à but non lucratif, mais non PSPH.

Dans Eco-Santé, l'hospitalisation est abordée non en terme de secteur, mais en terme d'établissements. Se retrouvent donc ensemble d'une part les établissements publics sous dotation globale et d'autre part les établissements privés sous dotation globale et sous OQN parmi lesquels nous avons fait ressortir les établissements hospitaliers privés psychiatriques (HPP) (voir écran de la première page).

### La dotation globale de financement

Avec la loi du 19 janvier 1983, le mécanisme de financement par une dotation globale s'impose depuis 1984 aux établissements publics et depuis 1985 aux établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier, PSPH. Depuis 1998, il concerne également des établissements privés non PSPH ayant opté pour ce mode de financement. Le système repose sur deux principes :

- la fixation du budget autorisé pour une année sur la base du budget arrêté l'année précédente, par application d'un taux de progression appelé taux directeur ;
- le versement par les caisses d'assurance maladie d'une dotation globale de financement, DGF, qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prises en charge par la sécurité sociale. Elle se définit comme la différence entre les charges d'exploitation et les produits divers du

budget des établissements. La caisse pivot de la sécurité sociale assure en cours d'exercice le financement de la dotation en douze mensualités.

### Les objectifs quantifiés nationaux

Un accord tripartite entre Etat, caisses et profession a fixé un Objectif quantifié National (OQN) depuis 1992. Les objectifs d'évolution sont répartis par discipline (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie).

S'il y a un écart entre objectif et dépenses réelles, un ajustement se fait *a posteriori* sur les prix unitaires, qui sont revus à la hausse ou à la baisse en fonction des résultats.

Un chapitre d'Eco-Santé dans « Consommations et dépenses de soins » intitulé « Objectifs nationaux des dépenses » présente l'objectif fixé en taux d'évolution des dépenses tant au niveau des hôpitaux privés hors dotation globale que des cliniques (voir tableau ci-dessous).

3

### Tableau d'évolution des objectifs de dépenses de santé

France	Objectifs de dépenses Hôpital Object.fixe Taux d'évol	Objectifs de dépenses ONDAM Object.fixe Taux d'évol	Objectifs de dépenses Cliniques privées Object.fixe Taux d'évol		
1990	4.20				
1991					
1992			5.20		
1993			5.90		
1994			3.50		
1995			1.10		
1996	2.10		0.79		
1997	1.25		0.19		
1998	1.30	2.30	1.85	2.20	3.20
1999	2.30	2.60	-0.20	2.70	5.80
2000	2.80	2.50	1.90	6.30	7.50

Tableau réalisé avec Eco-Santé France 2001 (données DREES)

## L'activité hospitalière

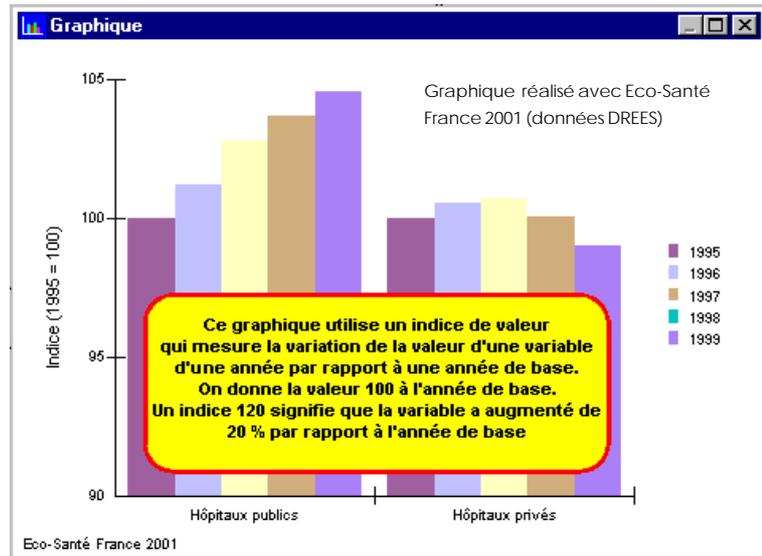
Plusieurs indicateurs permettent de mesurer l'activité hospitalière, le nombre d'entrées, de journées, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits.

