

L'hôpital en France

Bibliographie thématique

Juillet 2023

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/l-hopital-en-France.html

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence sur l'hôpital en France, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire. Les références portent sur la période 1990-2023, avec quelques documents clefs sur la période antérieure pour l'aspect historique.

Les recherches ont été réalisées sur la base documentaire de l'Irdes, sur la banque de données en santé publique (BDSP) ainsi que sur Cairn et Pubmed.

Les références bibliographiques sont classées par date, puis par ordre alphabétique d'auteurs et/ou de titres.

Certaines publications sont disponibles gratuitement en ligne (voir mention à la fin de la notice). Les publications payantes peuvent être consultées, sur rendez-vous, au [centre de documentation de l'Irdes](#) ou bien commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)), de la [BIU Santé](#) ou de la [British Library](#).

Il ne sera, en revanche, **délivré aucune photocopie par courrier** des références signalées dans cette bibliographie.

Sommaire

L'hôpital dans son contexte : organisation, réformes, planification.....	4
L'ORGANISATION HOSPITALIERE.....	4
LES REFORMES HOSPITALIERES	37
LA PLANIFICATION HOSPITALIERE	50
LA PSYCHIATRIE	74
Les ressources financières : budget, comptabilité, tarification.....	86
LE BUDGET HOSPITALIER	86
LA COMPTABILITE HOSPITALIERE	102
LA TARIFICATION HOSPITALIERE.....	109
Les ressources humaines.....	153
La production de soins : pathologies, interventions chirurgicales, accès aux soins.....	215
QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE.....	215
LES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS.....	233
LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES.....	265
LES URGENCES HOSPITALIERES	275
LA SANTE MENTALE.....	290
L'ACCES AUX SOINS : DISPARITES GEOGRAPHIQUES ET INEGALITES SOCIALES	306
La qualité des soins : performance, efficience, satisfaction des usagers, accréditation.....	324
L'ACCREDITATION ET LA CERTIFICATION	324
LA PERFORMANCE	329
LA QUALITÉ DES SOINS.....	345
LA SATISFACTION DES USAGERS.....	386
Le parcours de soins ville – hôpital.....	398
Les alternatives à l'hospitalisation	450
L'HOSPITALISATION A DOMICILE	450
LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	480
Les systèmes d'information : informatique hospitalière, PMSI, dossier médical	500
La Réglementation hospitalière.....	537
Un aperçu historique.....	553
Quelques études internationales	563
Ressources électroniques	604

L'hôpital dans son contexte : organisation, réformes, planification

L'ORGANISATION HOSPITALIERE

2023

Seppanen, A. V. et Or, Z. (2023). "Comment améliorer la soutenabilité environnementale des systèmes de santé ? Une revue de littérature et un cadre d'action pour la France." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(278): 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/278-comment-ameliorer-la-soutenabilite-environnementale-des-systemes-de-sante.pdf>

Le réchauffement climatique constitue une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé. En même temps, les activités du système de santé ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent à l'empreinte écologique. Ce phénomène restant largement sous-estimé dans les politiques publiques, il apparaît urgent d'identifier les modes d'action susceptibles de réduire les émissions de gaz à effet de serre du système de santé, et de développer des stratégies visant à garantir sa soutenabilité environnementale. Notre étude s'appuie sur les résultats de deux revues de littérature internationale : la première identifie les principales sources de pollution et les principaux domaines du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique, et la seconde présente un échantillon représentatif des mesures mises en œuvre dans les pays industrialisés, et leur impact estimé, pour réduire l'empreinte écologique. À partir des résultats de ces deux revues, nous proposons un cadre d'action holistique pour la France, où les activités de santé contribuent à près de 8 % des émissions nationales de carbone.

Seppanen, A. V. et Or, Z. (2023). The Environmental Sustainability of Health Care Systems. A literature review on the environmental footprint of health care systems and interventions aiming to reduce it – for a framework for action for France. Les rapports de l'Irdes ; 586. Paris Irdes: 100.

<https://www.irdes.fr/english/reports/586-the-environmental-sustainability-of-health-care-systems.pdf>

Le réchauffement climatique constitue une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé. En même temps, les activités de soins ont des effets non négligeables sur l'environnement et contribuent au réchauffement climatique. Le rôle joué par les soins dans ce phénomène reste néanmoins largement sous-estimé dans les politiques publiques. Il est donc urgent d'identifier les mesures susceptibles de réduire l'impact environnemental du système de santé, et de développer des stratégies visant à garantir sa soutenabilité environnementale. Ce rapport, mené par l'Irdes en partenariat avec le secrétariat général du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), présente les résultats de deux revues de littérature complémentaires : la première propose un panorama des principales sources de pollution et des principaux domaines du système de santé qui contribuent à l'empreinte écologique ; la seconde identifie un échantillon représentatif des mesures mises en œuvre dans les pays industrialisés – et leur impact estimé – pour réduire l'empreinte écologique des activités de soins. A partir des résultats de ces deux revues de littérature, nous proposons un cadre d'action holistique visant à améliorer la soutenabilité environnementale du système de santé en France. Ce rapport, rédigé en anglais, propose une synthèse en français.

2022

Alby, M. L., Caniard, E., Couty, E., et al. (2022). Conforter le service public hospitalier, restaurer la confiance, Paris : Terra Nova

<https://tnova.fr/societe/sante/conforter-le-service-public-hospitalier-restaurer-la-confiance/>

L'hôpital souffre toujours, malgré les mesures d'urgence prise après le premier confinement. Crise de moyens, de management et d'organisation. Mais il s'agit avant tout d'une crise de la mission de l'hôpital public. Quel est son rôle aujourd'hui?? Le lien avec les territoires offre une perspective générale aux acteurs du monde hospitalier, en partenariat avec l'ensemble des acteurs de santé à la même échelle territoriale.

Budet, J. M. et et al. (2022). "L'hôpital au rapport 2022 : dossier." Gestions Hospitalieres(621): 630-660.

Ce dossier est dédié à certains rapports publiés en 2022 et consacrés à l'hôpital en France.

Cash, R. (2022). "Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(71): 47-59.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-33.htm>

Les symptômes d'une crise de l'hôpital public sont nombreux (fermetures subies de lits, postes vacants, démissions, déficits...) et, s'ils ne datent pas de la crise sanitaire, celle-ci a encore aggravé la situation, malgré les mesures du Ségur de la santé. Nous discutons les difficultés liées aux trois niveaux du dispositif d'allocation des ressources : l'Ondam et les mécanismes macro-économiques gérés au plan national ; les mécanismes de répartition des ressources entre établissements, à commencer par la tarification à l'activité ; la répartition interne des budgets hospitaliers entre les services qui relèvent de l'administration hospitalière et sa gouvernance. Même si certaines solutions peuvent résider dans l'organisation hospitalière (gestion des ressources humaines ; poursuite de l'évolution vers l'hospitalisation de jour ; travail sur les organisations et procédures), l'essentiel des actions à mener semble se situer en dehors de l'hôpital, via une refonte du cadre de fonctionnement des établissements (simplification administrative, diminution du nombre de couches décisionnelles, autonomie plus grande dans la façon d'organiser les unités de soins et la politique de coopération), et une meilleure structuration des soins de proximité, avec renforcement de la coordination ville-hôpital.

Catanas, M. (2022). "La direction des soins : histoire d'une lutte pour la reconnaissance institutionnelle du soin." Gestions Hospitalieres(617): 347-355.

Dans une note transmise au gouvernement et publiée sur le site des Echos en mai 2022, le directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Martin Hirsch, fait des propositions pour une refondation de l'hôpital public. L'une d'entre elles a particulièrement agacé les directeurs de soins puisqu'il proposait de réduire leur rôle à une simple fonction de conseiller du DRH. Pourtant les directeurs de soins ont montré leur place incontournable, notamment grâce à leur expertise soignante, en défendant la qualité des soins et le développement des compétences professionnelles de l'ensemble des paramédicaux. Cet article revient donc sur la place institutionnelle que méritent les directeurs de soins.

Cour de sComptes (2022). L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables. La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 166-187.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2022>

L'imagerie médicale, selon l'Académie nationale de médecine, consiste en l'ensemble des techniques permettant d'obtenir une représentation, soit morphologique, soit fonctionnelle, d'une région anatomique ou d'un organe, dans un but de diagnostic médical ou de surveillance thérapeutique. Elle s'appuie sur une gamme étendue d'équipements faisant appel à plusieurs technologies : salles de radiologie conventionnelle, scanners, appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM), tomographes à émission de positons (TEP), échographes. Les dépenses d'assurance maladie liées à l'exercice de cette discipline ont représenté en 2021, au titre des soins de ville, 4,8 Md€. La part des dépenses hospitalières demeure inconnue, en raison du système de financement à l'activité qui, pour les séjours d'hospitalisation, repose sur des tarifs de groupes homogènes de séjour qui doivent couvrir l'ensemble des coûts engendrés par la prise en charge, sans que le détail relatif à l'imagerie soit isolé. La Cour avait relevé en 2016 plusieurs faiblesses affectant l'imagerie : un parc d'équipement en scanners et en IRM numériquement moins important, en moyenne, que dans les pays membres de l'OCDE et inégalement réparti sur le territoire ; d'importantes vacances de postes de médecins radiologues à l'hôpital, la profession étant majoritairement orientée vers l'activité libérale ; des dépenses d'assurance maladie élevées et en hausse.

Deroche, C. et Jomier, B. (2022). Rapport sur la situation de l'hôpital et sur le système de santé en France. Paris Sénat: 313.

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html>

À la demande du groupe Les Républicains, le Sénat a constitué une commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. À l'issue de près de quatre mois de travaux, la commission d'enquête appelle à redonner du souffle à l'hôpital en lui laissant davantage de liberté et d'autonomie dans son organisation, en lui attribuant des moyens proportionnés aux défis de santé actuels et en redessinant sa place au sein du système de soins.

FHF (2022). Territoires de santé. Une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population. Paris FHF: 25.

https://www.fhf.fr/content/download/200598/1753912/version/1/file/Territoires_Sante-VF.pdf

La Commission « Parcours de santé et de vie, Prévention, Accès aux soins et Territoires » de la FHF a souhaité se pencher sur l'organisation territoriale de la santé dans un contexte de réformes majeures conduites ces dernières années (Ma Santé 2022, Pacte de refondation des urgences, Ségur de la Santé, hôpitaux de proximité...) mais également à l'aune de la crise Covid qui a bouleversé certaines pratiques et interrogé les organisations en place. La présente contribution s'est appuyée sur un collectif de travail très mobilisé au sein de la commission, ainsi que sur des présentations illustrant les réformes en cours et des témoignages d'acteurs de terrain : hôpitaux de proximité

Frajerman, A. (2022). Quel hôpital en 2030 ? Paris Fondation Jean Jaurès: 32.

<https://www.jean-jaures.org/publication/quel-hopital-en-2030/>

Il ne peut y avoir de service public de la santé sans personnels hospitaliers. Or, les démissions se multiplient à un rythme inquiétant. Au-delà de la surmobilisation que l'épidémie de Covid-19 a engendrée, c'est la persistance des conditions de travail dégradées qui est mise en avant pour expliquer un tel mouvement, que les annonces formulées en urgence lors du Ségur de

la santé n'ont pas enrayé. Il est temps de repenser l'hôpital français, plaide Ariel Frajerman qui formule un ensemble de propositions immédiatement applicables.

Gelly, M. et Spire, A. (2022). "L'encastrement du privé dans l'hôpital public." Sociétés contemporaines **126**(2): 5-31.

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2022-2-page-5.htm>

Résumé Cet article met en lumière les formes et les effets du développement des activités privées au sein de l'hôpital public. Les consultations privées, la mise à disposition d'infrastructures publiques à des médecins du secteur libéral ou encore le recours fréquent aux intérimaires transforment les principes qui fondent l'ethos de service public de plusieurs façons. Le développement de ces activités fragilise l'égalité de traitement en différenciant les filières de soins selon les ressources des patient-es, remet en cause la défense de l'intérêt général en privilégiant les intérêts pécuniaires des médecins et ceux de l'hôpital sur ceux des patient-es, et affaiblit les collectifs de travail en favorisant la compétition entre les agents. De telles évolutions poussent certains agents à quitter l'hôpital public, tandis que d'autres femmes, agents peu qualifiés, médecins des spécialités peu rentables y restent en déplorant que certaines valeurs s'y érodent.

Gervais, A. (2022). "La crise de l'Hôpital Public : diagnostic pronostic et traitement." Raison présente **223-224**(3): 161-170.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-161.htm>

La crise de l'Hôpital Public français est là : cet été un service d'urgences sur cinq est fermé totalement ou partiellement, près de 30 % des lits d'hôpitaux indisponibles faute d'un nombre suffisant de soignants, 30 % des postes de médecins occupés non par leur titulaire mais – dans le meilleur des cas – par des intérimaires ou des contractuels. Et alors que les centres hospitaliers publics dans des zones rurales ou péri-urbaines défavorisées constituent le seul accès aux soins, faute de médecins généralistes disponibles, cette année l'accès aux urgences a été restreint, filtré, interdisant un recours direct pour une partie de la population n'ayant aucun médecin référent. Comment est-on passé du « système de santé parmi les plus performants du monde » à cet effondrement généralisé ? L'hôpital souffre, hormis en psychiatrie sectorisée, d'une absence de maillage territorial sanitaire. Par ailleurs, il est tourné vers une prise en charge curative des maladies, ignorant la prévention et peu adapté à l'accompagnement des maladies chroniques. Enfin, il est en concurrence avec un système privé de santé ne subissant aucune des contraintes imposées au public.

Gurtner, E. et Habran, Y. (2022). Chapitre 6. Sophie Pottier, décroiser l'hôpital pour améliorer le parcours patient... notamment en période de crise. Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19. Caen, EMS Editions: 80-93.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-80.htm>

Durant la crise Covid la gestion des lits a été une problématique fondamentale puisqu'il a fallu, souvent dans des temps très courts, réorganiser les capacités d'accueil des établissements afin de prendre en charge des patients Covid arrivant en nombre. Cela a nécessité une forte adaptation de la part des établissements hospitaliers afin de convertir des lits en lits Covid. Certains services ont dû fermer et d'autres ont dû réduire la capacité d'accueil afin de concentrer les lits et les compétences sur les cas Covid et d'ouvrir et d'« armer » de nouveaux lits de soins intensifs et de réanimation. Sophie Pottier, dont nous faisons le portrait ici, est cadre supérieure de santé, en charge de la gestion centralisée des lits et de l'optimisation du parcours patient au CHRU de Nancy depuis 2015. Son témoignage

et son expérience nous permettent de resituer les enjeux de la mise en place d'un outil de gestion des lits avant la crise sanitaire puis de mettre en évidence le rôle que cet outil a joué dans la gestion de la crise sanitaire au CHRU. Ils nous permettent aussi de réfléchir, au-delà de la gestion des lits, à l'organisation du parcours patient et à la coordination avec d'autres acteurs du territoire. En effet, cette gestion de crise a permis, comme nous le développerons, d'expérimenter de nouvelles manières de faire, comme par exemple une coordination accrue avec les acteurs extérieurs au CHRU pour trouver des lits disponibles. Ces expérimentations indiquent certaines voies de développement utiles pour mieux gérer les lits à l'échelle d'un territoire.

Montangon, M. (2022). "À propos de la situation actuelle de l'hôpital public." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)(41): 6.

<https://cahiersdesante.fr/editions/a-propos-de-la-situation-actuelle-de-lhopital-public/>

L'auteur donne une analyse politique de la situation de l'hôpital public et avance des solutions structurées et radicales de nature à régler les problèmes au moment où la France va choisir ses nouveaux députés.

Toutlemonde, F., Boisguerin, B., Courtejoie, N., et al. (2022). Les établissements de santé. Edition 2022. Panoramas de la DREES. Paris Drees: 231.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

En 2020, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Ils ont été très affectés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, qui s'est traduite par plusieurs ruptures majeures de tendances et une baisse sans précédent de l'activité hospitalière.

Zaki, L. et Pierre-Vladimir, E. (2022). "Comment le néolibéralisme et ses méthodes de gestion ont contribué à atomiser l'Hôpital : une perspective historique." Médecine **18**(8): 382-384.

L'effondrement du communisme ne laissa persister qu'un seul modèle : le capitalisme et ses besoins de croissance sans fin. Progressivement la nécessité de progrès social n'avait plus de raison d'être en l'absence de rival au capitalisme. Le néolibéralisme domine depuis les années 80 avec la théorisation d'un modèle de création de richesses largement promu par le couple États-Unis/Royaume-Uni (Reagan/Thatcher) [1]. Ce modèle va laisser pour compte une partie substantielle de la population mondiale.

2021

Budet, J. M. et et al. (2021). "L'hôpital au rapport 2021 : dossier." Gestions Hospitalieres(611): 596-637.

Ce dossier est dédié à certains rapports publiés en 2021 et consacrés à l'hôpital en France.

Castel, P. (2021). Bilan à cinq ans de la mise en place des GHT : quel bilan, quelles perspectives ?, Tours : Conférence des directeurs généraux de CHRU

<https://www.dg-chru.fr/grand-dossier-ght/>

Le présent dossier délivre un bilan à cinq ans de la mise en place des GHT. Souvent caricaturé, leur fonctionnement doit être documenté pour en tirer les constats à même de justifier d'éventuelles actions correctives. L'analyse suivante est construite autour de retours

d'expériences de plusieurs GHT. Ces «illustrations» portent sur les activités médicales et soignantes, la démographie médicale et les fonctions supports. Elles viennent en complément d'analyses plus techniques et à dominante financière pouvant relever des juridictions financières (Cour des comptes) ou des corps d'inspection (Igas).

Cour des Comptes (2021). "Les établissements de santé face à la première vague de covid 19 : exemples néo-aquitains et franc-comtois". In: [Le rapport public annuel 2021 de la Cour des Comptes; Tome 1]. Paris : Cour des comptes : 178-208.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

En juin 2020, les juridictions financières ont décidé d'engager une enquête sur les conséquences de la pandémie de covid 19 à partir d'un échantillon d'établissements de santé. À cette date, la première vague n'était pas achevée, nombre de prévisions anticipaient un rebond et la plupart des établissements étaient encore plongés dans la gestion de crise. L'enquête s'est, en conséquence, attachée à respecter trois objectifs : fournir, en parallèle des travaux de la Cour sur les soins critiques, une vision territoriale du système de soins face à la crise ; mettre à disposition du débat public des constats généraux contredits avec l'ensemble des acteurs pour éclairer les citoyens comme les décideurs ; porter l'essentiel des investigations sur une région moins en tension (Nouvelle-Aquitaine), pour ne pas sur-solliciter les acteurs sanitaires, qui ont d'ailleurs accueilli positivement cette enquête. Le système de soins ainsi analysé apparaît globalement mal préparé à une crise inédite, profonde et durable, avec des plans peu adaptés et des fragilités dans la circulation de l'information (I). À l'échelon des établissements, ce système a su s'adapter rapidement pour faire face à la première vague, mais au prix d'importantes réorganisations et d'une déprogrammation massive, dont les conséquences seront potentiellement lourdes en sortie de crise, surtout au regard du nombre de patients covid confirmés (II). Un certain nombre d'observations portent enfin sur les difficultés à comptabiliser précisément les capacités de soins initiales, les lits de réanimation disponibles ou le nombre de personnes atteintes par le virus.

Cour des Comptes (2021). Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise. Le rapport public annuel 2021 de la Cour des Comptes; Tome 1, Paris : Cour des comptes: 150-174.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. Il s'agit là d'un phénomène inédit : la réanimation constitue une activité hospitalière très spécifique, peu connue du grand public, rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle et peu mise en avant dans les politiques publiques. Elle concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne, avec des pics d'activité récurrents en hiver. Dans un contexte de crise sanitaire de longue durée, la Cour a cherché à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques

de Kervasdoué, J. (2021). "Hôpital public, hôpital à but non lucratif : quel est aujourd'hui le plus adapté ?" Les Tribunes de la santé **69**(3): 39-48.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-39.htm>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

La France a eu la chance d'hériter de son histoire un tissu hospitalier aux structures juridiques multiples. Il est donc possible de les comparer et notamment de voir comment l'État s'est progressivement immiscé dans l'organisation de l'hôpital public lui faisant ainsi payer les conséquences d'une extrême centralisation et d'une tout aussi manifeste rigidité. Ce n'est pas le cas des établissements à but non lucratif qui certes subissent aussi de trop nombreuses règles bureaucratiques, mais sont aussi plus souples, plus adaptables et plus adaptés et, en cela, constituent un modèle pour les réformateurs à venir.

Domin, J.-P. (2021). "Hôpitaux publics versus cliniques privées : comparaison n'est pas raison." Les Tribunes de la santé 69(3): 49-57.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-49.htm>

La comparaison des coûts entre les secteurs public et privé lucratif revient assez souvent dans le débat public. Mais il faut se garder de toute généralisation dans la mesure où un certain nombre d'éléments permettent d'expliquer scientifiquement la différence des coûts. Nous montrons dans un premier temps que la littérature a assez bien identifié la formation des coûts dans les établissements de soins. Dans un second temps, nous identifions trois raisons : la différence d'activité, le recrutement de la patientèle et le coût du patrimoine immobilier.

Fauchier-Magnan, E. et Fenoll, B. (2021). La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Paris Igas: 185.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>

Le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission d'évaluation de l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Ce rapport dresse un panorama préoccupant des professions en charge de la santé de l'enfant : crise des différentes composantes de la médecine de l'enfant en ville (pédiatrie libérale, PMI et médecine scolaire), notamment du fait de leur démographie (44% des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans) et de leur répartition inégale sur le territoire (8 départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants) ; rôle croissant des médecins généralistes, inégalement formés à la médecine de l'enfant ; perte d'attractivité de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique à l'hôpital ; mobilisation et valorisation insuffisantes des compétences des professionnels paramédicaux (infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture) ; difficultés de la pédopsychiatrie. La coordination des acteurs de santé de l'enfant reste un objectif insuffisamment concrétisé, notamment entre médecine de ville et hôpital.

Gerain-Breuzard, M.-N. (2021). "Le Covid : accélérateur des évolutions à l'hôpital." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 121-128.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-121.htm>

La pandémie de Covid-19, situation très inédite par sa force et sa durée, a sollicité deux leviers essentiels dans le fonctionnement hospitalier : la gouvernance – qui pilote, qui décide ? – et le management – l'animation de la communauté pour atteindre les objectifs. Si le directeur, par la responsabilité unique qui est la sienne, s'est trouvé en position de décideur final, sa mission n'a pu s'assumer que par un management collégial et participatif en lien continu avec les pilotes et experts médicaux, soignants, administratifs, logistiques et techniques.

Grimaldi, A., Vernant, J. P., Kervasdoué, J. d., et al. (2021). "Demain, quel hôpital public ?" Seve : Les Tribunes De La Santé(68): 27-109.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Le présent numéro des Tribunes de la santé vise à approcher de plus près les expériences hospitalières qui discrètement, imperceptiblement mais vigoureusement, dessinent les lignes de l'hôpital de demain. Il réunit des contributions d'acteurs ou de spécialistes de l'hôpital aux visions contrastées, parfois contradictoires, mais toutes portées par la conviction que l'hôpital est une structure d'avenir, un organisme au cœur du pacte social et surtout une institution digne de toute notre confiance, malgré les difficultés qu'elle rencontre et les défis incommensurables qu'elle doit relever (extrait de l'éditorial)

Kono Abe, J.-M. et Lissouck, E. A. (2021). "La gouvernance hospitalière publique, une question de régulation conflictuelle." *Management & Avenir Santé* 8(1): 103-126.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2021-1-page-103.htm>

L'étude du lien entre gouvernance et création de valeur est souvent conduite dans une logique essentiellement disciplinaire. Les théoriciens de l'agence abordent la notion de valeur sous l'angle d'une minimisation des conflits d'agence. Or, la création de valeur ne se réduit pas à un simple problème de discipline ; elle comporte également une dimension cognitive, notamment dans le cas des organisations innovantes (Wirtz, 2006) telles que les hôpitaux. Ainsi, ces structures impliquent des mécanismes capables d'enrayer les conflits. La régulation par les pratiques administratives de la productivité dans le domaine hospitalier révèle que les gestionnaires modélisent de plus en plus le développement de la performance de leurs établissements sanitaires et médico-sociaux. De ce fait, la présente recherche envisage de contribuer à un effort d'intégration des explications disciplinaire et cognitive des phénomènes de gouvernance en milieu hospitalier public, en analysant l'influence des conflits socioprofessionnels sur le lien entre gouvernance et création de valeur. Notre cheminement méthodologique déductif nous permet de procéder à des analyses métriques de nature exploratoire, factorielle, et confirmatoire. Il en ressort que les mécanismes de gouvernance affectent positivement la valeur hospitalière en jugulant les conflits d'intérêt et les conflits cognitifs entre cliniciens.

Ministère chargé de la Santé (2021). Ségur de la santé : un an de transformation pour le système de santé, Paris : ministère chargé de la santé

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/dp---segur-1-an.pdf

Ce dossier de presse dresse le bilan après un an des mesures mises en oeuvre suite aux accords du Ségur de santé signés en juillet 2020. La revalorisation des salariés des structures publiques rattachées est effective jusqu'à fin 2021. Les premiers accords passés pour transposer les revalorisations initiales du Ségur de la santé bouleversent en effet la réglementation et imposent des mesures transitoires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 48) n'a effectivement pas prévu les compléments de traitement indiciaire (CTI) pour les personnels des structures sociales et médico-sociales rattachées à un établissement public de santé relevant de la fonction publique hospitalière (FPH, comme par exemple les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil médicalisés, les structures de l'addictologie, etc.), à un Ehpad public, à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS comprenant au moins un Ehpad) et à certains groupements d'intérêt public (GIP) à vocation sanitaire. Dans le cadre des travaux menés par Michel Laforcade pour étendre le Ségur aux professionnels du médico-social et du social, un premier accord a émergé en février 2021 entre les organisations syndicales (Unsa, FO, CFDT), la FHF et le Gouvernement pour revaloriser les professionnels des structures publiques rattachées à partir de cet été. Dans l'attente de nouvelles dispositions qui pourraient être intégrées dans le futur projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, un décret et un arrêté du 8 juin 2021 viennent d'être publiés pour permettre de lancer le financement du dispositif.

Ces deux textes actent des revalorisations pour les fonctionnaires des structures rattachées. Pour autant, l'application de ces évolutions de rémunérations sont qualifiées de "temporaires". Elles s'élèvent comme convenu dans l'accord signé en début d'année à 183 euros. Il est également précisé que "lorsque l'agent exerce son activité dans plusieurs structures, le montant de la prime est calculé au prorata du temps accompli dans l'une des structures ouvrant droit à son versement". Les revalorisations salariales des professions du secteur médico-social (mis à part le privé lucratif) sont concrétisées par l'arrêté du 21 juin 2021 (avenant n° 43 de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile - Bad. Le financement pérenne n'est pas encore déterminé.

Toutlemonde, F., Baraton, M., Bergonzoni, A., et al. (2021). Les établissements de santé - édition 2021. Paris Drees: 216.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>

En 2019, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, en développant notamment l'hospitalisation partielle ou à domicile. Dans son édition 2021, Les établissements de santé détaillent, pour l'année 2019, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par discipline, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Deux nouvelles fiches ont été ajoutées cette année, la première consacrée à l'évolution des effectifs salariés hospitaliers, la seconde aux capacités d'accueil en soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), données mobilisées dans la gestion de la crise sanitaire. Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, et celle de son contexte juridique et réglementaire.

➤ **Pour voir les éditions antérieures de la série depuis 2016 :** [Site de la Drees](#)

2020

(2020). "Les transformations de l'administration hospitalière." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 351-362.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-351.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la *Revue française d'administration publique*, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la

morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Cour des Comptes (2021). Rapport public annuel 2021 de la Cour des Comptes; Tome 1, Paris : Cour des comptes: 150-174.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. Il s'agit là d'un phénomène inédit : la réanimation constitue une activité hospitalière très spécifique, peu connue du grand public, rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle et peu mise en avant dans les politiques publiques. Elle concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne, avec des pics d'activité récurrents en hiver. Dans un contexte de crise sanitaire de longue durée, la Cour a cherché à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques

Drees (2020). Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2018: 6 , Tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/article/nombre-de-lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-soins-continus-en-france>

Ces données sont extraites de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), bases statistiques. Cette enquête de la Drees décrit tous les ans l'activité des établissements de santé publics et privés (nombre de séjours et de journées d'hospitalisations) et leurs facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnels). L'enquête a subi une profonde refonte au moment de la collecte des données 2013, si bien que les données antérieures ne sont pas toujours directement comparables. La dernière édition dont les résultats sont disponibles porte sur 2018. L'intégralité des réponses des établissements est disponible sous Data.Drees.Télécharger le fichier

Drees (2020). Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019, Paris : Drees

Dupuis, J. C. (2019). "Gouvernance et management : quelle hiérarchie des parties prenantes ?" Gestions Hospitalières(589): 513-516.

Poser la question de la hiérarchie au sein de la gouvernance hospitalière peut paraître incongru. Une hiérarchie s'imposerait de nos jours telle une évidence : les patients et les usagers d'abord, les autres parties prenantes ensuite. Et il en va ainsi dans le secteur social et médico-social français dont les organisations se transforment sans cesse pour être davantage orientées usagers - pour ne pas dire clients - et offrir une juste réponse ou solution.

Ferriot, C., Leclère, B., Colin, C., et al. (2020). "Contours et organisations des activités de santé publique au sein des centres hospitaliers universitaires français." Sante Publique **32**(5): 479-

488.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-479.htm>

Objectif de l'étude : Cette étude, menée à l'initiative du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique, a pour but de décrire, du point de vue des médecins de santé publique, les contours et les organisations des activités de santé publique au sein des CHU français. Un questionnaire auto-administré a été adressé, au premier semestre 2018, à l'ensemble des 29 CHU et des 12 hôpitaux universitaires de l'AP-HP, complété par dix entretiens téléphoniques. Résultats : Parmi les 33 établissements répondants (24 CHU et 9 HU), 28 disposaient d'un pôle regroupant la majorité des activités de santé publique, associées à d'autres spécialités (médecine du travail, pharmacie, etc.), dans 85 % des cas. L'existence d'un pôle de santé publique améliorerait la visibilité et la lisibilité de la spécialité et permettait de fédérer les forces et compétences. L'épidémiologie, les biostatistiques et l'information médicale étaient les activités les plus présentes. Plusieurs activités spécifiques étaient partagées avec d'autres pôles ou directions (qualité et sécurité des soins, hygiène, etc.), ce qui était expliqué, en partie, par un nombre insuffisant de médecins de santé publique. Les activités à développer étaient principalement la promotion de la santé, l'économie de la santé et l'exploitation des données massives. Conclusion : Si la majorité des établissements dispose d'un pôle identifié, l'organisation des activités de santé publique est hétérogène et évolue constamment. Malgré plusieurs difficultés, la diversité des activités de santé publique progresse dans les CHU, nécessitant le développement d'un maillage avec les structures extra-hospitalières de santé publique pour poursuivre la dynamique engagée.

Geu-Coue, M. (2019). "Plus ou moins de pouvoirs dans la CME (Commission médicale d'établissement) : les contradictions du projet de loi de santé." *Gestions Hospitalières*(584): 190-192.

L'une des mesures phares de la réforme "Ma santé 2022" concerne l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux. Cet article souligne cependant les contradictions du projet de loi de santé.

Langlois, M., Gomez, M. L., Kerveillant, M., et al. (2020). "Gérer la mise en tension brutale des structures hospitalières." *Gestions Hospitalières*(595): 200-204.

Avec la pandémie du Covid-19, les hôpitaux font face à un afflux massif de patients qui met en tension extrême l'organisation des équipes, peu habituées à ces flux. Ces situations de crise peuvent bénéficier de l'expérience de la médecine de catastrophe et des équipes médicales tactique des unités spéciales de police ou militaires, entraînées pour des scénarios catastrophe de grande ampleur et de prise de décision en situation extrême. Les auteurs présentent ici la genèse de la collaboration entre la médecine tactique et les services d'urgence et de traumatologie hospitaliers, et montrent comment l'organisation des postes de commandement dans de telles situations peut inspirer l'organisation de crise des hôpitaux, l'exemple de la cellule Dynamo de Paris Sorbonne Université à l'appui. Une réflexion qui peut aider la structure hospitalière à adopter une stratégie de crise, sans perdre en qualité de soins mais en évitant de tomber dans le piège d'un blocage de la structure, extrêmement coûteux en termes de vies.

Marrot, B. (2020). "Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ?" *Revue française d'administration publique* **174**(2): 443-458.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-443.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Michel, C. et Ivan, S. (2020). "Intervenir sur un autre territoire professionnel Équipes mobiles et services « sédentaires » à l'hôpital." *Sciences Sociales Et Sante* **38**(4): 47-74.

L'expérience des équipes mobiles intra-hospitalières en gériatrie et soins palliatifs est l'occasion d'interroger les conditions de possibilité d'une organisation prônant la collaboration entre professions, services et disciplines. Les équipes mobiles étudiées ont des atouts dans cette entreprise : issues de pratiques pluridisciplinaires, elles drainent des volontaires armés de fortes convictions éthiques et reposent sur un fonctionnement collectif. Néanmoins, elles se heurtent à une organisation hospitalière aux frontières plus rigides, reposant sur une médecine spécialisée soucieuse de ses prérogatives, notamment dans le cadre du CHU où les équipes mobiles peinent davantage à se faire accepter. Leur mission de confort du patient âgé ou en fin de vie est plus légitime que leur positionnement disciplinaire dans le champ médical. Elles sont ainsi conduites à user de diverses tactiques pour se faire accepter, au prix d'une insatisfaction professionnelle, voire d'une usure morale, notamment pour les médecins mobiles qui vivent mal leur manque de maîtrise de la prise en charge des patients suivis par les collègues des services sédentaires. Elles trouvent des appuis inégaux dans les services et s'en remettent à leurs réseaux informels. Elles comptent un allié potentiel parmi les infirmières des services, sensibilisées à la question du confort du patient âgé ou en phase palliative, mais n'ont pas la possibilité institutionnelle de passer par elles du fait du contrôle médical du patient.

Pierru, F. (2020). "Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 301-315.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-301.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont

brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

2018

HCAAM (2018). Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20p.).

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur structuré, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

Kehr, J. et Chabrol, F. (2018). "L'hôpital : dossier thématique." *Anthropologie & Santé*(16).

<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>

Qu'est-ce qu'un hôpital ? À cette question très simple, il n'est pas aisé de répondre. L'hôpital est un échelon structurant de l'organisation des systèmes de santé, un lieu où se pratique la médecine et où de multiples professions médicales et non-médicales travaillent ensemble. Cette institution située au cœur de la biomédecine est devenue, depuis une vingtaine d'années, un terrain privilégié des chercheurs en anthropologie de la santé. Ces propositions pour une ethnographie hospitalière ont mis en avant l'hôpital comme miroir de la société et de sa culture, domaine dans lequel les valeurs se (re)définissent, un espace qui condense la vie et la mort. Cherchant à prendre une part active aux discussions sur, et aux conceptualisations de l'hôpital, ce dossier thématique d'Anthropologie & Santé réunit des articles ethnographiques, ancrés dans des approches « classiques » d'anthropologie médicale, tout en ouvrant de nouvelles pistes de recherche. Les auteurs abordent l'hôpital en reliant de manière originale le lieu hospitalier aux pratiques – médicales, infirmières,

bureaucratiques et comptables – exercées en son sein. À mesure que le regard ethnographique s'éloigne des problématiques propres à la médecine hospitalière, l'on appréhende les productions et propriétés de l'hôpital en tant que tel.

Ministère chargé de la Santé (2018). Stratégie de transformation du système de santé, Paris : Ministère chargé de la santé
<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/lancement-des-travaux-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

Ce dossier présente le projet gouvernemental de transformation du système de santé avec le lancement de cinq chantiers thématique : la qualité et la pertinence, le financement et les rémunérations, le numérique en santé, les ressources humaines et l'organisation territoriale.

Minvielle (E.), e. a. (2018). Manager une organisation de santé : L'apport des sciences de gestion. Rennes : EHESP

Cet ouvrage présente les facettes du management des organisations de santé et les grandes questions qui l'animent: quelles stratégies mettre en place pour changer les comportements des patients ou des professionnels ? Quelles sont les limites du Lean Management ou des indicateurs qualité pour transformer les pratiques ? Comment améliorer la coordination au sein des métiers ? Quelles sont les formes d'évaluation du changement organisationnel émergentes? Présentant de nombreuses préconisations, cet ouvrage donne aux étudiants et chercheurs en sciences de gestion, aux managers un aperçu de la contribution des sciences de gestion à l'amélioration des pratiques et du parcours de soins.

Pierru, F. (2016). "Hôpital et santé publique : l'improbable rencontre. Une réflexion de sociologie politique sur les non-décisions dans le système de santé français." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **64**, **Supplement 2**: S61-S68.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762016001449>

Vincent, S. et Desriaux, F. (2018). "Soigner les maux de l'hôpital-usine : dossier." Sante & Travail(104): 25-40.

Même si la satisfaction de soigner et de sauver est toujours présente au quotidien chez les soignants, le mal-être s'est désormais installé. Le plan santé présenté le 18 septembre par Emmanuel Macron comporte 54 mesures susceptibles de desserrer l'étau qui malmène les soignants. Ce dossier fait le point sur les tensions insupportables qui existent à l'hôpital, résultats des dernières réformes hospitalières.

2017

Baguet, F. (2017/02). "Les futurs du CHU : assises hospitalo-universitaires 2016. Dossier." Gestions Hospitalieres(563): 84-98.

Créés il y a bientôt 60 ans par une réforme à l'époque révolutionnaire, les centres hospitaliers universitaires (CHU) se sont réunis les 8 et 9 décembre 2016 à Toulouse pour réfléchir à leur avenir. L'objectif était de proposer un "new deal" six mois après l'instauration des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et six mois avant la présidentielle. Ce dossier rassemble les dix-sept propositions qui visent à redessiner le modèle CHU.

Grimaldi, A. (2017). "Faut-il changer le statut de l'hôpital public." Medecine : De La Medecine Factice a Nos Pratiques **13**(9): 428-431.

La santé s'est invitée dans la campagne des élections présidentielles, mais le débat sur l'hôpital public n'a pas vraiment eu lieu. La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) souhaite revenir à la convergence tarifaire entre l'hôpital public et les cliniques privées, instituant une concurrence entre clinique et hôpital. La Fédération hospitalière de France (FHF) représentant les hôpitaux publics s'oppose à cette « convergence tarifaire » qu'elle juge déloyale dans la mesure où la clinique privée choisit son activité, privilégiant les activités rentables (chirurgie ambulatoire, chirurgie de l'obésité, canal carpien, cataracte, dialyse...), et sélectionne de fait ses clients en raison des dépassements d'honoraires réalisés par 85 % des praticiens qui y travaillent. En revanche, la FHF propose de faire évoluer le statut de l'hôpital public.

2016

Paul, E., et al. (2016). "Coopération public/privé. Dossier." Gestions Hospitalieres(554): 164-191, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP sD9nR0xq. Diffusion soumise à autorisation]. Deux idées fortes ont guidé la rédaction de ce dossier consacré aux relations entre l'hospitalisation publique et les entreprises privées : analyser les liens entre l'hospitalisation publique et les acteurs privés au-delà des contributions des uns et des autres dans la prise en charge des patients ; montrer la porosité entre les deux secteurs et le rapprochement d'un certain nombre de pratiques et modes de fonctionnement. (Introd.).

Richard, F. et Tardy, C. (2016). "Optimiser l'organisation des blocs opératoires : une priorité pour l'AP-HP." Gestions Hospitalieres(559): 456-459, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP DmR0x9o9. Diffusion soumise à autorisation]. Haut lieu de technicité et plate-forme à haut risque, le bloc opératoire est un lieu d'interfaces complexes dont la performance et la sécurité dépendent de l'articulation des différents acteurs et du respect des bonnes pratiques. Consciente de ces enjeux, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris - 21 hôpitaux chirurgicaux, 50 blocs opératoires, 300 salles - s'est engagée depuis 2012 dans une démarche volontariste définissant l'optimisation des blocs opératoires comme l'un des seize projets prioritaires de son plan stratégique.

Rochaix, L., et al. (2016). "La pharmacie hospitalière." Lettre Du College (La)(2): 12 , tab., graph., fig. http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre_du_College_pharmacie_hospitali%C3%A8re.pdf

Cette Lettre du Collège reprend certaines des contributions de la dernière Matinée du Collège des Economistes de la Santé consacrée à la Pharmacie hospitalière. La question de la pharmacie est centrale dans le domaine de la santé. La mise en place progressive de mécanismes de régulation des conditions d'accès et de prix des médicaments à l'hôpital a conduit à définir des modes opératoires complexes. Peu de travaux d'analyse économique ont été menés à ce jour sur les effets de la mise en place de cette régulation du marché des médicaments hospitaliers.

Rubinstein, B. (2016). "Partenariats public/privé : des leviers efficaces pour accélérer le déploiement de solutions innovantes." Gestions Hospitalieres(555): 244-247, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8AqGkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'auteur propose ici quelques pistes de réflexion, dont le partenariat public/privé, l'économie de l'innovation et la commande publique, qui sont en mesure de transformer profondément le monde hospitalier. Avec, à la clé, des bénéfices tangibles et une accélération de la diffusion des pratiques innovantes. (introd.).