### Les entrées

Les entrées totales sont composées d'entrées directes, malades venant de l'extérieur de l'établissement, et d'entrées par mutation, malades venant d'une autre discipline pratiquée dans l'établissement. En 1999, on a compté environ 12 millions d'entrées directes et 1,5 million d'entrées par mutation.

Eco-Santé permet la construction de graphiques afin d'apprécier très vite les tendances. Ainsi, nous constatons, en regardant la période 1995-1999, que les séjours de soins de courte durée diminuent légèrement, les soins de suite et de réadaptation augmentent de 2 à 4 % par an, tandis que les soins de longue durée augmentent fortement, excepté entre 1997 et 1998 où l'on enregistre une diminution. Quant aux séjours de service psychiatrie, toxicomanie, alcoolisme, ils ne cessent de croître, mais de façon modérée. En comparant au niveau établissements publics et établissements privés (graphique ci-dessus), on constate en prenant l'année 1995 comme année de réfé-

### Taux de variation du nombre d'entrées directes dans l'ensemble des hôpitaux



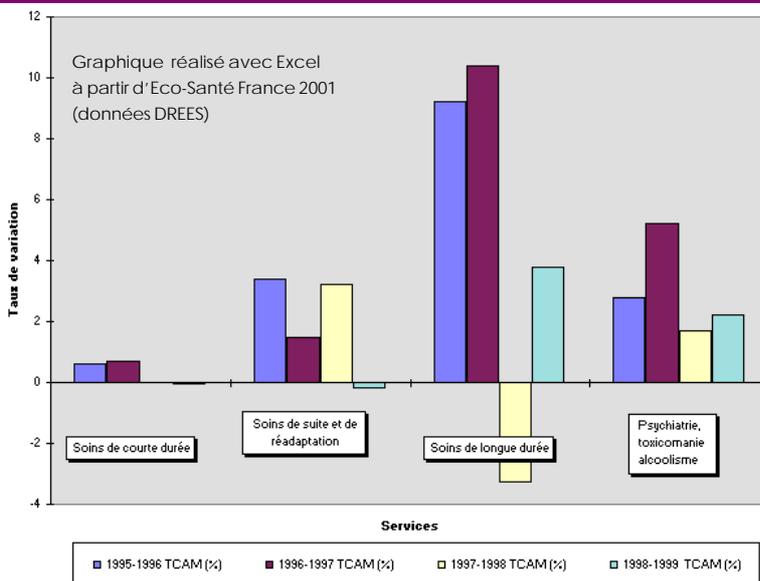
rence (base 100) que c'est dans les établissements publics que les entrées ont le plus augmenté, alors que l'on assiste à une quasi-stagnation des établissements privés. Eco-Santé détaille les informations pour chaque type d'établissement.

Au cours de la même période, les établissements privés sous dotation globale voient leurs entrées totales augmenter fortement par rapport aux autres types d'établissement. Ce mouvement est dû à une très forte hausse entre 1997 et 1998, période pendant laquelle 300 établissements sont pas-

sés d'un prix de journée préfectoral à un financement sous dotation globale. Parallèlement, les établissements privés sous Objectifs quantifiés nationaux enregistrent la plus forte diminution d'entrées totales, les hôpitaux psychiatriques privés (HPP) augmentant de façon perceptible (ce qui n'est pas le cas dans les CHS dans le secteur public).

Si l'on décompose en secteurs nous avons un taux de croissance annuel moyen (TCAM) sur la période 1994-1998 de 1,56 % pour le public et 1,6 % pour le privé.

### Taux de croissance annuel moyen des entrées directes par discipline



### Ecran Eco-Santé du choix des variables d'ac-

Sélection de la variable

Chapitre Variable Unité

Rechercher  Multisélection

Entrées: Ensemble des disciplines

+ Entrées: section hôpital

- . Entrées: soins de courte durée
- . Entrées: médecine
- . Entrées: chirurgie
- . Entrées: obstétrique
- . Entrées: soins de suite ou réadaptation
- . Entrées: soins de longue durée
- . Entrées: psychiatrie, toxico, alcoolisme

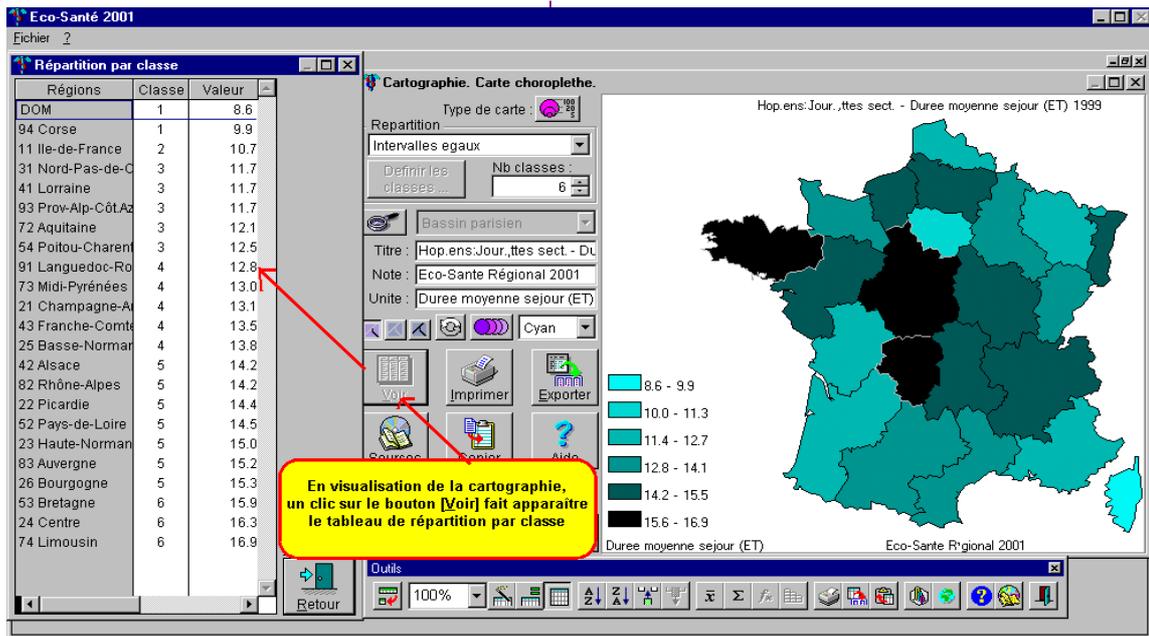
Journées: Ensemble des disciplines

+ Journées: section hôpital

- . Journées: soins de courte durée
- . Journées: médecine
- . Journées: chirurgie
- . Journées: obstétrique
- . Journées: soins de suite ou réadaptat.
- . Journées: soins de longue durée
- . Journées: psychiatrie, toxico, alcoolisme

Tout sélectionner Inverser la sélection Suivant Précédent Valider Annuler

➤ La durée moyenne de séjour dans les régions françaises pour l'ensemble des hospitalisations



Source : Carte réalisée avec Eco-Santé Régions 2001 (données DREES)

**Journées et durées moyennes de séjour**

5

Une autre façon de mesurer l'activité hospitalière est de regarder le nombre de journées. Eco-Santé permet d'observer l'évolution de cet indicateur sur longue période. Ainsi, de 224,2 millions en 1974, le nombre de journées n'a cessé de diminuer, pour arriver à 177,4 millions en 1999.

Mais qu'en est-il de la **durée moyenne de séjour** ?

La durée moyenne de séjour est le rapport du nombre de journées réalisées sur le nombre d'entrées. Toujours sur longue période, elle diminue de moitié pour l'ensemble des

hôpitaux passant de 26,1 en 1974 à 13,1 en 1999. Cette diminution est constatée pour toutes les catégories d'établissement. Elle est toutefois spectaculaire dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) avec une durée moyenne de séjour qui est passée de 198,2 à 39.

Il s'avère donc que les personnes sont plus souvent ou plus nombreuses à être hospitalisées, mais restent moins longtemps. Ce qui est confirmé, en regardant dans Eco-Santé, le taux de fréquentation, nombres d'entrées pour 100 habitants, qui est passé de 16,3 en 1974 à 23,1 en 1999.

Le tableau ci-dessous détaille par service la durée moyenne de séjour ainsi que le taux

d'occupation des lits pour l'année 1999. Pour le court séjour, c'est dans les établissements privés sous dotation globale que la durée moyenne de séjour est la plus longue, notamment en service de chirurgie. Quant aux taux d'occupation des lits, il est plus élevé dans les établissements privés sous OQN, particulièrement en service de médecine.