2015

Apollis, B., et al. (2015). "L'hôpital public au début du XXIe siècle." Revue De Droit Sanitaire Et Social(Numéro hors-série): 163.

Ce numéro spécial rassemble les communications données lors d'un congrès intitulé : "L'hôpital public au début du XXIe siècle. Aspects juridiques d'une évolution contemporaine. Cette journée se tenait à Paris le 15 avril 2015 sous l'égide de l'Association française de droit de la santé (AFDS), le Centre de recherches sur le droit public (CRDP) de Nanterre et la Conférence nationale des directeurs de l'Institut de préparation à l'administration générale. Après une présentation sur la place de l'hôpital dans le système de santé français, les thèmes principalement abordés furent : la coopération sanitaire, la nouvelle gouvernance, les données personnelles des patients.

Jaulent, M. (2015). "Les hôtels hospitaliers. Quelles opportunités pour le système de santé ? Dossier : Les nouveaux territoires de l'hôpital." Gestions Hospitalieres(548): 437-440.

[BDSP. Notice produite par EHESP CpHHDR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 prévoit les conditions d'organisation d'une expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers dès le premier semestre 2016. Ce dispositif, qui existe depuis les années quatre-vingt-dix en France sans cadre légal précis, permet aux patients dont l'hospitalisation médicalisée n'est pas justifiée de passer une ou plusieurs nuits dans un hôtel à proximité ou dans l'enceinte de l'hôpital. Entre économies pour l'assurance maladie et amélioration de l'accès à la chirurgie ambulatoire, les opportunités offertes par l'hôtel hospitalier sont nombreuses. Son développement constitue une occasion pour l'hôpital de se recentrer sur son plateau technique et son activité de soins et de dissocier cette activité de l'hébergement, qui n'est pas sa mission première. Des évolutions réglementaires sont à l'étude et devraient apporter des réponses à plusieurs questions, dont celle du financement de la nuitée d'hôtel. (introd.).

Legouge, D., et al. (2015). "Quelle fonction achat à l'heure des réformes ? Dossier." Revue Hospitaliere De France(566): 48-67.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xEDlko. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire de ce dossier : 1-GHT et fonction achat commune : un nouveau levier de performance pour le programme PHARE. 2-Construire une fonction achat commune au sein d'un GHT. 3-Mise en place d'une fonction achat : vers des outils juridiques. 4-Bénéfices de la standardisation dans la gestion de l'information. 5-Préparation de la fonction "achat GHT" avec Perf'achat : l'expérience francilienne. 6-Mutualisation des achats : un levier d'efficience pour les EHPAD.

2014

(2014). Le rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes. 3 tomes. Paris Cour des comptes: 480
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon Page 19 sur 606
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

+417 +428 +472.

Le rapport annuel de la Cour des comptes délivre une analyse de la situation d'ensemble des finances publiques à fin janvier 2014. Il prône notamment une poursuite et une amplification des efforts, qui devront porter sur les collectivités territoriales et le secteur de la protection sociale, avec des économies pouvant atteindre 5 milliards d'€ pour la Sécurité sociale grâce notamment au développement des génériques et de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, la Cour critique le système d'indemnisation des victimes de l'amiante, l'accumulation illisible des dispositifs en faveur des personnes handicapées, le manque de maîtrise des partenariats public-privé (PPP) à l'hôpital, la précarité sanitaire des détenus ou encore le manque de contrôles de l'alimentation. Le rapport annuel de la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) est annexé au rapport public annuel de la Cour des comptes.

Crie, D., et al. (2014). "Vers un marketing hospitalier : attitudes, pratiques et représentations des managers français." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **32**(3): 189-208, fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA oR0xlpkr. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis plusieurs années, l'opportunité de compléter les outils managériaux de l'hôpital avec le marketing fait débat. Cette recherche exploratoire a pour objectif de mieux comprendre les attitudes, pratiques et représentations des managers français au sujet du marketing à l'hôpital. Dix-huit entretiens semi-directifs ont été réalisés sur cette cible. Différentes méthodes d'analyse textuelle ont été appliquées au corpus des retranscriptions d'interviews. L'analyse sémantique permet de distinguer trois catégories de représentations, d'attitude et de pratiques du marketing. Le même type d'analyse a été appliqué à la communication, qui semble être mieux ancrée dans les pratiques. Une typologie exploratoire selon les méthodes de la statistique textuelle a ensuite été réalisée. Les résultats sont ensuite discutés. Il s'avère que la démarche marketing est méconnue des managers qui utilisent préférentiellement la communication bien souvent hors d'un cadre stratégique. Ils considèrent néanmoins le marketing comme nécessaire afin de s'adapter aux contingences sociétales et financières de la T2A. (résumé auteur).

Domy, P., et al. (2014). Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des conférences hospitalières. Paris Ministère chargé de la Santé: 32.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf

Ce rapport des Conférences de directeurs d'hôpital et de présidents de CME (commission médicale d'établissement hospitalières) dresse un bilan du fonctionnement des pôles des établissements de santé. Il montre que l'organisation actuelle des établissements en pôles est pertinente mais inaboutie. Généralisés, ces pôles fonctionnent selon des modalités de concertation et de consultation internes qui apparaissent souvent insatisfaisantes. Il rassemble 19 propositions pour corriger ces défauts.

2013

(2013). Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé. Rapport sectoriel : édition 2013. Paris FHP: 233 , tabl., fig..

Ce rapport se structure autour de six grands chapitres correspondant à six regards clés : l'hospitalisation privée en région avec pour chaque région de France les chiffres essentiels d'activité et de positionnement géographique ; l'activité sanitaire déclinée en termes d'offre, de part de marché, de capacité par grandes spécialités chirurgicales et médicales ; la

situation économique et financière ; les ressources humaines, médecins et personnels soignants ; la qualité, la sécurité des soins et la relation avec les usagers.

Alami, A., et al. (2013). "Gestion prévisionnelle des entrées et sorties : une nouvelle approche de la gestion des lits." *Gestions Hospitalières*(526): 279-285, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP HHIROxp9. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte hospitalier rénové, recherchant la meilleure utilisation de ses moyens, optimiser la gestion des lits dans les établissements de santé est devenu incontournable. Après un an de préparation, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a mis en place progressivement la gestion prévisionnelle des entrées et de sorties sur l'ensemble de l'hôpital. Les auteurs reviennent sur ce projet innovant et ambitieux.

Aubertin, A., et al. (2013). L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Paris La Documentation française: 296, tabl., fig.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par EHESP JkCFrR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Bonnet, J.-L., et al. (2013). Évaluation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement sur les établissements publics de santé. Paris IGAS: 220, tabl., fig., ann.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article430>

[BDSP. Notice produite par EHESP 9sR0xHr8. Diffusion soumise à autorisation]. La mission visait à évaluer l'impact sur les établissements de santé de la loi n° 2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social. La situation financière du secteur hospitalier public justifie l'attention portée à des sources de financement complémentaires. En zone "tendue" en termes de logement, les établissements présentaient un taux d'endettement élevé et des capacités d'autofinancement réduites. L'application de la loi pourrait mettre en péril la réalisation des projets d'investissement pour moderniser et adapter l'offre de soins hospitaliers. La mission recommande donc sa mise en oeuvre adaptée. En termes de gouvernance, elle émet des recommandations visant à renforcer le rôle des agences régionales de santé (ARS). Elle propose un dispositif de plafonnement de la décote à 30% de la valeur de référence pour les cessions consenties par les établissements. Enfin, elle soumet à la réflexion deux pistes visant à concilier la mise en oeuvre des deux politiques publiques : le déploiement de quotas de réservation assortis de clauses de fonctions et le développement de baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé.

Carli, P. (2013). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

patients en provenance des services d'urgences. Paris CNUH: 17.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf

La mission ministérielle confiée au Professeur Carli porte sur la proposition par le président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance du service des urgences. Ces recommandations concernant aussi bien les périodes de suractivité épisodiques (hôpital plein) que l'activité habituelle de l'établissement doivent être partagées avec des représentants de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette demande s'inscrit dans le cadre d'un objectif national permettant de diminuer le temps d'attente aux urgences en améliorant l'aval. L'objectif de la mission est de formuler des recommandations simples et concrètes destinées à l'ensemble des établissements dont une partie au moins pourrait être mise en place avant octobre 2013.

Cavalier, M., et al. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital. Paris Ministère chargé de la santé: 43 , tabl., fig., ann.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_3.pdf

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.

Couty, E. et Scotton, C. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse. Paris Ministère chargé de la santé: 76, tabl., fig.

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intégreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients.

Devictor, B., et al. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier. Paris Ministère chargé de la santé: 143, tabl., fig., ann.

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le service public hospitalier.

Louazel, M. (2013). "Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir." *Gestions Hospitalières*(523): 117-119.

[BDSP. Notice produite par EHESP FmCmR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La nécessité

de restructurer le secteur hospitalier n'est pas une idée nouvelle. Portée de manière encore plus affirmée depuis les ordonnances de 1996, elle vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population, à réduire les inégalités d'accès aux soins, à garantir la qualité et la sécurité des soins et à maîtriser les dépenses. Dans le cadre de cette politique, la fusion a été un dispositif de régulation longtemps encouragée. Pour autant, ces opérations ont eu selon plusieurs observateurs, en particulier dans le secteur public, des résultats contrastés et l'on en vient à interroger l'efficacité de la méthode. Parallèlement, à l'occasion de chaque réforme hospitalière, le législateur semble vouloir s'appuyer également sur des dispositifs de coopération pour conduire sa politique. La loi HPST ne fait pas exception à la règle, au contraire. En créant de nouveaux outils juridiques, les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) "établissement de santé", en rationalisant les dispositifs existants, en prévoyant des incitations financières et en donnant de nouvelles compétences aux directeurs généraux des agences régionales (ARS) pour faire avancer certaines restructurations jugées nécessaires, la loi place la coopération au cœur des politiques publiques de santé.

2012

Fellinger, F. c. et Boiron, F. c. (2012). Mission hôpital public. Paris Ministère chargé de la santé: 103.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_Hopital_Public_180412.pdf

A l'occasion des nombreux débats professionnels engagés au sein des établissements de santé, en particulier entre mi-2010 et mi-2011, suite à la mise en œuvre de la Loi HPST, et devant le constat de certaines tensions, de ressentis difficiles, voire d'un sentiment de perte de sens au sein des équipes des hôpitaux publics, le besoin est apparu de conduire une évaluation des nouvelles dispositions issues des réformes récentes, par un abord professionnel et tangible. Cette démarche concrète pouvait compléter utilement les travaux confiés peu auparavant au Comité Fourcade chargé d'assurer l'évaluation parlementaire prévue par la Loi. C'est dans cet esprit que le Ministre du Travail, de l'emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand, a mis en place en juin 2011 une mission nationale, composée exclusivement de professionnels hospitaliers en activité dans les établissements, chargée d'organiser et de conduire une large concertation dans les territoires, avec les responsables médicaux, les directeurs, les cadres hospitaliers, afin d'évaluer avec eux la mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi HPST).

2011

Fourcade, J. P. (2011). Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. Paris Ministère chargé de la santé: 75.
http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

Ce rapport d'étape du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, fait une évaluation de la mise en œuvre du volet hospitalier de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), deux ans après sa publication. Une partie importante du rapport est consacrée aux changements introduits par la loi dans la gouvernance hospitalière (mises en place des nouvelles instances et leur impact sur les équilibres institutionnels, transformations du management de l'hôpital). Le comité s'est ensuite penché sur l'intégration de l'hôpital dans son environnement. Plus particulièrement, il a examiné les changements introduits par la loi

dans l'exercice des missions de service public et dans les structures de coopération. Le comité s'est intéressé au fonctionnement des ARS (Agences régionales de santé). La troisième partie du rapport est consacrée au décloisonnement du système de santé. A cet égard, le comité s'est intéressé au dispositif de planification du système de santé et au décloisonnement des professions de santé. La dernière partie du rapport traite du dispositif d'accompagnement des transformations de la gouvernance et du management de l'hôpital. Il s'est intéressé aux missions et au fonctionnement de l'Anap (Agence nationale d'amélioration de la performance), ainsi qu'au dispositif de formation des équipes de direction, à la formation continue des médecins hospitaliers et à la formation des managers de la santé. En conclusion, six observations essentielles se dégagent des travaux du comité d'évaluation. La quasi-totalité des acteurs de terrain, après des réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu, demande que les règles soient stabilisées. L'accès à des soins de qualité suppose que soit réformé le dispositif d'affectation des ressources de l'assurance maladie aux différents éléments du système de santé. L'extrême centralisation du processus de décision de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) est un facteur de dysfonctionnement pour les ARS qui mettent en oeuvre une culture déconcentrée. La gouvernance des établissements hospitaliers demande quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. L'action de l'Etat portée par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le comité souhaite souligner la situation particulière des régions ultramarines. L'observation finale concerne la faiblesse du dispositif d'accompagnement de la réforme engagée par la loi HPST. Le rôle du CNG reste ambigu, les interventions de l'ANAP sont trop dispersées. Dans ce rapport d'étape, le comité émet 33 recommandations pour améliorer le dispositif dans les hôpitaux et au sein de leur environnement.

Gaillard, R. (2011). Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire. Paris MESR: 168.
http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Sante_-_secteur_hospitalier/53/6/Rapport_Gaillard_175536.pdf

La première partie de ce rapport porte sur la formation à la recherche, particulièrement la formation initiale, autour du rôle joué par la ou les premières années d'études pour construire les fondements du raisonnement scientifique. La seconde partie de ce rapport revient sur les statuts hospitalo-universitaires, de la vocation hospitalo-universitaire des chefs de clinique aux modalités de mise en place des postes faisant la jonction entre clinicat et poste universitaire titulaire. Les propositions de la mission l'amènent à préciser ce que peut être le concept de triple mission de soin, d'enseignement et de recherche, et à rappeler que la qualification universitaire ne se superpose pas strictement avec la qualification médicale. Enfin la troisième partie de ce rapport analyse les modalités d'évaluation des hospitalo-universitaires tout au long de leur carrière.

Hesse, C., et al. (2011). Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales. Rapport Igas ; RM2011-025P. Paris Igas: 111 , tabl., annexes.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000409/0000.pdf>

Le programme de travail 2010 de l'IGAS, élaboré fin 2009, a retenu comme priorité la réalisation d'enquêtes sur l'offre de soins aux personnes âgées. L'objectif est d'évaluer les dispositifs et de rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) hospitalier. A cette fin, l'IGAS a programmé la mission sur les conversions de structures hospitalières en

structures médicosociales.

Kervasdoue, J. d. (2011). L'hôpital, Paris : Presse Universitaires de France (PUF)

L'hôpital a non seulement de multiples fonctions et de nombreux visages, c'est aussi une institution ouverte 24 heures sur 24 accueillant toutes les détresses. La réforme des systèmes de santé se met en place peu à peu et cet ouvrage aide à comprendre l'organisation des institutions hospitalières, les enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques mais aussi éthiques qui s'y rattachent.

2010

Belorgey, N. (2010). L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public", Paris : Editions de la Découverte

Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital, afin notamment d'en mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux outils du « nouveau management public », cet ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, etc. Ces innovations rencontrent l'opposition d'une partie du personnel hospitalier, selon qui elles creuseraient la tombe du système de protection sociale. À l'inverse, leurs promoteurs dénoncent des résistances qui ne pourraient provenir que d'une forme d'attachement à un passé révolu ou de corporatisme ; ces modernisations permettraient au contraire de sauver un système bien mal en point. En quoi consistent donc réellement ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pendant quatre ans, pour répondre à cette question, l'auteur de ce livre a mené une enquête approfondie dans des services de soin, en particulier des services d'urgence, ainsi que dans une agence réformatrice proche du ministère de la Santé et dans des cabinets de conseil. Il a ainsi endossé différents rôles : stagiaire dans les services administratifs des hôpitaux, étudiant de passage dans les services de soin, étudiant en gestion ou consultant junior auprès des réformateurs... Au travers d'observations directes, de l'exploitation inédite de données statistiques et d'une centaine d'entretiens, il livre ici une vision originale des processus à l'œuvre dans les hôpitaux. Il montre notamment que l'appropriation par les soignants des nouvelles normes préconisées par les réformateurs dépend beaucoup de la trajectoire professionnelle et sociale de chacun d'eux. Et il révèle quelques effets inattendus des réformes, dans un des services hospitaliers parmi les plus « avancés » sur leur voie (4e de couverture.)

Bocquet, P. Y. et Peltier, M. (2010). Mission sur la gestion du risque. Rapport Igas ; RM2010-163P. Paris Igas: 102.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000039/0000.pdf>

Par une lettre de mission du 19 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur la gestion du risque. Cette mission intervient dans le contexte de mise en oeuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), qui prévoit l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année. La première partie du rapport est consacrée à l'évolution de la notion de gestion du risque et au cadre actuel de mise en oeuvre de cette politique ; la seconde partie est consacrée à la contribution des ARS à la gestion du risque et la troisième partie reprend les

recommandations de la mission à propos du dispositif général de pilotage de la gestion du risque et de la mise en oeuvre du PRGDR sous l'égide des ARS.

Couty, E. (2010). "Hôpital public : le grand virage." Seve : Les Tribunes De La Sante(28): 39-48.

Les réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXI^e siècle (plan « Hôpital 2007 » et loi HPST) mettent en place une série de mesures d'inspiration libérale qui peuvent remettre en cause le secteur public hospitalier en France. La convergence des tarifs publics et privés dans le système de financement à l'activité et les effets de marchandisation qu'elle entraîne, les contrats de partenariat public-privé (PPP) pour la réalisation d'investissements et l'exploitation de services hospitaliers, enfin la suppression du service public hospitalier et l'avènement d'une gouvernance pour un hôpital-entreprise sont autant de signaux d'une rupture avec les valeurs qui fondent les missions de l'hôpital public et donnent sens à l'action de ses personnels. Cette rupture s'accompagne d'un retour en force de l'État central, la politique contractuelle étant biaisée par l'institution d'une ligne hiérarchique pyramidale qui va jusqu'aux services de proximité. L'article s'efforce d'analyser ce processus simultané de « privatisation » et de « nationalisation » qui se met en place dans un contexte économique et financier dont la gravité exige effort de solidarité et rigueur de la part de tous les acteurs (résumé de l'éditeur).

Debrosse, D. (2010). "La nouvelle gouvernance hospitalière." Actualite Et Dossier En Sante Publique(72): 7-10.

[BDSP. Notice produite par EHESP FR0xnn77. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009, la loi HPST a modifié profondément le pilotage de l'hôpital en redistribuant les rôles des instances. Cet article retrace un bref historique de la réforme de l'hôpital et esquisse les points clés de cette réforme générale.

Durousset, J. L. (2010). Le privé peut-il guérir l'hôpital ?, Paris : Nouveaux débats publics

Les Français regardent leur système hospitalier avec les yeux de Chimène : ils en sont fiers et ne voient pas ses failles. Pourtant, ils auraient intérêt à le reconsidérer avec plus d'objectivité. Certes, l'hôpital leur apporte qualité des soins et sécurité. Mais savent-ils qu'ils le doivent à la présence d'un secteur privé ? La Sécurité sociale, créée au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, est la garante de ce système unique, qui protège aussi bien ? sinon mieux ? le modeste ouvrier que le riche entrepreneur. Mais, avec un déficit record de 30 milliards d'euros attendu pour 2011, notre système apparaît aussi extrêmement fragilisé. Parce qu'elle crée un contre pouvoir, l'hospitalisation privée apporte aux patients la liberté de choix. Elle oblige à accoler les mots « rentabilité » et « qualité de service » au concept de santé publique. Elle apparaît comme l'élément vertueux qui peut rétablir un équilibre. La guérison passera par de profonds changements et une nécessaire redistribution des rôles et des responsabilités. Mais la sauvegarde de ce que les Chinois nous envient, le meilleur système de santé du monde, est à ce prix. L'hospitalisation française doit beaucoup à la Sécurité sociale. Or la Sécurité sociale doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Donc l'hôpital français doit beaucoup à l'hospitalisation privée. Ce n'est pas un syllogisme, mais une vérité, que ce livre s'attache à démontrer (4^e de couverture).

Grevin, A. (2010). "Le jeu avec les outils de gestion comme nouvelle compétence stratégique. Un établissement de santé face aux régulations du secteur sanitaire." Journal D'economie Medicale **28**(8): 329-345, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA J8CIR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Les

établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à un véritable tournant gestionnaire, porteur de multitude d'outils de gestion. Dans quelle mesure ces politiques et instruments sont-ils compris, utilisés et appropriés par les acteurs ? Après un rapide aperçu théorique de la régulation sociale, nous analyserons, au travers du discours de la directrice d'un petit établissement de soins de suite, la manière dont elle s'est saisie des outils pour s'engager dans une véritable dynamique de "régulation conjointe" (Reynaud, 1988) avec les tutelles et les acteurs du secteur structurant son activité. Nous verrons comment le jeu avec les outils de gestion à des fins stratégiques peut ainsi devenir un des ressorts principaux de la compétence et de la performance des dirigeants de petits établissements.

Mallot, J. (2010). Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital. Paris Assemblée Nationale: 171 , ann.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

Ce rapport d'information fait la synthèse des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital ». La mission qui a concentré son analyse sur les établissements hospitaliers publics a étudié les voies et moyens de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficacité médico-économique. Le document comporte 46 propositions visant à réorganiser et à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, et donc leur performance. Les pistes tracées portent sur le pilotage de l'efficacité médico-économique (fixer des objectifs aux ARS en la matière), l'appui technique aux réorganisations hospitalières et la prise en compte de l'efficacité (clarification des missions des multiples structures chargées de l'audit et de l'accompagnement des hôpitaux), la mise en place des pôles (instauration d'audits d'efficacité médico-économique obligatoires), les outils de pilotage et de gestion dans les établissements (généralisation de la comptabilité analytique performante dans les deux ans, accélération des dispositifs d'aides à la performance), les évolutions de l'activité hospitalière (lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, poursuivre le développement de l'HAD), la régulation par la qualité (mise en place et diffusion de référentiels, veiller davantage à la pertinence des interventions et des soins), l'efficacité des achats et la sécurité juridique des marchés publics (rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers), les rapports avec les usagers (améliorer l'information des usagers), le financement des établissements (généralisation du codage à la source, au lit du malade, des séjours et des actes par les professionnels de santé et généralisation des paiements des patients dès leur entrée à l'hôpital pour la consultation, les actes et examens programmés), la gestion du personnel. Tous ces progrès dans la gestion des hôpitaux français paraissent plus que jamais urgents, alors que ceux-ci vont être amenés à davantage se serrer la ceinture. Déjà cette année, les tarifs de rémunération des actes hospitaliers ont été gelés. Et l'objectif d'un retour à l'équilibre des hôpitaux en 2012 est confirmé

Zeggar, H., et al. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. *Rapport IGAS ; 2010 010*. Paris Inspection générale des affaires sociales, Paris La documentation française : 123 , graph., tabl., annexes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9qH78R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport dresse le bilan de l'organisation en pôles des grands établissements publics de santé et analyse les réalisations, avant la mise en oeuvre des nouvelles dispositions de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires", qui poursuivent le mouvement engagé en 2005.

2009

(2009). Avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009. Paris Hcaam : 14 , tabl., graph.

L'étude du HCAAM est centrée sur le secteur MCO. Le Haut conseil, présente, tout d'abord, l'hôpital comme une entreprise, dans laquelle s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Et ajoute que la mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent. A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion. Le HCAAM estime que l'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire. Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE. La disponibilité et la qualité de l'offre expliquent l'importance de cette dépense qui renvoie aussi à des défauts dans l'organisation des soins (secteur MCO excessif dû à l'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation ? chirurgie ambulatoire et HAD), et à des organisations ou processus insuffisamment productifs. L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers avec une vraie égalité devant les soins et de hauts standards de qualité, estime l'avis. Cependant, l'information des usagers - et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent. Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste ? et c'est souhaitable - élevé mais comporte des défauts significatifs comme l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements. L'avis souligne également des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements. La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue. Ainsi, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part. Les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient contribuer aux restructurations nécessaires. Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital. Enfin, le constat de disparités ? non justifiées par la nature des charges ? entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires (les coefficients de transition doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012) pousse à leur mobilisation. Quant à l'ONDAM/MCO fixés ces dernières années, il l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix, estime le Conseil.

Garcia-Viana, A., et al. (2009). "Quelle organisation médicale pour l'hôpital ?" Revue Hospitalière De France(531): 36-38.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xon9Gm. Diffusion soumise à autorisation]. La structuration en services médicaux autonomes a su accompagner le développement de l'hôpital moderne. Elle a aussi montré ses limites. La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" du 21 juillet 2009 renforce l'organisation en pôles d'activité établie par l'ordonnance du 2 mai 2005 et revient sur le modèle d'un hôpital organisé en services.

2008

Bur, Y. (2008). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé. *Rapport d'information ; 697*. Paris Assemblée Nationale: 168.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>

Le présent rapport constitue une contribution de la mission d'information aux réflexions en cours sur l'organisation, les missions, le statut et les outils opérationnels des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que sur leur articulation avec les autres acteurs du système de santé. Il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé, pour justifier qu'elle soit, ne permettra pas de gains d'efficacité sans un pilotage national du système de santé moins éclaté.

Cordier, M. (2008). "Hôpitaux et cliniques en mouvement : changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients." *Etudes Et Resultats (Drees)(633)*: 8 , tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xn9Ip. Diffusion soumise à autorisation]. Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Coriat, P., et al. (2008). Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins. Paris MSSPS: 29.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000328/0000.pdf>

Dans le cadre de la création d'un conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, le groupe de travail présidé par le Professeur Pierre Coriat a pour objectif de remettre des propositions sur la composition, les missions et le champ d'action de ce conseil.

Gheorgiu, D. M., et al. (2008). Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux. Noisy-le-Grand CEE: 41, annexes.

Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des entretiens à l'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide

d'entretien et le questionnaire réalisé.

Larcher, G. (2008). Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher : Rapport final et propositions. Paris MSSPS: 102.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf>

Organiser une vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et établir un état des lieux servant de base à la concertation, telle était la mission confiée à Gérard Larcher. Le présent rapport assure la synthèse des travaux de la commission. Il est structuré autour de quatre grands thèmes qui rendent compte de la diversité des missions de l'hôpital et du champ embrassé : aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ; optimiser l'offre de soins hospitalière dans une logique de qualité et d'efficacité ; préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ; développer l'enseignement et la recherche.

Mouquet, M. C. et Oberlin, P. (2008). "Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(4): 119, tabl., ann.

Le vieillissement de la population française entraînera-t-il une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital ? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas ? Afin d'évaluer l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, la DREES, à la demande de la DHOS, a réuni en 2007 un groupe d'experts des disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées. Ce groupe a étudié trois scénarios d'évolution possibles. L'analyse rétrospective comme prospective montre qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO. Cependant, les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Enfin, certaines questions demeurent comme par exemple la poursuite de la progression actuelle de l'espérance de vie en bonne santé. Le concept consensuel qu'il existe une limite à la durée de la vie modèrera naturellement l'intensification dans les soins aux plus âgés.

Vallancien, G. (2008). Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. Paris Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative: 41.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000472/0000.pdf>

La commission sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher a proposé, en avril 2008, la création d'un conseil de surveillance et d'un directoire, ainsi que celle d'une communauté hospitalière de territoire dans le but de faire travailler ensemble les établissements de soins. C'est dans ce contexte que Guy Vallancien a été chargé en juin 2008 d'une mission sur le rôle des instances hospitalières : place et rôle du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement ; définition de la fiche de poste du président du directoire ; question de la participation au directoire des responsables de l'enseignement et de ceux de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires ; profil du chef d'établissement dans la nouvelle organisation envisagée.

2007

Larcher, G. (2007). Etat des lieux sur l'hôpital. Paris Ministère chargé de la santé: 12.

Ce rapport réalisé par la commission sur les missions de l'hôpital, pilotée par Gérard Larcher, conclue la première phase de ses travaux, et dresse un premier état des lieux de la concertation menée depuis octobre, qui a permis d'identifier les problèmes et les enjeux. Cette commission, installée le 16 octobre 2007, et organisée en cinq groupes de travail, a procédé à une quarantaine d'auditions des fédérations hospitalières, des organisations syndicales, des conférences hospitalières et des doyens, de l'assurance maladie et des organismes complémentaires. Parmi les principaux constats, l'existence d'un service hospitalier public et privé de qualité, reconnu et apprécié, constitue pour notre pays un atout important sur le plan économique et social et un facteur d'attractivité, mais ce système est toutefois assez coûteux. L'information donnée aux usagers a pris une place importante dans le fonctionnement de l'hôpital. Le secteur hospitalier a connu des réformes importantes et restructurantes au cours des dernières années. La continuité des soins est mal assurée. Le système de santé français est caractérisé par une fragmentation et un cloisonnement entre soins de ville et établissements de santé mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. L'offre de soins est éclatée et le concept de service public hospitalier est à repenser. Le pilotage de l'hôpital public est à améliorer et son attractivité à conforter pour les personnels soignants. Les modalités de fonctionnement des établissements de santé privés devront être adaptées. Enfin, les missions d'enseignement et de recherche sont à renforcer. La commission poursuivra ses auditions en janvier et février 2008. Des propositions vont être ensuite soumises au débat dans cinq régions : l'Aquitaine, la Lorraine, le Nord-Pas-de-Calais, la Haute-Normandie et les Pays-de-la-Loire. A la fin mars, elle produira un rapport au président de la République avec des propositions "concrètes" et "pragmatiques". Elle portera une attention particulière aux questions d'efficience du système hospitalier, c'est-à-dire la qualité des prestations délivrées en utilisant au mieux les ressources mises à sa disposition, ainsi qu'aux modalités de régulation. Enfin, elle n'omettra pas, dans ses travaux, de prendre en compte l'impact du secteur social et médico-social sur le système de soins.

2006

Holcman, R. (2006). "L'avenir de l'hôpital public français compromis ?" Journal D'economie Medicale **24**(7-8): 415-425, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA OoHR0xD2. Diffusion soumise à autorisation]. Les nombreuses réformes qui affectent le fonctionnement des hôpitaux publics en France accroissent les contraintes de gestion, mettent les équipes de direction sous contrôle, et s'appliquent à associer les professionnels de soins à la gestion de leurs unités. Le panorama qui se dégage de ces réformes est celui d'un hôpital correctement financé, mal géré, handicapé par les dysfonctionnements propres aux bureaucraties professionnelles. Or ces réformes sont fondées sur un diagnostic erroné : l'hôpital français souffre en réalité d'une masse salariale trop fortement constituée de personnels techniques, de missions non financées, d'une opposition entre légitimité du savoir et légitimité de l'intérêt général, et d'une inflation d'organes dirigeants insuffisamment représentatifs. La solution passe par l'entrée des médecins dans les équipes de direction, ce qui assurerait la diffusion de légitimité bureaucratique dans les unités de soins. (Résumé d'auteur).

Mordelet, P. et Vincent, G. p. (2006). Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, Rennes : Editions de l'ENSP

Face à la crise que traversent la plupart des systèmes de santé et des hôpitaux, le statu quo est impossible. Quelles réformes d'envergure engager ? Les règles de la corporate governance appliquées au monde hospitalier dans les pays de l'OCDE sont-elles en mesure d'apporter des solutions durables ? Patrick Mordelet dresse un tableau complet des différents aspects du gouvernement d'entreprise appliqué à l'hôpital : nouveaux modes de tarification basés sur l'activité ou les résultats, convergence tarifaire, partenariat public-privé pour relancer les investissements, conseil exécutif et pôles d'activité clinique pour associer les médecins au pilotage stratégique. Les principales expériences européennes sont analysées en profondeur : systèmes de santé intégrés, virage ambulatoire, restructurations et changement de statut des hôpitaux publics. L'auteur termine par un diagnostic sans concession de la situation française.

2005

Molinie, E. (2005). L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Paris Editions des journaux officiels: 263.

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions se sont étendues, alors même que son fonctionnement est soumis à des contraintes, économiques et réglementaires, de plus en plus fortes. Dans cette étude, le Conseil économique et social dresse un bilan de la situation de l'hôpital public

Rault-Doumax, P. (2005). Etablissements de soins publics et privés : y-a-t-il un avenir au partenariat public/privé, Paris : L'Harmattan

La recomposition de l'offre hospitalière de soins bénéficie d'un effort législatif cohérent, surtout depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui créent notamment les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS). Le GCS apparaît désormais aux pouvoirs publics comme étant leur meilleure structure organisationnelle d'accueil : il offre l'opportunité d'organiser un partenariat public-privé innovant dans notre système de santé trop marqué par la césure ville-hôpital depuis les ordonnances de 1968. Le partenariat public-privé offre la meilleure chance à une pluralité organisée et complémentaire de l'offre de soins

Silber, D., et al. (2005). Hôpital : le modèle invisible. Paris Institut Montaigne: 86.
<http://www.institutmontaigne.org/>

Cette intéressante note de 88 pages, réalisée pour l'Institut Montaigne par Denise SILBER, dirigeant de Basil Strategies, société de conseil en santé et nouvelles technologies, vient de paraître sur le site de l'institut. Elle est consacrée aux hôpitaux privés à but non lucratif (PNL), qui représentent un troisième modèle d'organisation peu connu du public. Il existe 868 établissements de ce type en France, soit 28 % des 3000 établissements français. Certains de nos établissements les plus réputés en font même partie mais le modèle est invisible, le secteur en régression (- 20 % des lits en 10 ans) et son environnement réglementaire peu favorable dans notre pays. Et pourtant, les PNL, qui allient à la fois gestion privée, service public et absence de profits, sont aussi performants du point de vue économique qu'en termes de solidarité. Ils sont en pleine expansion en Allemagne, très développés aux Pays-Bas (86 % des établissements), aux États-unis (60 %) et? en Alsace, mais pas sur le reste du territoire. Les résultats obtenus prouvent que la formule "est viable et pourrait bien être actuellement le meilleur compromis technique, économique et managérial en matière d'organisation hospitalière". Dans sa note, Denise Silber plaide pour la reconnaissance en France de l'hôpital privé à but non lucratif, pour le rétablissement de l'égalité de traitement

avec les autres secteurs hospitaliers, et pour la création de véritables passerelles de conversion afin que tous les établissements aient la possibilité de faire évoluer leur statut.

Vasseur, V. et Hirsch, E. p. (2005). L'hôpital en danger, Paris : Flammarion

Il y a cinq ans, Véronique Vasseur a défrayé la chronique en publiant "Médecin-chef à la prison de la Santé", une description sans concession de la vie quotidienne dans cet établissement pénitentiaire. Un ouvrage choc qui a suscité des polémiques et marqué les esprits. Aujourd'hui, cette femme de tempérament ouvre un nouveau débat de société ; le délabrement du système hospitalier et les réformes à lui apporter. Parce que ce médecin indépendant d'esprit n'aime rien cacher, son journal d'hôpital ne va pas plaire. Conditions de travail difficiles, manque de moyens et de personnel, cabales internes, lenteurs malheureuses, gabegie, mais aussi dévouement extrême de certains médecins, internes et infirmières, rapports délicats avec la souffrance des patients, accompagnement des mourants comme des familles explorées... Tous les aspects du quotidien du monde hospitalier sont, ici, racontés sans fard. A la fois terrible et angoissante, émouvante et vraie, enflammée et humaine, cette plongée dans un univers méconnu terrifie autant qu'elle fascine, inquiète autant qu'elle émeut.

2004

Coudreau, D. p. (2004). L'hôpital réinventé. Paris Institut Montaigne: 87.

<http://www.institutmontaigne.org/>

Ce rapport est le résultat d'une réflexion du groupe de travail "Hôpitaux" de l'Institut Montaigne, présidé par Dominique Coudreau. Son objectif est d'élaborer "un diagnostic lucide et consensuel des difficultés de l'hôpital public et proposer des solutions acceptables pour sa modernisation". A lui seul son titre, " Ré-inventer l'hôpital " dit son ambition. Une des solutions proposées : le transformer en "hôpital privé à but non lucratif, tout en conservant aux personnels qui le souhaitent leur statut public". Les défenseurs d'un hôpital public ouvert à tous apprécieront. Les auteurs du rapport pensent que "les valeurs et le savoir-faire de l'hôpital et de ses soignants sont essentiels pour l'avenir du système de santé français, et que tout doit être fait pour leur permettre de se perpétuer". Pour l'institut, l'hôpital doit à la fois "garantir la solidarité, la qualité et la continuité des soins, fondement de notre système de santé, et permettre l'accès aux traitements les plus performants et contribuer à les améliorer, afin de demeurer à la pointe du progrès médical". Mais il ne pourra remplir cette mission qu'en "éliminant les boulets qui pèsent sur le système". Un système rigide, figé par le règlement, incapable de s'adapter, conduit à une démotivation des acteurs, à une impossible gestion des ressources humaines, à une réglementation foisonnante et à une gouvernance inexistante. Le mal principal dont souffre l'hôpital public en 2003 serait d'ordre managérial. L'axe prioritaire de la réforme de l'hôpital devrait être de "libérer l'initiative et la créativité de ses acteurs des excès de la réglementation et des procédures administratives tatillonnes". Ce rapport comprend, en annexes, des extraits du rapport "Hospitals in a changing Europe" (Martin McKee et Judith Healy).

Doumax-Rault, P. (2004). Hôpitaux, cliniques, quel futur ?, Paris : L'Harmattan

Le mode d'exercice de la chirurgie à l'hôpital et plus particulièrement dans les établissements de santé privés est en totale mutation. Ce changement apparu depuis une décennie va en s'accroissant par des coûts de la santé qui s'accroissent et des recettes fluctuant avec l'économie générale. Cet ouvrage s'efforce de comprendre la problématique d'un exercice

professionnel qui confond trop souvent soin et santé. Cet exercice est encore qualifié de libéral bien qu'il soit de plus en plus encadré. L'ouvrage ouvre une perspective sur l'évolution attendue.

Kervasdoue, J. d. (2004). L'hôpital vu du lit, Paris : Editions du Seuil

Ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé de 1981 à 1986, Jean de Kervasdoué est professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers et expert en santé publique. Il a participé à la réforme du système hospitalier et analysé la gestion et le fonctionnement de dizaines d'hôpitaux. Il connaît donc mieux que quiconque le monde de l'hôpital. Il se retrouve suite à un accident à la place du patient et cela le conduit à réévaluer son savoir et à se poser d'autres questions telles que la place du patient dans le système, la déshumanisation de l'hôpital, la communication entre le patient et les professionnels de l'hôpital. L'ouvrage donne le récit de son expérience et une analyse critique des réformes hospitalières.

2003

Couanau, R. (2003). L'organisation interne de l'hôpital. Paris Assemblée Nationale : 57.

<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Une mission parlementaire, pilotée par le député-maire (UMP) de Saint-Malo, René Couanau, a été diligentée sur le thème de l'organisation interne de l'hôpital. Son rapport intitulé "le désenchantement hospitalier", a été remis à Jean-François Mattei mercredi 19 mars. Il dresse le constat d'une "double crise morale et financière" à l'hôpital public et préconise une réforme basée sur une plus grande autonomie des établissements. "Dégradation des conditions d'accueil, absence de culture de l'évaluation, désorganisation aggravée par la mise en place de la RTT, investissements sacrifiés, absence de vision stratégique, carcans administratifs, mode de financement sclérosant, difficultés à identifier l'autorité et la responsabilité à l'hôpital", la liste est longue des maux dont souffre l'hôpital, selon les auteurs du rapport. La mission Couanau plaide ainsi en faveur d'un "scénario de la responsabilité", qui "privilegie et renforce l'autonomie de l'établissement, lui ménage des espaces de liberté, lui laissant décider de son organisation interne, des formules d'intéressement de ses personnels ou de coopération avec les autres acteurs de santé". Bref, il remet sérieusement en question l'architecture actuelle de l'hôpital. La perspective de la réforme de la gestion des hôpitaux attise depuis quelques mois les rivalités entre les médecins et les directeurs.

2002

Labayle, D. (2002). Tempête sur l'hôpital, Paris : Editions du Seuil

L'hôpital est au bord de la crise de nerfs, et c'est notre affaire à tous. Denis Labayle, chef de service dans un grand établissement de la région parisienne, met le dossier à plat pour la première fois. Son livre est d'abord un livre de protestation fondé sur l'expérience et sur l'expertise. L'hôpital est incohérent. Il ne parvient ni à accueillir correctement les malades, ni à coordonner la diversité des compétences requises, ni à trouver une gestion rationnelle des moyens nécessaires. Un monde opaque. Chacun en prend pour son grade. Mais le propos de l'auteur est exempt de tout corporatisme. Farouchement attaché au service public, il ne plaide pour aucun lobby, aucun groupe de pression, pas plus celui des médecins que celui

des gestionnaires trop lointains ou des évaluateurs en chambre. Et pourtant, en France, on sait soigner. Plutôt que de réclamer toujours plus d'argent, Denis Labayle préconise d'employer différemment les richesses humaines existantes. Une autre manière de travailler ensemble, de diriger, de former, de dialoguer. On peut être plus performant pour le même prix. L'auteur le démontre brillamment : qualité et transparence vont de pair.

2001

Valette, A. (2001). "Fallait-il une nouvelle organisation pour changer les modes de régulation ? L'expérience des agences régionale de l'hospitalisation." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 69-75, 63 ann.