En ce qui concerne la durée moyenne de séjour, on constate d'importantes disparités géographiques. Ainsi, la durée moyenne de séjour varie de 9,9 jours en Corse à 16,9 dans le Limousin (données disponibles dans Eco-Santé Régions).

➤ Taux d'occupation des lits et durées moyennes de séjour par discipline en 1999

**Taux d'occupation =  
Journées réalisées / lits installés**

**Durée moyenne de séjour =  
Journées réalisées / entrées**

Services	1999	Taux d'occupation			Durée moyenne de séjour		
		Public	Privé/DGF	Privé/OQN	Public	Privé/DGF	Privé/OQN
Médecine		78,3	74,5	88,1	6,3	6,6	6,8
Chirurgie		65,7	61,8	73,6	4,9	5,2	4,8
Gynéco-obstétrique		67,1	69,2	73,4	4,5	4,8	5,4
<b>Courte durée</b>		<b>73,5</b>	<b>68,8</b>	<b>76,5</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,2</b>

Tableau réalisé avec Excel à partir de tableaux tirés d'Eco-Santé France 2001 (données DREES)

Eco-Santé OCDE permet d'accéder à la durée moyenne de séjour par diagnostic ou groupe homogène de maladies (GHM). Regardons comment se situe la France au niveau de la durée moyenne de séjour pour cancer du poumon (voir tableau ci-contre). Elle occupe une position moyenne avec 10,5 jours, durée inférieure à celle enregistrée au Portugal et en Espagne (12,8) et supérieure à celles de l'Autriche (7,8) ou du Danemark (7,6).

➤ La durée moyenne de séjour pour cancer du poumon dans différents pays de l'union européenne

**Les facteurs de production**

Eco-Santé présente, parmi les facteurs de production des hôpitaux, les lits et le personnel hospitalier.

**Les lits**

Eco-Santé présente le nombre de lits installés qui correspond au nombre de lits en état d'accueillir des malades et de lits temporairement fermés pour cause de travaux, ainsi que le nombre de berceaux-couveuses.

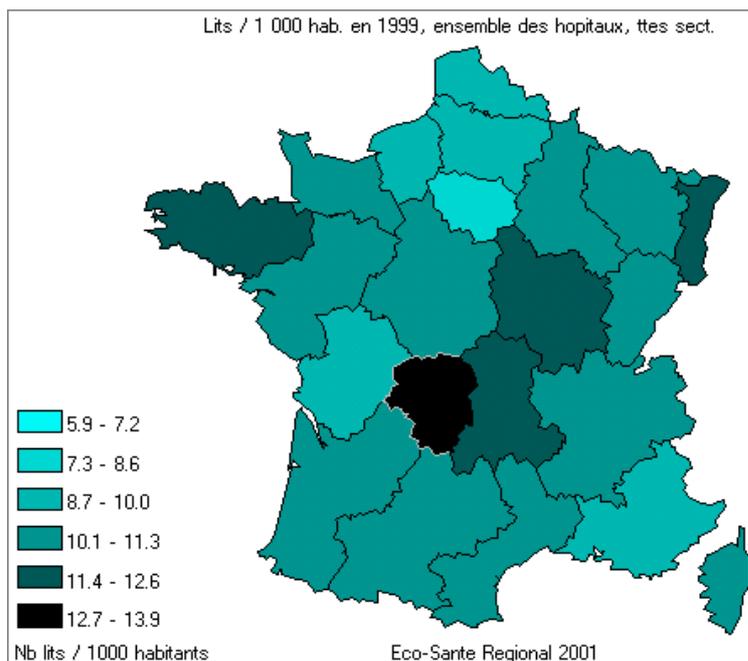
Les lits supplémentaires occupés en cas d'ur-

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Autriche	14.2	13.2	12.8	11.7	11.4	10.7	10.4	9.7	8.5	7.8
Belgique					12.4	12.0	11.9	11.9	11.3	11.4
Danemark	9.2	9.8	9.7	8.8	8.8	8.7	8.2	8.2	7.9	7.6
Finlande	11.9	11.3	12.0	10.6	10.0	9.8	9.3	9.1	8.7	8.6
France					9.2			10.4	10.4	10.5
Allemagne					16.0	15.8	14.6	13.1	12.8	12.2
Grèce	9.0	9.0	8.0	9.0	8.0	9.0				
Irlande	14.0	14.3	13.8	13.2	13.7	14.1	13.5	13.4	11.2	10.8
Italie	15.2	16.1	14.7	14.3	14.2	14.0		12.8	12.6	12.7
Portugal		17.3	17.1	16.6	15.2	15.5	14.6	13.3	13.3	12.8
Espagne	16.7	15.7	16.0	14.6	13.4	13.2	14.0	13.2	12.7	12.8
Suède	13.0	12.6	12.2	11.6	11.0	10.0	10.2	9.9	9.5	9.7
Royaume-Uni	10.7	10.7	10.9	10.0	10.3					