Après quatre années d'activité des ARH, la question de leur apport aux pratiques de régulation au niveau régional est posée. Le régulateur régional, en effet, a pour mission d'accompagner et de stimuler le changement. Il doit à la fois faire évoluer les positions relatives des établissements sur l'offre de soins régionale, redistribuer des ressources entre ces établissements et plus largement modifier les processus de régulation. Dans ce contexte difficile fait d'incertitudes et de réticences, trois modes de pilotages peuvent être développés : pilotage par délégation, par interaction, par leadership. Ils ont été tous les trois observés au cours de l'étude et sont mobilisés de manière combinée à des doses variables selon les régions. La question se pose cependant du devenir de ces modes de pilotage à moyen terme (Résumé d'auteur).

2000

Manzi, I., et al. (2000). "L'hôpital : la modernisation du système de soins." Echanges Sante - Social(100): 81 , tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP MD5DmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Sommaire - 1) Démocratie sanitaire : des droits nouveaux pour les usagers : droits des usagers - prélèvement et greffe : l'éthique à l'hôpital développement des activités culturelles dans les établissements de santé - l'hôpital et la cité (aspects architecturaux et environnementaux). 2) Qualité et sécurité dans l'organisation des soins : le développement de nouvelles stratégies de soutien au progrès médical - qualité et sécurité, accréditation - le passage à l'an 2000 et la maîtrise des risques à l'hôpital - les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération - les contrats d'objectifs et de moyens - l'hospitalisation à domicile - les alternatives à l'hospitalisation : la chirurgie ambulatoire - le dispositif spécialisé de soins en santé mentale - la prise en charge hospitalière des personnes âgées - prise en charge sanitaire des détenus. 3) Les acteurs hospitaliers et le dialogue social : la démographie médicale des praticiens - un monde pluriel pour une nouvelle donne : praticiens hospitaliers - les personnels de la fonction publique hospitalière - démographie, formation : les quotas d'entrée en Instituts de formation en soins infirmiers. 4) La modernisation du financement : vers l'application d'une tarification à la pathologie 5) Nouvelles technologies : le développement des technologies de l'information dans les établissements de santé - PMSI : évolution Le projet "Parhtage" et l'infocentre "Andréas". 6) International, hôpital, outil de coopération.

Segade, J. P. et Barrot, J. p. (2000). La contractualisation à l'hôpital, Paris : Masson

La réforme du service public s'est dotée, pour être efficace, d'outils juridiques nouveaux tels

que la contractualisation. Ce concept de gestion a été repris dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation imposée par les Ordonnances de 1996 et appliqué au domaine hospitalier dont le mode de gestion ne répondait plus aux contraintes imposées par l'accroissement de la complexité des soins et les exigences de maîtrise budgétaire. Mettant en exergue les nouvelles relations de l'hôpital avec l'Etat, les spécificités des contrats interne et externe et l'évolution du rôle des acteurs du monde de la santé dans le cadre de cette réforme, cet ouvrage explique l'utilisation de la contractualisation de façon aussi bien théorique que pratique.

1999

Mougeot, M. et Naegelen, F. (1999). "Régulation du système de santé." Rapport Du Conseil D'analyse Economique(13): 202 , ann.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000153/index.shtml>

Par comparaison avec les autres pays développés, le système de santé français paraît relativement coûteux pour des performances sanitaires moyennes et une priorité implicite donnée à la médecine curative sur la prévention. De plus, si les inégalités d'accès aux soins se sont réduites depuis une quinzaine d'années, certaines disparités importantes persistent au détriment des populations les plus fragiles. Le mode de régulation du système de soins mis en oeuvre en France depuis une vingtaine d'années, qui repose largement sur une planification centralisée des quantités (nombre de praticiens, équipements hospitaliers et enveloppes globales), n'a pas permis de réduire durablement le rythme des progressions des dépenses de santé, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays européens. Michel Mougeot propose de rééquilibrer l'intervention publique en accordant plus de place à la mise en oeuvre de mécanismes incitatifs décentralisés, afin de faire jouer un rôle plus important aux signaux tarifaires - comme la tarification hospitalière « à la pathologie » - ou aux procédures de concurrence par comparaison (appels d'offre). Par ailleurs, l'assurance maladie devrait jouer pleinement son rôle d'acheteur de soins.

1998

Coca, E. (1998). Hôpital silence : les inégalités entre hôpitaux, Paris : Berger-Levrault

Cette nouvelle édition fait le point sur les chiffres actuels des inégalités de productivité, de moyens globaux et de financement, de densité médicale, entre hôpitaux, entre régions, ainsi que sur la position particulièrement privilégiée de l'Ile-de-France. Etayé de très nombreux tableaux, schémas et cartes parlantes, notamment des cartes de France des inégalités, cet ouvrage est une source fiable et percutante de toutes les données quantitatives relatives à l'offre hospitalière.

Stingre, D. (1998). Le service public hospitalier, Paris : Presses Universitaires de France

Cet ouvrage fait le point sur la réforme hospitalière mise en place par le plan Juppé de 1996. Il montre que l'administration hospitalière, qui en découle, connaît une mutation sans précédent. L'avenir réside dans une logique contractuelle afin de prendre en compte les dimensions essentielles d'un service public hospitalier : réponse aux besoins de santé, qualité des prestations, maîtrise des coûts et intégration de l'évaluation dans le processus de régulation.

1996

Fournier, V. et Soubie, R. p. (1996). L'hôpital sens dessus dessous, Paris : Editions Michalon

L'objectif de cet ouvrage est de donner à chacun des éléments de réflexion sur l'avenir de l'hôpital public et de démontrer qu'il existe une troisième voie entre le "tout social" et le "tout libéral". Riche en exemples et en propositions concrètes, il donne des outils pour apprécier les solutions suggérées par les politiques, les économistes et les prospectivistes.

1995

(1995). Rapport du comité de concertation sur l'hospitalisation. Paris FNMF: 29.

Plusieurs rapports sont sortis, courant 1994, sur le fonctionnement du système hospitalier français, formulant des propositions d'amélioration ou conseillant des expérimentations. Dans ce document, le comité de concertation de la Mutualité Française complète son premier rapport de Janvier 1994 en formulant trois propositions : - redéployer les ressources et les structures du système hospitalier afin qu'il remplisse avec le maximum d'efficacité et d'efficience ses missions d'intérêt public ; - adapter le financement du système hospitalier aux besoins des populations ; - évaluer la qualité médicale, économique et sociale des structures, des activités médicales et des résultats observés du système hospitalier.

Peigne, F., et al. (1995). Porte ouverte sur l'hôpital, Paris : Editions ESKA

L'hôpital traverse une crise dont témoigne depuis plusieurs années la persistance des mouvements sociaux qui l'agitent. Compte tenu de l'émergence de nouveaux besoins sanitaires et de la raréfaction des ressources, l'hôpital est appelé à se restructurer, à se diversifier, à sortir de ses murs pour s'ouvrir au secteur libéral et à la médecine de ville, à s'intégrer dans des réseaux de soins coordonnés. Cet ouvrage espère tout d'abord contribuer à une meilleure information "du patient" qui dispose encore d'un libre choix dont il lui convient de faire bon usage. Il analyse ensuite les pratiques et les difficultés du personnel hospitalier. Il essaie enfin de décrire les destinées d'un hôpital qui doit entrer dans le XXIème siècle, dynamique, rénové, motivant ses professionnels et répondant aux attentes légitimes des malades.

LES REFORMES HOSPITALIERES

- Pour une présentation des réformes hospitalières, voir la synthèse de l'Irdes : [Les réformes hospitalières en France](#).
- Voir aussi les synthèses : [Hôpital, Patients, Santé et Territoires](#), et [Loi de modernisation de notre système de santé, Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Loi Ségur](#).

2021

Conti, B., Baudet-Michel, S. et Le, Neindre, C. (2021). "Réformes hospitalières et crise pandémique de la Covid-19 : depuis 2008 les inégalités spatiales d'équipement en lits de réanimation ont-elles augmenté ?" *Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires (Rfst)*: En ligne.

<https://journals.openedition.org/rfst/909>

Les lits de réanimation ont été particulièrement mobilisés lors de l'épidémie de Covid-19 pour les malades les plus critiques. Cet article propose d'analyser l'évolution de la géographie de cet équipement en France à deux échelles d'espace et pour deux types de situations : aux échelles régionale et interurbaine et en périodes de crise sanitaire (année passée) et de réforme hospitalière (10 dernières années). Sur les 10 années passées de réforme sanitaire (2008-2018), des indicateurs courants de stock et densités de lits sont utilisés pour mettre en valeur la dynamique d'équipement en lits de réanimation. Les résultats montrent une stabilité du nombre de lits, mais une baisse des densités, en raison notamment de la croissance de la population. Par ailleurs, une redistribution spatiale des lits de réanimation s'est effectuée tant au niveau des aires urbaines que des régions. Elle a abouti à une concentration des lits dans un plus petit nombre d'aires urbaines et à une convergence des densités de lits au niveau des régions. Pour la situation de crise sanitaire, une mesure inédite de potentiel théorique de transformation de certains lits hospitaliers en lits de réanimation est proposée à partir de la dernière date de recensement des lits hospitaliers (2018). Cette mesure permet d'observer que les aires urbaines et les régions disposent de potentiels distincts. Les régions les moins équipées en lits de réanimation par habitant possèdent les potentiels de transformation les plus élevés.

Foubert, C. (2021). "Rationaliser l'activité pour sauver l'État social ? Appropriations et application localisée des nouvelles règles gestionnaires par les professionnels de l'hôpital public." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 35-53.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-35.htm>

À partir de l'analyse des réappropriations et des usages, par les professionnels de l'hôpital public, des discours et des contraintes austéritaires, cet article dépeint comment ces derniers se retrouvent concrètement impliqués dans la mise en place des réformes successives qui se donnent pour objectif de diminuer les coûts et de rationaliser l'activité. L'hôpital est un espace d'appropriations pratiques et banalisées de raisonnement économique, où les professionnels endossent un rôle de gardien du temple de l'« État social ». Ils et elles y construisent et partagent ce que l'on peut concevoir comme un ethos du service public hospitalier, qui les unit dans une opposition simultanée aux patients et au secteur privé. Le fait qu'ils et elles soient en première ligne des réductions de moyens renforce le sentiment de bien-fondé ainsi que la nécessité matérielle des contrôles, des évaluations et des différenciations opérés vis-à-vis des patients. Au-delà d'une réflexion opposant soumission et résistance, cet article montre comment, sur le terrain, les professionnels hospitaliers contribuent, idéologiquement et matériellement, à la mise en œuvre des réformes et à l'application des nouvelles règles gestionnaires.

Gay, R. (2021). "L'assurance maladie à l'assaut de l'hôpital public ? Des administrations en lutte pour le contrôle de la réforme hospitalière." *Revue d'histoire de la protection sociale* **14**(1): 94-119.

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2021-1-page-94.htm>

Le système hospitalier est transformé, depuis les années 1960, par une succession de réformes dont la construction s'inscrit dans des luttes renouvelées entre les acteurs de l'assurance maladie et de l'administration sanitaire qui donnent à voir des oppositions de savoir-faire et de représentations. La dynamique et l'issue de ces luttes nous renseignent sur les capacités d'action des organisations de l'assurance maladie sur le système hospitalier.

Trois séquences historiques sont distinguées sur la base des formes d'intervention de ces organisations sur la fabrication des réformes et des effets de ces dernières sur leurs domaines et capacités d'action.

Grimaldi, A. et Vernant, J.-P. (2021). "Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire." Raison présente **217**(1): 73-83.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2021-1-page-73.htm>

Rist, S. et Imbert, C. (2021). Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Paris Sénat: 42.

<http://www.senat.fr/rap/l20-398/l20-3981.pdf>

Ce rapport présente les conclusions de la commission mixte paritaire du Sénat sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dont l'objectif est de concrétiser par voie réglementaire les dispositions du Ségur de la santé.

2020

Budet, J. M., Leglise, J., Montalambert, P. de., et al. (2020). "N°600... Vers 2030." Gestions Hospitalières(600): 544-572.

Ce dossier fait le point sur dix ans de politique hospitalière avec une prospective vers 2030.

Castaigne, S., Dru, A. et Chatellier, C. (2020). L'hôpital au service du droit à la santé. Paris Cese: 122.

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2020/FI21_hopital_droit_sante.pdf

L'avis du Conseil Economique Social et Environnemental dessine les voies et moyens d'une meilleure intégration de l'hôpital dans les territoires. Il demande un pilotage plus ascendant et démocratique pour assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre proposée. Enfin, il formule des préconisations pour désengorger l'hôpital, améliorer les parcours en amont et en aval, mieux organiser les interfaces avec les secteurs sociaux et médico-sociaux

Gay, R. (2020). "La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010)." Revue française d'administration publique **174**(2): 329-349.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-329.htm>

Depuis qu'elles se succèdent pour maîtriser la dépense publique à partir des années 1970, les réformes hospitalières affectent la division du travail administratif et la distribution de capacités d'action entre organisations publiques. C'est ainsi que, au fil des réformes, se constitue une direction des hôpitaux au ministère de la santé, puis se définit son domaine d'intervention et s'éprouve son autonomie d'action. Il se dégage de l'analyse trois séquences historiques décrivant un processus discontinu de concentration organisationnelle des tâches administratives auquel peuvent concourir d'autres processus politiques déconnectés des réformes et qui interroge l'homogénéité culturelle de la direction.

Ministère chargé de la Santé (2020). Le Ségur de santé : les conclusions, Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

Après la signature des accords du Ségur de la santé qui consacrent 8,2 milliards d'euros à la revalorisation des métiers des établissements de santé et des Ehpad et à l'attractivité de l'hôpital public, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté les conclusions du Ségur de la santé le 21 juillet 2020. Le ministre s'est appuyé sur le rapport remis par Nicole Notat, animatrice du Ségur de la santé, pour retenir des mesures et des orientations fortes afin de poursuivre la modernisation du système de santé en France et d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les principales conclusions du Ségur de la santé : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants ; 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD, et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français ; 15 000 recrutements à l'hôpital public ; Accélérer la sortie du "tout T2A" (tarification à l'acte) et privilégier la qualité des soins ; Financer l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande » ; Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public ; Redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé ; Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients.

Spirnhirny, F., Montalambert, P. d. et et al. (2020). "L'hôpital au rapport 2020 : dossier." Gestions Hospitalières(601): 619-647.

Ce dossier est dédié à certains rapports publiés en 2020 et consacrés à l'hôpital en France.

2019

Baudier, F. (2019). "Crise à l'hôpital et dans les EHPAD, même combat : abattons les murs !" Sante Publique **31**(2): 293-295.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-293.htm>

La crise dans les hôpitaux publics et les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) se focalise sur les problématiques de gouvernance et les moyens internes (notamment financiers), alors que les réponses se trouvent dans une fluidité organisée et consolidée entre le monde des institutions hospitalières ou médico-sociales et celui des lieux de vie habituelle de la population. Sur le plan hospitalier, les principales difficultés sont dues à un transfert régulièrement annoncé, mais non réalisé, entre les activités de ces établissements et la médecine ambulatoire. La solution se trouve certainement dans un pilotage unique de la politique de santé, actuellement partagé entre l'État et l'Assurance maladie. Pour les EHPAD, l'institutionnalisation des personnes âgées fragiles et/ou en voie de dépendance, ainsi que la multiplication non aboutie de multiples expérimentations de leur prise en charge à domicile, conduisent, d'une part, à une offre de plus en plus complexe, peu lisible pour tout le monde, et d'autre part, à faire reposer principalement sur le généraliste la coordination de cette prise en charge. La solution se trouve certainement dans une offre universelle, relevant du droit commun et permettant aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elle, ce qu'elles souhaitent le plus.

Juven, P. A., Pierru, F. et Vincent, F. (2019). La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public, Paris : Raisons d'agir éditions

Des couloirs transformés en hébergements de fortune, des personnels de santé au bord de la crise de nerfs, des mobilisations récurrentes, l'hôpital public est mis à rude épreuve. Ce livre propose une analyse des politiques hospitalières successives qui ont abouti à la crise

actuelle. Une véritable casse de ce service public est engagée par des réformateurs adeptes de l'acculturation de l'univers médical à des logiques managériales qui contredisent son bon fonctionnement. À l'encontre de toute évidence, les défenseurs d'une réorganisation du travail continuent de promouvoir à la fois des indicateurs de rentabilité ineptes et une vision techniciste de la médecine qui prétend substituer l'innovation aux relations humaines. Alors que la montée de la précarité et des souffrances sociales née de décennies de politiques néolibérales conduit une part croissante de la population à trouver refuge dans des services hospitaliers sous tension, l'hôpital se trouve devoir résister aussi bien aux manquements de la médecine de ville qu'à la concurrence de cliniques privées largement dispensées des obligations de service public. À l'heure où les mobilisations pour le défendre s'intensifient, un débat s'impose sur les missions de l'hôpital et les moyens qui lui sont accordés.

Michot, F., Bringer, J., Launois, B., et al. (2019). L'hôpital public en crise : origines et propositions. Paris Académie nationale de médecine: 109-121.

<http://www.academie-medecine.fr/lhopital-public-en-crise-origines-et-propositions/>

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés; réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. A partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public : crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

Saisons-Demars, J., Vioujas, V., Poirot-Mazeres, I., et al. (2019). "La loi du 24 juillet 2019 et le plan "Ma santé 2022", une nouvelle réforme du système de santé." Revue Generale De Droit Medical(72): 11-125.

La mise en oeuvre du plan "Ma santé 2022" a abouti à l'adoption de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce dossier spécial souhaite apporter un éclairage des points-clefs introduits par ce nouveau texte.

Tsimaratos, M., Devictor, B. et Gentile, S. (2019). Repenser l'hôpital : Rendez-vous manqués et raisons d'espérer. Paris Michalon: 283.

Tout au long de son histoire, l'hôpital a connu de nombreuses réformes. La réforme de la T2A (tarification à l'activité) s'inscrivait dans une préoccupation d'amélioration du système de santé, mais elle a désorienté les personnels hospitaliers, mal préparés à ce changement. Dès sa mise en place, elle a entraîné une nouvelle forme de management et augmenté la pression déjà forte des exigences qualitatives et quantitatives dans un contexte de contraintes économiques et budgétaires. Dix ans après, les conditions de travail à l'hôpital se sont considérablement dégradées, faisant apparaître le risque d'épuisement professionnel. La qualité et la sécurité ne doivent-elles concerner que les aspects médico-économiques ? Les soins ont-ils tous vocation à être rentables ? La recomposition hospitalière a transformé des hôpitaux dédiés à l'accueil des malades en structures de production de soins fréquentés par des usagers. La santé publique est devenue un acteur de l'économie nationale. Mettant en perspective la complexité, la densité, voire parfois l'incohérence du système actuel, les regards croisés de deux praticiens hospitaliers et d'une économiste de la santé permettent

de faire un état des lieux assez éloigné des traditionnelles recommandations et rapports d'experts. Le management pyramidal et hiérarchique, couplé à une vision purement financière, a vécu. Il est urgent de replacer l'humain au cœur des préoccupations de tous les acteurs de la filière santé.

2016

Cazin, L. (2016). Can French public hospitals make do with a dynamic and uncertain environment by developing inter-organizational restructuration strategies? Paris Ecole des Mines: 9.

<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01295204/document>

For a few years, public hospitals in France and in most of developed countries have had to deal with major issues. New legislations have recently been introduced, such as a prospective payment system (PPS: hospitals are reimbursed depending of the amount of services they provide), which aims at developing “business-like” management models, according to the New Public Management principles (Osborne & Gaebler 1994). Therefore, the dominant institutional logic in healthcare organizations is shifting, sometimes in very short periods of time, from “medical professionalism” to “business-like healthcare” (Reay & Hinings 2005). The PPS is a pro-competitive trigger, since hospitals are encouraged to develop their activity in order to generate more income by gaining market shares (Moisdon 2013). What is more, public hospitals often have to cope with a major problem of medical workforce shortages (Kroezen et al. 2015), which threatens the existence of some activities in a lot of institutions, particularly in remote areas. Furthermore, the evolution of medical practices, for instance the ambulatory turning point which consists in reducing, when possible, patient stay in hospitals to less than 24 hours, brings about a series of organizational concerns, as hospitals will be asked to cooperate with different stakeholders about healthcare pathways. All in all, as in many developed countries, hospitals are pressurized into providing better care at an affordable cost, in a dynamic and uncertain environment, with potentially clashing demands. In order to generate a transformation of the French public hospitals territory organization, and so as to meet the challenges mentioned above, the French government has implemented a set of tools aiming at fostering restructuration between neighbouring hospitals, thanks to cooperation and merger processes. For instance, a law voted in 2009 provided hospitals with the possibility to cooperate in Territory Hospital Communities. Private clinics have been dramatically restructured in the past two decades amongst integrated networks, but public hospitals, which have been used to working relatively autonomously, have not followed this process to the same extent in France (Delas 2011). The results that the government was calling for have not been rather mixed so far. Given this relative failure, the State has decided to step up a gear by making cooperation mandatory. By the end of 2016, all hospitals will have to be part of a Territory Hospital Group. Territory organization of healthcare providers is regulated by Regional Health Agencies (RHA), whose mission is to promote restructuration leading to a better access to healthcare at an affordable cost. The purpose of this paper is to contribute to the management literature about organizational change implementation in the case of inter-hospital reorganization, by analysing restructuring processes under way in France. The empirical material collected will be used to answer the following research questions: 1. To what extent are inter-hospital restructuring strategies an answer to uncertainty (such as the lack of medical resources) and pro-competitive triggers (e.g. the PPS) they have to cope with? 2. Is the transformation of the French public hospitals territory organisation led thanks to a regulated restructuration process, or is it the result of “making do” bottom-up strategies (sometimes partially unsuccessful) between hospitals? The study was carried out thanks to two different case studies that analysed inter-organizational restructuration strategies in two French public

hospital groups. Qualitative data was collected mainly by carrying out 30 semi-structured interviews with different stakeholders involved in the processes. This paper shows that even though the necessity of performing inter-hospital restructuring is globally accepted by the different stakeholders, the conditions to implement this process raise a number of concerns. The role and missions of the regulatory institutions is not always clearly defined. Moreover, because

Clement, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques, Bordeaux : LEH Editions

Encore une loi, et quelle loi ! Plus de 200 articles aussi abscons que bavards. Comment pénétrer dans cette inextricable forêt juridique ? Plutôt que de paraphraser les différents articles de cette loi dite « de modernisation de notre système de santé », l'auteur, en spécialiste du droit de la santé, nous éclaire sur la volonté du législateur et nous permet de comprendre les tenants et les aboutissants idéologiques de la ministre Marisol Touraine qui a voulu cette « grande loi ». La loi Santé 2016 est étatique dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé, établissements publics de l'État. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé. La loi Santé 2016 s'occupe de tout, veut tout régenter et donne à son lecteur une impression de désordre. Or, il est essentiel de la connaître (4e de couverture.)

2015

Domin, J. P. (2015). "Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière : 1983-2013." Revue De La Regulation(17).

<http://regulation.revues.org/11063>

Cet article tente de comprendre pourquoi, depuis une trentaine d'années, les réformes hospitalières ont suscité la vive opposition des personnels. La période qui commence à la fin des années 1970 correspond à un changement de référentiel qui se traduit par une nouvelle façon de penser l'hôpital prenant appui sur l'approche standard étendue, notamment la théorie des contrats et la théorie de l'agence. Cette transformation théorique incite les pouvoirs publics à expérimenter de nouveaux dispositifs de gestion promouvant la participation des médecins à la gestion des établissements. Dans les faits, cette approche de l'hôpital se heurte à son histoire et plus généralement à son compromis fondateur qui s'est construit au début du XIXe siècle.

2013

Bremont, M., et al. (2013). "Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(38): 77-94.

Le monde hospitalier public est aujourd'hui, en France, entré dans une zone de grande turbulence. Cette mise en tension des établissements de santé publics se nourrit en grande partie des pressions réglementaires les engageant à accroître leur performance dans des registres d'expression variées mais également des difficultés à pouvoir mobiliser de véritables leviers pour réagir de façon adaptée et dynamique. Cet article explore les différentes tensions qui traversent l'hôpital en tentant de les éclairer dans leur dimensions paradoxales pour baliser quelques pistes sur ce que pourrait être un collectif entreprenant

dans un univers régulé administrativement. Ce travail d'analyse des conditions de mise en mouvement de l'hôpital public débouche sur l'idée d'un rééquilibrage des champs de force entre ces trois domaines que sont la régulation administrée, la gestion des établissements et le développement professionnel (résumé de l'éditeur).

2012

Bara, C. (2012). "Du service public hospitalier au service public de santé. Une prise en compte renouvelée de la santé publique." Revue Hospitaliere De France(544): 26-28.

[BDSP. Notice produite par EHESP J9kR0xo8. Diffusion soumise à autorisation]. L'article présente les points soulignés dans le rapport de la Direction générale de la santé sur la politique nationale de santé 2011-2025.

Moisdon, J. C. (2012). "Le paradoxe de la boîte noire : réformes hospitalières et organisation." Droit Et Societe(80): 93-115.

Depuis plusieurs décennies les établissements hospitaliers français sont soumis à un flux incessant de réformes. L'hôpital change-t-il pour autant ? A-t-il emprunté la voie d'une plus grande efficacité ? Le diagnostic est manifestement nuancé. L'auteur développe l'hypothèse qu'une des raisons de la stabilité de l'institution réside dans la philosophie même des réformes, qui permet au régulateur de ne pas se mêler d'une organisation jugée par lui très complexe. Cet article tente de répondre à l'ensemble de ces sujets.

2011

(2011). "HPST deux ans après." Perspectives Sanitaires & Sociales: 66.

Ce fascicule rassemble les communications du 5ème rendez-vous parlementaire du secteur privé non lucratif, organisé par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP). Il fait un bilan à deux ans de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires sous trois angles : amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement (amélioration de l'accessibilité géographique, financière et technique), régulation des missions de service public (coopération, performance?) et mise en place des Agences régionales de santé (ARS).

(2011). "La loi HPST trente mois après : dossier." Cahiers Hospitaliers(283): 45.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires est le résultat d'un travail collectif considérable, embrassant de nombreux domaines. Trente mois après le vote de la loi, plusieurs facteurs militent en faveur d'une reconnaissance du travail accompli, avec d'importantes réserves cependant qui tiennent aux difficultés constatées sur le terrain, et aux inévitables inégalités de traitement des établissements et des professionnels. L'objectif de cet article est de faire le bilan de la mise en application de la loi et d'en tirer les enseignements d'usage.

Vincent, G. (2011). "Pourquoi réformer l'hôpital public ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(30): 25-28.

L'hôpital est une organisation qui a très fortement évolué depuis cinquante ans et n'a cessé de se transformer. De l'hôpital-hospice aux CHU (centres hospitaliers universitaires), il a connu de profonds changements, issus du mouvement d'humanisation qui a pris son essor au XIXe siècle, puis de modernisation à compter des Trente Glorieuses, jusqu'à l'hôpital

contemporain (disparition des salles communes, arrivée des très hautes technologies, etc.). Peu d'administrations ou d'organisations se sont autant transformées sur la période considérée.

2010

Caillol, M., et al. (2010). "Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques." Sante Publique **22**(6): 625-636.

Les réformes du système de santé et des hôpitaux ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Existe-t-il des logiques à l'œuvre au sein du système de santé et des hôpitaux qui pourraient remettre en question le principe de solidarité, les valeurs séculaires de l'éthique qui régissent les textes de la déontologie et du droit ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons confronté nos expériences avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique de 1991 à 2010. Ces dix-neuf dernières années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de doctrine : si une étape de territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été mise en œuvre, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation. Ce changement de doctrine est susceptible de remettre en cause la mission sociale des hôpitaux et le principe de solidarité. Le progrès, le vieillissement de la population, ainsi que les contraintes financières obligeront les décideurs à orienter le système de santé vers plus de contrôle. Hôpitaux, professionnels de santé et usagers peuvent se sentir écartelés entre un système qui tendrait à simplifier et minimiser ce qui se complexifie et qui est global. Des repères sur les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit pour l'hôpital, les professionnels de santé et les usagers sont interrogés. Ces éléments sont importants à prendre en compte au moment où la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et les agences régionales de santé sont mises en œuvre.

Clement, J. M. (2010). Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Pourquoi tant de réformes hospitalières sous la Ve République? Alors que 4 réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices de 1789 à 1958, 9 réformes majeures vont bouleverser l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux depuis 1958. La Ve République, dans sa volonté réformatrice que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, sociale et culturelle, va s'efforcer d'adapter le service public hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales. C'est une course incessante entre le progrès scientifique et technique et l'inflation des dépenses de santé. Longtemps financées par l'expansion économique (les Trente Glorieuses), les recettes de la Sécurité sociale stagnent à compter des années 1980 et remettent en cause le fonctionnement du service public hospitalier. La concentration des équipements hospitaliers sera la réponse des pouvoirs publics en guise de maîtrise des dépenses. Cela ne suffira pas et à l'aube du XXI^e siècle s'impose alors la T2A qui va ébranler le service public hospitalier justifiant, en conséquence, la fin de l'union organique entre le statut public de l'hôpital et ses missions de service public. Le service public hospitalier n'est plus réservé aux seuls établissements publics de santé, il lui est substitué des missions de service public qui peuvent être déléguées à tous les établissements de santé, publics ou privés. Cette Histoire des réformes hospitalières, chronologique et détaillée, illustre, sur le plan sanitaire, histoire économique et sociale de la

Ve République face aux coûts des services publics, dont l'usage est élargi à des activités concurrentielles au secteur privé. Ceux qui veulent connaître les enjeux hospitaliers actuels seront éclairés par cette histoire institutionnelle de l'hôpital de 1958 à nos jours?

Madoire, A., et al. (2010). "Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ?" Gestions Hospitalieres(492): 9-15.

[BDSP. Notice produite par EHESP ksBR0xt8. Diffusion soumise à autorisation]. La commission Larcher, chargée de "réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens" a rendu son rapport en avril 2008. C'est sur cette base qu'un projet de loi a été adopté le 23 juin par l'Assemblée nationale, le 24 juin par le Sénat. Signée le 21 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) est publiée le lendemain au Journal officiel. Le gouvernement est-il resté fidèle aux propositions de la commission Larcher ? Les amendements apportés par le Parlement ont-ils dénaturé le projet gouvernemental originel ? Peut-on finalement parler de réforme de la gouvernance hospitalière et quelle serait la nature de cette réforme ? Les auteurs mettent en rapport, pour chacun des acteurs de la gouvernance interne de l'hôpital, ce que préconisait le rapport Larcher, ce que le projet de loi déposé par le gouvernement proposait et ce que la loi HPST a retenu.

Tabuteau, D. (2010). "Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) : des interrogations pour demain !" Sante Publique **22**(1): 79-90.

[BDSP. Notice produite par EHESP s877HR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'année 2009 restera marquée par l'adoption d'un texte emblématique et ambitieux : la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. L'auteur examine tout d'abord, dans un exercice de prospective, deux scénarios extrêmes d'application de la loi : le scénario de la renaissance et celui de la dérive. Puis il répond à trois questions afin d'éclairer les enjeux de la réforme : - la région est-elle appelée à rester un cadre d'action sanitaire ou peut-elle devenir un cadre de décision ? - la région sera-t-elle le territoire d'expérimentation d'un nouveau modèle pour le système de santé ou apparaîtra-t-elle comme la plaque tournante de la confusion des secteurs ? - La région sera-t-elle un tremplin pour la technocratie sanitaire ou le creuset de la démocratie sanitaire ?

2009

Belorgey, N. (2009). Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public. Paris EHESS, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Formation Doctorale Sciences de la Société. Paris. FRA. **Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.**: 595 , tabl.

Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser les dépenses de santé », notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, dédifférentiation entre les secteurs public et privé (notamment par la

mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques. Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, l'enquête a procédé par deux voies d'entrée ethnographique, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. Autrement dit, pour reprendre les catégories de la science politique anglo-saxonne, il s'agit de l'étude d'une policy par une approche à la fois top-down et bottom-up. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. L'enquête s'est concentrée en plus de celle-ci sur trois cabinets de conseil, trois services de soin (dont deux services d'urgence, cette spécialité étant particulièrement révélatrice des tensions de l'institution hospitalière), deux services administratifs, et les patients d'un réseau de soin ville-hôpital ; au total, elle s'est intéressée à une dizaine de cabinets de conseil et à une vingtaine d'établissements pour leurs services administratifs ou de soin ; elle a recueilli formellement 110 entretiens et ses observations ont se sont échelonnées sur quatre ans. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives : deux questionnaires conçus inductivement, l'un destiné à des patients (n=154), l'autre à des soignants (n=105), ainsi que le retraitement de bases de données médico-administratives recensant les passages dans certains services d'urgence (au total, 1,8 million de passages). La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires. Cette enquête s'inscrit dans un questionnement théorique qui relève à la fois de la sociologie politique, plus particulièrement celle de l'action publique, et de la sociologie économique, puisqu'elle s'appuie notamment sur les manières de compter des acteurs : tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon, ce qui est à l'origine d'une grande partie de leurs conflits (D'après le résumé de l'auteur).

Houdart, P., et al. (2009). Le livre noir des hôpitaux, Paris : Calmann-Levy

Mortalité variant de 1 à 10 dans des établissements distants de seulement quelques kilomètres, bavures médicales, hôpitaux à l'activité confidentielle et médiocre soutenus à bout de bras par des élus locaux qui, eux, se font opérer dans les grands centres, explosion des honoraires médicaux, gâchis et scandales financiers...La liste des dérives du "meilleur système de santé du monde" est longue et édifiante. Pour tenter d'y remédier, un État irresponsable lance des réformes qui ignorent l'essentiel: les malades, les personnels soignants et la qualité des soins. Pour réaliser cette enquête, les auteurs ont mené des entretiens avec des centaines de spécialistes, médecins, infirmières, administratifs, patients heureux ou malheureux, décrypté des bases de données complexes révélant l'activité des établissements et épluché des milliers de rapports confidentiels. (d'après 4^e de couv.).

Tabuteau, D. (2009). "Crises et réformes." Seve : Les Tribunes De La Sante(22): 19-40.

Crises récurrentes et réformes incessantes, le secteur de la santé est soumis depuis une trentaine d'années à un maelström permanent. Drames et alertes de sécurité sanitaire, conflits sociaux à l'hôpital et en médecine de ville, déficits de l'assurance maladie... Des événements viennent régulièrement déstabiliser le système de santé, mettre en lumière ses carences et souligner ses insuffisances. Ces bouleversements servent souvent de levier pour

d'indispensables mutations du système de santé et provoquent parfois de véritables transformations dans son organisation et son fonctionnement. Pourtant les relations entre les crises et les réformes sont ambiguës. Placées sous le signe de l'urgence, elles témoignent d'une certaine immaturité politique en matière de santé et recèlent le risque d'une instrumentalisation de la crise (résumé de l'auteur).

2008

Clement, J. M. (2008). Contribution pour une vraie réforme hospitalière, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

Trop de réformes tuent la réforme serait-on tenté d'écrire à l'aune des très nombreuses réformes hospitalières qui ont jalonné ces trente dernières années. C'est en connaisseur, praticien et penseur des politiques hospitalières que Jean-Marie Clément prend parti pour une vraie réforme hospitalière, celle où on laisserait du temps pour la mettre en oeuvre. Pour cela, l'auteur, fidèle à son parler vrai, se risque à un diagnostic de ce qui ne va pas pour proposer quelques pistes de réflexion. C'est en maïeuticien que Jean-Marie Clément pense la nouvelle politique hospitalière (4e de couverture.)

Domin, J.-P. (2008). "Hôpital, patients, santé, territoires. Cinquante ans de politique hospitalière." Gestions Hospitalières(481): 698-702.

[BDSP. Notice produite par EHESP 987oR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Le 11 décembre 1958, Bernard Chenot, ministre de la Santé, signe une ordonnance qui va profondément transformer la politique hospitalière, notamment en faisant du ministère l'autorité suprême. Cinquante ans plus tard, dans son projet de loi déposé le 22 octobre 2008, Roselyne Bachelot-Narquin confirme la prise de pouvoir d'une autorité exécutive élargie (le directoire) et s'inscrit dans la perspective de l'ordonnance de 2 mai 2005 en favorisant une nouvelle gouvernance hospitalière censée rapprocher personnels médicaux et administratifs. Mais le changement n'est peut-être pas aussi profond qu'il en a l'air.

Loisance, D. (2008). "Contribution de l'Académie nationale de médecine à la réflexion sur la réforme de l'hôpital." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **192**(6): 1277-1285.

Ce texte offre les réflexions de l'Académie de médecine sur la réforme de l'hôpital. Il insiste sur certains points : amélioration de la coordination des diverses structures médico-sociales à l'échelon régional avec un rôle essentiel donné aux CHU; maintien des services hospitaliers; organisation en pôles; gouvernance de l'hôpital, maintien du statut de praticien hospitalier professeur des Universités; prise en compte dans les promotions des activités d'enseignement et de recherche.

2006

Schweyer, F.-X. (2006). "L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers dans la revue." Revue Francaise Des Affaires Sociales(4): 203-223.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE OzLR0xnR. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital n'apparaît dans la revue qu'à partir du moment où il devient un enjeu gestionnaire. Dans les années 1970-1980, les publications sont régulières mais peu nombreuses. Trois thèmes se dégagent : la modernisation des établissements, la maîtrise des coûts et les réformes

hospitalières. A partir de 1990, l'hôpital devient un thème régulier de la revue et les thèmes se diversifient avec l'essor des politiques de santé publique et la transformation de la régulation hospitalière. L'hôpital dont il est question, c'est l'hôpital tel qu'il est transformé par l'action publique. Ce qui explique que les dimensions économiques, organisationnelles et politiques dominant, alors que professions de santé, travail hospitalier et patients usagers sont des thèmes beaucoup moins présents.

2003

Clément, J. M. (2003). La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Fruit de 35 ans d'études et de pratique hospitalière, cet essai est un constat sans complaisance. L'auteur, juriste et praticien de la gestion hospitalière, développe les causes de cette crise de confiance qui mine les hôpitaux et apporte à la réflexion une originalité certaine. Il est peu courant de lire qu'il y a trop de docteurs mais pas assez de médecins. Ses conceptions sont hors des sentiers battus et ne peuvent être rattachées à une quelconque idéologie. Sans faire preuve de syncrétisme, Jean-Marie Clément s'émancipe des courants de pensées et puise dans son expérience les idées pour une réforme. Là encore l'auteur ne manque pas de singularité. Il prend le risque d'être attaqué de tous les côtés, mais son ambition est à ce prix car il veut susciter la réflexion, réveiller la dispute, provoquer la libre pensée chez chacun de ses lecteurs. D'une écriture claire et sans jargon, avec ce qu'il faut de mordant pour contraindre à réagir, cet essai doit marquer la pensée hospitalière. Il s'adresse à tous les personnels hospitaliers et, plus largement, à tous les lecteurs curieux de l'évolution de l'institution hospitalière. Tous apprécieront la liberté de ton, la connaissance du système, l'ampleur de l'analyse, la rigueur des arguments (4e de couverture).

Ducassou, D., et al. (2003). Plan Hôpital 2007 : restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'Université. Paris Ministère chargé de la Santé: 47.

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/rapp_chu.pdf

Ce rapport présente les résultats de la mission conduite par Dominique Ducassou, Daniel Jaeck et Benoît Leclercq sur le rôle et les missions du centre hospitalier universitaire (CHU) dans le cadre du plan hôpital 2007. Il complète celui de la mission parlementaire de René Couanau sur le désenchantement, et le rapport récemment remis par Denis Debrosse, Antoine Perrin et Guy Vallancien sur la modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale. Il permet ainsi aux ministres de poursuivre l'élaboration des orientations définitives à partir desquelles s'ouvrira une phase de concertation sur la mise en œuvre des réformes projetées. Le caractère innovant des propositions qu'il contient s'articule autour de quatre thèmes : améliorer l'organisation interne de l'hôpital universitaire et moderniser son statut, clarifier les liens entre hôpital et université, assurer la responsabilisation des acteurs et le financement des activités, ouvrir le CHU sur son environnement.

2000

Claveranne, J.-P. et Conci, M. (2000). "La régulation hospitalière : quelques éléments pour un bilan." Actualité Et Dossier En Santé Publique(33): 60-61.

[BDSP. Notice produite par ENSP wy45R0x3. Diffusion soumise à autorisation]. A l'issue des vingt années de propositions législatives, de réglementations et de mises en œuvre, la

France dispose d'une panoplie d'outils permettant tant sur le plan technique que sur le plan théorique, de réussir les mutations qu'entraîne pour le système hospitalier et le système de soins, l'évolution des technologies, des pratiques médicales, de la médecine et des droits des patients. Ils ne seront suffisants que si les diagnostics sont posés et si les acteurs ont les capacités de gérer le changement. (Résumé adapté du texte).

1995

Devulder, B. p. (1995). Réforme de l'hospitalisation publique et privée. Paris Direction des Hôpitaux: 35-68.

Au terme de cinq mois de travaux de réflexion, les membres du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière proposent à travers 12 fiches, les axes principaux d'une réforme donnant au gouvernement les moyens concrets d'améliorer l'efficacité du dispositif d'hospitalisation en France. La réforme hospitalière proposée répond à trois objectifs principaux : recentrer le dispositif d'offre de soins autour du malade, donner aux professionnels les moyens de répondre aux besoins sanitaires et sociaux, améliorer l'efficacité des dépenses consacrées à l'hospitalisation.

1994

Imbault-Huart, M. J. (1994). "Hôpital : la réforme inévitable." Debat (Le)(79): 154-182.

Historique des missions assignées à l'hôpital et des réformes de structures l'affectant depuis 1945 pour mieux comprendre la situation actuelle des services hospitaliers. Les Trente Glorieuses ont permis une explosion des effectifs et la mise en place de plateaux techniques importants. Mais dès 1977, la crise économique enrayer ce qui est devenu une entreprise : des problèmes de budget, de démoralisation du personnel, de gestion des urgences émergent alors.

1993

Couty, E., et al. (1993). "La réforme hospitalière deux ans après." Gestions Hospitalieres(326): 336-379.

1992

(1992). "Réforme hospitalière : dossier." Echanges Sante(68): 3-75.

LA PLANIFICATION HOSPITALIERE

2022

Boisguerin, B., Delaporte, A. et Vacher, T. (2022). "En léger recul en 2021, les capacités d'accueil en réanimation restent supérieures de 10 % à leur niveau de fin 2019." Etudes Et Resultats (Drees)(1242): 5 , graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ER1242.pdf>

Au 31 décembre 2021, 1 342 hôpitaux publics, 661 établissements privés à but non lucratif et 981 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue lentement de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 2 984 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (383 000 lits) et partielle (83 000 places). En 2021, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,1 %), à un rythme un peu plus élevé qu'au cours des années d'avant crise. En revanche, le nombre de places accélère (+3,4 %) et retrouve la tendance des années précédant la crise sanitaire, effaçant les effets du ralentissement observé en 2020 (+1,7 %). La progression reste plus importante en moyen séjour (+6,9 %) qu'en court séjour (+4,0 %) et en psychiatrie (+1,0 %). En 2021, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile progressent de 6,8 % (après 10,5 % en 2020). Elles représentent ainsi 7,6 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. Le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) diminue de 1,2 % en 2021, après la forte augmentation de 3,6 % observée en 2020 en réaction à la crise sanitaire. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation diminue de 3,8 % (+14,5 % en 2020) mais reste supérieure de 10,2 % à ce qu'elle était fin 2019.

Cazin, L., Kletz, F. et Sardas, J.-C. (2022). "Le regroupement des hôpitaux publics : l'action publique en régime d'apprentissage." *Gestion et management public* **10 / 1**(1): 77-99.

<https://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2022-1-page-77.htm>

Les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), introduits avec la loi de modernisation de notre système de Santé (2016), s'inscrivent dans une histoire longue et complexe du déploiement par la puissance publique de réformes visant à réorganiser le paysage hospitalier, mais dont les effets ont été souvent modestes. Ce papier s'intéresse, sur la base de l'étude de cas de construction de GHT, aux formes que prennent les nouvelles coopérations nées sur le terrain et à leurs effets. Nous montrons que cette réforme dont les objectifs sont en apparence vagues peut marquer une rupture en visant cette fois à amorcer des dynamiques locales d'exploration de nouvelles modalités d'organisation territoriale de l'offre de soins. Ces évolutions sont rendues possibles par l'irruption d'un nouveau régime de gouvernementalité, qui offre aux acteurs des objets de gouvernement, tels le parcours des patients, capables d'enclencher de nouvelles dynamiques d'apprentissage, à travers la mise en place de partenariats d'exploration. Nous étudions ce nouveau régime et ses effets au sein des GHT, et dégageons les conditions à réunir pour mener à bien ces orientations.

Gaudiaut, T. (2022). Combien d'habitants vivent à un quart d'heure d'un hôpital en France ?, Paris : Statistica

L'expression de « déserts médicaux », popularisée par les médias, est fréquemment utilisée pour désigner les régions où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins, en raison du manque de professionnels de santé ou d'infrastructures à proximité. « Cette question du déficit d'offre dans certains territoires renvoie à la question plus large et ancienne de l'inégale répartition spatiale de la ressource médicale en France, qui date au moins du XVIII^e siècle », comme le rappelle une étude parue dans Cairn. Ce sujet constitue de nos jours une préoccupation majeure pour les Français et les pouvoirs publics. Si l'on se penche uniquement sur l'accessibilité des infrastructures hospitalières, un indicateur d'Eurostat permet de dresser un état des lieux de la proximité des établissements par département en France métropolitaine. Il indique la part de la population qui vit à moins de 15 minutes en voiture d'un hôpital. Naturellement, ce sont les territoires urbains avec une forte densité de population qui affichent les taux les plus élevés. La totalité (ou presque) des habitants d'Île-de-France se trouvent à moins d'un quart d'heure d'un hôpital, 99,6 % dans le Rhône, 99,0 % en Loire-Atlantique et 98,2 % dans le Nord et les Bouches-du-Rhône.

Gaudiaut, T. (2022). "Hôpitaux : l'évolution des capacités en lits de soins." *Slate*: 1.
<https://fr.statista.com/infographie/21849/evolution-capacite-lits-de-soins-hospitaliers-comparaison-france-pays-europe/>

La pandémie de coronavirus a imposé un lourd fardeau à certains des systèmes hospitaliers les plus avancés au monde. En Europe, plusieurs pays ont été confrontés à une saturation des unités de soins dans leurs centres hospitaliers, faisant émerger des questions sur les capacités à maintenir afin de pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles. Comme le montre les dernières données disponibles de l'OCDE, le nombre de lits de soins curatifs disponibles par habitant varie sensiblement d'un pays européen à l'autre, et on remarque qu'il est en baisse dans l'ensemble des pays étudiés ces vingt dernières années. Cette tendance à la diminution des capacités d'accueil n'est donc pas un phénomène nouveau et ne concerne pas uniquement l'Hexagone. Outre les réorganisations et restructurations des établissements de santé, la réduction du temps moyen d'hospitalisation avec les progrès de la médecine (chirurgie moderne, nouveaux traitements,...) est aussi une raison avancée pour expliquer cette tendance générale. S'il faut garder à l'esprit que la définition des "soins curatifs" peut quelque peu varier d'un pays à l'autre, il s'agit globalement de l'ensemble des équipements (publics et privés) dédiés aux soins aigus de courte durée, excluant notamment les lits dévoués à la rééducation et aux soins palliatifs.

2021

Antony, M. (2021). "Mobilisations citoyennes pour défendre les services publics sanitaires de proximité. L'exemple de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité (dite « CN »)." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 111-120.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-111.htm>

La proximité sanitaire est pour tous les membres de la CN un concept primordial, qui touche tous nos territoires, quelles que soient leur taille et leur localisation. Cette proximité garantit plus d'humanité et de convivialité. Elle favorise la sécurité par une prise en charge immédiate des personnes et en diminuant les déplacements routiers forcément trop longs et dangereux. Elle assure une vraie subsidiarité (faire ce que l'on peut localement avant de passer à un niveau supérieur). Elle permet de réduire les temps gaspillés ainsi que les coûts économiques et écologiques qui sont multipliés par des transferts de plus en plus nombreux. La défense et le développement de tous nos services publics de proximité permettent de conserver une vraie qualité de vie et une saine activité économique pour toutes les localités touchées. L'égalité et la solidarité territoriales sont ainsi assurées. Enfin, la proximité est aussi un moyen de garantir davantage de démocratie, de contrôle citoyen sur les décisions publiques, de prise en charge des besoins concrets des personnes et des territoires, alors que l'éloignement coûte cher en temps et en finances et rend plus superficiel l'exercice démocratique. Depuis les années 1980, on assiste, sous tous les gouvernements, à une destruction systématique du service public sanitaire de proximité par la privatisation progressive et la multiplication des regroupements et fusions d'établissements, avec leur lot toujours présent de suppressions de sites, de fermetures ou de réductions de services (les deux tiers des maternités depuis les années 1970), de réduction de lits (plus de 100 000 fermés, soit environ 1/5) et de réduction de postes

Baudet-Michel, S., Chouraqui, J., Conti, B., et al. (2021). "The Shrinkage of Justice and Hospital Facilities in Small French Cities (2000-2016)." *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography* **103**(1): En ligne.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/04353684.2021.1875867?journalCode=rgab20>

In many countries, the objective of reducing public spending combined with the introduction of New Public Management reforms have led to changes in the territorial organization of public services and to a withdrawal of public facilities in many places. Our hypothesis is that in France, this territorial process has not occurred in the same way in all cities. We assume that while medium-sized cities are seeing a reduction in some public service facilities, their disappearance usually occurs in small cities. Larger metropolitan areas have not been affected by such territorial retrenchment of public services facilities. These differences could lead to increased territorial inequalities at the level of urban systems and to a marginalization of some small cities. This paper examines these processes through a quantitative analysis of changes in the location of justice courts and hospital beds from 2000 to 2016, within French Functional Urban Areas. It shows that the decrease in the number of justice and hospital facilities was significant and has affected small cities.

Belorgey, N. (2021). "Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri." *Sociétés contemporaines* 123(3): 23-50.

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2021-3-page-23.htm>

Un indicateur central de la nouvelle gestion publique (NGP) dans les hôpitaux est la durée moyenne de séjour (DMS), censée représenter l'efficacité de ceux-ci. Or, cet indicateur est fondamentalement biaisé, en ce qu'il est fortement tributaire des patients recrutés. À partir d'une ethnographie d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation et d'une analyse statistique, nous montrons que la durée de séjours des patients dépend de trois types de facteurs : événementiels, liés à leur parenté pratique, enfin à leurs appartenances sociales au sens large. Ainsi, réduire sa DMS signifie surtout pour un service éviter les patients qui auraient pourtant le plus besoin de prise en charge.

Boisguerin, B., Delaporte, A. et Vacher, T. (2021). "Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1208): 5 , graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>

En 2020, 1 342 hôpitaux publics, 667 établissements privés à but non lucratif et 974 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 2 983 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (387 000 lits) et partielle (80 000 places). En 2020, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,5 %). En revanche, le nombre de places reste dynamique (+1,7 %), avec une progression qui reste plus importante en moyen séjour (+4,7 %) qu'en court séjour (+2,4 %). En 2020, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile connaissent une augmentation plus forte que les années précédentes (+10,8 %, après +6,2 % en 2019). Elles représentent ainsi 7,0 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, a augmenté de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation a progressé de 14,5 %.

Cour des Comptes (2021). Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise. Le rapport public annuel 2021 de la Cour des Comptes; Tome 1, Paris : Cour des comptes: 150-174.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. Il s'agit là d'un phénomène inédit : la réanimation constitue une activité hospitalière très spécifique, peu connue du grand public, rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle et peu mise en avant dans les politiques publiques. Elle concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne, avec des pics d'activité récurrents en hiver. Dans un contexte de crise sanitaire de longue durée, la Cour a cherché à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques.

Dagorn, C., Giorgi, D. et Meunier, A. (2021). "Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières." Les Tribunes de la santé 69(3): 77-87.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-77.htm>

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été mis en place en 2016 et 2017. Leurs objectifs sont principalement la prise en charge commune et graduée des patients « dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité » et la rationalisation économique de leur fonctionnement. Juste avant la crise sanitaire, où certains semblent avoir joué un rôle positif, ils apparaissaient « au milieu du gué », avec des déploiements très inégaux, du fait d'obstacles endogènes (constitution plus ou moins adaptée, faiblesse de l'établissement support) ou exogènes (offre de soins peu dynamique, tension sur les postes médicaux, concurrence avec le secteur privé). Si les bases des GHT ont été efficacement jetées (gouvernance mise en place, projets médicaux partagés arrêtés de manière participative, avec certains exemples probants de filières organisées, cadres de partage de moyens correctement établis, par exemple dans le domaine des achats), les complexités des coopérations à mettre en œuvre tempèrent un bilan encore incertain et variable selon les situations locales (gouvernance lourde, avec certaines instances peu actives, projets médico-soignants peu ouverts sur le secteur médicosocial et la ville, ambitions de gradation modestes et généralement sans évolution programmée de l'offre hospitalière, mutualisation de moyens limitée notamment pour la mise en commun des ressources en médecins). À la suite de la loi du 24 juillet 2019 et du Ségur de la santé, les GHT disposent de moyens d'action nouveaux, d'ordre institutionnel et financier. Leur bon usage implique, dans le respect de leurs objectifs, de renforcer l'offre de proximité, avant de la conjuguer avec une dynamique d'intégration consolidée.

Dewitte, J.-P. (2021). "Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ?" Les Tribunes de la santé 69(3): 89-99.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-89.htm>

Comment l'hôpital peut-il se réformer ? Depuis très longtemps, des hypothèses multiples ont été avancées ; modifier le statut de l'hôpital public pour lui substituer un statut d'établissement privé d'intérêt collectif ; modifier le statut de la fonction publique hospitalière certes très protecteur, mais qui ne facilite pas les changements d'organisation

en profondeur ; alléger les contraintes du code des marchés publics... Ces idées n'ont pas émergé, même si la crise sanitaire récente a fait bouger quelques lignes dans le bon sens. La stratégie de la fusion d'établissements mérite d'être explorée.

Keller, C., Arandel, C., Assie, G., et al. (2021). "A l'aube de l'an II des GHT : focus sur le règlement intérieur." Gestions Hospitalières(608): 405-412.

Entendue comme l'équilibre des pouvoirs, la gouvernance interhospitalière du groupement hospitalier de territoire (GHT) s'inspire de celle des établissements publics de santé. Pour autant, la gouvernance «?territoriale?» est présumée comme «?personnalisable?».

Autrement dit, le bien-fondé et la singularité de cette dernière tiendraient à la capacité de celle-ci à traduire juridiquement les spécificités territoriales de chaque groupement. Ce faisant, la gouvernance du GHT repose sur deux postulats pouvant s'énoncer comme suit?: d'une part la reproductibilité aux niveaux territorial et interhospitalier de la gouvernance, propre à l'établissement public de santé, d'autre part une personnalisation qui repose sur la marge de manœuvre accordée par le cadre juridique aux acteurs hospitaliers. Fruit du travail d'un groupe d'élèves directeurs d'hôpital, coordonné par une enseignante-chercheuse de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), cet article s'attache à étudier ces deux postulats, complétant ainsi l'analyse des conventions constitutives des GHT par celle de leurs règlements intérieurs. L'objectif est d'éclairer les perspectives d'évolution dessinées par la «?première génération?» de GHT, alors que se façonne l'an II de la territorialisation de l'hospitalisation publique.

Meriade, L. (2021). "Lits de réanimation : comprendre les contraintes qui pèsent sur la situation française." The Conversation: html.

<https://theconversation.com/lits-de-reanimation-comprendre-les-contraintes-qui-pesent-sur-la-situation-francaise-152400>

Le taux d'incidence de la Covid-19, son taux de positivité ainsi que la disponibilité des lits de réanimation sont les indicateurs qui ont poussé à un nouveau confinement en France début novembre 2020, puis à un maintien de fortes restrictions durant les fêtes de fin d'année. S'agissant du dernier de ces indicateurs, lors de son intervention du 28 octobre 2020, le président Macron estimait que « la piste de l'augmentation des capacités de réanimation, que certains évoquent comme une piste qui nous permettrait de ne pas prendre des mesures difficiles », n'est « pas une bonne réponse » à l'épidémie.

Tran-Phong, E. (2021). "Vers une nouvelle organisation territoriale des soins." Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(74): 18-24.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/hp4alu/medecins_74.pdf#page=18

De nombreux territoires souffrent en France d'une faible démographie médicale, qui rend difficile l'accès aux soins pour leurs habitants.

Vigneron, E. (2021). "L'hôpital de proximité, un allié dans la guerre." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)(36): 5.

https://cahiersdesante.fr/editions/36/lhopital-de-proximite-un-allie-dans-la-guerre/?utm_source=sendinblue&utm_campaign=les_cahiers_de_sant_publique_et_de_protection_sociale_n36_mars_2021_est_en_ligne!&utm_medium=email

Avec sa vision de géographe et d'historien, l'auteur montre que la lutte contre l'actuelle pandémie de Covid-19, pour réussir, nécessiterait un véritable maillage du territoire par un

réseau de soins gradué et coordonné et la mise en place de véritable système de prévention et d'éducation à la santé.

2020

Castaigne, S., Dru, A. et Chatellier, C. (2020). L'hôpital au service du droit à la santé. Paris Cese: 122. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2020/FI21_hopital_droit_sante.pdf

L'avis du Conseil Economique Social et Environnemental dessine les voies et moyens d'une meilleure intégration de l'hôpital dans les territoires. Il demande un pilotage plus ascendant et démocratique pour assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre proposée. Enfin, il formule des préconisations pour désengorger l'hôpital, améliorer les parcours en amont et en aval, mieux organiser les interfaces avec les secteurs sociaux et médico-sociaux

Conti, B., Baudet-Michel, S. et Le Neindre, C. (2020). "Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour." *Geographie Economie Societe* **22**(1): 5-33.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>

Cet article propose d'analyser, à travers la notion de rétraction, l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (séjour supérieur à un jour) en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique dans les villes de France métropolitaine sur la période 2000-2016. La notion de rétraction, utilisée dans les travaux sur la décroissance urbaine, est ici mobilisée afin de mettre l'accent sur le retrait de cet équipement de soins dans le système des villes. Après avoir présenté la manière dont la distribution spatiale des hôpitaux a été pensée et modifiée par l'État au cours des 50 dernières années, la rétraction des lits d'hospitalisation est interrogée dans sa relation à l'organisation du système urbain : affecte-t-elle davantage les petites villes ? Affecte-t-elle de manière préférentielle les villes en décroissance ? Plusieurs indicateurs de rétraction sont proposés pour répondre à ces questions. La rétraction par diminution permet de mettre en valeur une évolution qui a affecté la quasi-totalité du système urbain. La rétraction par disparition concerne davantage les petites villes et les villes en décroissance. D'une manière générale, les grandes villes sont moins touchées par la rétraction des lits hospitaliers que les villes petites et moyennes.

Crepey, P., Massonnaud, C. et Roux, J. (2020). *COVID-19: Forecasting short term hospital needs in France*, Rennes : Ehesp - Reperes

<https://www.ea-reperes.com/wp-content/uploads/2020/03/PredictedFrenchHospitNeeds-EHESP-20200316.pdf>

Europe is now considered as the epicenter of the SARS-CoV-2 pandemic, France being among the most

Schlesser, J. C. (2020). "La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier Cas d'un projet de regroupement hospitalier." *Projectics / Proyética / Projectique Hors Série*(HS): 33-60.

<https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-HS-page-33.htm>

Nos organisations connaissent de perpétuelles mutations, depuis de nombreuses décennies. De fait, nos hôpitaux ont dû rechercher des moyens de plus en plus efficaces, pour répondre aux exigences de plus en plus précises des tutelles, pour une meilleure efficacité dans la réalisation des soins. C'est ainsi que des solutions, initialement issues du monde industriel, sont venues parfaire nos outils de Qualité et de Gestion et ce, pour répondre d'une manière

encore plus efficace et précise aux besoins d'une population de patients sur un territoire géographique de plus en plus étendu. La gestion par processus est apparue comme étant une réponse à la prise en charge de pathologies de plus en plus complexes et multiples dans des hôpitaux de plus en plus à la pointe de la recherche scientifique. C'est dans un contexte de réorganisation et de regroupement hospitalier, que nous avons voulu étudier comment la gestion par processus peut, dans certains cas, aider le manager à faire accepter le changement à ses équipes.

2019

Rogez, R. et Bouygard, A. (2019). "Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(107): 38-41.

La loi de modernisation de notre système de santé 2016 a introduit de nouveaux dispositifs visant à améliorer la structuration des parcours de santé, notamment par la promotion des soins primaires et le renforcement des liens entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social. Les communautés professionnelles de santé (CPTS) sont l'un des dispositifs pouvant concourir à une meilleure organisation des soins et des parcours. Cet article rend compte du développement des CPTS dans la région Centre-Val de Loire.

2018

Baud, C., Lehericey, H., Xerri, J.-G., et al. (2018). Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui. *Mettre en oeuvre et partager.*: 56 , fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP q9jtCR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours se sont développées. Parmi celles-ci, figurent les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'appui (PTA). Le présent document, à vocation opérationnelle, aborde la mise en oeuvre des missions et de l'organisation de ces dispositifs d'appui à la coordination de type PTA, en proposant des solutions organisationnelles. Il traite, à partir des enseignements issus du retour d'expériences des cinq projets TSN, des sujets-clés et des points de vigilance à prendre en considération pour le fonctionnement efficient d'un tel dispositif. Le présent tome est à mettre en lien avec les autres productions issues du retour d'expériences des projets TSN, et particulièrement le Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes.

DGOS (2018). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017. Paris DGOS: 25 , ill.

Ce rapport présente un panorama des recompositions de l'offre hospitalière en 2017. Il s'est attaché à analyser quatre types d'opérations de recompositions emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les directions communes, les fusions. La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire depuis 2016, ainsi que la possibilité introduite en 2017 pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de dissoudre les GCS devenus sans objet, auront pour effet une actualisation profonde des données courant 2018 et impacteront la prochaine édition du rapport.

2017

Baz, E. (2017). "Groupements hospitaliers de territoire. Analyse du décret du 2 mai 2017." Revue Hospitaliere De France(576): 52-53.

[BDSP. Notice produite par EHESP EFR0xA9H. Diffusion soumise à autorisation]. Le décret n° 2017-701 relatif aux conditions de délégation des fonctions mutualisées au sein des GHT est paru en Conseil d'État le 2 mai 2017. Ce texte précise les règles de fonctionnement des groupements dans plusieurs domaines : achats, exercice du pouvoir de nomination par le directeur de l'établissement support, publicité de postes de praticiens hospitaliers, permanence des soins, ainsi que la formalisation des relations avec les établissements partenaires et associés au groupement hospitalier de territoire. Il détermine également la date du 1er janvier 2018 pour le transfert de compétences et de responsabilités au directeur de l'établissement support du groupement. (R.A.).

Chapuis, C. et Vielfaure-Chapuis, M. (2017/08-09). "GHT : de la collection d'individus au groupe solidaire. Un pari gagnant/gagnat pour l'hôpital. ." Gestions Hospitalieres(568): 406-408.

La loi du 26 janvier 2016 a créé les groupements hospitaliers de territoire (GHT), afin de permettre une égalité d'accès aux soins sur un territoire de santé. Les hôpitaux concernés par ces GHT ont dû s'inscrire dans un partage de vision de l'offre de soins de territoire nécessitant une analyse récursive afin de structurer un projet médico-soignant fonctionnant en réseau. Mais les établissements sont-ils prêts ? Tel est le questionnement de cet article.

Durand, V. (2017/12). "Un an après, les facteurs de réussite des GHT." Gestions Hospitalieres(571): 638-645.

Alors que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont soufflé leur première bougie et, pour la plupart, porté à leur convention constitutive un projet médical partagé (DMP) et un projet de soins partagé (PSP), la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP livre ici une synthèse des exemples et réponses échangés entre professionnels et chercheurs autour de questions managériales prégnantes.

Sorrentino, M., Leleu, S., Sayous, P., et al. (2017). "Projet médical partagé : GHT, dynamique et facteurs de succès." Revue Hospitaliere De France(575): 36-40, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0x89qD. Diffusion soumise à autorisation]. Le GHT Rhône Nord - Beaujolais - Dombes regroupe huit établissements et représente 2600 lits et 3400 agents. Retour sur la construction de la stratégie de groupe à travers trois points : la vision financière partagée, le projet médical partagé, la convergence des systèmes d'information.

Vigneron, E. (2017/12). "Groupements hospitaliers de territoire : l'ouverture de la médecine de ville." Gestions Hospitalieres(571): 609-611.

Cet article aborde le rapprochement du groupement hospitalier de territoire avec d'autres secteurs : établissements hospitaliers privés, médico-sociaux, tout particulièrement EHPAD publics et établissements et services médico-sociaux publics pour personnes en situation de handicap et médecine de ville.

Vigneron, E. et Jaffiol, C. p. (2017). L'hôpital & le territoire, Paris : Techniques hospitalières / SPH

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Editions

Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés en France et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de « secteur sanitaire » ou, aujourd'hui, de « territoire de santé », la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

Vautard, A. L'aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordinations, Bordeaux : LEH Edition

Pour tout citoyen intéressé par les questions de santé, le territoire semble avoir été découvert par l'hôpital depuis le 21 juillet 2009 et la loi HPST de la même façon que l'Amérique par Christophe Colomb le 12 octobre 1492. Pourtant, bien que souvent ténus, les liens entre l'hôpital et ce qui se passe hors de ses murs ont existé depuis les premiers dépôts de mendicité et hospices. Les établissements de santé n'ont cependant pris conscience que très récemment de leur rôle premier en termes d'aménagement sanitaire. Autocentré autant par habitude que par nécessité au regard des règles qui s'imposent à lui, l'hôpital se doit désormais d'ouvrir ses perspectives du fait des grands enjeux de santé de ce début du XXI^e siècle : création de filières, balance entre qualité et proximité des soins, développement des prises en charge ambulatoires et libérales. Ce défi territorial suscite craintes et espoirs et conditionne l'avenir de notre système de santé. L'auteur développe des convictions fortes pour y faire face : rénovation des soins primaires, développement des complémentarités entre établissements publics, concurrence public-privé au service du patient, renforcement du rôle des pouvoirs publics dans le pilotage et l'arbitrage en termes d'organisation des soins et enfin responsabilisation et écoute des intelligences locales. Ce livre est le fruit d'un travail de recherche finalisé et conduit en parallèle de l'entrée en fonction comme directeur d'hôpital. Nourri par une analyse historique, des enquêtes de terrain, des entretiens et la pratique quotidienne, il synthétise le débat d'actualité sur l'organisation territoriale des hôpitaux et propose une vision spécifique en soulignant les évolutions à favoriser.

2016

(2016/10). "GHT et pratiques médicales." Gestions Hospitalières(559): 590.

Chevilles ouvrières de l'hôpital et souvent très impliqués dans son fonctionnement au jour le jour, les médecins n'ont pas toujours une vision très claire des changements que ne manqueront pas d'induire les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Et pourtant, si la loi est totalement appliquée, il est clair qu'elle aura un impact non seulement sur l'organisation du travail des praticiens et de leurs services, mais également sur les patients et probablement même sur la médecine ambulatoire.

(2016). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014. Paris DGOS: 55, tabl., graph., annexes.

Le présent rapport analyse l'évolution pour six types d'opérations de recombinaison emblématiques du contexte actuel de régulation de l'offre hospitalière de soins, sur la période du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2014 : les groupements de coopération sanitaire

(GCS), les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupements d'intérêt public (GIP) à objet sanitaire, les syndicats inter-hospitaliers (SIH), les directions communes et les fusions. Le rapport s'attache à faire un état des lieux en articulant une analyse globale des évolutions observées au niveau national et une étude des disparités constatées au niveau régional, corollaires de différences dans la manière dont les divers acteurs, notamment les ARS, s'approprient les outils à leur disposition.

De Montalembert, P. (2016). "Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : rapport de fin de mission." Gestions Hospitalieres(554): 154-159, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9IECR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Le 16 mars 2015, Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et le Dr Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de CME de CH, ont rendu le second rapport sur le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce second rapport vise à formuler des préconisations sur le dispositif cible des GHT, en identifiant les points de vigilance. D'emblée, les auteurs font part de leur conviction qu'il faut "laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance". (introd.).

Dupont, B., et al. (2016). "Groupe de recherche sur l'Impact des Reconstitutions et des Coopérations Hospitalières (IRCH). Dossier : Quels critères d'évaluation pour les futurs GHT ?" Gestions Hospitalieres(554): 136-153, tabl., carte.

[BDSP. Notice produite par EHESP psAR0xJp. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier consacré aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et élaboré par le groupe de recherche IRCH aborde les thèmes suivants : une présentation du groupe de recherche IRCH et les objectifs du projet ; les critères d'évaluation pour les futurs GHT ; l'amélioration de l'accessibilité aux soins ; la qualité du service médical rendu ; la pertinence économique et sociale des GHT ; la gouvernance, l'acceptabilité sociétale et enfin l'évaluation nationale des GHT.

Hubert, J. et Martineau, F. (2016). Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission. Paris Ministère chargé de la Santé: 51.

Instaurés par la loi Santé, les GHT ont vocation à développer une prise en charge « graduée » des patients en mutualisant les moyens des établissements au niveau d'un territoire. Le rapport intermédiaire présentait les 20 clés de réussite des GHT avec des premières orientations quant à leur traduction en loi et en décret. Ce rapport final a pour objectif de présenter les orientations définitives pour les textes d'application.

Legouge, D., et al. (2016). "Achats et GHT. Dossier." Revue Hospitaliere De France(572): 43-58, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9FDC7. Diffusion soumise à autorisation]. Les 135 groupes hospitaliers de territoire constitués par les établissements publics de santé entrent dans une phase opérationnelle. Les établissements qui en sont parties s'engagent, notamment, sur une voie cruciale : la mutualisation de la gestion de leurs achats, avec l'appui de celui d'entre eux qui a été désigné établissement support. Ce travail, capital, devra être achevé au plus tard le 31 décembre 2020. Le présent dossier, réalisé en partenariat avec Resah (réseau des acheteurs hospitaliers), revient sur les impacts et la mise en oeuvre de cette réforme de la fonction achat. Quels périmètres de compétences de l'établissement support et de l'établissement partie ? Comment déterminer les éléments de nature à mener à bien son premier plan d'achat territorial ? Quelles méthodes pour piloter la performance

de sa fonction achat ? Quels enseignements tirer de l'expérience de regroupement territorial des achats des établissements de santé déployée au Québec ?

Rauch, F. (2016). "Les groupements hospitaliers de territoire : nouveau cheval de Troie de la réforme de l'offre globale de soins." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(20): 18-20.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) a formulé dans leur principe les groupements hospitaliers de territoires (GHT). Leur mise en oeuvre a été précisée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Ils deviennent une nouvelle formule de coopération des établissements publics de santé sur les territoires. Pourtant ce qui s'apparente à une recherche d'optimisation de la réponse aux besoins de la populations sur les territoires constitue, en première instance, une recherche d'optimisation comptable de la dépense sociale de santé, en seconde instance et, une nouvelle offensive contre l'ensemble du système de santé qui dépasse le cadre de l'offre de soins hospitaliers tout en passant par elle.

2015

(2015). Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 185-216 , tabl.

<https://www.ccomptes.fr/>

La Cour dresse un bilan décevant des actions entreprises depuis une vingtaine d'années pour réorganiser l'offre de soins, qui reste toujours trop centrée sur l'hôpital (37 % des dépenses de santé). Les modes d'organisation des soins de ville ont peu évolué et les inégalités d'accès à la médecine de ville demeurent fortes. De nouvelles réorganisations s'avèrent indispensables. Le réseau des maternités, restructuré en profondeur depuis la fin des années 90, continue ainsi de présenter des situations vulnérables, notamment en raison de difficultés lourdes de recrutement et de déséquilibres financiers. Quant aux 18 centres de luttés contre le cancer, les fragilités de certains d'entre eux posent la question de leur avenir.

Budet, J.-M. (2015). "Dossier : Les nouveaux territoires de l'hôpital." Gestions Hospitalieres(548): 412-443.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0xn8AI. Diffusion soumise à autorisation]. Il y a aujourd'hui urgence à mettre en place ces groupements avec l'espoir que la prudence qui conduit encore à leur refuser la personnalité morale ne se traduise pas par une lourdeur et une complexité supplémentaires. La tarification à l'activité a eu le double défaut d'exacerber la concurrence entre les établissements et de segmenter les prises en charge. Le maintien de l'autonomie absolue et sans partage des établissements a fait le lit de mercenaires médicaux aux rémunérations sans limites et du maintien artificiel d'activités. La pertinence des soins et des parcours n'est pas au rendez-vous. La réussite des futurs GHT passera donc par leur capacité à mutualiser, à organiser le parcours du patient sur un territoire de taille acceptable et à constituer des équipes médicales territorialisées pour servir un projet médical partagé. Parallèlement à la réforme territoriale, la réorganisation de l'offre hospitalière pourra alors conduire à une véritable refondation des établissements de santé qui concernera aussi les CHU. (extrait introd.).

Cohen, F. (2015). "Une politique de santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

Page 61 sur 606

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

donnée politique forte." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)(18): 19-25.

Définir une politique de santé ne peut être mené sans se poser la question des territoires et de leurs présences. Le cadre législatif qui s'est développé depuis plusieurs années en est la meilleure preuve et en même temps le meilleur vecteur. Cet article en dresse un historique de l'articulation entre la politique de santé et les territoires depuis les années 1980.

Colas, D. (2015). "Centres hospitaliers locaux : quelle place dans les futurs GHT ?" Revue Hospitaliere De France(566): 68-69.

[BDSP. Notice produite par EHESP lprR0xks. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire dont l'adhésion sera rendue obligatoire (article 27 du projet de loi). Quelle place occuperont les centres hospitaliers locaux, notamment pour la médecine hospitalo-libérale ? (introd.).

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Vanlerenberghe, J. M. (2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités: 220.

Vincent, G. et Caillet, R. (2015). "Y-a-t-il "trop d'hôpital" en France ?" Revue Hospitaliere De France(567): 54-57.

[BDSP. Notice produite par EHESP HR0xspJ. Diffusion soumise à autorisation]. À l'occasion de la parution de l'ouvrage collectif "Politiques de santé. Idées, innovations et illusions", en l'honneur de Jean de Kervasdoué, un colloque a permis de réinterroger la place de l'hôpital dans notre système de santé. Le débat a été posé en ces termes : "Quand on compare la France aux autres pays occidentaux, on constate à la fois la pléthore des établissements hospitaliers et l'hospitalocentrisme de l'ensemble du système de soins, à commencer par la formation médicale". Cet article propose de contribuer à la discussion à travers deux questions : Quelles sont les données du problème ? Notre système est-il coûteux et inefficace ?

2014

(2014). Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 331-357, tabl.

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (dite loi HPST) a entendu inscrire la politique de santé dans la double perspective d'un parcours assurant un continuum de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux structures médico-sociales et d'une territorialisation de l'organisation des soins, avec pour objectif d'améliorer l'égalité des chances et la qualité des prises en charge. À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) créées par cette même loi se sont vu confier, parmi leurs premières missions, celle de mettre en oeuvre au niveau régional la politique de santé publique dont la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique précise qu'elle a notamment pour objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». Le cadre de régulation de la politique régionale de santé a été modifié en conséquence. Le projet régional de santé (PRS) unifie dorénavant l'ensemble des démarches des différents acteurs -État et assurance maladie au premier chef - dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale. À l'issue de la phase d'élaboration de ces derniers et au début de leur mise en oeuvre, la Cour a cherché à analyser comment cet exercice de programmation avait entendu répondre à ses objectifs : réduire les inégalités en santé, assurer une meilleure coordination des parcours de soins et permettre une plus grande efficacité des politiques de santé publique. Elle a constaté que cette démarche n'est pas parvenue, malgré un travail et une mobilisation considérables, à rendre opérationnelle une approche intégrée au niveau régional, comme l'illustrent les deux exemples de la prévention et de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux. Les capacités d'action des ARS sont entravées par de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de l'absence de priorités nationales claires, du manque de leviers financiers à la disposition directe des ARS ou du défaut d'affirmation de leur rôle de pilote face à d'autres acteurs au niveau local. L'élaboration de nouveaux projets régionaux de santé en 2016 devra nécessairement s'engager dans un cadre institutionnel à repenser.

Devictor, B. (2014). Le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 209, fig.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

Ce rapport avait pour but de définir les objectifs et les missions auxquels répondent le service public territorial de santé et le service public hospitalier; de définir les acteurs, leurs droits et leurs obligations; définir les modalités d'organisation du service public territorial de santé et le service public hospitalier et de proposer des outils juridiques, financiers et techniques afin de les structurer.

2013

(2013). Pour une approche territoriale de la santé : 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes. Paris APVF: 26, cartes, graph.

<http://www.apvf.asso.fr/files/publications/APVF-Livre-blanc-v12.pdf>

Ce rapport détaille des propositions de l'APVF (Association des petites villes de France) sur la place des élus locaux en matière de gouvernance, sur la façon de sauver les petits hôpitaux des écueils de la tarification à l'activité, ou encore sur le développement du salariat pour lutter contre les déserts médicaux.

Hollue, C. (2013). "Restructurations hospitalières : quel bilan ?" Medecins : Bulletin D'information De L'ordre National Des Medecins(31): 10-11.

Les restructurations hospitalières représentent un bouleversement pour les soignants et sont source d'enjeux politiques et économiques. Elles sont menées avec plus ou moins de réussite et de cohérence. Cet article effectue des regards croisés sur leurs raisons d'être et leurs effets.

Laude, L. et Louazel, M. (2013). "Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **31**(2-3): 93-106, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA o18oFR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Parmi les formes de restructuration, la fusion s'est imposée aux établissements depuis le début des années 1990. Sans parvenir à démontrer son efficacité en matière de recomposition de l'offre de soins, la fusion constitue un processus de changement institutionnel. Après une période de fortes incitations, il semble que les opérations de coopération soient désormais privilégiées aux opérations de fusion. Notre article interroge, à travers l'analyse longitudinale de cinq opérations de fusion, les mécanismes de changement institutionnel à l'oeuvre. Nous montrerons les apports de l'approche néo-institutionnaliste dans l'analyse des processus de changement imposés d'une part. D'autre part, nous discuterons en quoi ces approches dessinent une vision de la performance en santé au confluent entre rationalité et conformité.

Lucas-Gabrielli, V. et Coldefy, M. (2013). "Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins." Actualite Et Dossier En Sante Publique(82): 32-34.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au coeur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

2012

Coldefy, M. et Lucas-Gabrielli, V. (2012). "Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(175): 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les agences régionales de hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de

santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.

Haas, D., et al. (2012). Des restructurations hospitalières et des hommes, Rennes : Presses de l'EHESP

Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont développées partout en France, notamment au travers de coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral. Réalisé à partir du témoignage des principaux acteurs de trois opérations conséquentes menées par la Mutualité française entre 2001 et 2008 à Nantes, Lyon et Grenoble, cet ouvrage aborde toutes les facettes : choc des cultures, pilotage, projet médical, projet social, architecture, communication. Les réussites comme les échecs sont présentés sans ambages. L'objectif est de capitaliser sur ces expériences en décrivant les processus mis en œuvre, et d'en tirer des leçons qui puissent servir à d'autres (4e de couverture).

Jourdain, A.(éd.) et Brechat, P. H. (éd.) (2012). La nouvelle planification sanitaire et sociale, Rennes : Presses de l'EHESP

La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généré un modèle de planification par plans et schémas qui s'est étendu progressivement à tout le champ sanitaire et social : de l'hôpital à la prévention en passant par l'urgence sociale et la gérontologie. Les avantages de ce modèle sont nombreux : il s'intéresse aux besoins de la population, il a le souci de l'efficacité économique, sa démarche est rationnelle et volontariste, il favorise la transversalité de l'action ainsi que le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions. Ses applications ne vont pourtant pas sans difficultés. La multiplication des schémas ne conduit-elle pas irrémédiablement à un éparpillement de l'action ? Comment améliorer par exemple la cohérence entre plan gérontologique, schéma hospitalier d'organisation des soins et plan régional de santé publique ? Comment construire un continuum d'offres sociales, médico-sociales, de soins et de prévention par priorités, comme la prise en charge des besoins des personnes âgées ? Le temps est donc venu d'interroger la genèse de ce type d'action publique et les formes qu'elle emprunte aujourd'hui, en repartant de quelques questions fondamentales : pourquoi planifier ? comment ? pour quoi faire ? Les réponses des auteurs - issus du milieu académique, des services de l'Etat, du management d'établissement et du secteur associatif - empruntent aux disciplines fondamentales (économie, sociologie, gestion...) et à l'analyse des pratiques des différents secteurs : social, personnes âgées, psychiatrie, hôpital, prévention (4e de couverture).

2011

Zardet, V., et al. (2011). "Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital." Journal D'economie Médicale **29**(6-7): 277-293.

[BDSP. Notice produite par ORSRA DJR0xH9I. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à analyser les difficultés de coopération interprofessionnelle à l'hôpital et leurs conséquences. La recherche, menée selon la méthode de recherche-intervention socio-économique et réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers de différents pays, comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Les résultats montrent tout d'abord que le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe car plusieurs corps de

métier y interagissent : médecins, soignants, administratifs, techniciens. La coopération de ces différentes populations de professionnels s'avère difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficacité et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins. Dans un second temps, l'article montre que la mise en place d'un management socio-économique, par l'apport d'outils et le renforcement du rôle de médecin chef de service, permet d'améliorer la qualité des soins, le management des équipes et l'efficacité économique des activités hospitalières.

2010

Coldefy, M. et Lucas-Gabrielli, V. (2010). "Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification." *Pratiques Et Organisation Des Soins*(1): 73-80, carte, graph.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS 8IDD7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) couvrant la période 2006-2011 sont profondément renouvelés. La carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. L'objectif est de montrer comment les régions ont dessiné ce nouveau territoire : avec quels concepts (distance, temps, flux, découpages administratifs) et quelles méthodes ? Quels sont les découpages réalisés au final ?

2009

Evin, C. (2009). "Communautés hospitalières de territoire et groupements de coopération sanitaires : après la loi HPST." *Revue Hospitaliere De France*(530): 12-19.

[BDSP. Notice produite par EHESP E8ICsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée un outil nouveau de coopération entre établissements publics de santé : la communauté hospitalière de territoire (CHT). Elle clarifie également le régime juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS), groupements créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cet article fait un point sur le fonctionnement de ces deux outils : objet et champ de compétence, modalités de création, contenu de la convention, crédits d'aide à la création.

Tanguy, H. (2009). "La valse de la recombinaison hospitalière." *Gestions Hospitalieres*(489): 469-470.