Tableau réalisé avec Eco-Santé OCDE 2001 (données OCDE)

6

➤ Carte régionale du nombre de lits pour 1 000 habitants en 1999



Carte réalisée avec Eco-Santé Régions 2001 (données DREES)

gence ne sont pas compris. Les lits reflètent la capacité d'hébergement.

La France compte 10,1 lits pour 1 000 habitants. La Lozère compte le plus grand nombre de lits : 22,2 pour 1 000 habitants. L'Ille-et-Vilaine et la Meuse occupent une position centrale avec 10,9 lits. Dans les départements de métropole, c'est l'Essonne qui en a le moins : 6,7 lits et de tous les départements DOM compris, c'est la Réunion avec 4,1 lits.

Regardons au plan régional ces données, de façon à les rapprocher des données d'activité observées ci-dessus. Le Limousin enregistre à la fois le plus grand nombre de lits pour 1 000 habitants (13,9) et la durée moyenne de séjour la plus élevée. A l'opposé, en Ile-de-France, où la durée moyenne de séjour est basse, le nombre de lits pour 1 000 habitants (8) au plus bas, juste avant les DOM.

**Le personnel hospitalier**

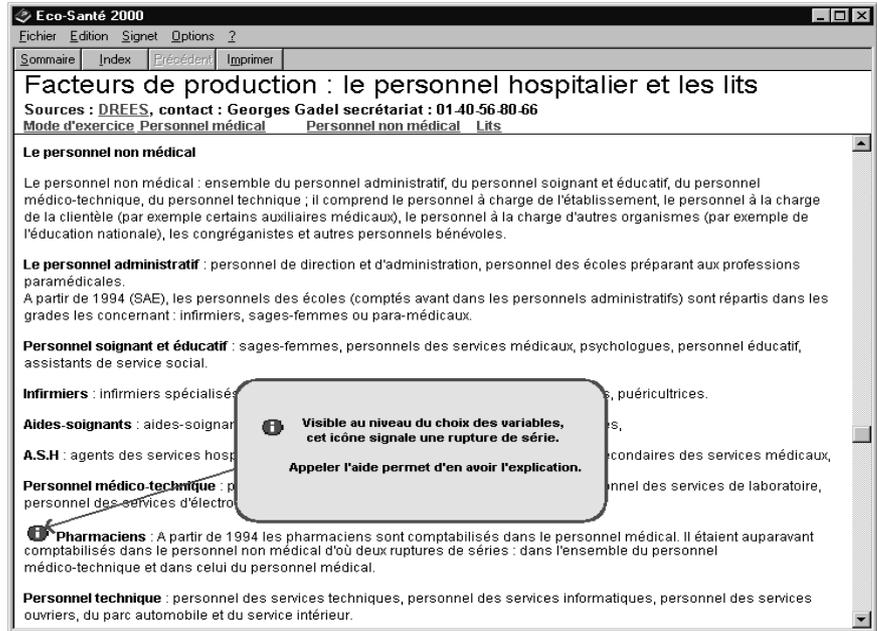
Le personnel hospitalier est composé du personnel médical et non médical.

- Le **personnel médical** comprend l'ensemble des praticiens libéraux, salariés exerçant à temps plein ou à temps partiel à l'hôpital, internes et occasionnels.
- Le **personnel non médical** est composé de l'ensemble du personnel administratif, du personnel soignant et éducatif, du personnel médico-technique, du personnel technique ; il comprend le personnel à charge de l'établissement, le personnel à la charge de la clientèle (par exemple certains auxiliaires médicaux), le personnel à la charge d'autres organismes (par exemple de l'éducation nationale...).

L'écran d'aide ci-contre détaille l'ensemble du personnel non médical.