[BDSP. Notice produite par EHESP npR0xn8s. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis février 2009, une présentation de la réforme Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) à Paris et en régions a conduit les auteurs à rencontrer plus de deux cent cinquante directeurs d'établissements et présidents de commission médicale d'établissement (CME). Pour eux, une acculturation au niveau dispositif dans son ensemble et à celui, évolutif, de la communauté hospitalière de territoire (CHT) en particulier. Pour les auteurs, les réactions des acteurs hospitaliers et des constats tout au long de la procédure parlementaire, riches d'enseignements. En tout cas, trois temps de valse de la recombinaison hospitalière.

2008

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Bernier, M. et Paul, C. (2008). Rapport d'information de la Mission d'Information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Paris Assemblée nationale: 206.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

Ce rapport, dont l'objet est de préparer l'examen du projet de loi «Hôpital, patients, santé et territoires», formule trente propositions d'action visant à donner aux pouvoirs publics les moyens de piloter efficacement le niveau et la répartition de l'offre de soins, afin de garantir aux Français un égal accès aux soins de premier recours ; à structurer l'offre de « soins de premier recours » de façon efficace, efficiente et attractive pour les professionnels de santé ; et à adapter les formations médicales et paramédicales aux besoins de santé des territoires.

Budet, J. M., et al. (2008). Les territoires et la santé : Pour servir le débat public autour du projet de loi «Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Paris Institut des Hautes Etudes de Développement et d'Aménagement des Territoires Européens.: 25.

Le groupe « Santé et Territoires » de l'Institut des Hautes études de l'aménagement et du développement durable des territoires (IHEDATE) s'est constitué depuis 2006 à partir d'un noyau d'anciens auditeurs de l'IHEDATE, impliqués et intéressés par les problématiques de santé publique. Ce groupe entend alimenter la réflexion et le débat sur la relation santé/territoires. Il s'appuie sur les travaux passés des groupes DATAR (DIACT) et du Commissariat général au plan que ses membres ont animé et qui se sont traduits par plusieurs ouvrages et rapports publiés. Le groupe « Santé et Territoires » a pour seul objectif de porter la dimension territoriale dans les politiques publiques en matière de santé et de servir un idéal commun de cohésion républicaine par la cohésion territoriale. Le débat ouvert autour du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » constitue une opportunité pour inscrire et conforter dans le dispositif législatif, puis réglementaire la référence territoriale. Cette contribution est présentée sous forme de fiches synthétiques et de propositions susceptibles d'être traduites dans les textes ; elle se veut donc pratique, utile et efficace. La contribution au débat du groupe « Santé et Territoires » s'appuie sur 3 principes forts : l'équité, issue de la recherche de l'égalité des chances et des droits des citoyens ; - la nécessité du changement et de l'ambition de la réforme ; l'ancrage territorial, le lien avec les élus.

2007

Lernout, T., et al. (2007). "Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives." *Sante Publique* **19**(6): 499-512, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP BR0xB8os. Diffusion soumise à autorisation]. En 15 ans, trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont été mis en place en France par le ministère en charge de la santé. Un bilan et des propositions peuvent être faits au moment où plusieurs autres réformes sont mises en oeuvre. La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues d'entretiens semi-directifs, de textes législatifs et de documents concernant la construction, la mise en oeuvre et le suivi des schémas. Cette étude montre que, de 1991 à 2006, le SROS est devenu le pivot de la planification sanitaire en France. Ainsi, il a su progressivement fédérer institutions, professionnels et acteurs pour arriver à des projets médicaux de territoire mettant en adéquation l'offre et les besoins de santé de la population. Une analyse au regard d'un référentiel international et des perspectives d'avenir sont proposées.

2006

Causse, D. et Barreteau, A. (2006). "Urgences et territoires. Comment penser le nouveau paysage hospitalier ?" Revue Hospitaliere De France(510): 35-39.

[BDSP. Notice produite par ENSP YR0x771q. Diffusion soumise à autorisation]. Avec 14 millions de passages annuels dont 12 assurés par les établissements publics, les urgences sont la première image qui vient à l'esprit de nos concitoyens, lorsqu'ils sont interrogés sur le service public hospitalier. Les urgences représentent également avec les maternités, le premier sujet de dilemme entre les exigences conjuguées de proximité des soins et de sécurité. Pour ces raisons, la conjonction de la parution des SROS III, établissant les nouveaux territoires de santé du 31 mars 2006, et la publication des décrets récemment parus sur les urgences datés du 22 mai 2006 méritent une réflexion d'ensemble, au titre de la redéfinition en filigrane du nouveau paysage hospitalier des dix prochaines années : notre approche se situe donc à l'horizon des SROS IV.

Giraud, F. (2006). Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions. Paris La documentation française: 65.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000495/index.shtml>

Créés en 1958, les centres hospitaliers et universitaires visent à établir l'équilibre entre trois missions complémentaires fondamentales que sont les soins, l'enseignement et la recherche. Les centres hospitaliers et universitaires assument aujourd'hui un tiers des activités de soins de l'ensemble des hôpitaux publics, assurent la formation de 30 000 étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et emploient plus de 270 000 personnes. Le rapport de Francis Giraud analyse les missions des CHU et formule seize propositions permettant d'améliorer leur fonctionnement et de préciser leur place dans l'organisation régionale des soins, de l'enseignement et de la recherche.

Level, B. et Jallu, J.-L. (2006). "Quelle organisation hospitalière dans le nouveau territoire de référence ?" Revue Hospitaliere De France(510): 20-21.

[BDSP. Notice produite par ENSP OTplR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Jusque-là organisée en huit secteurs sanitaires, la région Picardie est aujourd'hui structurée en quatre territoires de santé pour des bassins de population compris entre 400 000 et 500 000 habitants. Cette échelle géographique devrait offrir une graduation et une coordination optimales des soins, tout en améliorant l'attractivité. Le passage du secteur sanitaire (250 000 habitants, sept établissements privés et publics) vers le territoire Nord-est Picardie (plus de 400 000 habitants, 17 établissements publics et privés), n'a pas été vécu comme un changement structurel, mais comme la concrétisation officielle des relations antérieures entre les établissements concernés. La constitution, le 27 mars dernier, de la nouvelle conférence sanitaire de territoire, a permis de soutenir les concertations et de fédérer les projets.

2005

Chambaretaud, S., et al. (2005). Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : offre, régulation, acteurs : essai de prospective. Paris Commissariat Général du Plan: 132.

Ce rapport rassemble les recommandations du groupe de projet POLES, du Commissariat

général du Plan, sur la régionalisation du système de santé. L'une d'entre-elles préconise de donner un rôle majeur aux régions dans la réforme du système de santé. "Cette gestion régionale de la santé doit passer par la décentralisation. Aujourd'hui, les conditions ne sont pas réunies, mais dans 20 ans, c'est un pari plausible", indique le groupe qui retient trois scénarios possibles du futur d'un système de santé régionalisé. Dans le scénario "L'an II de la décentralisation", privilégié par le groupe, "les collectivités régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre de soins et de financement du système de santé". L'État central garde ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé, édicte les règles communes, alloue aux régions des enveloppes de péréquation et négocie avec elles des programmations pluriannuelles. L'échelon national de l'assurance maladie disparaît purement et simplement. Chaque région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. Le scénario "La déconcentration" s'appuie sur une agence régionale de santé qui serait dotée d'un exécutif fort disposant de pouvoirs propres inspirés des prérogatives des directeurs des ARH ou des diverses agences sanitaires. Quant au scénario "Le chariot des desserts", il poursuit la tendance actuelle : ni décentralisation, ni déconcentration, ni délégation. "Fortement empreint d'un esprit de déconcentration, sans toucher l'architecture et les compromis implicites actuels, le système régional se scinde en trois opérateurs : l'État déconcentré définit les politiques de prévention et les programmes de santé, l'ARH gère l'offre de soins en établissements, l'Urcam renforcée se constitue en véritable interlocuteur du secteur ambulatoire, qu'elle régule ou avec lequel elle contracte en empruntant aux outils actuels des ARH". Ce scénario ne bouleverse pas les équilibres, il spécialise et renforce les blocs de compétence. Mais ce découpage "fait fi de l'unité de l'utilisateur final, le patient". "Au regard de ces scénarios futurs ramenés au présent, et en vue d'accompagner les processus de territorialisation du système de santé", le rapport POLES propose six principes fondateurs pour l'Etat et les collectivités territoriales autour de trois axes : "L'évolution de l'offre" (poursuivre la gradation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques, affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches) ; "le système de régulation" (choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modes de gestion diversifiés, ce qui permet par exemple d'articuler décentralisation et agence régionale de santé, recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation) ; "les relations entre les acteurs du système de santé" (privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé, conforter la légitimité du politique en santé, autrement dit faire en sorte que le politique s'empare des questions de santé plutôt que construire une démocratie sanitaire spécifique).

2004

Picard, M. (2004). "Aménagement du territoire et établissements de santé." Avis Et Rapports Du Conseil Economique Et Social(14): 172, tabl., ann.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000667/index.shtml>

Dans un premier temps, ce rapport pointe sur les enjeux sanitaires liés à l'aménagement du territoire. Il démontre qu'il faut prendre en compte les besoins réels de santé, réduire les inégalités épidémiologiques, mieux répartir l'offre de soins, mieux cerner les enjeux locaux et insérer la dynamique de l'offre de soins dans celle de l'économie locale et régionale. Puis, il émet des propositions dans l'objectif d'améliorer l'adéquation entre territoires et besoins de santé : activation des réseaux en direction des populations fragiles, maintenir l'hôpital local en tant qu'élément de proximité, développer la télémédecine par étapes, adapter la tarification à l'activité (T2A) selon des critères de différenciation de besoins locaux, meilleure

répartition des professions de santé pour éviter la désertification ; etc.

2003

Debrosse, D., et al. (2003). *Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*. Paris DHOS: 250 , tabl.

Après le rapport de René Couanau, ce rapport réalisé par la mission sur la modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale a été conduit par Denis Debrosse, le directeur de l'hôpital d'Angoulême, Antoine Perrin, le président de la Commission médicale (CME) de l'hôpital du Mans et Guy Vallancien de la Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu. Les auteurs y proposent d'accorder plus d'autonomie à chaque établissement, de modifier les modes de recrutement et d'assouplir le code des marchés publics dans son application aux EPS. Si l'Etat doit rester garant de la cohérence et de l'équité de l'accès aux soins, ils suggèrent toutefois de déconcentrer les responsabilités de l'Etat au niveau des régions, qui connaissent le mieux les besoins, permettant d'organiser de véritables territoires de santé, et les ARH doivent devenir le guichet unique par lequel passent toutes les réglementations et décisions des autres organismes. Le ministre de la Santé devrait présenter son projet concernant la réforme de l'hôpital public le mois prochain, après réception d'un troisième rapport, fruit du travail d'un groupe de projet sur les CHU.

Mauss, H. et Polton, D. (2003). *Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail*. Rapport Credes. Paris La documentation française: 104 , tabl., graph., fig., carte, ann.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000307/index.shtml>

Depuis une dizaine d'années, avec l'expérience née de deux générations de SROS mais aussi d'autres démarches, la réflexion sur les territoires s'est enrichie et diversifiée. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services?). D'autres approches se fondent sur des " territoires projet " ou " réseaux d'acteurs ". Ce rapport rassemble les propositions du groupe de travail chargé de réfléchir à cette thématique. Elles s'appuient sur des auditions d'experts, sur des enquêtes destinées à rassembler l'expertise acquise dans les régions par les ARH, les URCAM, les DRASS et les ORS, et sur une série de travaux techniques de géographes. Il comprend trois parties. Tout d'abord, quelques remarques préliminaires situent l'esprit dans lequel le groupe a travaillé, la philosophie sous-jacente, ses recommandations et la manière dont il a conçu la réponse au mandat qui lui était donné. Une deuxième partie dresse l'état des lieux des territoires existants, le bilan que l'on peut faire de ces approches, et formule des propositions pour une approche territoriale globale et cohérente. La troisième partie, plus méthodologique, rassemble des outils utilisables pour des approches territoriales, en les illustrant par des exemples, et décrit un certain nombre d'expériences régionales qu'il paraît intéressant de faire partager, dans une perspective de capitalisation des acquis.

2001

(2001). *Atlas de la recomposition hospitalière*. Paris Direction des Hôpitaux: pag. mult., 2 vol., carte.

Cette deuxième édition de l'atlas de la recomposition de l'offre de soins dresse un inventaire des principales opérations - en projet, en cours ou achevée - de recomposition par région de novembre 1998 à juillet 2000, sur la base d'information fournies par les agences régionales

de l'hospitalisation. Pour chaque région (y compris les DOM), ce bilan présente trois types d'opérations : les actions de coopération et recomposition de l'offre de soins concernant d'un à trois/quatre acteurs lorsqu'elles traduisent une adaptation ou évolution locale de l'offre ; les communautés d'établissements qui ont vocation à rapprocher les établissements de santé assurant le service public hospitalier dans un secteur sanitaire pour les rendre davantage complémentaires ; les réseaux de soins qui fédèrent les différents acteurs intervenant en milieu hospitalier ou en ville, lorsqu'ensemble ils s'organisent pour la prise en charge d'une pathologie chronique ou d'une population particulière. Cet atlas est consultable sur le site internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité : <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/index.htm> => Hôpital

(2001). "Genèse des schémas régionaux d'organisation sanitaire de 2e génération." Revue Hospitalière De France(483): 4-6.

[BDSP. Notice produite par ENSP Nz8R0x4F. Diffusion soumise à autorisation]. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 2e génération ont tous été adoptés par arrêtés des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation entre juin 1999 et janvier 2000. Aujourd'hui, certaines régions complètent ces mêmes SROS sur des thématiques qui n'avaient pu être abordées d'emblée faute de temps. Ceci atteste tant de l'intérêt reconnu par les acteurs eux-mêmes envers les SROS que de la dynamique engagée.

Malvy, M. (2001). Le livre blanc sur les hôpitaux de proximité. Paris APVF: 30.

La publication du premier livre blanc de l'APVF sur les hôpitaux de proximité en mars 1998 avait connu un écho médiatique significatif en ce sens qu'il constituait la première réponse sérieuse et argumentée à la campagne systématique et injuste de dénigrement des petits hôpitaux. La situation a évolué depuis ces 3 années. Les attaques ne portent plus sur le coût ou l'insécurité sanitaire des petits hôpitaux, mais sur les deux axes suivants : - les petites structures de soins, disséminées sur l'ensemble du territoire sont confrontées à des vacances de postes de praticiens hospitaliers ; - la mise en réseau modifie l'organisation des soins. Ce deuxième livre blanc fait une analyse lucide de la situation actuelle, et réaffirme sa référence permanente : un réseau public de soins efficient sur tout le territoire, avec le droit pour tout citoyen d'être aussi bien soigné quelle que soit sa localisation géographique.

2000

Pontier, J. M. p. (2000). Cartes, schémas et décentralisation, Aix - Marseille : Presses Universitaires

Cet ouvrage général sur les schémas de planification et la décentralisation en France comporte un chapitre sur le schéma régional d'organisation sanitaire, instrument de restructuration du tissu hospitalier. Après un aperçu historique sur l'origine du SROS en santé (réforme du 31 juillet 1991), il comprend deux sections : la première section porte sur les finalités et les implications du SROS, la deuxième sur la mise en oeuvre des SROS en en soulignant les imperfections et les évolutions.

1999

(1999). Bilan de la recomposition de l'offre hospitalière pour la période 1994-1999 : document transmis au Parlement conformément au dispositif prévu par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997. Paris DH, 15 , 11 carte, 14 graph., 15 tabl.

Le présent rapport est le résultat d'une enquête effectuée au mois de juillet 1999 auprès des agences régionales de l'hospitalisation. Il rend compte, comme les années précédentes, de l'état des cartes sanitaires de médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation au 30 juin 1999, et des évolutions constatées depuis le 1er juin 1994 (évolution des capacités autorisées et des taux d'excédents selon les spécialités médicales et les régions entre 1994 et 1999). Par ailleurs, il dresse l'état d'avancement des opérations inscrites dans l'atlas de la recomposition de l'offre hospitalière publié en décembre 1998 (fusions, communautés d'établissements, réorganisation de l'obstétrique). Cet atlas est consultable sur le site internet du Ministère de l'emploi et de la solidarité : <http://www.sante.gouv.fr>

(1999). La révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Paris DH: 139 , 134 tabl.

Chaque ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) a eu pour mission de mettre à jour les premiers SROS entre avril 1998 et septembre 1999. Ce document présente un bilan général des processus de révision des SROS des ARH ainsi qu'un récapitulatif des priorités finalement retenues par chaque région. La première partie concerne les méthodes utilisées par les ARH pour mener à bien ce projet (conduite du projet, formalisation de la démarche, implication des usagers, approches territoriales, communication) ainsi que les travaux qui ont été réalisés (bilan des premiers SROS, diagnostics et études, document de cadrage, orientations stratégiques, élaboration des documents définitifs, calendrier des signatures des arrêtés). La seconde partie présente plutôt le contenu des SROS : la synthèse nationale, les principaux thèmes retenus par les ARH, puis une présentation régionale des SROS (fiches qui résument, par région, les principaux éléments du SROS : éléments marquants du diagnostic, priorités du SROS, constats et orientations par des volets thématiques).

(1999). "Les enjeux de la recomposition de l'offre de soins : Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier." *Gestions Hospitalières*(391): 767-773.

La recomposition de l'offre de soins, légitime et nécessaire, doit retrouver sa cohérence, placer le malade au coeur du dispositif et utiliser au mieux les ressources en mettant les moyens disponibles au service d'objectifs de santé clairement identifiés. La conférence des directeurs de centre hospitalier, consciente du caractère inéluctable et impérieux de ces révolutions, entend participer activement à cette réforme et apporte sa contribution sous la forme d'un programme en 40 propositions.

1998

Schweyer, F. X. (1998). "La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation." *Politiques Et Management Public* **16**(3): 43-68.

Le système hospitalier a connu un développement sans précédent pendant deux décennies, de 1960 à 1980. Très tôt, les problèmes de la maîtrise des dépenses et de la coordination de l'offre hospitalière se sont posés. L'Etat a mis en place une administration déconcentrée et créé des outils pour tenter de réguler les hôpitaux publics, les cliniques privées étant, elles, sous le contrôle de la Sécurité sociale. Les réformes se sont succédé pour tenter de rendre effective une régulation qui semblait impossible. Ainsi, la création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation est plus l'aboutissement d'un mouvement de mise en cohérence de l'action de l'Etat que l'avènement d'une territorialisation de la régulation hospitalière.

1997

Basset, B. et Lopez, A. (1997). Planification sanitaire : méthodes et enjeux, Rennes : ENSP

En France, le souci immédiat est la réduction des déficits de l'assurance maladie. Diminuer les dépenses, augmenter les recettes : quelles que soient les options retenues, des choix doivent être faits, des priorités établies. Selon quels critères, avec quelles méthodes ? La planification sanitaire s'efforce de répondre à ces questions. A la veille de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dits de seconde génération, les auteurs tirent les leçons de la réalisation des premiers SROS. Analysant les méthodes, précisant les enjeux, ils proposent des repères utiles à tous les acteurs.

Frossard, M. et Jourdain, A. (1997). "La régulation régionale du système de santé : ni plan, ni marché." Actualite Et Dossier En Sante Publique(19): 21-23.

[BDSP. Notice produite par CFDSP M87sR0xa. Diffusion soumise à autorisation]. La théorie économique éclaire les modes de régulation du système de santé français. Ceux-ci se sont construits pendant deux périodes distinctes. Dans les années soixante dix, on trouve les conventions médicales et la carte sanitaire. Depuis la loi hospitalière de 1991 et jusqu'aux ordonnances de 1996, les SROS et la notion d'enveloppe dominant. Cette planification par schéma est définie comme une recherche d'optimalité résultant de l'ensemble des contrats formalisés ou implicites que passent les acteurs entre eux au plan régional.

1996

Contandriopoulos, A. P. et Souteyrand, Y. (1996). L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins, Montrouge : John Libbey Eurotext

Les travaux engagés dans le cadre du programme de recherche lancé par la Mission Recherche (MIRE) et la Direction des Hôpitaux du Ministère du Travail et des Affaires Sociales ont constitué la base de ce texte qui en offre une synthèse. Neuf équipes de recherche y livrent le fruit de leur analyse en matière de gestion, économie et sociologie de la santé. A l'heure de la mise en place d'une nouvelle réforme hospitalière, cet ouvrage contribue largement à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé en France.

1995

(1995). "Les nouveaux outils de planification sanitaire : dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(11): 40.

La planification de la santé connaît de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués. Ce dossier a pris parti de présenter deux usages de la notion de "planification" en France : celui qui vise l'atteinte d'objectifs du système de soins hospitaliers. La première partie définit le processus de planification - programmation de la santé et décrit son adaptation à la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers qui a constitué l'effort principal de l'Etat en matière de planification sanitaire. La deuxième partie fait un bilan des SROS réalisés dans différentes régions et propose une analyse en terme de régulation du système de soins. Le dossier se termine sur les projets régionaux de santé qui fournit une

approche renouée de la programmation régionale à partir d'objectifs de santé compatibles avec l'organisation actuelle du système de soins.

Coca, E. (1995). Les inégalités entre hôpitaux : obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières, Paris : Berger-Levrault

La réforme de l'hôpital est au cœur de la politique de santé et d'assurance maladie de notre pays. 60% des dépenses de l'assurance-maladie servent à financer l'hôpital ; 90% des dépenses de l'hôpital sont financées par l'assurance maladie. Or la situation financière de l'assurance-maladie, l'ampleur du chômage et le niveau des prélèvements obligatoires n'autorisent nul optimisme. Le système hospitalier souffre encore de trop grandes inégalités : selon l'hôpital ou la région considérés, l'offre, le financement, la productivité et la densité médicale ou soignante apparaissent étonnamment inégalitaires. Pour combattre l'exclusion sociale, dans une période économique contraignante, il est désormais nécessaire de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, et à cette nécessité doit correspondre une exigence d'équité interrégionale et interétablissements. L'objet de ce livre est de mettre à disposition de chacun des données chiffrées fiables et complètes, encore jamais publiées, sur les inégalités entre hôpitaux et entre régions.

1994

Darnis, J. P., et al. (1994). Rapport de synthèse de la mission interministérielle sur les hôpitaux. Paris IGAS: 112 , ann.

Ce rapport sur l'hôpital est le résultat d'une mission conjointe d'enquête menée en 1994 sur cinq régions françaises : Rhône-Alpes, Aquitaine, Lorraine, Centre et Ile-de-France. Après une présentation de l'offre de soins hospitalière et un bilan de la planification sanitaire actuelle, il fait différentes propositions visant à améliorer la situation actuelle : intervention de l'Etat, renforcement des tutelles, redéfinition des orientations de la politique de l'Etat, révision des modalités d'allocation budgétaire des ressources, amélioration des outils de planification et redéploiement du secteur sanitaire.

1985

Etienne, J. P., et al. (1985). Planification hospitalière. Paris La Documentation Française: 323 , tabl., carte.

Rapport remis en décembre 1985 au Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances et au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, sur la politique hospitalière de France. Ce document définit des orientations nouvelles liant objectifs de santé et impératifs économiques. Il étudie les décisions d'équipement à l'hôpital, l'organisation du travail, ainsi que la planification des activités hospitalières publiques et privées.

LA PSYCHIATRIE

2023

Cour des Comptes (2023). La pédopsychiatrie. Paris Cour des comptes: 141.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pedopsychiatrie>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 13 % environ des enfants et adolescents présentent au moins un trouble psychique, c'est-à-dire une affection perturbant la santé mentale et pouvant prendre des formes et des expressions très différentes. Bien que le manque de données concernant la situation française rende difficile l'estimation des effectifs concernés, on peut néanmoins estimer qu'environ 1,6 million d'enfants et adolescents souffrent d'un trouble psychique. Comme dans les autres pays de l'OCDE, l'épidémie de covid 19 a eu pour effet d'augmenter dans des proportions importantes les troubles psychiques chez les enfants à partir de 10 ans et chez les adolescents. Le rapport publié ce jour par la Cour des comptes vise à quantifier les besoins de soins psychiques infanto-juvéniles en évaluant la prévalence des troubles et l'offre disponible, et à analyser l'organisation de l'offre de soins, sa répartition sur le territoire et son coût pour les finances publiques.

Lemoine, P. et Cyrulnik, B. (2023). Pour une psychiatrie nouvelle. Propositions, Paris : Odile Jacob

Pénurie de psychiatres, mécontentement des soignants, recherche clinique en berne, augmentation de la prévalence des troubles, parcours de soins douloureux, patients sacrifiés et familles en détresse, la psychiatrie est proche du point de rupture. Au-delà de l'état des lieux et du manque de moyens, de quelle psychiatrie rêvons-nous pour demain ? Quelles sont les innovations prometteuses ? Entourés des meilleurs experts - des psychiatres, mais aussi des chercheurs, une épidémiologiste, un directeur du Programme de santé mentale de l'OMS, un procureur général -, Patrick Lemoine et Boris Cyrulnik débattent de questions incontournables aujourd'hui : la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents, les psychotropes prescrits à outrance, le remboursement des psychologues, la reconnaissance de la psychiatrie en tant que discipline carrefour, la nécessité de s'ouvrir à d'autres approches, même celles dites "alternatives". Il est temps de faire de la psychiatrie une vraie priorité, mais aussi de la refonder et de la renouveler (4ème de couv.)

2022

Coldefy, M. et Gandre, C. (2022). "Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France." Cahiers Français(426): 26-33.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/2022-05/La%20sant%C3%A9%20mentale%20.pdf>

La politique de santé mentale en France a été en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales à de nombreux égards. Son évolution a été marquée par les crises auxquelles a été confrontée la société (Seconde Guerre mondiale, pandémie de Covid-19...). Néanmoins, la persistance d'une législation spécifique à la santé mentale a pu contribuer à limiter le développement d'approches intégrées et multisectorielles pour la prévention et la prise en charge des troubles psychiques. Enfin, l'engagement des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique et l'élaboration de la politique de santé mentale – à travers notamment les concepts de rétablissement, d'empowerment ou d'approche centrée sur les personnes mis en œuvre avec succès dans les pays anglo-saxons – demeure embryonnaire en France et continue de requérir des politiques les soutenant plus largement.

Coldefy, M., Gandre, C. et Rallo, S. c. (2022). "Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(269): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est présenté à partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P). En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021 malgré un infléchissement depuis 2015. Si la pandémie de Covid-19 a conduit à une forte diminution du recours global aux soins en psychiatrie en 2020 (dont -8 % de personnes hospitalisées à temps plein), le recours aux soins sans consentement, correspondant à des situations de crise, a connu une réduction moindre (-1 % de personnes hospitalisées à temps plein). Les mesures d'isolement augmentent jusqu'en 2018, avec une légère inflexion en 2019. Mais, en 2020, ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur, en baisse en 2021, reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire. Les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif politique d'une réduction de ces pratiques.

Coldefy, M. et Maugiron, P. (2022). Rapport sur la qualification d'une approche population centrée et partenariale en santé mentale. Paris France Stratégie: 173.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale>

Dans les suites de l'avis sur la transformation du système de santé en 2018, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a inscrit à son programme de travail une réflexion sur le contenu à donner à une approche du système de santé centrée sur la population, l'utilisateur et le patient, en raisonnant en termes de services à rendre et en appréhendant les dimensions aussi bien organisationnelles et qualitatives que financières, avec une attention particulière portée au champ de la santé mentale. Dans ce cadre, le secrétariat général du HCAAM a confié à Magali Coldefy, chercheuse indépendante, géographe spécialiste de la santé mentale avec la contribution de Philippe Maugiron, médiateur de santé pair, la réalisation d'une étude et d'un rapport sur la qualification d'une approche population centrée et partenariale en santé mentale. La méthodologie de l'étude a inclus outre une analyse de la littérature française et internationale, l'audition d'utilisateurs des services de santé mentale ainsi que l'analyse précise de dispositifs existants. A partir de ce matériau très riche, le rapport propose des orientations et des méthodes pour une meilleure intégration de la population, des utilisateurs et des patients dans la conception et le fonctionnement du système de santé, conçue comme moteur de transformation du système de santé.

Ehrenberg, A., Coldefy, M., Gandre, C., et al. (2022). "La santé mentale." *Cahiers Français*(426): 15-97.

Au-delà de l'effet de circonstance propre à la crise sanitaire, la santé mentale des Français fait régulièrement l'objet d'alertes de la part des spécialistes qui soulignent l'insuffisante

prise en charge des troubles psychiques des malades. Ces troubles sont multiples et sont fréquemment liés à des évolutions de notre société plus ou moins éprouvantes selon les personnes : l'intensification du travail, la précarité et le chômage, la solitude, la fragilisation du couple sont autant de situations vécues plus ou moins bien selon que l'on détient ou non les ressorts nécessaires pour affronter les épreuves de l'existence. Ce dossier est l'occasion de cerner l'évolution de la prise en charge qui en est faite, les nouveaux besoins qui ont émergés ainsi que les nouvelles approches qui sont aujourd'hui privilégiées, davantage axées sur la prévention que par le passé (résumé de l'éditeur).

Hochmann, J. (2022). Histoire de la psychiatrie, Paris : Presses Universitaires de France

En retraçant l'histoire de la psychiatrie en France depuis Philippe Pinel jusqu'à nos jours, cet ouvrage explore les changements de la pratique et les différentes théories de cette discipline. Il montre comment celle-ci évolue, entre une clinique quotidienne et les critiques de la société sur son fonctionnement.

Nicolle, B. et préf, La Forcade, M. (2022). Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique. Paris Fondation Jean Jaurès: 48.

<https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2022/05/Rapport-psychiatrie.pdf>

Une personne sur trois sera touchée par un trouble psychique au cours de sa vie. Chaque année, environ deux millions de Français sont pris en charge en psychiatrie. Cependant, malgré l'importance de ce sujet de santé publique, nous assistons à une crise structurelle dont la durée épuise les acteurs, alimente un sentiment généralisé d'impuissance et aboutit in fine à une apathie collective. Dans ce rapport, il n'est plus question de revenir sur l'état des lieux mais bien de proposer des pistes pour permettre une transformation de la discipline.

Pelissolo, A. (2022). "La situation de la psychiatrie en 2022." Seve : Les Tribunes De La Sante(71): 61-70.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-61.htm>

La psychiatrie est une spécialité médicale majeure du fait de son impact humain et social, qui traverse depuis des années une crise grave restée longtemps ignorée. Certains mouvements sociaux dans les hôpitaux et l'augmentation des besoins depuis la pandémie de la Covid-19 ont conduit à mettre en lumière les dysfonctionnements de ce secteur, et à amorcer des plans et des mesures spécifiques. Parmi celles-ci, depuis 2017, on peut citer la création d'une délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, l'élaboration d'une feuille de route comportant plusieurs dizaines de mesures organisationnelles, et de nouvelles annonces fin 2021 lors des Assises de la santé mentale en présence du président de la République. Même s'il est encore trop tôt pour en apprécier les effets réels, on peut considérer d'un côté que ces mesures marquent une attention assez inédite à ce domaine trop souvent délaissé, mais de l'autre que les efforts annoncés sont loin d'être suffisants pour résorber tous les manques et retards accumulés sur l'ensemble du territoire et dans toutes les populations concernées. De plus, on peut déplorer l'absence de vision à long terme d'une politique de santé mentale englobant tous ses aspects médicaux, sociaux et éthiques qui devraient faire l'objet d'une loi-cadre spécifique et d'une programmation interministérielle.

Ravon, B., Gilliot, E., Chambon, N., et al. (2022). "Contribuer à la santé mentale." Rhizome(83): 100.

<https://www.orspere-samdarra.com/rhizome/cahiers-de-rhizome-n83-contribuer-a-la-sante-mentale/>

Ce numéro analyse les enjeux qui traversent les pratiques cliniques et les organisations de soin, tout en considérant les attentes sociales fortes. Le souci de la santé mentale des personnes est un vecteur de solidarité et constitue l'une des réponses fortes à apporter aux défis sociaux et environnementaux actuels.

2021

Cour des Comptes (2021). Parcours de soins en psychiatrie. Paris Cour des comptes: 189.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients

Gautier, A. et Dru, A. (2021). Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. Paris Cese: 85.

<https://www.lecese.fr/actualites/parcours-de-soin-en-psychiatrie-lavis-du-cese-adopte>

En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux. Plus d'un quart de la population consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères. Les maladies psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail. Aucune catégorie de la population n'échappe à ces pathologies dont la prévalence s'accroît de façon inquiétante. Les soins de santé mentale et de psychiatrie forment le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, qui y consacre 23 milliards d'euros chaque année. Le coût économique et social global des troubles mentaux pour la société est évalué à 109 milliards d'euros par an.

2019

Dupays, S. et Emmanuelli, J. (2019). Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Paris Igas: 132.

<https://igas.gouv.fr/spip.php?article814>

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert, offrant prévention, diagnostic, soins ambulatoires et interventions à domicile. D'une grande diversité en termes de taille, de moyens, de manières de travailler ou de positionnement auprès des autres acteurs du soin psychique, ces 1 780 centres, au cœur de la psychiatrie ambulatoire, connaissent, sur longue période, une forte hausse de la demande de soins : en 30 ans, le dispositif ambulatoire a accueilli un million de patients supplémentaires, majoritairement en CMP. Face à cette demande, leurs principes de proximité, de pluridisciplinarité et d'accessibilité peuvent se trouver pris en défaut, en raison de la rareté des professionnels disponibles ou de difficultés à assurer leur coordination ou de répondre aux urgences et soins non programmés. L'évaluation réalisée par l'IGAS, avec d'importantes investigations sur le terrain, a été engagée en 2019, donc

avant l'irruption de la pandémie de Covid-19 qui contribue à accroître encore les besoins de prise en charge psychiatrique. Afin de conforter la place des CMP dans les parcours en santé mentale, la mission formule un ensemble de recommandations, différenciées selon la densité de professionnels disponibles : définition d'un socle commun de prestations et d'une doctrine d'organisation partagée entre les acteurs, mobilisation de psychologues cliniciens et de ressources psychiatriques privées, organisation de formes d'appui, de mutualisation et de recours à l'échelle régionale, déploiement de la téléconsultation, etc.

Fiat, C., Wonner, M. et Brahim-Hammouche, M. (2019). Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale. Paris Assemblée nationale: 139.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>

Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrie et dénonce un parcours de soins chaotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

2018

Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnam: 262 , tabl.

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. Une partie de ce rapport porte sur la santé mentale.

Leboyer, M., Llorca, P.-M., Durand-Zaleski, I., et al. (2018). Psychiatrie : l'état d'urgence, Paris : Fondation fondamentale Paris : Institut Montaigne Paris : Fayard

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluent de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte. Cet ouvrage ausculte l'organisation des soins en psychiatrie qui, en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués. Il constate que le système craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales. Ce livre, rédigé en lien avec des associations de patients, entend dresser un diagnostic de la situation de la psychiatrie française (organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, enjeux économiques, recherche), bâti sur les études, les récits des patients, de leurs familles et des soignants. Le système de soins en psychiatrie souffre, mais il recèle d'incroyables richesses humaines, d'initiatives et d'espoirs. Les auteurs entendent contribuer ainsi à la mutation de la psychiatrie en France pour qu'elle entre de plain-pied dans ce siècle porteur de découvertes majeures, afin de mieux comprendre et soigner les maladies psychiatriques.

2017

Lopez, A. et Turan-Pelletier, G. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris IGAS: 2vol. (93;376).
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000071/index.shtml>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés ; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

Pascal, J. C., Coldefy, M., Guelfi, J. D., et al. (2017). Le secteur de psychiatrie. Manuel de psychiatrie. 3e édition., Issy les Moulineaux : Elsevier Masson: 762-765.

Depuis 25 ans, de nombreux rapports suivis de plans de santé ont tenté d'améliorer le dispositif de soins psychiatriques...La politique de secteur a été à l'origine d'un bond en avant pour la psychiatrie publique française (extrait).

2016

Coldefy, M. (2016). "Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes." Revue Française Des Affaires Sociales(6): 21-30.

Le système français de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement. Il fait également l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Cette spécificité est liée à plusieurs dimensions (extrait).

Coldefy, M., et al. (2016). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." Revue Française Des Affaires Sociales(6): 253-273.

En France, 71 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie, en 2010. Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement varie fortement géographiquement, à la fois entre pays et à l'intérieur d'un pays. Si la contrainte aux soins est une exception psychiatrique, le soin librement consenti reste privilégié et majoritaire. Nécessaire dans certains cas, elle pose des questions en termes d'atteinte aux libertés des personnes et constitue une problématique majeure pour les équipes soignantes et les personnes concernées. À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, la présente étude propose de décrire cette population, de mesurer la variabilité géographique du recours aux soins sans consentement, et d'explorer le rôle de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire dans les disparités

observées. Elle conclut au rôle prépondérant du contexte social et économique pour expliquer cette variabilité.

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. Paris Ministère chargé de la Santé: 190, tabl., fig.

Le présent rapport a pour objet d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale. La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles coopérations entre acteurs, quelles méthodes et quels moyens.

2015

Coldefy, M., et al. (2015). "De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(205): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf>

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(206): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour

but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

2014

(2014). "Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale." Serie Etudes Et Recherches - Document De Travail - Drees(129): 147.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE E8B8GR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Actes du séminaire recherche organisé par la DREES en 2012 afin d'identifier les besoins dans l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en santé mentale, et de transformer les questions que se posent les régulateurs ou les acteurs de terrain en sujets de recherche. Ce séminaire s'est déroulé entre mars et septembre et a comporté cinq séances thématiques. Le présent ouvrage retranscrit le contenu de ces études et de ces échanges afin d'aider le lecteur à en acquérir une vue d'ensemble.

Coldefy, M. et Le, Neindre, C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'Irdes ; 558. Paris IRDES: 144.

www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

Priorités de santé publique en France, la psychiatrie et la santé mentale relèvent des grandes orientations de la stratégie nationale de santé à travers, notamment, le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Elles représentent le deuxième poste de dépenses de santé (Cnamts, 2013). En raison de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a été longtemps sous-estimée, or, ils sont responsables d'un peu plus de 1 % des décès et de près de 11 % de la charge globale de morbidité (exprimée en années de vie perdues en bonne santé) en 2012. De plus, même si la situation de la France est favorable en termes de capacités d'hospitalisation et de densité de psychiatres comparativement aux autres pays de l'OCDE, elle est marquée par de fortes disparités territoriales. Cette étude propose, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir de nombreuses sources d'information, surtout dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médicosocial, et, d'autre part, une approche de ces disparités d'abord segmentée, puis systémique. A partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2014). "L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(202): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. A partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

2013

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(191): 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(193): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule

modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Coldefy, M. et Ehrenberg, A. (2013). "Psychiatrie : mutations et perspectives : Dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(84): 15-65.

Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de "handicap psychique" s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.

Leguay, D. et Coldefy, M. (2013). "L'organisation des soins en santé mentale en France en 2013." Actualite Et Dossier En Sante Publique(84): 19-23.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=141>

Metais, J. (2013). Rapport sur l'Hospitalisation privée en psychiatrie : État des lieux et avenir: 28.

http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/santepsy/hospitalisation_privée_psy_%20rapport_Metais.pdf

Ce rapport fait un bilan de la situation des hôpitaux privés de psychiatrie dans un système de soins très largement dominé par le secteur public. Il met l'accent sur la qualité et la sécurité des prises en charges ainsi que de leur efficacité économique. Ce rapport se veut aussi le témoignage d'une volonté de contribution de la psychiatrie privée à œuvrer à l'édification de la prochaine loi de santé mentale prévue pour le printemps 2014.

Robiliard, D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : 124.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

2010

Coldefy, M. (2010). De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. Paris Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne, Université de Paris 01. Ecole Doctorale de Géographie. FRA. **Thèse de doctorat de géographie.**: 516 , tabl., graph., fig., ann.

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionnalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services

de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionnalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIXe siècle à nos jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale de l'histoire de la psychiatrie française institutionnelle et ouvre un large champ de recherches potentielles en France (Résumé d'auteur).

2005

Alluard, O. et Coldefy, M. (2005). "Atlas régional de psychiatrie générale : disparités de l'offre et des territoires d'intervention." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(75): 158.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE jyBSkR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le présent atlas propose une photographie par région de l'offre de soins en psychiatrie générale publique et privée, hospitalière et de ville et présente pour la première fois le découpage des secteurs de psychiatrie. Cette offre est mise en regard des structures et établissements où la psychiatrie générale est amenée à intervenir : les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements pour adultes handicapés, les services de soins de suite et de réadaptation, les services d'urgence et les établissements pénitentiaires. La pluralité et la quantité de structures sociales et médico-sociales implantées sur le territoire vont avoir des répercussions sur les missions attachées à l'équipe de psychiatrie, tout comme les caractéristiques de la population couverte. Quatre cartes sont présentées par région, décrivant les caractéristiques rurales ou urbaines du territoire, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, la part de chômeurs dans la population active, ainsi que la proportion de familles monoparentales. L'objet de cet atlas est de présenter quelques éléments d'environnement dans lequel s'exerce la psychiatrie générale. Il va également dans le sens d'un décloisonnement entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, entre ville et hôpital, entre sanitaire et médico-social.

2004

Coldefy, M. (2004). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(42): 119 , ann., tabl., graph., carte.