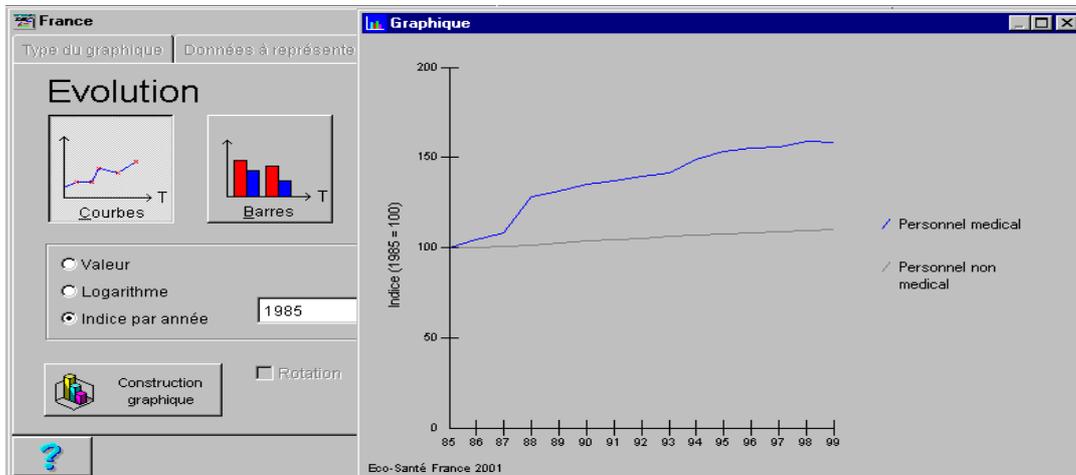
Sur le graphique ci-dessous, nous constatons que, sur la période 1985-1999, le per-

➤ **Ecran d'aide accessible à tout niveau pour vérifier une définition ou une source de données**



➤ **Personnel médical et non médical : choix d'un graphique d'évolution, sélection de l'année 1985 en base 100**

7



Source : Graphique réalisé avec Eco-Santé France 2001 (Données DREES)

➤ **Evolution des effectifs du personnel médical et non médical**

	Etablissements publics		Etablissements privés			
	Secteur public		Secteur privé		Secteur privé	
	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés ss DG	Hôpitaux privés sous OQN	Personnel médical	Personnel non médical	Personnel non médical
	Personnel médical	Personnel non médical	Personnel médical	Personnel non médical	Personnel médical	Personnel non médical
1994	77 466	673 721	9 989	86 026	56 044	159 321
1995	79 701	676 704	10 185	89 255	58 083	156 512
1996	80 961	681 332	10 209	89 330	58 140	160 399
1997	81 288	682 067	10 192	89 665	58 823	162 002
1998	83 748	686 213	12 577	107 094	56 961	146 256
1999	84 096	692 914	12 598	107 615	55 775	145 911

Tableau réalisé avec Excel à partir de tableaux tirés d'Eco-Santé France 2001 (Données DREES)

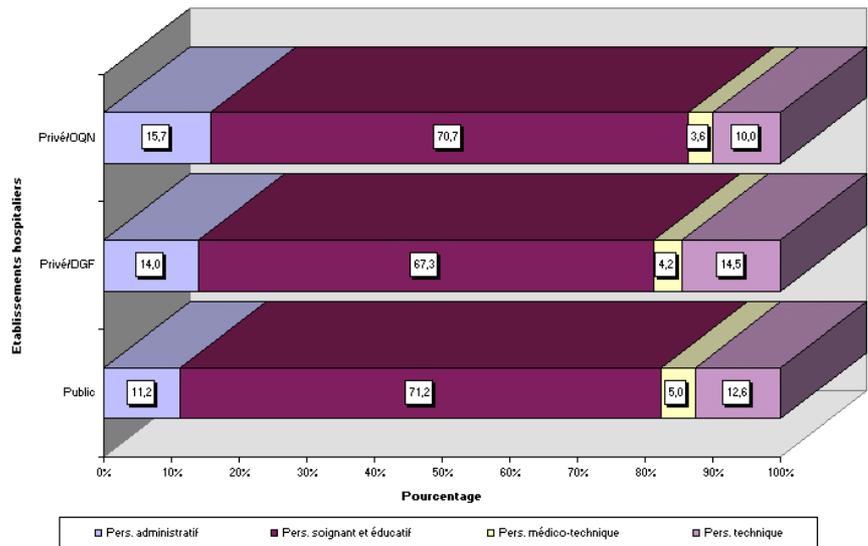
sonnel médical dans l'ensemble des hôpitaux hospitaliers a fortement progressé (+59 %) alors que le personnel non médical stagne quasiment (+ 0,7 %). Rappelons que les pharmaciens ont été rattachés en 1994 au personnel médical alors qu'ils étaient comptabilisés auparavant dans le personnel non médical (écran d'aide p. 7)