[BDSP. Notice produite par ORSRA ER0xKA36. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports des Secteurs de psychiatrie générale de 2000. Le rapport de secteur a été modifié en 2000 et la périodicité du recueil a également été modifiée (recueil désormais réalisé tous les trois ans). Ce rapport fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, l'accessibilité aux structures et services pour les usagers, l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles), la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, les soins organisés en intersectorialité, la file active et ses modalités de prise en charge. Les données des rapports de secteur constituent une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie générale.

2003

Coldefy, M. et Salines, E. (2003). "Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(32): 119, ann., tabl., graph., carte.

[BDSP. Notice produite par ORSRA EFR0xXEb. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports des Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 2000. Le rapport de secteur fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, l'accessibilité aux structures et services pour les usagers, l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles), pratique des équipes dans la prise en charge des patients, soins organisés en inter-sectorialité, file active et ses modalités de prise en charge. Les données des rapports de secteur constituent une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Les ressources financières : budget, comptabilité, tarification

LE BUDGET HOSPITALIER

2022

(2022). Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020. Lyon ATIH: 36.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4356/analyse_cf_2020.pdf

Cette restitution présente les données financières issues des Comptes financiers 2020 arrêtés au 07 décembre 2021 pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Afin de garantir une meilleure exhaustivité, il a été retenu 2 champs d'analyse : Un premier champ d'établissement, champ complet, qui rassemble 1 100 établissements représentant 92,5% des établissements et 93,5% des produits globaux 2020. Le second, champ constant qui rassemble 785 établissements ayant des données disponibles pour les quatre années 2017-2020. Globalement, le champ constant sur la période d'étude représente 81,0% de la masse financière des établissements attendus.

Amri, K. (2022). "Le Ségur investissement : État et perspectives en contexte de crise." Gestions Hospitalieres(618): 433-437.

Le Ségur investissement, incarné par la circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance, a été construit comme une des réponses majeures à la crise du système de santé. L'instruction du 21 juillet 2021 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier avait ainsi rappelé le principe d'«un contexte de forte déconcentration de la politique de soutien auprès des agences régionales de santé (ARS)». Qu'en est-il un an après ? Ce dispositif, qui a vu l'émergence d'une nouvelle procédure décisionnelle (en lieu et place du Copermo, via notamment le CNIS, a-t-il montré un changement de paradigme sur ces questions ? Le choix d'une plus forte déconcentration de pilotage auprès des ARS a-t-il été gagnant dans ce contexte de réformes de financement en cours ?

Richet, J. (2022). Apprécier la situation économique des établissements de santé. Paris Drees: 76 , tab., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/DM3.pdf>

La DREES a engagé un travail de refonte de la méthodologie de ses publications sur la situation économique et financière des établissements de santé. Il s'agit, d'une part, d'améliorer la comparabilité des indicateurs calculés pour les différents types d'établissements et, d'autre part, d'identifier et de comprendre d'éventuelles divergences d'analyses entre les différentes publications sur ce sujet. Ce travail est également l'occasion de compléter les analyses, réalisées pour la majeure partie au niveau sectoriel (ensemble des établissements), par une analyse plus fine de la variabilité des situations des différents établissements d'un même statut juridique. Ce dossier méthodologique présente les conclusions de ce travail de refonte. Il décrit dans un premier temps les différentes bases de données disponibles et leur champ. Puis différentes catégories d'établissements de santé sont définies. Enfin, il présente et compare différents indicateurs pour apprécier la situation économique et financière des établissements de santé.

2021

Amri, K. (2021). "Vers un investissement territorial de santé." *Gestions Hospitalieres*(606): 262-267.

Le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) a été supprimé suite au Ségur de la santé. Les nombreuses critiques concernant la lourdeur et les attendus liés à son fonctionnement ont eu en effet gain de cause sur l'existence de cette instance. La récente circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et de France relance, vise ainsi à proposer une nouvelle politique d'investissement qui sera mise en oeuvre en rupture avec les modalités retenues depuis dix ans notamment dans le cadre du Coperno. Ce dispositif s'entend s'appuyer sur une nouvelle gouvernance à trois étapes, avec la mise en place d'un conseil scientifique, d'un Conseil national d'investissement en santé (Cnis) et d'un comité de pilotage (Copilo).

Van der Heym, E. (2021). "Relance de l'investissement dans le système de santé: de quoi parle-t-on ?" *Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)*(38): 6.

L'auteur reprend l'histoire récente des investissements hospitaliers et dénonce leur insuffisance. Elle propose des solutions pour sortir de cette situation. Ces solutions appellent à mobilisation

2015

De Kervasdoué, J. (2015). *L'hôpital*. Paris, Presses Universitaires de France (PUF)

Si l'hôpital est un lieu familier à tous, son fonctionnement ainsi que les règles qui gouvernent cette institution sont mal connus. C'est que l'hôpital a de multiples missions et de nombreux visages : centre de référence des techniques médicales, lieu de recherche et d'enseignement ou encore espace de prévention et d'éducation à la santé, il est aussi un hôtel qui accueille des patients toute l'année, une entreprise au personnel nombreux dont les fonctions et statuts sont variés, un bâtiment civil aux normes d'hygiène et de sécurité innombrables, une

institution, ouverte 24 heures sur 24, accueillant toutes les détreffes. Alors que les réformes succèdent aux réformes, cet ouvrage aide à mieux comprendre les enjeux universels de l'organisation hospitalière et la particularité des choix français. Ils ont des conséquences économiques, sociales, politiques, scientifiques et techniques mais surtout éthiques.

2013

Aballea, P., et al. (2013). Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier. Tome 1 volume 1 et 2. Paris La Documentation française, Paris Igas: 249 , tabl., annexes.
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000314.pdf>

Le présent rapport est consacré à la maîtrise technique et financière du processus d'investissement hospitalier, correspondant au premier volet de la mission confiée à l'IGAS et à l'IGF. Ce premier tome réalise tout d'abord un bilan de l'investissement de la période 2002-2012. Il examine ensuite, en deuxième partie, les conditions du choix de l'investissement et de son équilibre entre la rentabilité micro-économique et la régulation territoriale, puis en troisième partie les choix de financement de l'investissement (autofinancement via les tarifs et une meilleure gestion interne ; aides financières et recours à l'emprunt) dans un contexte contraint. Il aborde en quatrième partie, les conditions de la maîtrise de la conduite de la programmation, de la conception et de la réalisation des travaux et, enfin, en cinquième partie, le pilotage institutionnel de l'investissement.

Breuls-Detlecken, L. (2013). "Dotation annuelle de financement par secteur : répartition sur la base d'indicateurs géopopulationnels." *Revue Hospitaliere De France*(553): 38-41.

L'objectif de cet article est de proposer un indicateur pour mesurer la demande potentielle de soins en santé mentale : in indicateur agrégé, qui peut constituer la clé de répartition de la dotation globale par secteur.

2012

Acker, D., et al. (2012). Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Rapport IGAS ; 2012 046. Paris IGAS: 109.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000345/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mE99mR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Selon les données 2010 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), si le nombre d'établissements publics de santé (toutes disciplines confondues) en déficit est en hausse, le déficit 2010 global réalisé est en nette réduction. Dès lors, si la situation financière de certains hôpitaux apparaît préoccupante, tous les établissements ne connaissent pas de difficultés de cette ampleur. Dans ce contexte, l'IGAS a inscrit dans son programme d'activité une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées, en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Le rapport montre notamment que ces succès passent par la mobilisation de l'ensemble des moyens de gestion et la mise en oeuvre d'un management par la confiance autour d'objectifs partagés qui concernent autant la qualité des soins, la réponse aux besoins de santé du territoire que l'équilibre financier.

Evain, F. et Yilmaz, E. (2012). "Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé." *Economie Publique*(28-29): 317-349, tabl., graph.

L'objet de cette étude est d'identifier les déterminants de la rentabilité et, par-là, de comprendre l'hétérogénéité des situations financières des établissements de santé à travers une approche multi-variée, en intégrant des facteurs structurels (activités, facteurs de production) et contextuels. Plusieurs sources, à la fois comptables, administratives et médicales ont été mobilisées. L'échantillon retenu est constitué d'hôpitaux publics et de cliniques privées à but lucratif ayant une activité de court séjour entre 2005 et 2009 ; Les résultats mettent en évidence, outre l'importance des facteurs organisationnels (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel), l'impact de la spécialisation sur la performance économique.

2011

(2011). Les réalisations de la campagne budgétaire 2010. Lyon ATIH: 185.

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000400005FF>

Ce rapport sur les réalisations de la campagne budgétaire et tarifaire 2010 relatifs aux établissements de santé présente les résultats suivants. L'exercice 2010 est marqué par une évolution de l'activité des établissements de santé très soutenue. Ce dynamisme des dépenses s'est avéré incompatible avec le niveau des dépenses d'assurance maladie tel que fixé par la Loi de financement de la Sécurité sociale. Il s'articule autour de trois parties. Le premier chapitre vise à mesurer les réalisations de dépenses d'assurance maladie et à les comparer aux prévisions de dépenses réalisées au moment de la construction des objectifs au titre de ce même exercice. Ces mesures sont présentées par enveloppe, en valeur absolue comme en taux de progression ; le second présente une analyse plus fine et plus détaillée de l'activité MCO (Médecine chirurgie obstétrique) des établissements de santé. Il s'attache plus particulièrement, et ce pour chacun des deux secteurs, à décrire les facteurs (catégorie d'établissements, catégorie de prises en charge, catégorie d'activités de soins, catégorie majeure de diagnostic) pouvant expliquer cette évolution du volume des dépenses ; la dernière partie présente un suivi plus spécifique de certaines activités comme la chirurgie ambulatoire, le cancer, les soins palliatifs, etc. Un document complémentaire à ce rapport présente pour chaque région une fiche de synthèse sur les dépenses des établissements de santé.

Evain, F. (2011). "Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009." *Etudes Et Resultats (Drees)*(785): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Ek8DR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. La généralisation de la tarification à l'activité en 2005 a conduit les établissements de santé à repenser leur mode de fonctionnement. Les ressources qui leur sont octroyées sont désormais fondées à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, une certaine forme de concurrence est ainsi mise en place. Sur la période 2005-2009, l'activité de court-séjour produite par les établissements de santé a globalement augmenté, en nombre de séjours comme en montant remboursé aux établissements par l'assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs.

2009

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Lartigau, J. (2009). "L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital." Journal D'economie Medicale **27**(7-8): 371-391, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9BGpCR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le contrôle de gestion est devenu en quelques décennies l'une des composantes majeures du management des organisations industrielles et commerciales. Son implantation a été en revanche plus difficile dans les organisations publiques et à but non lucratif, et en particulier dans une organisation professionnelle telle que l'hôpital. Malgré une implantation parfois ancienne, le contrôle de gestion n'a pas toujours pu obtenir la légitimité nécessaire pour répondre aux enjeux économiques considérables de l'hospitalisation publique. Notre article propose de remettre en question cette vision des choses. Un questionnement théorique préalable met en évidence une évolution profonde des paradigmes de la gestion hospitalière depuis la mise en oeuvre de la tarification à l'activité, confirmée par une étude documentaire et une enquête auprès de plusieurs établissements hospitaliers. (résumé d'auteur).

Yilmaz, E. (2009). "En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse." Etudes Et Resultats (Drees)(706): 8 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qF89IROx. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2005 et 2007, la situation économique et financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Le déficit se creuse et atteint 486 millions d'euros en 2007, soit 0,9% des produits. L'aggravation du déficit est particulièrement marquée pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) : leur déficit a doublé en 2007 et atteint 325 millions d'euros, soit 1,6% des produits. Dans une moindre mesure, le déficit des grands centres hospitaliers (CH) augmente de 10% et atteint 220 millions d'euros, soit 1,4% des produits. Le déficit des CH de moyenne taille se stabilise : il représente 0,7% des produits. En revanche, les CH de petite taille, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) affichent des résultats excédentaires en 2007. Selon les éléments issus des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), le déficit des hôpitaux publics se réduirait en 2008. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont considérablement augmenté depuis 2002 et se stabilisent à un niveau élevé en 2007 : la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 7,2% à 10,1%. Parallèlement, les capacités et les conditions de financement se sont dégradées. Ainsi, la capacité d'autofinancement ne représente plus que 5,1% des produits en 2007 contre 7,2% en 2004. Les hôpitaux publics recourent donc davantage à l'endettement pour financer ces investissements : le niveau d'endettement, qui augmente régulièrement depuis 2003, atteint 40% des ressources stables en 2007.

2008

Aballea, P., et al. (2008). Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale. Paris IGAS: 202.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000354/0000.pdf>

Le passage à la facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en oeuvre de ce dispositif au 1er janvier 2009. Le projet n'ayant pas encore abouti, les ministres en charge respectivement, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, et du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ont

demandé à l'été 2008 à l'IGAS et à l'IGF de conduire une mission d'évaluation de ce projet. Les travaux de la mission ont porté sur une analyse du contexte de la réforme et de ses objectifs, des causes des difficultés rencontrées et de l'état actuel du projet. Enfin, au vu d'une appréciation bénéfiques/risques, la mission formule des propositions aux pouvoirs publics sur la suite de ce projet.

Aude, J. (2008). "L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(80): 18.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IHR0xnsC. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis le 1er mars 2005, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. En 2006, le chiffre d'affaires des cliniques a augmenté de 7%, en partie compensé par une baisse des tarifs de 1%. La rentabilité économique des cliniques diminue légèrement par rapport à 2005, les cliniques de taille moyenne (dont le CA est compris entre 6 et 12 millions d'euros) sont celles dont la situation économique est la moins favorable, les cliniques de petite et grande taille maintiennent, au contraire, leur rentabilité économique. La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, est marquée par une forte hétérogénéité.

Grolier, J. (2008). Analyse et gestion financières des établissements soumis à l'EPRD, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 7JGR0xm8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2006, les établissements de santé financés auparavant par dotation globale, voient l'entrée en vigueur d'une nouvelle réforme budgétaire et comptable, qui se caractérise par l'instauration d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en remplacement du budget. Après un rappel de l'évolution du financement des établissements sanitaires et sociaux en France, cet ouvrage aborde la spécificité de la comptabilité et du budget des établissements soumis à l'EPRD. Puis, dans une troisième partie, il présente les outils utilisés dans le cadre de l'analyse diagnostique et de la gestion financière de ces établissements.

Postel-Vinay, D., et al. (2008). Le suivi des dépenses hospitalières de l'assurance maladie. Rapport IGAS ; n° RM2007-162P. Paris IGAS: 76, 77 annexes.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000665/0000.pdf>

Compte tenu des difficultés constatées dans le suivi de la dépense des régimes d'assurance maladie au titre des soins hospitaliers (objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier, ou ONDAM hospitalier), l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'INSEE ont été chargées de mettre en place une mission conjointe d'analyse et de propositions sur le sujet. La mission devait, à partir d'une analyse des difficultés rencontrées en 2005 et 2006 pour parvenir à la mise en cohérence des données provenant des différentes sources statistiques et comptables, proposer toute amélioration méthodologique et organisationnelle de nature à fiabiliser (en qualité et en délai) les remontées d'informations sur les dépenses d'assurance maladie liées aux établissements de santé. Le rapport présente une série de recommandations, dont des propositions d'évolution concernant l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, institué pour cinq ans par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Vasseur, A. et Cazeau, B. (2008). Rapport d'information sur la gestion de l'hôpital. Rapports

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

d'information ; 403. Paris Sénat: 157 , tabl.

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-403-notice.html>

Ce rapport réalisé par la Commission des affaires sociales du Sénat, porte sur le pilotage de l'hôpital. La MECSS a voulu s'intéresser à l'hôpital à un moment où celui-ci est placé au cœur des évolutions de la politique sanitaire. Elle a choisi de mettre l'accent sur trois sujets moins souvent mis en exergue mais essentiels : la fixation des tarifs, l'équilibre financier des établissements et la question de l'emploi hospitalier. Les principaux points du constat sont sévères. Ainsi, le processus de détermination des tarifs apparaît à bien des égards insuffisamment maîtrisé par la Direction des hôpitaux et de l'organisation sociale. Les études attendues depuis plusieurs années sur les coûts de production des différentes catégories d'établissements et le coût lié à un certain nombre de charges spécifiques (précarité, permanence des soins, coût du travail) ne seront pas achevées d'ici la fin de l'année, malgré les engagements du gouvernement. De ce fait, le processus de convergence est en panne et les établissements de santé s'estiment pénalisés. L'enlisement financier actuel des hôpitaux illustre les défaillances du pilotage. La mise en œuvre des contrats de retour à l'équilibre financier, qui devaient accompagner les aides exceptionnelles consenties à partir de 2004, s'est le plus souvent traduite par un échec, comme l'a clairement montré l'IGAS dans un récent rapport. L'inscription, dans ces contrats, de prévisions de recettes irréalistes et de mesures d'économies peu ambitieuses illustre la très insuffisante implication des ARH dans leur élaboration, ainsi que l'absence de réflexion associée sur l'offre de soins. A l'échelon national, l'accumulation des directives n'a fait que compliquer la tâche des gestionnaires des établissements et brouiller le message adressé aux ARH. Enfin, la question de l'emploi semble taboue alors que les dépenses de personnel de l'hôpital public représentent 23 % de l'Ondam. L'absence d'outil de gestion statistique performant, de projections démographiques, de bilan sur les effets de la réduction du temps de travail à l'hôpital témoignent que l'emploi n'est pas une priorité des autorités de tutelle. Or, une gestion active des ressources humaines est impérative pour éviter une crise majeure avec les nombreux départs en retraite d'ici 2015. La situation exige une réflexion de chaque établissement sur son organisation et rend aussi impérative la mise en place d'outils de gestion par la DHOS pour suivre l'évolution des effectifs et des dépenses. La commission donne rendez-vous à la prochaine LFSS et au débat sur la création des ARS pour faire un point sur l'avancement de ces différents chantiers.

2007

Blanc, P., et al. (2007). Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières : mission d'audit de modernisation. Paris Ministère de la Santé et des Solidarités: 247.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000312/0000.pdf>

Le système hospitalier a connu depuis 2004 de profonds bouleversements qui ont eu un impact sur son cadre de financement, d'organisation et de fonctionnement. Malgré l'intérêt qu'ils ont à agir, les établissements de santé rencontrent encore des difficultés à s'engager activement dans une démarche d'amélioration de la performance de leurs processus à un rythme compatible avec les exigences de la gestion publique (gains de productivité, convergence entre établissements). Les ARH ont parfois du mal à jouer le rôle d'aiguillon et de catalyseur attendu d'elles dans la conduite d'un chantier dont les établissements, autonomes, portent au premier chef la responsabilité. Les enjeux de l'audit sont importants, compte tenu du niveau de dépenses hospitalières (63,7 milliards d'euros prévus en 2007).

L'audit vise à préciser sous quelle forme et de quelle manière les ARH doivent s'emparer de

leur nouvelle mission d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé, pour que les établissements dégagent des gains d'efficacité.

Bonnici, B. (2007). L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires, Paris : La Documentation française

Depuis quelque trente ans, l'hôpital est au cœur des réformes affectant le système de soins français. Cette place dans les préoccupations des gouvernants est justifiée tant par l'ampleur des missions et des obligations dévolues aux établissements de santé publics et privés que par le poids économique du secteur hospitalier, en termes d'emplois et de dépenses. Les besoins sanitaires croissants et les exigences de résultat exprimées par les malades obligent l'hôpital à se réformer profondément : en effet, son organisation administrative comme son fonctionnement médical et budgétaire sont soumis par la puissance publique à une contrainte économique de plus en plus forte. Les établissements publics, du fait de leur lourdeur, de leur complexité, mais aussi de la crise identitaire qu'ils traversent, répondent avec moins de souplesse d'organisation et de fonctionnement que les établissements privés, à la recherche constante de la productivité et de la rentabilité économique. et cet ouvrage a pour ambition de présenter à un large public l'organisation hospitalière, à l'heure où elle est confrontée à une multiplicité d'enjeux et de défis sanitaires, politiques, économiques, sociaux et démographiques.

Dumontaux, N., et al. (2007). "Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005." Etudes Et Resultats (Drees)(576): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 443R0xyo. Diffusion soumise à autorisation]. Un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie est dressé ici. Il est déterminé au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public. Ainsi, en 2005, plus d'un hôpital public sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002. Pour toutes les catégories d'hôpitaux publics, les investissements progressent dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007. La trésorerie des hôpitaux publics, globalement en augmentation sensible, est pour autant presque nulle pour les plus grands hôpitaux. Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation. En effet, les données relatives aux sociétés civiles immobilières ne sont pas connues.

2006

HCAAM (2006). L'allocation de leurs moyens budgétaires aux établissements de santé pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : séance du 23 mars 2006. Paris HCAAM: 86 , tabl., 89 ann.

Dans cet avis, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est bien conscient que les thèmes abordés tels que les nouvelles procédures d'allocation des moyens budgétaires, ne peuvent être pleinement appréhendés que dans un cadre plus complet qui étudierait, entre autres, l'articulation entre la politique tarifaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Les établissements de santé ont pour principal objectif de fournir des soins de qualité à tous les patients, et ce quelle que soit la caractéristique de l'établissement choisi (public, privé à but non lucratif, privé à caractère commercial).

L'allocation des moyens budgétaires doit contribuer à atteindre cet objectif.

2004

(2004). Analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, Paris : HCAAM

Dans son rapport du 23 janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie évoquait les difficultés d'analyse et de comparaison des coûts de production hospitaliers (intra-publics, intra-privés, publics-privés) et insistait sur un approfondissement de la question. Ce document rassemble à la fois l'avis paru en juillet 2004 et la note publiée sur l'opacité des coûts des hôpitaux et des cliniques.

Cavard, C. et Toupin, M.-H. c. (2004). STEFIE : situation économique et financière des établissements de santé privés : Étude nationale sur le secteur des cliniques privées 2001-2002. Paris Cnamts: 113 , pdf, carte, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP OR0xdstW. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude nationale a pour objet de dresser un état des lieux de la situation médico-économique et financière des établissements de santé privés. Elle porte sur la période 2001-2002 et sur une population de 796 entités pour l'année 2001 et 721 entités en 2002. Par rapport à la précédente étude (1998-2000), le champ d'analyse a été étendu au secteur des soins de suite (SSR) ainsi qu'à celui de la psychiatrie (PSY). Toutes les données traitées sont issues du logiciel STEFIE développé par la CNAMTS et reconnu par les représentants des établissements et du ministère. Les résultats présentés dans ce document font apparaître une croissance soutenue du chiffre d'affaires en 2002, notamment pour le secteur "MCO et autres" qui enregistre une progression de son CA de 17,6%. Cette augmentation du CA ne semble pas liée à l'effet volume, la hausse de l'activité étant restée stable pour l'ensemble des groupes, mais à deux phénomènes successifs : - la revalorisation annuelle des tarifs considérée comme la plus forte depuis les cinq dernières années avec un taux moyen d'évolution des tarifs de 3,93% - les subventions d'exploitations perçues par les cliniques au titre du fonds pour la modernisation des cliniques privées. Une situation plus favorable a été observée dans les établissements SSR et PSY au niveau des principaux indicateurs financiers : fonds de roulement, endettement, rentabilité financière, rentabilité des capitaux propres. On retiendra également une forte progression des charges du personnel (mise en place de la convention collective unique) et une insuffisance de l'investissement au regard des taux de vétusté constatés.

2001

Bonan, H., et al. (2001). Mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières. Paris IGAS: 84 , tabl., graph.

http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=034000641&brp_file=0000.pdf

Dans ce rapport l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) évalue la pertinence des méthodes de répartition de la dotation hospitalière entre les régions.

Nogues, M. et Johanet, G. p. (2001). Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé, Paris : Presses Universitaires de France

Cet ouvrage fait, tout d'abord, une description sans concession de l'organisation du système

de soins français, ce qui permet de mesurer le poids des inégalités et d'apprécier l'efficacité du verrouillage dû à l'opacité générale du système. La recherche de la performance, médicale d'abord, mais aussi sociale et finalement financière, du système de soins - y compris sa prise en charge -, exige la transparence du financement, de la production des prestations sanitaires, de la qualité et de l'utilité de ces dernières. Le combat pour la réforme ne doit pas être délaissé.

2000

Fenina, A. (2000). "La structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale entre 1995 et 1997." *Etudes Et Resultats*(63): 8 , 2 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'auteur de ce document analyse la structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale (frais de personnel, d'équipements lourds, achat de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales), ainsi que l'évolution des dépenses hospitalières de 1995 à 1997.

Noury, J. F. (2000). La gestion médicalisée des établissements de santé : le PMSI et l'information médicale, Paris : Masson

Dans le cadre de la réforme hospitalière, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) est devenu le premier instrument de gestion des établissements de santé publics et privés en soins de courte durée. Il s'étend aux établissements de suite et de réadaptation. Son application à la psychiatrie et aux soins de longue durée est en cours d'étude. Les médecins se trouvent directement impliqués dans ce nouveau mode de management. Clair et didactique, cet ouvrage leur précise donc le rôle qu'ils ont à jouer dans la gestion des établissements dans lesquels ils exercent. S'appuyant sur des exemples concrets et des simulations, il décrit tous les aspects du PMSI : le recueil des informations, leur traitement et leur utilisation, le respect des obligations liées au secret médical, l'incidence sur le système d'information, l'allocation des moyens...

Segade, J. P. et Barrot, J. p. (2000). La contractualisation à l'hôpital, Paris : Masson

La réforme du service public s'est dotée, pour être efficace, d'outils juridiques nouveaux tels que la contractualisation. Ce concept de gestion a été repris dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation imposée par les Ordonnances de 1996 et appliqué au domaine hospitalier dont le mode de gestion ne répondait plus aux contraintes imposées par l'accroissement de la complexité des soins et les exigences de maîtrise budgétaire. Mettant en exergue les nouvelles relations de l'hôpital avec l'Etat, les spécificités des contrats interne et externe et l'évolution du rôle des acteurs du monde de la santé dans le cadre de cette réforme, cet ouvrage explique l'utilisation de la contractualisation de façon aussi bien théorique que pratique.

1999

Engel, F., et al. (1999). La démarche gestionnaire à l'hôpital - le PMSI. 2 : la régulation du système hospitalier, Paris :Seli Arslam

Cet ouvrage pose la question de la régulation du système hospitalier et des obstacles qu'elle rencontre, depuis des décennies, liés notamment à un déficit d'instrumentation. Des

évolutions sont toutefois apparues à partir des années 1980. Les auteurs s'attachent plus particulièrement à analyser l'émergence et le développement d'une nouvelle instrumentation de gestion, avec la mise en place du budget global, puis l'élaboration du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), visant à enrichir les descriptions de la production hospitalière en les rapprochant de l'activité médicale elle-même. Les auteurs jettent un regard sur d'autres modes de régulation étrangers, et défendent l'idée que l'efficacité ultime du dispositif français repose sur une philosophie et une pratique encore peu répandues au sein de l'administration de la santé, celles du pilotage des transformations organisationnelles et sociales.

Forcioli, P. et Couty, E. p. (1999). Le budget de l'hôpital, Paris : Masson

Depuis la réforme de 1996, les médecins et cadres hospitaliers sont associés à la gestion de l'hôpital, par la mise en place de dispositifs de délégation de gestion innovants. Cet ouvrage leur propose de se familiariser avec l'évolution de l'organisation hospitalière et de la gestion des établissements. Les notions fondamentales de déconcentration, de contractualisation et de délégation sont précisées ainsi que les principes de la double réforme de 1991 et de 1996. S'appuyant sur des exemples concrets, il donne une analyse du budget poste par poste, décrit les secteurs d'investissement et d'exploitation, insiste sur la modernisation de la gestion hospitalière. En annexe, divers tableaux complètent, chiffres à l'appui, ces éléments de gestion.

Moisdon, J. C. et Tonneau, D. (1999). La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1 : recherches sur la gestion interne, Paris :Seli Arslam

Depuis une trentaine d'années, une instrumentation gestionnaire foisonnante s'est développée dans l'hôpital public. Cependant, les diverses tentatives d'intégration de la gestion à l'activité de soins, tout en montrant leurs potentialités, ont en général abouti à des résultats peu satisfaisants, parfois contraires aux objectifs affichés. En témoignent les quatre recherches-interventions décrites dans ce livre : gestion des services d'imagerie, gestion des laboratoires, maîtrise des flux des urgences, organisation et conditions de travail dans les services cliniques. Les problèmes rencontrés ne viennent pas d'une incompatibilité majeure entre les missions de l'hôpital et la démarche gestionnaire, mais plus simplement de questions techniques et institutionnelles.

1998

Barzic, J. G., et al. (1998). Analyse et gestion financières des établissements sanitaires et sociaux publics, Rennes : Editions ENSP

Le présent ouvrage se donne pour objectif de proposer une méthode d'analyse de la situation financière des établissements sanitaires et sociaux publics et de fournir les outils permettant de mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle à court, moyen et long terme, en vue d'une utilisation optimale des ressources qui leur sont allouées pour remplir leur mission. Il est donc destiné non seulement aux gestionnaires de ces établissements (directeurs d'hôpitaux, directeurs d'établissements sociaux, cadres administratifs...), mais aussi aux cadres des administrations et organismes qui participent à leur financement et à leur contrôle (services déconcentrés du ministère des Affaires sociales, services des conseils généraux, caisses d'assurance maladie...), et aux comptables. Il comprend quatre parties : information comptable et financière, analyse et diagnostic financiers, gestion financière à moyen et long terme, gestion de trésorerie.

Colinot, N. et Gaillard, A. (1998). "Budget global : mécanisme - résultats définitifs 1996 et provisoires 1997." Point Stat(13): 4 , tabl., graph.

Annoncé par la loi du 19 janvier 1983, mis en place par le décret du 11 août 1983 (modifié par le décret du 31 juillet 1992), le régime du budget global est entré en application en 1984 pour les centres hospitaliers régionaux et en 1985 pour les autres établissements publics et pour les établissements privés admis à participer au service public hospitalier. Ce fascicule présente le mécanisme de la dotation globale (fixation, versement, répartition entre les régimes) et à partir d'un lissage des résultats nationaux fait une évolution temporelle de la répartition nationale par régimes pour les années 1995, 1996 et 1997.

1997

Fenina, A. (1997). "Dix ans d'évolution de la dotation globale hospitalière." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(4): 95-101, graph., tabl.

Cet article analyse l'évolution de la dotation globale hospitalière en France entre 1986 et 1996 depuis l'instauration de la réforme hospitalière de 1984. Il met en évidence l'existence de disparités importantes : disparités régionales, disparités liés aux types de soins, disparités liées à la catégorie d'établissement, etc.

Merliere, Y., et al. (1997). Le contrôle de gestion de l'hôpital, Paris : Masson

La réforme de l'hospitalisation publique et privée donne un nouveau cadre à la régulation du système hospitalier portant à la fois sur les procédures internes de gestion et sur les procédures d'évaluation, qu'il s'agisse de la satisfaction des usagers ou de la qualité et de la sécurité des soins. Une telle gestion implique la pertinence d'une démarche systématique d'évaluation des coûts et de la mesure de l'efficacité des services. Le but de cet ouvrage est de présenter les règles de mise en place d'un système cohérent de contrôle et d'aide à la décision correspondant à des situations actuelles dans le système hospitalier français. La première partie donne les principes généraux du fonctionnement d'un service de contrôle de gestion : sa vocation, son rôle, ses tâches (la collecte des informations, l'exploitation des données recueillies et la publication des résultats) et sa finalité, c'est-à-dire sa participation à la gestion des grandes fonctions par la mesure d'indicateurs de coût et d'activité. La deuxième partie est consacrée aux outils du contrôle de gestion propres aux exigences de la gestion financière hospitalière : les indicateurs utilisés, les systèmes d'information, les outils d'analyse, la communication des résultats.

1995

Barzic, J. G., et al. (1995). Analyse et gestion financières des établissements sanitaires et sociaux privés, Rennes : Editions ENSP

Le présent ouvrage se donne pour objectif de proposer une méthode d'analyse de la situation financière des établissements sanitaires et sociaux privés et de fournir les outils permettant de mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle à court, moyen et long terme. Les auteurs s'efforcent de démontrer que les outils qui ont fait leurs preuves dans le secteur marchand peuvent être adaptés et utilisés par des institutions à but non lucratif en vue d'optimiser l'utilisation des fonds publics mis à leur disposition. Le document est structuré en

quatre parties : l'information comptable et financière, l'analyse et le diagnostic financiers, la gestion financière à moyen et long terme, la gestion de trésorerie. La dernière partie s'attache à décrire sous forme synthétique les outils utilisés pour ces analyses et leurs relations.

Duglue, D. (1995). "Etablissements hospitaliers en budget global : aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de : spécialités coûteuses et moyens séjour : année 1992." Dossier Etudes Et Statistiques(30): 121, tabl., graph., 121 ann.

Cette étude constitue un complément au dossier n°26, paru en juin 1994, et traite ainsi plus spécifiquement des phénomènes de "fuite" et d' "attraction" des régions pour les disciplines coûteuses et de moyen séjour. En effet, les poids importants constatés pour ces deux disciplines ont conduit à examiner plus précisément les phénomènes de flux associés aux deux disciplines pour chaque région considérée.

Redmon, P. et Yakoboski, P. J. (1995). "The nominal and real effects of hospital global budgets in France." Inquiry **32**(2): 174-183.

Cet article analyse les effets de l'instauration du budget global, en France, en 1984 et notamment son influence sur la baisse des dépenses de santé ainsi que sur la production de soins.

1994

Drivet, R., et al. (1994). Analyse et gestion financière à l'hôpital, Levallois-Perret : Nouvelles Editions Financières

L'hôpital, public ou privé, est à bien des égards une institution originale dont les particularités conditionnent la façon dont sont gérées ses finances. Le cadre économique dans lequel il évolue, sa mission de service public, son système d'information, ses sources de financement, son organisation comptable, lui confèrent une situation tout à fait singulière par rapport à l'entreprise de nature commerciale. Il est cependant confronté à une même réalité financière puisqu'il se trouve au coeur d'un processus complexe de flux physiques, économiques ou monétaires. Son rôle dans l'économie locale peut être considérable et il pèse sur lui une réelle contrainte de solidarité. Les auteurs, tous trois spécialisés dans la gestion en milieu hospitalier, présentent une démarche cohérente conduisant du diagnostic de situation au plan de financement d'un projet d'établissement. Les instruments qu'ils proposent enrichissent les techniques gestionnaires et constituent un apport original à la pratique financière dans le secteur sanitaire (Résumé d'auteur).

1993

Alglave, F. et Serieyx, H. (1993). Hôpitaux, cliniques : génération management, Paris : édition Lamarre

L'hôpital coûte trop cher. Les structures hospitalières sont trop lourdes. Confrontés à une logique économique et à une concurrence de plus en plus vive aux plans régional et international, hôpitaux et cliniques doivent s'adapter ou disparaître. Il importe donc de s'interroger sur la crise que traverse le monde de la santé. Dans ce livre, Francis Alglave propose une nouvelle dynamique professionnelle. Après avoir analysé les problématiques des systèmes de soins en France, il propose de nouvelles techniques de management qui

peuvent s'appliquer aux hôpitaux et cliniques. Fort de son expérience, il encourage la motivation du personnel hospitalier en le responsabilisant et en lui donnant l'initiative. D'une grande pertinence, l'ouvrage s'adresse, avec humour et sérieux, à tous ceux qui, cadres infirmiers, infirmières, médecins ou gestionnaires d'établissement ont un pouvoir d'influence sur l'avenir de ces organisations sanitaires et sociales (4ème de couverture).

Duglue, D. (1993). "Analyse de l'activité des établissements hospitaliers en budget global de 1987 à 1990." Dossier Etudes Et Statistiques(22): 59 , tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce document a pour objet de présenter divers résultats chiffrés à partir de l'exploitation des informations de séjour recueillies auprès des établissements hospitaliers dont le financement est assuré sous le régime de la dotation globale hospitalière. Le champ couvert regroupe donc l'ensemble des établissements sanitaires publics et des établissements sanitaires privés admis à participer au service public hospitalier. La première partie de ce document retrace l'évolution de l'activité des établissements pour 1987, 1988, 1989, 1990. La deuxième partie est consacrée plus particulièrement à l'analyse de cette activité pour 1990 (Résumé d'auteur.)

Fenina, A. (1993). "Evolution de la dotation globale hospitalière sur cinq ans : 1987 - 1992." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(2): 21-29, ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Depuis 1984, la réforme du financement a permis de passer du système de prix de journée à la procédure de dotation globale, établie sur la base d'un budget prévisionnel. De 1987 à 1992, sur l'ensemble de la France (y compris les DOM), le taux d'évolution de la dotation globale est de + 6,8 % en moyenne annuelle. Autour de ce taux général, la dispersion est forte entre hôpitaux et semble indiquer que sur le terrain, une certaine correction des disparités est réalisée. On constate que les budgets des centres hospitaliers augmentent de façon supérieure à la moyenne (Résumé d'auteur.)

1992

Bonnici, B. (1992). L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques, Paris : La Documentation Française

Ouvrage de synthèse sur l'hôpital et la gestion de son budget. La première partie est un rappel de l'évolution des rapports de dépendance liant historiquement le monde hospitalier à l'Etat et présente aussi le partage des pouvoirs qui s'établit entre les différents acteurs à l'intérieur des établissements. La seconde partie met en lumière les défis auxquels l'hôpital doit faire face (coût, efficacité, qualité des soins).

1991

Bacquaert, C., et al. (1991). L'enveloppe globale, instrument de maîtrise des dépenses de santé. Paris Ena.: 30 , ann.

Etude sur les principes de l'enveloppe globale et sur ses modes d'application en France pour réguler le système de soins. Ce document comprend en annexe une présentation rapide de l'organisation de la santé pour la France, l'Allemagne, la Colombie britannique, le Québec, les

Etats-Unis, les Pays Bas.

Frutiger, P., et al. (1991). La gestion hospitalière médicalisée, Paris : E.S.F.

La recherche d'une prise en charge optimale des patients, l'évaluation de l'action et la prévision des impacts économiques des décisions stratégiques médicales et administratives à l'hôpital deviennent un métier de professionnel. Cet ouvrage propose des éléments de gestion hospitalière médicalisée, rapprochant médecins, infirmières et administrateurs. Il concerne l'ensemble des partenaires de l'hôpital.

Mulsant, T. (1991). Le projet d'entreprise à l'hôpital : mode d'emploi, Nancy : Berger-Levrault

Ouvrage, avant tout pratique, destiné aux acteurs de la modernisation de l'hôpital. L'objectif visé par ce livre est de procurer aux responsables hospitaliers une vision complète des travaux à accomplir pour mettre en oeuvre leur projet d'établissement ainsi qu'une connaissance des méthodes et outils susceptibles de les y aider. Sont tour à tour étudiés : le projet d'établissement dans la loi du 31 juillet 1991, les outils d'évaluation et de contrôle, de méthode de management.

Ribaut, M. et Aromatario, C. (1991). L'hôpital entreprise, pourquoi pas, Paris : Editions Lamarre

A l'heure de la réforme hospitalière, l'hôpital et surtout les personnels qui y travaillent s'interrogent plus que jamais sur l'efficacité des différents styles de management pratiqués jusqu'alors dans leurs services. Depuis peu, l'idée de "l'hôpital-entreprise", le souhait de voir l'hôpital dirigé comme une entreprise classique, a fait son chemin dans l'esprit des cadres hospitaliers. Si, de toute évidence, certains outils performants, comme la gestion des ressources humaines ou les démarches de qualité, peuvent être appliqués avec succès à l'hôpital, d'autres ne sauraient être reproduits sans adaptation, ou même recréés de toute pièce. Forts de cette nécessité, Micheline Ribaut, infirmière générale, et Claude Aromatario, ingénieur en formation, ont voulu nous faire partager leurs expériences complémentaires en ce domaine (4e de couverture).

1990

Cauvin, C. et Coyaud, C. (1990). Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion, Paris : Economica

Cet ouvrage est destiné aux responsables des institutions de santé : il s'adresse aux médecins comme aux instances de tutelle, aux équipes administratives actuelles comme aux gestionnaires futurs : à tous ceux qui souhaitent mieux connaître les règles du jeu imposées à l'hôpital, mieux comprendre leurs conséquences sur son fonctionnement quotidien, mieux repérer les marges de liberté qui lui sont laissées. Dans un contexte largement marqué par une lecture macroéconomique, il apporte une contribution résolument managériale, en termes de gestion financière et de contrôle de gestion, et privilégie les illustrations opérationnelles et pratiques de la démarche proposée (Résumé d'auteur).

Coudurier, P. et Denis-Linton, M. (1990). Dotation globale et prix de journée, Paris : Berger-Levrault

Le financement des établissements de soins ou à caractère social repose, depuis 1983, sur la double procédure de la dotation globale et du prix de journée. A l'aide notamment d'une étude approfondie de la jurisprudence de la section permanente du Conseil supérieur de

l'aide sociale, jusqu'alors chargé du contentieux de la tarification, cet ouvrage se donne pour objectif de dégager les règles fondamentales qui président à la fixation de la dotation globale et du prix de journée.

Ducrocq, C. (1990). Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers, Paris : Berger-Levault

Le contrôle de gestion hospitalier est devenu un élément essentiel de la maîtrise des dépenses d'hospitalisation. Il ne saurait toutefois se résumer au seul suivi de la bonne exécution ou non des prévisions. Il doit être plus largement conçu comme une aide à la définition des orientations stratégiques et des mesures à mettre en oeuvre pour les réaliser. Issu d'entretiens avec les responsables de nombreux établissements hospitaliers publics et privés, cet ouvrage se propose de faire le point sur les systèmes actuels de contrôle de gestion hospitalière, d'en montrer certaines insuffisances et d'en proposer l'amélioration. Sont également pris en compte l'environnement particulier dans lequel s'inscrit le contrôle de gestion hospitalière (le contexte humain avec la division entre personnel administratif, médical et sanitaire aux motivations souvent différentes) ainsi que les supports organisationnels et informatiques nécessaires à la mise en place de tout contrôle. Cet ouvrage constitue un ouvrage de synthèse, partant de ce qui existe pour l'améliorer, et destiné à l'ensemble des gestionnaires des établissements hospitaliers publics et privés (4ème de couverture).

1988

Mosse, P. (1988). Le budget global : Réforme du financement - Réforme du fonctionnement. Aix en Provence L.E.S.T.: 25.

Ce rapport traite de la réforme du financement des hôpitaux dite du "budget global" mise en place en 1983 en France. "La nécessité et l'ambition de la réforme seront examinées dans une première partie au cours de laquelle seront tour à tour traités la dimension réglementaire et les enjeux économiques. Dans une seconde partie, les résultats de la mise en place et les conséquences du budget global seront analysés à la lumière de statistiques ou d'enquêtes disponibles."

1987

Dusart, E. (1987). Le budget global à l'hôpital, Paris : Editions ESF

Le budget global devrait transformer la gestion de l'hôpital par la mise en oeuvre des centres de responsabilité. Un praticien décrit dans ce livre tous les mécanismes du nouveau mode de financement. Il procède à une analyse fine des conséquences de la réforme sur la trésorerie de l'hôpital et sur les relations avec les organismes de sécurité sociale. L'auteur analyse, par ailleurs, les nouvelles structures de gestion de l'hôpital que constituent les centres de responsabilité et décrit l'instauration d'un contrôle de gestion fondé sur une plus grande déconcentration des choix et sur la responsabilisation des principaux acteurs de la vie hospitalière. (Résumé d'Auteur).

1977

Bungener, M., et al. (1977). Introduction à la gestion hospitalière, Paris : Bordas

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

LA COMPTABILITE HOSPITALIERE

Consulter sur le site de l'ATIH :

Données financières hospitalières

Depuis 2008 : <http://www.atih.sante.fr/rapports-etudes/donnees-financieres-hospitalieres>

Voir aussi la base de l'Ehesp :

https://documentation.ehesp.fr/pmb/?opac_view=1

2023

Le Roux, J.M. (2023). Liste des comptes du plan comptable applicable aux établissements de santé privés avec leur répartition par titres, Rennes : Presses de l'EHESP

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/liste-des-comptes-du-plan-comptable-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-privés/>

Le Roux, J.M.. (2023). Liste des comptes du plan comptable hospitalier avec leur répartition par titres, Rennes : Presses de l'EHESP

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/liste-comptes-plan-comptable-hospitalier-repartition-titres/>

Le Roux, J.M. (2023). Liste des comptes du plan comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics, Rennes : Presses de l'EHESP

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/liste-des-comptes-du-plan-comptable-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-publics/>

2022

Sommer, A. et de Kervasdoué, J. (2021). "Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé." Revue D'economie Financiere **143**(3): 197-211.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-financiere-2021-3-page-197.htm>

Les outils de gestion doivent accompagner les modifications de l'environnement des établissements de santé. Les auteurs proposent quelques pistes d'amélioration : éviter les inconvénients des conglomérats en individualisant les comptes de résultat, les comptes de bilan et les comptes de financement ; adapter la séparation ordonnateur et comptable aux nouveaux processus issus de la révolution informatique (intelligence artificielle, robot process automation, plateformes, e-admission, etc.) ; refondre les unités d'œuvre des services médicotextiques, notamment les indices de coût relatifs (ICR) ; rendre les groupes homogènes de malades plus homogènes en termes de traitement ; adapter le mode de financement à l'activité pour prendre en compte le financement des investissements ; mieux comprendre la réalité des centres de coûts médicotextiques ; établir des comptes intermédiaires de gestion réguliers. Classification JEL : I10, I11, I18.

2017

Ministère chargé de la Santé (2017). Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017, Paris : Ministère chargé de la santé: 136-141, tabl., graph.

Cette fiche extraite des comptes de la sécurité sociale présente la structure des recettes et dépenses des établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ou établissements ex-DG, aujourd'hui financés via la tarification à l'activité) ou financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ainsi que leur dynamique récente. D'après ces premiers résultats, la situation financière de ces établissements s'amélioreraient entre 2015 et 2016.

2016

Delnatte, J. C. (2016). "Les dispositions à caractère financier de la loi de modernisation de notre système de santé." Finances Hospitalières(99): 2-6.

http://www.finances-hospitalieres.fr/dispositions-caractere-financier-loi-modernisation-systeme-sante_679D4F7FB774B5.html

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de " modernisation de notre système de santé ", au-delà des mesures phares qui ont accaparé l'attention des médias, s'apparentent à bien des égards à une loi portant diverses mesures d'ordre social, permettant un toilettage législatif d'ailleurs inachevé puisque le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnances des mesures concernant des sujets qu'elle n'a pas pu traiter. Dans un texte particulièrement foisonnant, quelques dispositions à caractère financier intéressant les établissements de santé méritent d'être mises en exergue ; après examen par le Conseil constitutionnel¹, plusieurs d'entre-elles, qui étaient contestées, ont été déclarées conformes à la Constitution, à l'exception du paragraphe IX de l'article 107. Cet article passe en revue ces dispositions.

2015

Berard, E., et al. (2015). "Les outils financiers dans les hôpitaux : penser leur déploiement au-delà de la dimension technique." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(7-8): 409-427, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA p989ER0x. Diffusion soumise à autorisation]. En France, les réformes hospitalières ont été accompagnées par le déploiement, depuis le niveau national, d'outils financiers relativement standardisés dans leur format et leur structure. Pourtant, la mise en oeuvre de ces outils aboutit à des situations d'utilisation et des effets très variés selon les établissements. Comment rendre compte de cette diversité ? Et comment réfléchir au déploiement de nouveaux outils de gestion dans un contexte hospitalier ? Nous proposons une grille d'analyse socio-technique du déploiement des outils fondée sur cinq dimensions et nous en illustrons le potentiel interprétatif à partir de trois études de cas de déploiement de CREA dans des hôpitaux publics.

Yilmaz, E. (2015). La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et 2014. Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015., Paris : Ministère chargé de la Santé: 205-215, tab., graph., fig., ann.

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats des comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent légèrement en 2014. Malgré un déficit d'environ 200 millions d'euros, ce résultat représentant 0,3 % des

produits reste proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit reste en effet bien moindre que celui constate entre 2006 et 2011. La moitié des établissements publics sont déficitaires, mais une quarantaine d'établissements expliquent à eux seuls 50 % du déficit. La croissance de l'activité des hôpitaux publics en 2014 a permis de limiter le déficit, alors que les tarifs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) restaient stables. La capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se contracte en 2014 pour atteindre 3,6 milliards d'euros, soit 5,4 % des produits. Elle s'établissait à 3,8 milliards en 2013, soit 5,9 % des produits. L'effort d'investissement mesurant les dépenses d'investissement réalisées au cours de l'année poursuit sa baisse : la part de ces dépenses au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 7,6 % en 2013 pour s'établir à 7,1 % en 2014. Parallèlement, la progression de l'encours de la dette ralentit. Le taux d'indépendance financière, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, atteint 50 %. L'encours de la dette s'établit à 29,3 milliards d'euros.

2014

(2014). La dette des établissements publics de santé. Paris Cour des Comptes: 135 , tabl., annexes. <http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/La-dette-des-etablissements-publics-de-sante>

La Cour des comptes rend public, vendredi 11 avril 2014, un rapport sur la dette des établissements publics de santé (EPS) commandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. En dépit d'un ralentissement récent, la dette à moyen et long terme des EPS a triplé en dix ans, pour atteindre 29,3 Md€ fin 2012, soit 1,4 % du PIB.

Yilmaz, E. (2014). La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013. Les Comptes nationaux de la santé 2013. Paris : Ministère chargé de la Santé: 173-184, tab., graph., fig.

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013. Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics. Après une année d'excédents de 90 millions d'euros en 2012, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013 représentant environ 0,2 % des produits, proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit est en effet bien moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Même si le déficit concerne davantage d'établissements, celui-ci reste concentré sur quelques uns (près de 40 établissements cumulent à eux seuls 50 % du déficit).

2011

(2011). Guide méthodologique de comptabilité hospitalière. Paris DGOS: 89 , tabl., annexes.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), mais aussi l'implication de plus en plus forte des médecins dans la gestion des établissements, engendrent un besoin accru d'indicateurs de gestion pertinents à destination des chefs de pôle et des directions d'établissements. En cela, la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière fiable

est un moyen dry répondre. Le guide de la comptabilité analytique décrit les différents outils disponibles et définit le cadre méthodologique applicable aux hôpitaux. S'adressant à tous les acteurs hospitaliers impliqués dans une gestion performante, il énonce les règles et les méthodes qui permettent de calculer des coûts, des ratios, des indicateurs : coût d'une journée de prise en charge quel que soit le champ d'activité, coût direct de production de certaines activités, ratios et indicateurs de parangonnage (introduction, tome 1) ; coût de production des activités (tome 2, en cours d'actualisation) ; coût d'un acte ou d'une séquence de soins (guides ENCC, en cours d'actualisation). Tous les champs d'activité et de production de soins sont concernés : médecine chirurgie obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, comptes de résultats annexes.

Yilmaz, E. (2011). "Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009." *Etudes Et Resultats (Drees)*(684): 8 , graph, tabl.

La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. En 2008, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008.

2010

Schechter, F. et Delnatte, J. C. (2010). Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé. *Rapport Igas ; RM2010-172P*. Paris IGAS: 57.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000171/0000.pdf>

Par une saisine en date du 17 mai 2010, le cabinet de la ministre de la santé et des sports a confié à l'IGAS une mission relative à la réalisation « d'un audit qualitatif, dans une dizaine d'établissements de santé, ayant mis en place et utilisant à bon escient la comptabilité analytique ». La saisine inscrit les travaux de cette mission dans « un programme plus large conduit par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), en lien avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), comprenant la réécriture du guide de la comptabilité analytique hospitalière et une enquête sur l'ensemble des établissements de santé pour évaluer le niveau de déploiement et la coordination avec les éditeurs de logiciel ». Il est rappelé, en clôture de cette saisine, que l'objectif est : « La généralisation, d'ici 2014, du déploiement et de l'utilisation de la comptabilité analytique » (résumé d'auteur).

2008

Dumontaux, N. et Villeret, S. (2008). "La structure des charges et des produits des établissements privés à but non lucratif en 2004 et 2005." *Etudes Et Resultats (Drees)*(628): 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9rmDR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Les produits totaux des établissements de santé privés, anciennement sous dotation globale ("ex DG"), s'élèveraient en 2005 à 8,5 milliards d'euros, progressant de 4.1%, par rapport à 2004. L'assurance maladie obligatoire contribue en moyenne à 86% de ces produits. Les charges relatives au personnel sont prépondérantes au sein des établissements privés, ex. DG, et représentent près de 70% de celles-ci. Pour les centres de lutte contre le cancer ou CLCC, ce taux est plus faible (57%), en lien avec l'activité spécifique de ces établissements. En 2004 comme en 2005, le secteur privé ex DG enregistre un déficit, correspondant à - 0.4% de ses produits totaux. Un établissement sur deux est déficitaire. Au sein du secteur médecine chirurgie et obstétrique ou MCO, les plus grands établissements sont plus souvent déficitaires que les petits établissements. Les établissements privés ex DG n'ayant pas tous une activité de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) et la T2A se mettant en oeuvre progressivement, les financements directement liés à l'activité représentent, en 2005, 12 % des produits versés par l'assurance maladie à ce secteur.

Grolier, J., et al. (2008). *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité*, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 9EER0xDm. Diffusion soumise à autorisation]. L'évolution récente de la gestion des établissements de santé a été à l'origine de deux bouleversements majeurs : - la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), modalité d'allocation budgétaire fondée sur l'analyse de l'activité et la recherche de l'efficacité dans la gestion des hôpitaux - la définition d'une "nouvelle gouvernance" développant en particulier la gestion décentralisée au niveau des pôles. Ces nouvelles approches obligent les gestionnaires des établissements publics de santé (EPS) à réfléchir sur les coûts de fonctionnement de leurs établissements et à mettre en oeuvre de nouveaux outils de contrôle de gestion. Ce manuel constitue une aide précieuse pour porter un diagnostic précis sur les performances économiques de tout EPS et/ou de ses pôles. Dans une première partie, l'ouvrage revient sur l'origine de la comptabilité analytique hospitalière puis présente les bases réglementaires et les pratiques actuelles de cette comptabilité. Dans une seconde partie, il décrit l'élaboration des informations analytiques par les établissements hospitaliers en distinguant deux phases : une phase préliminaire avec l'établissement d'une cartographie de l'établissement afin de procéder à l'affectation des charges et des produits déductibles, une phase de calcul des coûts par activité et des coûts par séjour. Enfin, dans la dernière partie, il s'intéresse à la construction de tableaux de bord permettant de favoriser la transparence et l'objectivité des effets des décisions que le responsable hospitalier est amené à prendre : fixation des tarifs, démarche de "benchmarking" fondée sur le tableau coûts/case-mix (TTCM) ou sur la méthode SCALPEL, construction des comptes de résultats analytiques par pôles (CREA).

2007

(2007). Calcul des coûts par activité. Fiches d'analyse d'écart. Données 2005. Paris DHOS: 190 , tab., graph., ann.

Depuis 1992, le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH) est missionné par le ministère de la Santé pour promouvoir le développement du contrôle de gestion dans les établissements de santé. La Direction de l'hospitalisation et de

l'organisation des soins (DHOS) a mis en ligne le rapport du Groupe sur les coûts unitaires des activités de production hospitalière pour l'année 2005. L'échantillon, renouvelé annuellement, est composé de 135 établissements, dont 17 CHU, 13 CHS et trois établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Tous les établissements n'ont pas fourni des données pour toutes les activités. Les données sur les coûts des hôpitaux publics ont été traitées par la Banque de données hospitalières de France (BDHF) dont la gestion est assurée par le CHU d'Angers. Le rapport détaille les coûts de 42 activités. Les fiches d'analyse d'écarts représentent la première approche validée pour permettre aux établissements de santé qui le souhaitent, de se comparer à un échantillon d'établissements ayant réalisé une présentation comptable homogène, précise la DHOS dans sa note d'accompagnement. La comparaison peut se faire sur le coût unitaire total d'une activité et sur sa composition afin de permettre la détermination des causes d'un éventuel surcoût. La DHOS souhaite que ces données soient utilisées par les gestionnaires hospitaliers et constituent un "outil de maîtrise interne des coûts de production des activités hospitalières". Elle indique qu'"un nombre significatif d'établissements a pu grâce à la comparaison de leurs propres coûts unitaires aux fiches d'analyse d'écarts, identifier la cause de surcoûts et ainsi agir en conséquence". "Dans l'avenir, les acteurs hospitaliers pourront ainsi avoir une connaissance précise de leurs performances économiques de production qui est un des préalables indispensables à une maîtrise réussie des dépenses hospitalières", conclut-elle.

Peljak, D. (2007). L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), Bordeaux : Les Etudes hospitalières

L'hôpital est aujourd'hui en pleine mutation : réforme de son organisation avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, évolution de ses relations avec les usagers (commission des relations avec les usagers et de la qualité), bouleversement des pratiques professionnelles (accréditation, évaluation des pratiques professionnelles), transformation des systèmes d'information (classification commune des actes médicaux, dossier médical personnel) ... Dans ce contexte, la tarification à l'activité (T2A) conduit à un bouleversement de ses modalités de financement. Applicable depuis le 1^{er} janvier 2006, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en constitue désormais le dispositif comptable naturel. Plus qu'un outil, il concrétise une nouvelle philosophie de management des établissements publics de santé. Rédigé dans un style clair et précis, cet ouvrage consacré à l'EPRD des établissements hospitaliers constitue le guide essentiel permettant d'appréhender les nouveaux documents et procédure budgétaires, mais également les mécanismes issus du récent processus de régulation financière des hôpitaux.

2006

Legendre, M.-C. et Le, Rhun, (2006). "Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004." Etudes Et Resultats(553): 4.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ZWR0x4eJ. Diffusion soumise à autorisation].
L'enquête annuelle réalisée par la DREES jusqu'en 2005 permettait de recueillir des données comptables et budgétaires de la section d'exploitation du budget général auprès des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), des établissements privés à but non lucratif. A partir de cette enquête, il est possible d'estimer des indicateurs de recettes et de charges entre 2001 et 2004, au moment de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses). Les PSPH

étudiés sont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les établissements de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (SSR). On s'est livré à une exploitation de données comptables par le calcul de grands ratios pour les établissements PSPH, l'année 2004 correspondant au point zéro de la mise en place de la T2A. Du côté des recettes, sont examinés les produits bruts qui correspondent à la dotation globale de financement, augmentés des produits de l'activité hospitalière, des produits vendus, ainsi que de la production stockée et immobilisée.

2003

(2003). STEFIE : situation économique et financière des établissements de santé privés - Étude nationale sur le secteur des cliniques privées 1998 à 2000. Paris CNAMTS: 172.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS y2R0xzHq. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude présente les résultats de l'exploitation nationale des données, issues du logiciel STEFIE, des établissements MCO pour les années 1998 à 2000. Basée sur une population de plus de trois cents cliniques, elle permet : - de décrire l'offre hospitalière privée en termes d'activité, de rentabilité et de structure financière, - de calculer des moyennes nationales sur l'ensemble des indicateurs et de donner une vision des établissements étudiés par profil (typologie), - de proposer une interprétation croisée d'indicateurs financiers et d'activité, à partir desquels sont élaborés des référentiels régionaux et nationaux.

2002

Grolier, J., et al. (2002). La comptabilité analytique hospitalière médicalisée, Rennes : Editions ENSP

La nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé implique que soient définis des repères concernant les coûts de l'hospitalisation afin que le gestionnaire d'établissement sanitaire et social n'ait plus à " naviguer à vue " et que soit facilitée une comparaison tant au niveau régional qu'au niveau national. On parle là de benchmarking ou encore de " concurrence par comparaison ". Les établissements, ne se trouvant pas de fait en situation de concurrence géographique réelle, sont mis en concurrence par rapport à un prix théorique résultant de la tendance centrale d'observations d'établissements considérés comme représentatifs. Cette démarche est indispensable tant au niveau macroéconomique qu'au niveau microéconomique :- au niveau macroéconomique, elle permet d'estimer des paramètres sur lesquels pourra être fondée la réaffectation des moyens ; - au niveau microéconomique, elle facilite la compréhension de la formation des coûts, facilite le nécessaire dialogue entre le gestionnaire et le médecin et permet d'optimiser l'utilisation de fonds publics. Pour cela, il convient de construire l'analyse des coûts et des quantités des facteurs utilisés dans la production de l'activité hospitalière. C'est une démarche de comptabilité de gestion telle qu'elle est décrite dans les guides méthodologiques de comptabilité analytique hospitalière, démarche qui se doit d'être prolongée par une analyse comparative de l'établissement par rapport à la base nationale maintenant régulièrement mise à jour par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Il est proposé, dans cet ouvrage, tout d'abord de repositionner la comptabilité analytique hospitalière dans son contexte historique afin de montrer comment les outils de la comptabilité analytique d'entreprise ont pu servir de fondement à la démarche hospitalière (1). Il sera alors possible de présenter la démarche analytique à mettre en oeuvre par les établissements hospitaliers (2), puis de confronter les coûts constatés par l'établissement avec ceux de la référence nationale telle qu'elle résulte de l'étude nationale des coûts : cette approche sera

développée dans le cadre d'une démarche originale d'analyse de la structure des coûts analytiques liés aux processus en estimation linéaire (SCALPEL) (3).

1988

Couty, et al. (1988). La nouvelle comptabilité analytique, Rennes : E.N.S.P.

Cette nouvelle approche comptable est "un meilleur outil d'analyse de la formation des coûts hospitaliers" (structure de production, produits, tarifs de prestations). "Au coût complet de la journée d'hospitalisation est substitué un coût de groupe homogène de malades au sein duquel sont parfaitement repérables les coûts directs liés au malade (médicaments, sang, prothèses), les coûts directs du service de soins (personnel, approvisionnements...) et les coûts indirects provenant d'autres services."

1985

Pizzioli, S. (1985). Comptabilité et gestion des hôpitaux et associations : Financement et tarification, Paris : Berger Levrault

Cet ouvrage traite de la comptabilité, de la tarification ainsi que de la gestion et politique hospitalières concernant les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au secteur public. Après un rappel historique de la législation et des expérimentations dans le domaine de la tarification depuis 1970, l'auteur donne une analyse très précise de la réforme de 1983 et de son évolution jusqu'en 1985. Cette réforme instaure d'une part une nouvelle organisation de l'hôpital, basée sur la direction par objectifs (les établissements sont désormais divisés en centres de responsabilité et en centres d'activité) et d'autre part un nouveau mode de financement par l'introduction du budget global.

LA TARIFICATION HOSPITALIERE

A consulter :

Les études de coût de l'ATIH

<http://www.atih.sante.fr/rapports-etudes/donnees-financieres-hospitalieres>

2022

Ong, N., Ramarosan, H., Quattara, E., et al. (2022). "La gradation des prises en charge ambulatoires : l'expérience du CHU de Bordeaux." Gestions Hospitalieres(614): 147-150.

<https://gestions-hospitalieres.fr/la-gradation-des-prises-en-charge-ambulatoires/>

Les conditions de facturation en hospitalisation des prises en charge sans nuitée en soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont évolué dans le temps et ont été définies par plusieurs textes réglementaires successifs. Ces conditions font l'objet de discussions induites par des interprétations différentes des textes selon les acteurs, générant notamment des discordances entre les établissements de santé et l'assurance maladie lors des contrôles de la tarification à l'activité (T2A). Le dernier texte réglementaire, publié en 2020, introduit la notion d'une gradation dans les prises en charge ambulatoires, avec de

nouvelles conditions dont la mise en œuvre a nécessité un investissement en termes de moyens et de temps pour les départements d'information médicale (DIM).

2021

Brunet, J. (2021). "T2A, fin de partie ?" Gestions Hospitalières(606): 268-273.

Dans une interview accordée à Libération le 11 décembre 2017, Agnès Buzyn, alors ministre de la Santé, déclare que la «?tarification à l'activité (T2A) nous a fait perdre le sens de la mission de l'hôpital en nous faisant courir après la rentabilité, et que cette logique était arrivée à son terme?». En 2020, en pleine crise épidémique de coronavirus, le président de la République déclare à son tour que «?la santé gratuite sans conditions [...], ce ne sont pas des coûts ou des charges, mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe [...]. Il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché?». Des discours qui vont à rebours de la politique d'austérité menée tambour battant à l'endroit des hôpitaux depuis vingt ans. Mais au-delà des discours politiques, qu'en est-il réellement de l'avenir du principal mode de financement des hôpitaux?: la tarification à l'activité??

Cash, R. (2021). "Les tarifs de séjours sont-ils cohérents avec les coûts observés ?" Finances Hospitalières(155): 2-5.

A partir d'un récent document publié par l'ATIH, qui «a pour objectif de détailler les différentes étapes qui conduisent à élaborer, à partir des coûts complets issus de l'Etude nationale des coûts (ENC), une échelle de tarifs issus des coûts servant de base pour répondre à la problématique de comparaison entre les coûts et les tarifs», il est possible de faire le point sur les comparaisons entre grille de coûts et grille tarifaire. (R.A.)

Chevreur, K. et Michel, M. (2021). "Précarité et rémunération des hôpitaux : pour une modulation des tarifs tenant en compte de la position socioéconomique des patients." Revue D'economie Financiere(143): 179-196.

Laboureix, J. P. (2021). La réforme de financement des structures de médecine d'urgence. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021 et 2022., Paris : CCSS: 124-127. <https://www.securite-sociale.fr/home/actualites/list-actualites/la-ccss-de-septembre-est-en-li-1.html>

En 2019, on dénombre 18 millions de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation, en augmentation de 3% par an en moyenne depuis 2013. Les recettes des établissements de santé au titre des activités des urgences hospitalières et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) reposaient sur un système de tarification largement forfaitaire et dépendant principalement du volume de passages. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a porté une réforme en profondeur de ces modalités de financement dont les premiers volets ont été mis en œuvre en janvier 2021. Cette réforme met en place un mode de financement mixte combinant dotation populationnelle, recettes liées à l'activité et prise en compte de la qualité de la prise en charge.

Milcent, C. (2021). Competition in French hospital: Does it impact the patient management in healthcare? PSE Working Papers ; 2021-16. Paris PSE. https://halshs.archives-ouvertes.fr/PSE_WP/halshs-03163249v1

We explore the competition impact on patient management in healthcare (length of stay and technical procedure's probability to be performed) by difference-indifference, exploiting time variations in the intensity of local competition caused by the French pro-competition reform (2004-2008). Models are estimated with hospital fixed effects to take into account hospital unobserved heterogeneity. We use an exhaustive dataset of in-hospital patients over 35 admitted for a heart attack. We consider the period before the reform from 2001 to 2003 and a period after the reform from 2009 to 2011. Before the reform, there were two types of reimbursement systems. Hospitals from private sector, were paid by fee-for-service. Hospitals from public sector were paid by global budget. They had no current activity's link, and a weak competition incentive. After the DRG-based payment reform, all hospitals compete with each other to attract patients. We find the reform a sizeable positive competition effect on high-technical procedure for the private sector as well as a negative competition effect on the length of stay for public hospitals. However, the overall local competition effect of the reform explained a very marginal part of the explanatory power of the model. Actually, this period is characterised by two contradictory components: a competition effect of the reform and in-patients who are more concentrated. Results suggest that if competition impacted management patient's change, it is through a global competition included in a global trend much more than a local competitive aspect of the reform.

2020

(2020). "La tarification à l'activité (T2A) à la française." Revue française d'administration publique **174**(2): 487-497.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-487.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Anap (2020). Article 51 EDS, IPEP et PEPS : premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations. Paris Anap.

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2765>

La présente publication tire les premiers enseignements de la mise en œuvre des trois expérimentations nationales EDS (épisode de soins), IPEP (incitation à une prise en charge

partagée) et PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé), un an après leur lancement. Il ne s'agit pas d'un rapport d'évaluation de ces expérimentations en cours, mais d'une synthèse des points clés de leur démarrage. Ainsi, les premières actions déployées ou en cours de conception peuvent servir de source d'inspiration pour les autres expérimentateurs.

Ministère chargé de la Santé (2020). Rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé. Paris Ministère chargé de la santé: 42.

Le présent rapport est prévu par l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale. Il a pour objectif d'éclairer le Parlement sur « les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées » au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce rapport s'attachera donc à présenter dans un premier temps un panorama global des différentes modalités de financement des établissements de santé selon les champs d'activité et le statut des offreurs de soins. Il reviendra ensuite en premier lieu sur chacun des champs d'activité, en particulier leurs modalités de financement, l'analyse de leur activité 2019 avant de présenter les évolutions en cours et les perspectives d'évolution, dont certaines font l'objet de mesures présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à l'automne 2020.

2019

Aubert, J. M. (2019). Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de paiement combiné. Paris Ministère chargé de la santé: 47.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Chone, P. et Wilner, L. (2019). "La tarification à l'activité a redirigé des séjours chirurgicaux des cliniques privées vers les hôpitaux publics sans augmenter l'activité totale." *Insee Analyses*(47): 4. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4221735?pk_campaign=avis-parution

La tarification à l'activité (T2A) a été introduite graduellement entre 2004 et 2008 dans les hôpitaux publics ; elle était déjà en vigueur dans les cliniques privées. L'activité a augmenté dans les établissements concernés par la réforme ; néanmoins, il reste à savoir si cette

hausse a résulté d'une augmentation de l'activité globale du secteur ou si l'activité a été redirigée des cliniques privées vers les hôpitaux publics. Cette étude se concentre sur la chirurgie entre 2005 et 2008, une période qui permet une évaluation de la réforme. L'étude simule la situation qui aurait prévalu en 2005 si les incitations tarifaires liées à la T2A avaient été intégralement mises en place afin de pouvoir la comparer à la situation observée et d'en inférer l'impact causal de la T2A. La reconstitution de cette situation contrefactuelle nécessite en particulier de neutraliser les évolutions, observables ou non, inhérentes à la patientèle et à l'offre de soins. La T2A aurait principalement redirigé des actes chirurgicaux des cliniques privées vers les hôpitaux publics, sans en créer davantage. Elle aurait bénéficié aux patients en permettant d'améliorer l'attractivité des hôpitaux publics. Néanmoins, cette amélioration aurait entraîné une augmentation substantielle de l'effort des établissements en direction de leurs patients, pouvant occasionner des coûts financiers ou non financiers.

Leguelinel-Blache, G., Bussières, J. F. et Le Galfontes, C. (2019). "Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018." Revue Generale De Droit Medical(6): 211-226.

Après avoir été expérimenté aux États-Unis et en Europe, le financement à l'épisode de soins s'impose aujourd'hui en France et au Québec comme un modèle économique alternatif à la tarification à l'activité (T2A) et à la dotation globale historique dans les établissements de santé et au paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux. Il s'agit de proposer un paiement forfaitaire global pour l'ensemble des prestations pluri-professionnelles engagées en ville et à l'hôpital afin de résoudre un problème de santé sur une période limitée. Ce concept nécessite de standardiser la prise en charge thérapeutique selon des recommandations de bonnes pratiques, en utilisant des indicateurs de performance. Ce mode de financement pourrait renforcer la coordination intra- et extrahospitalière et consolider l'efficacité des soins en évitant la multiplication des actes inutiles au profit d'une plus grande qualité et sécurité des soins, et en s'appuyant sur des forfaits ajustés au risque.

2018

Aubert, J. M. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé: 15.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence. Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en œuvre en 2020 et 2021.

Guerre, P., Hayes, N. et Bertaux, A. C. (2018). "Estimation du coût hospitalier : approches par « micro-costing » et « gross-costing »." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **66**: S65-S72.

Résumé Les évaluations économiques se multiplient dans les établissements de santé ces dernières années, s'appuyant sur la théorie économique. La première étape, quelle que soit

la finalité du costing à l'hôpital, est le point de vue ou la perspective adopté(e) : doit-on évaluer les coûts du point de vue de l'établissement de santé ? De l'Assurance maladie ? Ce pose ensuite la question de la méthode à retenir : il en existe plusieurs, mais les deux majoritairement utilisées pour estimer les coûts hospitaliers de prise en charge des patients en France sont : la méthode du micro-costing et celle du « gross-costing ». Ce travail a pour objectif de décrire chacune d'entre elles (modalités de recueil et de valorisation monétaire des consommations de ressources), ainsi que leurs avantages et inconvénients liés aux difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre à l'hôpital, de présenter une revue de la littérature comparant les deux méthodes et leur possible combinaison, et de proposer des pistes quant aux questions qui doivent être posées en amont du recueil des consommations de ressources et de valorisation des coûts à l'hôpital. Un schéma final, tenant lieu de conclusion, synthétise les méthodologies à privilégier en fonction de la stratégie à évaluer et de ses impacts sur la prise en charge du patient. Cost analysis has become increasingly commonplace in healthcare facilities in recent years. Regardless of the aim, the first consideration for a hospital costing process is to determine the point of view, or perspective, to adopt. Should the cost figures reflect the healthcare facility's point of view or enlighten perspectives for the public health insurance system? Another consideration is in regard to the method to adopt, as there are several. The two most widely used methods to determine the costs of hospital treatments in France are the micro-costing method and the gross-costing method. The aims of this work are: (1) to describe each of these methods (e.g. data collection, assignment of monetary value to resource consumption) with their advantages and shortcomings as they relate to the difficulties encountered with their implementation in hospitals; (2) to present a review of the literature comparing the two methods and their possible combination; and (3) to propose ways to address the questions that need to be asked before compiling resource consumption data and assigning monetary value to hospital costs. A final diagram summarizes methodologies to be preferred according to the evaluation strategy and the impact on patient care.

Vuagnat, A., Yilmaz, E., Roussot, A., et al. (2018). "Did case-based payment influence surgical readmission rates in France? A retrospective study." *BMJ Open* **8**(2): e018164.

OBJECTIVES: To determine whether implementation of a case-based payment system changed all-cause readmission rates in the 30 days following discharge after surgery, we analysed all surgical procedures performed in all hospitals in France before (2002-2004), during (2005-2008) and after (2009-2012) its implementation. **SETTING:** Our study is based on claims data for all surgical procedures performed in all acute care hospitals with >300 surgical admissions per year (740 hospitals) in France over 11 years (2002-2012; n=51.6 million admissions). **INTERVENTIONS:** We analysed all-cause 30-day readmission rates after surgery using a logistic regression model and an interrupted time series analysis. **RESULTS:** The overall 30-day all-cause readmission rate following discharge after surgery increased from 8.8% to 10.0% (P<0.001) for the public sector and from 5.9% to 8.6% (P<0.001) for the private sector. Interrupted time series models revealed a significant linear increase in readmission rates over the study period in all types of hospitals. However, the implementation of case-based payment was only associated with a significant increase in rehospitalisation rates for private hospitals (P<0.001). **CONCLUSION:** In France, the increase in the readmission rate appears to be relatively steady in both the private and public sector but appears not to have been affected by the introduction of a case-based payment system after accounting for changes in care practices in the public sector.

2017

Batifoulier, P., Castiel, D. et Brechat, P. H. (2017). "La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations." Seve : Les Tribunes De La Sante(54): 61-78, tabl.

La France a adopté un financement à l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique à 100 %, ce qu'aucun pays au monde n'a fait. De plus, cette tarification à l'activité (T2A) est paradoxale car c'est l'un des plus complexes sans pour autant tenir compte de la spécificité des besoins de tout un chacun. En privilégiant la réduction des coûts, elle s'est éloignée de l'objet qu'elle est censée financer : la santé (résumé d'auteur).

Bras, P. L. (2017). "Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 35(6): 245-263.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xn8q97. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis la crise, le rythme d'évolution des ressources des établissements de santé est fortement contraint. Dans un contexte, où l'augmentation de la production des soins reste soutenue les établissements de santé, dès lors que la T2A révèle leur niveau de performance économique, doivent réaliser des progrès de productivité notamment de productivité du travail. On peut craindre que ces progrès de productivité ne soient obtenus qu'au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels. Il est donc essentiel de se doter sans attendre d'indicateurs permettant d'apprécier la qualité des soins ; les indicateurs de processus développés en France n'étant pas à cet égard suffisants. Il faut comme dans de nombreux pays étrangers se doter d'outils pour mesurer l'expérience et la satisfaction des patients, le vécu au travail et l'appréciation de la qualité des soignants et, enfin les résultats cliniques des soins. Se doter de ces instruments de mesure suppose un investissement technique et scientifique qui ne se conçoit que dans le cadre d'une politique structurée. Cet investissement est un préalable pour envisager des modes de tarification dits "au parcours" ou des modes de paiement à la qualité.

Burnel, P. (2017). "L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 35(2): 67-79.

Le présent article a pour objet de faire un point, après 12 ans de mise en œuvre, sur les effets induits par la tarification à l'activité (T2A) sur la gestion et l'organisation des établissements publics de santé (EPS). Il met en évidence, en s'appuyant sur la littérature, que les effets attendus en termes d'efficience ne se sont que partiellement réalisés. Les EPS n'ont pas révisé en profondeur leurs processus et leurs organisations se contentant de mesures d'ajustement sur les charges variables. Il s'ensuit une dégradation des conditions de travail et une perte de sens qui affecte les personnels soignants et, parfois médicaux. Pour dépasser ces limites, cet article explore les voies d'un approche réellement médico-économique centrée sur la refonte des processus de prise en charge en se fondant sur ce qui motive l'action des personnels soignants : les dynamiques du progrès médical qui offre des opportunités nouvelles et la recherche de l'amélioration de la qualité des soins.

Cash, R. (2017). "La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevées ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(57): 35-55.

La tarification à l'activité dans les établissements de santé a été mise en place en France dans le secteur de court séjour en 2004-2005, après une vingtaine d'années d'études et de travaux de simulation. Cet article revient sur l'historique de la T2A, sur ses caractéristiques fondamentales et ses objectifs initiaux ainsi que ses impacts. Il examine ensuite les débats intervenus ces dernières années et les modifications apportées au système, avant de terminer sur les perspectives.

Girault, A., Gervaise-Pinquier, C. et Minvielle, E. (2017). "Les modes de paiements à la coordination : État des lieux et pistes pour une application en France." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(2): 109-127.

[BDSP. Notice produite par ORSRA rR0xE9nE. Diffusion soumise à autorisation]. L'émergence de nouveaux modes de paiement occupe une place majeure dans la transformation du système de soins. Parmi eux, les "paiements à la coordination" retiennent l'attention des pouvoirs publics, désireux d'améliorer la coordination des soins. L'objectif de ce travail est de dresser un état des lieux de ces paiements et de proposer des pistes pour leur mise en oeuvre dans le contexte français. Pour cela, nous avons conduit une revue intégrative de la littérature à partir des bases de données Medline, Econlit et Cochrane. Nous avons identifié 569 papiers puis, après application de nos critères, notre recherche a finalement inclus 39 papiers. Peu de preuves robustes peuvent, pour le moment, être portées au crédit de ces paiements, malgré quelques signes prometteurs. Les papiers sélectionnés concernaient en grande majorité des expériences aux Etats-Unis. Différents écueils à éviter ont été identifiés concernant notamment le niveau d'intégration des offreurs de soins, la question du transfert de risque du payeur vers les offreurs de soins ainsi que la variabilité des prises en charge. Cette analyse critique a également permis de dessiner les différents jalons pour la construction d'un tel paiement. Une fois le type de paiement choisi et la pathologie ciblée, différentes étapes sont à suivre : définir un parcours standard en collaboration avec les offreurs de soins ; calculer le montant du paiement ; définir des critères qualité qui serviront de variables d'ajustement éventuelles ; et enfin, s'entendre sur la clé de répartition du paiement entre les organisations concernées. De même, des évaluations externes de ces nouveaux modes de paiement sont nécessaires pour tester la valeur-ajoutée du dispositif. L'ensemble constitue des pistes pour une éventuelle application dans le contexte français.

Grimaldi, A. et Vernant, J. P. (2017). "Réflexions sur les modalités de financement des hôpitaux. ." Information Psychiatrique (L') **93**(1): 21-26.

Chaque mode de financement de l'hôpital – prix de journée, dotation et tarification à l'activité – a des avantages et des inconvénients. Leur choix devrait être déterminé en fonction de l'activité concernée. Ainsi la T2A est adaptée aux activités standardisées et programmées. Le prix de journée est adapté aux soins palliatifs. La dotation est adaptée aux activités complexes connaissant des modalités de prises en charge rapidement évolutives. C'est le cas notamment des maladies chroniques ou devenant chroniques comme le cancer. Chacune de ces techniques de financement nécessitent des modes de régulation spécifique qui devraient être fixés avec les professionnels. La T2A a été utilisée non pas comme une technique de financement mais comme une politique visant à instaurer dans l'hôpital une gestion privée. Fonctionnant non pas sur le principe éthique du juste soin pour le patient au moindre coût pour la société mais selon le principe commercial de la recherche de la rentabilité pour l'établissement, elle a été généralisée. La concurrence entre établissements était censée permettre l'obtention de la qualité au moindre coût. Le maintien d'un budget national contraint (l'Ondam), le développement des maladies chroniques, la volonté de limiter l'hospitalo-centrisme conduisent à une critique du « tout T2A » auquel reste attaché le pouvoir managérial qui propose de maintenir la T2A en la complexifiant un peu plus.

Hirtzlin, I. (2017). "Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(2): 81-92.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qSAnR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification

basée sur l'activité médicale reposant sur les diagnostics principaux des patients a d'abord été expérimentée par le dispositif Medicare, puis généralisée aux États Unis, avant de se diffuser à la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, y compris la France, où elle a pris le nom de Tarification à l'activité à partir de 2008. L'efficience attendue du dispositif repose sur le principe de la concurrence par comparaison. La T2A connaît aujourd'hui des remises en cause liées aux limites de l'application pratique des principes incitatifs théoriques. Des pistes de solutions sont explorées dans cet article. Leur objectif est de réintroduire une composante économique dans le calcul des coûts et de tarifier en fonction des bonnes pratiques. Par ailleurs, comme la prise en charge du patient s'insère dans un établissement de santé il convient de tenir compte de ses contraintes productives et de son organisation.

Moisdon, J.-C. (2017). "PMSI, T2A et gestion interne." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(2): 51-66.

Ruyssen, M., Leclercq, P., Martins, D., et al. (2017). "Des coûts aux tarifs par pathologie. Les enseignements d'une tentative de transposition de la T2A au système de financement hospitalier belge." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(2): 93-108

Veran, O. (2017). Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur. Paris : Ministère chargé de la santé : 133, tab., graph., fig.