Le graphique ci-contre décrit la répartition du personnel non médical en fonction du type d'établissement en 1999. On note ainsi que les personnels soignant, éducatif et médico-technique sont plus représentés dans les établissements publics. En revanche, le personnel administratif est relativement plus important dans le secteur privé. Et c'est dans les établissements privés sous dotation globale que le personnel technique est le plus important.

Pour finir, nous ne pouvons oublier, parmi les facteurs de production, les équipements lourds. Eco-Santé détaille la liste de ces équipements soumis à la procédure de la carte sanitaire (annuaire publié par l'Acrim). Ces équipements concernent l'imagerie médicale, à savoir l'imagerie nucléaire, la scannographie, l'angiographie numérisée, l'imagerie par résonance magnétique et la radiothérapie (voir dans le thème « Techniques médicales », le chapitre « Equipements lourds »).

8

## Composition du personnel non médical en 1999



Graphique réalisé avec Excel à partir de tableaux tirés d'Eco-Santé France 2001 (Données DREES)

## Prochain numéro l'industrie pharmaceutique

### Nouveautés Eco-Santé 2001

Les nouveautés et les améliorations de la version 2001 d'Eco-Santé sont :

- la possibilité d'interrogation des bases en francs ou en euros,
- la modification de la structure des chapitres concernant l'aide sociale « Eco-Santé Départements » et « Eco-Santé Régions ». Désormais ces chapitres sont alignés sur « Eco-Santé France » ;
- l'introduction de l'année 2001 en prévision d'une mise à jour Internet en fin d'année ;
- l'aide en ligne disposant d'une arborescence pour la navigation.
- la possibilité de redimensionner les fenêtres de sélection des variables, permettant de visualiser plus de 18 chapitres, et/ou sous-chapitres, sans utiliser la barre de défilement ;
- la sélection des groupes de pays sur l'onglet [Pays] et le réglage de la taille des listes de pays ou de groupes ;
- la construction de tableaux en trois dimensions (plusieurs variables, années et pays sur le même tableau) ;
- le clic droit actif dans la visualisation des tableaux ;
- l'accès contextuel à l'aide sur les données à partir de la barre d'outils ;
- l'accès à des dossiers pour gérer les tableaux sauvegardés.

Pour en savoir plus sur Eco-Santé : [www.credes.fr/ecosante/index.htm](http://www.credes.fr/ecosante/index.htm)

## Mise à jour Internet

**Mise à jour des données par Internet**

Au cours d'une même version, l'équipe d'Eco-Santé peut mettre à jour certaines des séries de données existantes. Si vous désirez reporter ces nouvelles valeurs, il vous est possible de le faire par Internet.

**Avec votre explorateur Internet :**

- connectez-vous sur le site du CREDES dont l'adresse est la suivante : [www.credes.fr](http://www.credes.fr) ;
- vous y trouverez des informations sur les différentes bases Eco-Santé et les fichiers à télécharger pour mettre à jour ces bases ;
- double-cliquez sur [Chargement] et indiquez le dossier de votre micro-ordinateur dans lequel vous désirez copier les fichiers ;

**Sous Windows :**

- Une fois le fichier téléchargé, double-cliquez dessus pour l'exécuter ;
- Le fichier téléchargé est en fait un fichier compressé autoextractible (.EXE) contenant 2 fichiers :
  - la mise à jour de la base de données proprement dite ;
  - un fichier lisez-moi qui explique les mises à jour contenues dans le premier fichier.

**Avec Eco-Santé :**

- dans le menu principal, cliquez sur Mise à jour Internet ;
- une fenêtre de sélection de fichiers apparaît à l'écran. Indiquez l'endroit où a été téléchargé le fichier de mise à jour et validez.

**NOUVEAUTE :**  
Arborecence dans l'aide