Ce rapport constitue le deuxième volet d'une mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, établi par un comité des experts. Le premier volet du rapport, remis en mai 2016, formulait des préconisations dont certaines ont été intégrées à la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comme la mise en place progressive d'une part de financement fixe pour les activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), la création d'une prestation intermédiaire, entre la consultation et l'hospitalisation de jour, pour mieux valoriser le travail pluridisciplinaire, ou encore l'extension du modèle de financement des hôpitaux de proximité aux établissements de soins de suite et de réadaptation. La seconde partie des travaux conforte les évolutions engagées depuis 2012 ou en cours de mise en œuvre (refonte du financement de l'HAD, évolution du financement lié à la qualité et de celui lié à la précarité). Ces travaux préconisent des évolutions structurelles à moyen terme. Concernant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, ce rapport propose d'expérimenter la cohabitation de trois modes de financement : T2A, financement par épisodes de soins et financement dit « au parcours ». Concernant la psychiatrie, la mission ne recommande pas une réforme globale du modèle de financement mais suggère de pondérer le système actuel en fonction des besoins épidémiologiques de la population et des données médico-économiques en vue de réduire les inégalités de financement.

Vigneron, E. (2017). "Un cas typique d'exécution de soi sous emprise : Ou quand la T2A fait s'entretenir les établissements du service public." Gestions Hospitalieres(571): 594-602, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9Go9R0xn. Diffusion soumise à autorisation]. La question d'une autorisation d'angioplastie coronaire à Chalon-sur-Saône est ici analysée sous la forme d'un cas clinique d'organisation sanitaire. A travers ce cas, l'auteur analyse les effets pervers du système de tarification hospitalière au regard de la juste répartition territoriale des moyens et de la réponse adaptée aux besoins de santé publique.

2016

(2016). Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs. Campagne tarifaire 2016. Paris ATIH: 18.

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2986/methodologie - methode alternative a la comparaison des couts et des tarifs 2016.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2986/methodologie_-_methode_alternative_a_la_comparaison_des_couts_et_des_tarifs_2016.pdf)

Ce document a pour objectif de détailler les différentes étapes qui conduisent à élaborer, à partir des coûts complets issus de l'Etude nationale des coûts (ENC), une échelle de tarifs théoriques respectant strictement la hiérarchie des coûts.

(2016). Rapport d'activité 2015 de l'ATIH. Lyon ATIH: 87 , fig.

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2925/rapport_dactivite_atih_2015.pdf

En 2015, conformément aux engagements du contrat d'objectifs et de performance 2014-2016, l'Agence a poursuivi les travaux sur l'adaptation des modèles de financement, le développement du recueil d'informations, la restitution des données en sécurisant les modalités d'accès, l'amélioration de sa réponse aux demandes des ARS. Trois sujets ont particulièrement mobilisé les équipes de l'ATIH : le financement des établissements, le médico-social et l'accès aux données.

Juven, P. A. et Pierru, F. p. (2016). Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Paris : Presses Universitaires de France

Qu'est-ce qu'un patient rentable ? Qu'est-ce qu'un autre trop coûteux ? Comment juge-t-on qu'un hôpital n'est pas assez productif ? Comment certains établissements se retrouvent-ils en situation de quasi-faillite ? Quels effets ces situations financières ont-elles sur la qualité du soin dispensé ? Comment les instruments économiques peuvent-ils définir les pratiques de santé ? C'est à ces questions que répond ce livre en s'intéressant au processus de mise en gestion de l'hôpital public depuis les années 1980 ainsi qu'aux formes de critiques nées de ces évolutions.

Milcent, C. (2016). Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment.

Working paper ; 16–13. Paris Ecole d'Economie de Paris: 49 , tab., graph., fig.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01340557/document>

How has this administrative change affected the healthcare providers behaviour? Using a unique longitudinal database with 145 million stays, this document studies the dependence of the severity classification associated with hospital stays on a financial incentive, as well as the resulting budgetary reallocations. The classification of diagnosis-related groups (DRGs) in France changed in 2009. The number of groups was multiplied by 4. Controlling for pathology indicators and hospital fixed effects, I unambiguously demonstrate that a finer classification led to an "upcoding" of stays. Because of a fixed annual budget at the national level, these results directly imply that the upcoding led to a budget reallocation which increased the share of health spending that went to for-profit hospitals, at the expense of public nonresearch hospitals. This budget reallocation did not correspond to any change in the actual production of care.

Veran, O. (2016). Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé.

Rapport d'étape. sl sn: 70.

<http://www.olivier-veran.fr/rapport-detape-sur-le-mode-de-financement-des-etablissements-de-sante/rapport-detape-t2a/>

Ce rapport intermédiaire est le résultat d'une mission sur l'évolution du mode de

financement des établissements de santé, établi par un comité des experts. Il dresse un premier bilan de la tarification à l'activité (T2A) près de 10 ans après sa mise en œuvre. Il fait le constat que la T2A, pensé comme un outil de cotation, efficace pour les activités standardisées, peine à rendre compte de l'activité médicale, notamment les maladies chroniques, les urgences, les soins critiques, les soins palliatifs ,... mais aussi les activités hospitalières dites de proximité. Par ailleurs, la T2A a pris dans certains cas une place prépondérante dans l'organisation même de l'hôpital alors que ce n'est pas son rôle. La T2A peine enfin à rendre compte de la pertinence et de la qualité des soins. Le comité émet des propositions applicables à court terme visant à faire évoluer le financement hospitalier lorsque le modèle actuel n'est pas le plus adapté. Il ouvre par ailleurs la voie à des réformes structurelles couvrant l'ensemble des enjeux liés à la question générale du financement des établissements de santé, et qui feront l'objet d'un rapport complémentaire.

2015

(2015). Rapport 2015 au Parlement sur le financement des Établissements de Santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 70 , tab., graph., fig.

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Cet état des lieux de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés est présenté par le biais de 3 rapports sur : - la tarification à l'activité (T2A) ; - les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), incluant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ; - la convergence tarifaire.

(2015). Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée d'octobre 2014. Paris OEHP: 23 , tabl.

Conformément à ses attributions, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé sur la période des six premiers mois 2014 qui ont été produites par l'ATIH et la CNAMTS. Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du PMSI et du SNIIRAM. Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé. L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans la poursuite du fort dynamisme des dépenses du poste « médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) » facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation. Les six premiers mois de l'année 2014 sont marqués par la poursuite du dynamisme des dépenses de la liste en sus et notamment pour le secteur MCO ex-DG (+ 7,6 %) mais également pour l'OQN SSR et l'OQN PSY.

Gervais, A. (2015). "Financement par la T2A, vision médicale hospitalière." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 117-122.

[BDSP. Notice produite par ORSRA IJpR0xHG. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 10 ans la tarification à l'activité (T2A) est devenue le socle du financement hospitalier. Répondant à une vision productiviste du soin, la T2A a permis une augmentation de la productivité hospitalière mais s'est révélée inflationniste et inadaptée pour une partie de l'exercice médical hospitalier. Adapté aux pathologies et actes standardisés, ce mode de financement est imparfait pour permettre la prise en charge des patients complexes, polyopathologiques, porteurs de maladies chroniques ou précaires, nécessitant un temps de

réflexion médical pluridisciplinaire et non technique. La T2A s'est accompagnée d'une complexification du système de codage, souvent chronophage pour le personnel. Ce dernier constate que développer des activités "rentables" devient une préoccupation centrale et que la réponse aux besoins sanitaires n'est plus prioritaire. Enfin le financement actuel à la T2A ne permet pas de soutenir l'innovation et les investissements lourds. Une réforme du financement de l'hôpital est attendue par les professionnels de santé qui déplorent la lenteur des modifications. (résumé auteur).

Holla, H. (2015). "Travaux de l'ATIH sur les systèmes de tarification." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 112-116.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 99R0xEF7. Diffusion soumise à autorisation]. En MCO, l'Agence intervient, en lien avec un prestataire, sur la problématique des établissements de santé isolés et des hôpitaux de proximité. L'enjeu est de trouver un mode de financement adapté. Par ailleurs, en partenariat avec la HAS, l'ATIH développe les outils techniques pour mesurer la qualité des soins et calcule le montant de l'incitation financière. En SSR, HAD et psychiatrie, l'agence a un rôle d'outillage des acteurs pour faire évoluer les modèles de financement. Deux types d'outils sont développés : description de l'activité via la classification médico-économique et connaissance des coûts via l'étude nationale des coûts mise en place en SSR et HAD depuis 2011.

Jay, P., L. et Lefebvre, A. (2015). "Stratégie médicale et T2A dans un Centre Hospitalier de proximité. Est-il possible de transformer la contrainte en opportunité ?" Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 129-136.

[BDSP. Notice produite par ORSRA EBIR0xkl. Diffusion soumise à autorisation]. Les centres hospitaliers généraux de proximité, qui jouent un rôle important dans la prise en charge en médecine, chirurgie, obstétrique dans les territoires de santé, sont confrontés à des difficultés spécifiques dans le système de tarification à l'activité. La compatibilité entre le maintien d'un portefeuille d'activités médicales, qui répond aux besoins de la population et soit viable d'un point de vue médico-économique, n'est pas évidente. La stratégie médicale de l'établissement vise alors à répondre à ce dilemme en explorant trois pistes : la juste valorisation de l'activité, la consolidation des activités déficitaires et le développement de nouvelles activités. De ce fait, l'accès aux compétences médicales adéquates est crucial et nécessite la mise en place de partenariats avec les centres hospitaliers de référence et/ou de recours. Pour remplir pleinement leurs objectifs, ces coopérations doivent respecter l'intérêt à agir des parties, laisser la primauté au projet médical et être équilibrées économiquement. De nombreux exemples montrent que cette stratégie partenariale ne constitue néanmoins pas une réponse toujours suffisante au dilemme étudié. Au niveau des établissements, la T2A ne peut être la porte d'entrée des stratégies médicales qui doivent intégrer d'autres impératifs : accès aux soins, démographie médicale, demande du patient, et surtout qualité de la médecine délivrée en proximité. Seuls des choix politiques peuvent donner la lisibilité nécessaire aux centres hospitaliers de proximité confrontés à cette situation. (résumé auteur).

Moison, J.-C., et al. (2015). "T2A et évolution des prises en charge du patient : quelles interactions ? quelle cohérence ? Restitution des communications du Séminaire de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**: 152.

[BDSP. Notice produite par EHESP mFR0xlqF. Diffusion soumise à autorisation]. Ce séminaire a porté sur les thèmes suivants : activité médicale, T2A et stratégie de Ressources humaines ; les outils de pilotage et l'optimisation du management RH dans les établissements ; les

leviers du recrutement et la stratégie des établissements en concurrence pour la recherche de compétences médicales. Ces communications sont des résumés courts ou étendus des interventions.

Yilmaz, E. et Vuagnat, A. (2015). "Tarification à l'activité et réadmission." Economie Et Statistique(475-476): 71-87.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475E.pdf

De nombreux pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de paiement à l'activité pour financer leurs établissements de santé. La France a ainsi adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficacité. La mise en place de cette réforme a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Toutefois, pour le régulateur, il est important de suivre les effets de cette réforme sous l'angle de la qualité des soins. Une mesure de la qualité des prises en charge peut être appréhendée par le taux de réadmission à trente jours. L'objet de cette étude est de s'intéresser à la réadmission à la fois sur la période qui précède la T2A et sur la période faisant suite à sa mise en place. La période d'étude s'étend de 2002 à 2012. À partir des données du Programme médicalisé du système d'informations (PMSI), pour chaque séjour chirurgical, la réadmission à trente jours après la sortie est déterminée au moyen du chaînage PMSI, sous réserve que ces réadmissions ne soient ni des séances de traitements ni de la néonatalogie. La probabilité de réadmission est modélisée à l'aide d'une régression logistique multiple comprenant les cofacteurs suivants : année, âge, sexe, mode d'entrée, durée de séjour, morbidité, statut juridique de l'établissement ainsi que des termes d'interactions. Les résultats mettent en avant une augmentation du risque de réadmission observé au niveau global, mais qui s'explique par une modification de la structure de la population (vieillesse) ainsi que par les modifications de prise en charge. Cette hausse des réadmissions ne s'explique pas par la mise en place de la T2A (résumé d'auteur).

2014

(2014). Les campagnes de contrôles T2A. Bilan de 2008 à 2012 : consolidation au 31 mars 2014. Paris Cnamts: 24.

<http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2014/04/2014-mars-bilan-campagnes-t2a-2008-2012.pdf>

Ce document réalisé par la Cnamts présente le bilan des campagnes de contrôles T2A de 2008 à 2012. La Cnamts fait état d'une diminution de moitié du nombre d'établissements contrôlés en 5 ans. D'un indu moyen qui évolue entre 100 000 et 115 000 euros depuis cinq campagnes. Et, d'une part du montant des sanctions notifiées par les ARS qui a diminué de près de 40 points de 2007 à 2010. Les priorités régionales représentent 13 % des séjours contrôlés.

(2014). Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Paris DGOS: 51.

Comme chaque année, ce rapport est l'occasion de faire le bilan des actions engagées en 2014 en matière de financement des établissements, et de dresser les perspectives pour 2015 en matière de réforme tarifaire. Le sommaire du rapport est très clair et présente les 5 axes d'analyse du rapport : I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources ; II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage

territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé ; III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités ; IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières ; V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.

(2014). Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en 2012 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Lyon ATIH: 106, tabl., graph., fig.

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2563/rapport_couts_de_prise_en_charge_2012.pdf

L'objectif de ce document est de fournir un panorama des coûts de prise en charge dans les établissements de santé français en 2012 et leur évolution depuis 2010. Les coûts de l'hospitalisation sont décrits pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) dans les établissements de santé publics et privés. Ce rapport vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des coûts des activités MCO et de leur évolution. Plusieurs activités phares sont analysées, notamment la périnatalité, le cancer et la chirurgie ambulatoire. Cette analyse est réalisée à partir des données de l'échelle nationale de coûts (ENC) 2012, dont les référentiels de coûts sont déjà publiés depuis le 23 mai 2014.

Chone, P., et al. (2014). "Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?" *Insee Analyses*(15): 4 , tabl., graph., fig.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/ia15/ia15.pdf>

L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. L'objectif du législateur était d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 et 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de séjours. D'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cette réforme tarifaire se serait traduite par une augmentation graduelle de l'activité chirurgicale dans le secteur public. Entre 2005 et 2008, le nombre moyen de séjours aurait augmenté de 2,5 par établissement et par type de séjour, soit une hausse de 9,3 %, dans les établissements publics ou privés à but non lucratif par rapport aux établissements privés à but lucratif. Cette hausse de l'activité est plus sensible dans les établissements exposés à une forte concurrence des cliniques privées, mesurée par le nombre de lits des établissements privés environnants, pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. Alors que l'augmentation de l'activité n'est que de 3,8 % dans le quart des établissements publics les moins soumis à concurrence du privé, elle atteint 10,3 % dans le quart des établissements soumis à la concurrence la plus intense du secteur privé. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

Dos Santos, C., et al. (2014). "De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Etude de cas d'un CHU." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **32**(4): 291-307.

[BDSP. Notice produite par ORSRA sHR0xB77. Diffusion soumise à autorisation]. Les différentes réformes de l'hôpital public ces dernières années ont modifié aussi bien la perception de la notion de performance que la logique de fixation et de mise en oeuvre des objectifs opérationnels. Attendu que la littérature portant sur l'évolution du contrôle de gestion des établissements hospitaliers a abordé les changements de paradigmes principalement sous l'angle à la fois systémique et instrumental, l'article cherchera à la comprendre également du point de vue de ses missions et du rôle des contrôleurs. Il s'articule autour d'une enquête conduite dans un centre hospitalier universitaire. Les résultats soulignent les changements de finalités de la fonction contrôle de gestion autour d'une organisation et de rôles spécifiques de dimension cybernétique plus idoines à l'exercice d'une fonction de pilotage de la performance. Cependant, l'aide à la mise en oeuvre des objectifs semble mal assumée par le contrôle de gestion, en particulier en raison de l'absence d'outils soulignant l'importance du rôle attribué aux contrôleurs dans leur relation avec les chefs de pôles. (résumé auteur).

Evain, F., et al. (2014). "Réforme du financement des hôpitaux publics. Quel impact sur leur niveau d'activité ?" Etudes Et Resultats (Drees)(862): 4.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AHOGR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 à 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

Milcent, C. (2014). Coût des soins hospitaliers : effet de la concurrence par la qualité. Working paper ; 2014-21. Paris Paris School of economics: 31 , tabl.
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/01/01/03/27/PDF/wp201421.pdf>

Ce papier vise à étudier l'hétérogénéité des coûts hospitaliers pour des séjours comparables en pathologie et en procédures (Groupe homogène de séjours _ GHS). A l'époque du budget global, une forte hétérogénéité des coûts était observée entre les hôpitaux publics français. Qu'en est-il aujourd'hui ? La tarification à l'activité (T2A) mise en place entre 2004 et 2008, a introduit la concurrence des établissements hospitaliers français qu'ils soient publics, privés, à but non lucratif ou à but lucratif. Avec la T2A, les établissements sont désormais payés au forfait par séjour. Théoriquement, un mode de tarification par forfait devrait conduire les établissements à minimiser leur coût afin de gagner la différence entre le forfait et le coût. La mise en concurrence des établissements devrait accélérer ce mécanisme de minimisation des coûts. Nous montrons que si les changements majeurs dans les modes de régulation ont en effet conduit à une certaine homogénéisation des coûts et une réelle prise en compte de l'hétérogénéité des individus, les forfaits par GHM ne capturent cependant pas toute l'hétérogénéité entre les établissements ni l'ensemble du case-mix des patients (résumé d'auteur).

Moisson, J. C. (2014). "T2A : productivité et conditions de travail en établissements de santé." Revue Hospitaliere De France(1): 1-5, tabl., graph., fig.

Peu d'études, parmi les nombreuses évaluations de la tarification à l'activité (T2A), ont tenté

d'appréhender la question relative aux gains de productivité des hôpitaux et leurs impacts sur les conditions de travail des personnels hospitaliers. Trois travaux de différentes natures, dont celui de la Fédération hospitalière de France sur l'évaluation de la T2A, convergent cependant sur un constat : si l'on se contente de productivités partielles, les établissements de santé publics ont vu la productivité du personnel paramédical augmenter.

Moisdon, J.-C., et al. (2014). "T2A, évolution de l'activité et de la productivité hospitalières." Revue Hospitaliere De France(556): 68-71, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGrHlj. Diffusion soumise à autorisation].

L'augmentation de l'activité est un des impacts communément admis de la T2A. Le dynamisme du secteur ex-dotation globale est probant, et ce dans un très large spectre d'activités. A ce titre, la T2A atteint un de ses objectifs : la suppression du carcan imposé par le budget global, qui n'incitait nullement à augmenter l'activité et générait des comportements d'autolimitation. Mais la complexité et l'opacité de construction du modèle T2A, ainsi que l'instabilité du mode de financement, ne sont pas sans conséquence sur la gestion et l'organisation des établissements.

N'Sonde, V. (2014). "Des écarts de tarifs inacceptables à l'hôpital public." 60 Millions De Consommateurs(494): 28-31.

Pour le même soin et la même durée de séjour, une hospitalisation sera facturée plus ou moins cher d'un établissement hospitalier à l'autre. Ces résultats proviennent d'une enquête réalisée par l'Observatoire Citoyen de 60 Millions de consommateurs en France. La plupart du temps, cette tarification n'affecte pas le budget des ménages qui bénéficient d'une couverture complémentaire. La facture moyenne pour une hospitalisation se monte à 511 € avant prise en charge par la complémentaire santé et à 26 € après. Le reste à charge varie fortement selon le type de soins et l'établissement et est "imprévisible". Dans le cas d'un acte lourd (opération chirurgicale...), le ticket modérateur sur les soins est forfaitisé à 18 €, sinon, il représente 20% d'un tarif spécifique à chaque établissement, allant de 358,83 € par jour au centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou en Eure-et-Loir à 2.230 € à Lunéville en Meurthe-et-Moselle, détaillent Les Echos. La chambre individuelle est facturée en moyenne 68 € par jour dans les cliniques et 46 € dans les hôpitaux. S'y ajoutent le forfait journalier de 18 € et les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé. 5,2 % des dépenses hospitalières sont remboursées par les complémentaires, contre 3,6% en 2000.

Or, Z. (2014). "Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments." Health Policy **117**(2): 1-5.

[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00135-3/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00135-3/pdf)

In France, a DRG-based payment system was introduced in 2004/2005 for funding acute services in all hospitals with the objectives of improving hospital efficiency, transparency and fairness in payments to public and private hospitals. Despite the initial consensus on the necessity of the reform, providers have become increasingly critical of the system because of the problems encountered during the implementation. In 2012 the government announced its intention to modify the payment model to better deal with its adverse effects. The paper reports on the issues raised by the DRG-based payment in the French hospital sector and provides an overview of the main problems with the French DRG payment model. It also summarises the evidence on its impact and presents recent developments for reforming the current model. DRG-based payment addressed some of the chronic problems inherent in the French hospital market and improved accountability and productivity of health-care facilities. However, it has also created new problems for controlling hospital activity and ensuring that

care provided is medically appropriate. In order to alter its adverse effects the French DRG model needs to better align greater efficiency with the objectives of better quality and effectiveness of care.

Ravaud, A., et al. (2014). "Séminaire de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune, Bordeaux, 7 et 8 novembre 2013. Restitution des Communications." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **32**(2): 105-162, fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA I9tFDR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce numéro restitue les communications du Séminaire de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune qui s'est tenu à Bordeaux les 7 et 8 novembre 2013. Il présente des communications sur le parcours de soins en cancérologie et financement, les coopérations sanitaires et financement à l'activité, l'utilisation des études de coûts dans les coopérations, les relations entre les études nationales, les coûts, les tarifs, la productivité et les relations de travail ; des communications concernent aussi la T2A des maladies chroniques et dans les établissements de santé, les outils de coopérations et le contrat hospitalier de territoire, l'impact économique du transfert de séjours chirurgicaux, la collaboration entre acteurs médicaux et sociaux de la ville et de l'hôpital, le pôle de gériatrie clinique, la tarification, la répartition des recettes, les inégalités d'accès aux soins de suite et de réadaptation, le suivi médico-économique de la consommation médicamenteuse. La restitution se termine sur l'effet coopératif des systèmes de financement des hôpitaux en Espagne.

2013

(2013). Rapport 2013 au Parlement sur le financement des établissements de santé. Paris MSSPS: 96 , tabl., graph.

http://www.apmnews.com/documents/2013_financement_etablissements_sante.pdf

Comme chaque année, le gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. On retrouvera dans ce document, les trois chapitres portant sur les conditions de réalisation de l'exercice 2012 qui ont servi au cadrage de la campagne 2013, les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2013 et les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé. Le nombre global de séjours, dont plus de 26 % sont des séances, a augmenté de + 1,8 % entre 2011 et 2012. Parallèlement, le volume économique a plus progressé dans le secteur Ex DG (+ 3,1 %) que dans le secteur Ex OQN (+ 1 %), ceci à classification constante. La durée moyenne des séjours enregistre une diminution, notamment en chirurgie non ambulatoire. En 2012, la croissance de l'activité de HAD s'est poursuivie mais de manière moins dynamique que les années précédentes. Les dotations servant à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC - ont augmenté en 2012 de 3,44 %, près de 7 % de ces dotations finançant les MIG. Enfin, l'évolution récente de la situation financière des établissements de santé ressort comme globalement encourageante avec des comptes d'établissements de santé ex DG qui seraient revus à l'équilibre, avec un résultat excédentaire d'environ 100 millions d'euros et une capacité d'autofinancement revenue à son meilleur niveau (4,6 Md d'euros).

Cash, R. et Aoustin, M. (2013). Tarification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour : mécanismes, stratégie et perspectives, Paris : Infodium Editions

<http://www.infodium.fr/editions/7-tarification-a-l-activite.html>

Le modèle de financement par la tarification à l'activité mis en place ces dernières années a eu un impact retentissant sur la gestion des établissements de santé. Acteur de premier plan de cette réforme, l'auteur en explique les fondements et en décrit les éléments de façon détaillée puis aborde les questions concrètes et stratégiques rencontrées par les responsables hospitaliers. Une approche transversale qui permet également d'aborder les débats relatifs à ce mode de financement et ses perspectives.

Chauchat, A. (2013). "Retour d'expérience. La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique." Gestions Hospitalières(523): 123-125.

[BDSP. Notice produite par EHESP sR0xEp7J. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) est parfois perçue comme un frein au développement des coopérations sanitaires entre des établissements de santé mis en concurrence pour l'attractivité des professionnels et des patients. Certaines modalités économiques des coopérations intégrant la notion de valeur productive permettent toutefois de sortir du dilemme de la "coopétition" entre établissements. La T2A peut ainsi s'avérer être un véritable levier de reconfiguration de l'offre hospitalière à l'échelle d'un territoire de santé et de conquête de marchés nouveaux. L'expérience menée entre plusieurs établissements publics de la région Nord/Pas-de-Calais contribue à alimenter la réflexion.

Chone, P., et al. (2013). Introducing activity-based payment in the hospital industry: Evidence from French data. G2013/11. Paris INSEE: 27 , +annexes, tabl., graph., fig.

De nombreux pays ont réformé leur politique de financement des établissements de santé afin de fournir davantage d'incitations à la qualité ainsi qu'à la réduction des coûts. L'objectif de ce travail est de montrer comment l'effet de telles réformes dépend de l'intensité de la concurrence locale. Nous développons un modèle de concurrence non tarifaire pour étudier l'effet d'un changement de tarification, à savoir le passage d'une enveloppe globale à un paiement fondé sur l'activité, comme dans le cas des hôpitaux publics français lors de la réforme « tarification à l'activité » (T2A). Ce modèle prédit que le nombre d'admissions de patients devrait davantage augmenter dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, et ce, d'autant plus que les hôpitaux publics sont soumis à une pression concurrentielle forte de la part des cliniques privées. À partir de la T2A implémentée en France entre 2005 et 2008, nous documentons des faits empiriques cohérents avec ces prédictions : relativement à l'activité dans les cliniques privées, l'activité a en effet augmenté d'environ 10 % dans les hôpitaux publics davantage soumis à une telle pression concurrentielle, contre seulement 4 % dans les hôpitaux publics moins soumis à cette concurrence.

Couty, E. (2013). "Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(40): 23-35.

Le mode de financement de notre système de soin s'est construit selon le mode d'exercice du professionnel concerné et non selon le malade pris en charge. Cette dépendance du mode de financement va marquer profondément toutes les réformes du financement des secteurs hospitaliers public et privé jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Le modèle T2A adopté en France a cependant montré des limites, pointées par les utilisateurs eux-mêmes. Après une analyse critique des différents modes de financement de l'hôpital, l'article pose trois interrogations – doit-on maintenir un lien étroit entre description de l'activité médicale et tarif? Doit-on conserver un modèle unique de tarification? Doit-on, dans le cadre d'une médecine de parcours, maintenir une stricte séparation entre financement de la médecine ambulatoire et financement de l'hôpital? – et propose quelques

pistes de réflexion pour contribuer aux évolutions nécessaires (résumé de l'éditeur).

Deschamps, M., et al. (2013). "Tarifs publics/tarifs privés. L'impossible convergence." Revue Hospitalière De France(554): 58-67, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9sI7R0xo. Diffusion soumise à autorisation]. La Revue hospitalière de France présente ici le second volet du rapport de la Fédération hospitalière de France sur le bilan d'étape de la tarification à l'activité pour les établissements de santé. Cette seconde partie est consacrée aux tarifs des secteurs public et privé d'hospitalisation. Les mécanismes de la construction tarifaire et de régulation prix/volume y sont décryptés et commentés, ainsi que le projet de convergence tarifaire intersectorielle, supprimé du PLFSS 2013.

Deschamps, M., et al. (2013). Evaluation de la T2A. Rapport de la FHF. Paris FHF: 168 , tabl., graph.

La Fédération hospitalière de France vient de remettre un rapport sur son évaluation de la T2A (tarification à l'activité) à l'hôpital. Ce rapport est le fruit des travaux d'un comité d'évaluation de la T2A placé sous la présidence du professeur Jean-Yves Fagon (HEGP). L'analyse met en évidence sur la période (cinq ans) la croissance d'activité, notamment de la chirurgie (chirurgie + 4%) de l'hôpital public. De ce fait, on a assisté à une croissance de la part de marché de l'hospitalisation publique par rapport à celle des autres acteurs. Notons que désormais la chirurgie se fait majoritairement à l'hôpital public (54%). Si le volume de l'activité a augmenté, la hausse de la masse salariale s'est poursuivie. Pour autant, parmi les critiques, la Fédération de l'hospitalisation publique met en avant les difficultés des hôpitaux à financer les investissements au travers de la T2A. Elle note aussi qu'il n'y a pas assez d'incitations financières au développement de l'ambulatoire.

Georgescu, I. (2013). "Management control literature and French public hospitals." Health Policy (Amsterdam, Netherlands) **111**(3): 324-327.

The introduction of activity based pricing in combination with hospitals' reorganizations has created a new financial logic in French public hospitals. The organization has an obligation to produce certain levels of activity, since hospitals' resources are directly dependent on the activity level. These changes also imply the implementation of financial results controls in these organizations. The purpose of this answer is to demonstrate how the literature on management control can help to understand what has been happening within the French public hospitals

Georgescu, I. et Hartmann, F. G. (2013). "Sources of financial pressure and up coding behavior in French public hospitals." Health Policy (Amsterdam, Netherlands) **110**(2-3): 156-163.

Drawing upon role theory and the literature concerning unintended consequences of financial pressure, this study investigates the effects of health care decision pressure from the hospital's administration and from the professional peer group on physician's inclination to engage in up coding. We explore two kinds of up coding, information-related and action-related, and develop hypothesis that connect these kinds of data manipulation to the sources of pressure via the intermediate effect of role conflict. Qualitative data from initial interviews with physicians and subsequent questionnaire evidence from 578 physicians in 14 French hospitals suggest that the source of pressure is a relevant predictor of physicians' inclination to engage in data-manipulation. We further find that this effect is partly explained by the extent to which these pressures create role conflict. Given the concern about up coding in treatment-based reimbursement systems worldwide, our analysis adds to

understanding how the design of the hospital's management control system may enhance this undesired type of behavior

Moison, J.-C. (2013). "Une histoire de la T2A." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **31**(2-3): 107-120, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 7pFR0xH9. Diffusion soumise à autorisation]. Ce texte est la transcription d'une intervention de l'auteur lors de la journée d'études du JGEM du 1er février 2013. Il décrit l'émergence et le développement du mode de financement que connaissent actuellement les établissements de santé français, sous le terme de T2A (Tarification à l'Activité). Il met l'accent sur les débats et hésitations qui ont présidé au projet et sur la complexification progressive du dispositif, rendant son évaluation difficile.

2012

Bras, P.-L., et al. (2012). Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tomes I et II. Rapport IGAS ; 2012 024.: 2vol. (116 183), tabl., graph., annexes.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article286>

Dans ce rapport, l'IGAS analyse les mécanismes de financement que constituent d'une part la tarification à l'activité (T2A), dispositif mis en oeuvre à partir de 2005 et se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public, et d'autre part, la Classification commune des actes médicaux (CCAM), nouvelle classification introduite en 2005 pour décrire et tarifier les actes techniques des médecins. Le rapport est scindé en quatre parties : la partie 1 traite de la tarification des séjours hospitaliers et concerne les ressources allouées, par le canal des tarifs, aux établissements de santé, publics et privés, dans le champ de la MCO, auquel s'applique T2A ; la partie 2 traite de la tarification des actes techniques à travers la CCAM, pour l'activité exercée par les médecins à titre libéral que ce soit en cabinet ou en établissement de santé ; la partie 3 traite de la tarification des actes cliniques, dans le contexte du projet de CCAM clinique consistant à développer une nomenclature fine, sur le modèle de la CCAM technique, dédiée aux actes cliniques (consultations, visites) ; la partie 4 traite de la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital, qui sont actuellement rémunérés sur la base des tarifs du secteur libéral. Ce rapport est complété par de nombreuses annexes et pièces jointes.

Bruant-Bisson, A., et al. (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Rapport IGAS ; 2012 011. Paris IGAS: 97.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xkBq89. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales. Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés à but lucratif, avec un double objectif : rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ; instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

Devailly, J.-P. et Josse, L. (2012). "En attendant la T2A en SSR." *Gestions Hospitalieres*(516): 283-288.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9msR0xEf. Diffusion soumise à autorisation]. Les soins de suite et de réadaptation (SSR), entité administrative créée en 1991 recouvrant le secteur des soins post-aigus en France, forme une mosaïque d'activités de soins englobant des populations beaucoup plus vastes que dans la plupart des pays étrangers comparables. Après la réforme en 2008 des autorisations SSR qui a entraîné la suppression de la distinction entre le secteur de la "rééducation fonctionnelle" et celui des soins de suite et dans l'attente d'une future tarification à l'activité, les questions relatives à l'organisation et au financement de ce secteur deviennent de plus en plus pressantes. Evoquant les modèles étrangers (USA, Canada.), les auteurs posent les termes du débat autour d'un nouveau modèle de financement de la réadaptation.

Dinu Georghiu, M., et al. (2012). "Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membres des directions des hôpitaux." *Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees*(121): 96.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nljI7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources humaines qui vont de pair avec la mise en œuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

Koubi, M. et Fenina, A. (2012). Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé. *Série Etudes et Recherche ; 118*. Paris Drees: 49 , tab., graph., fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Chaque année, les Comptes de la santé évaluent la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux et en particulier celle des soins hospitaliers. Ce document méthodologique explique comment l'évolution en valeur des soins délivrés par le secteur public hospitalier est décomposée en un effet volume et un effet prix par la méthode dite « output ». Il décrit le lien existant entre l'indice de volume ainsi calculé et l'évolution de l'activité. Enfin, il compare cette méthode à d'autres

Le, Menn., J. et Milonenn, J. (2012). Rapport d'information sur le financement des établissements de santé. *Rapport d'information du Sénat ; n° 703*. Paris Sénat: 340, tabl., graph.

<http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

Huit ans après l'introduction du principe de la tarification à l'activité (T2A) en MCO qui a, de l'avis unanime, bousculé la communauté hospitalière, la Mecss a souhaité évaluer cet outil de répartition des ressources fréquemment décrié, comprendre la façon dont il a été mis en œuvre et tracer des pistes pour son évolution. Quels ont été les effets de cette réforme systémique sur les décisions de soins et sur le fonctionnement des établissements ?

Comment se répartissent aujourd'hui leurs recettes ? Comment sont construits les tarifs et à quoi correspondent-ils ? La T2A a-t-elle entraîné une détérioration de la qualité des prises en charge ? Après une vingtaine d'auditions et six déplacements permettant de visiter neuf établissements publics et privés, le présent rapport fournit des réponses à ces questions et propose des mesures d'amélioration, afin de prendre en charge non plus la maladie, comme le fait trop la T2A aujourd'hui, mais le malade dans la globalité de son parcours.

Mason, A., et al. (2012). "How well do diagnosis-related groups for appendectomy explain variations in resource use ? An analysis of patient-level data from 10 european countries." Health Economics **21**(suppl. 2): 30-40.

2011

(2011). Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire. Paris Ministère chargé de la Santé: 101 , tabl.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_191011.pdf

Dans ce rapport, le ministère revient sur historique du mécanisme de convergence et dresse à la fois le bilan d'avancement du processus de la convergence intersectorielle sur 2010-2011 et le bilan des recommandations du rapport de l'IGAS de 2006. L'objectif de convergence fait partie des principes de base de la réforme de la Tarification à l'activité : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire entre établissements d'un même secteur, ayant pour but une mise en œuvre progressive de la T2A pour permettre aux acteurs et aux structures de s'y adapter; la convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre établissements des secteurs public et privé, consistant à rapprocher les 2 échelles tarifaires (ex-DG et ex-OQN) hors écarts de charges justifiés. La convergence intra sectorielle a été atteinte, avec un an d'avance, au 1er mars 2011 dans les secteurs public et privé. Elle s'est effectuée au moyen des coefficients de transitions propres à chaque établissement. Les conditions de financement sont donc désormais équivalentes entre établissements d'un même secteur. Le ministère rappelle ensuite le principe d'une convergence tarifaire d'ici 2018 (LFSS 2010) vers les tarifs les plus bas (LFSS 2011) et non plus vers les tarifs privés (LFSS 2008).

(2011). Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A). Paris Ministère chargé de la Santé: 58 , tabl., fig.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Le présent rapport détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en œuvre de la T2A. Il constate que la tarification à l'activité est entrée dans une phase de maturité et de stabilité, souligne que c'est un système nécessairement complexe mais transparent, évoluant pour s'adapter aux pratiques des établissements et aux orientations des politiques publiques. Enfin, la T2A doit être inscrite dans une gestion responsable des finances publiques.

Cash, R., et al. (2011). "Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires : rapport final." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(106): 249 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mB9CR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de

santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficaces. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile. En marge des tarifs, l'étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent également un rôle important. Les incitations tarifaires doivent donc s'intégrer dans une politique plus globale pour réellement orienter l'activité.

Cash, R., et al. (2011). "La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(21): 31.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9kr8FR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A) permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficaces. Pour évaluer l'efficacité de ces politiques, la DREES a lancé en 2010 une étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la dialyse à domicile.

Gaubert, Y. (2011). "Hôpitaux et cliniques : quelle équité de financement en 2012 ?" Revue Hospitaliere De France(543): 32-33.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9BIF7. Diffusion soumise à autorisation]. Chiffres à l'appui, la Fédération Hospitalière de France dénonce la politique en faveur des cliniques privées menée par le Ministère de la santé et appelle à l'arrêt définitif de la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques.

Jegou, J. J. (2011). Rapport d'information sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Rapport d'information ; 686. Paris Sénat: 63 , tabl., graph.
<http://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.pdf>

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004, avait pour objectif de moderniser le financement des établissements de santé en passant progressivement d'un mode de financement par dotation globale à un système de rémunération lié à l'activité réelle des établissements. Néanmoins, dès la mise en place de la T2A, il est apparu nécessaire de maintenir des sources de financement en dehors du principe général de tarification à l'activité pour certaines missions ne constituant pas des activités de soins quantifiables. De là découle la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette enveloppe de crédits, de plus de 8 milliards d'euros en 2011, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et se situe à la croisée d'importantes réformes du secteur hospitalier. D'une part, son évolution a un impact direct sur la réforme de la T2A. D'autre part, de l'identification des MIGAC dépend, pour partie, la convergence tarifaire. Par ailleurs, ces dotations représentent un nouveau défi pour les agences régionales de santé, pour lesquelles le pilotage par la performance des dépenses hospitalières est au coeur de leur feuille de route. Si le maintien des MIGAC demeure incontestablement nécessaire, leur volume doit être mieux maîtrisé et leur construction rationalisée. Quant à leur pilotage, il reste à parfaire afin de s'orienter vers un réel modèle d'allocation des moyens fondé sur la performance et l'évaluation des résultats.

Laude, L. et Peyret, P. (2011). "T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure." Journal D'economie Medicale **29**(4): 141-153.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 7kIR0xsH. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en place en 2004 d'une tarification à l'activité (T2A) a marqué une nouvelle étape qui interroge le chercheur et les utilisateurs sur au moins 2 points : Comment les politiques publiques construisent-elles des capacités d'actions spécifiques pour les acteurs de terrain ? Comme tous les systèmes de mesure, ceux qui rendent compte de l'activité et du pilotage financier ne sont pas neutres ; comment dès lors sont-ils mis en oeuvre et divergent-ils par rapport à leurs principes initiaux ? Les auteurs s'appuient pour répondre à ces questions sur la réforme du financement des établissements de santé pour proposer quelques pistes de réflexion sur les outils de mesure et leurs impacts à partir de l'exemple de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.

Mougeot, M., et al. (2011). Régulation et tarification des hôpitaux, Paris : Economica

La maîtrise des dépenses de santé est un des problèmes principaux des économies développées. Elle peut cependant entrer en conflit avec la recherche d'une meilleure qualité des soins permettant d'améliorer l'état de santé de la population. Ce livre analyse les arbitrages que doit réaliser, dans ce contexte, toute politique de tarification des hôpitaux, compte tenu des asymétries d'information qui caractérisent la relation entre les tutelles et les producteurs de soins. Les arguments concernant les choix entre des contrats de remboursement des coûts et des contrats forfaitaires sont d'abord analysés dans le cas d'hôpitaux et de patients homogènes. Les hétérogénéités sont ensuite prises en compte de manière à mettre en évidence la nécessité de mécanismes de financement plus complexes arbitrant entre la recherche de l'efficacité productive et de l'efficacité allocative, la dissuasion de la sélection des patients et l'élimination des rentes socialement coûteuses . L'ouvrage apporte ainsi un éclairage théorique nouveau sur les politiques retenues en France depuis quelques années et sur les améliorations qui pourraient leur être apportées (résumé de l'éditeur).

Vergnenegre, A. (2011). "Tarification à l'activité. Jusqu'où peut-on aller ?" Gestions Hospitalieres(502): 15-18, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP m9I8R0xk. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité (T2A), qui a vu son développement renforcé par les plans Hôpital 2008-2008 et Hôpital 2008-2012, est la conséquence de l'utilisation d'un codage des séjours, par l'intermédiaire des groupes homogènes de malades (GHM), existant depuis une vingtaine d'années au sein des établissements de soins publics et privés. La T2A a fait l'objet d'une mise en place progressive au travers des lois de financement de la Sécurité sociale : chaque année, les tarifs, associés à l'ensemble de ces séjours, sont publiés par le ministère de la Santé. Parallèlement, la codification en GHM évolue et nous en utilisons actuellement la version 11, une version qui avait essentiellement comme objectif de mieux reconnaître la complexité des patients traités dans les centres de référence et celle des patients polyopathologiques âgés. Si on fait souvent jouer à cette T2A des rôles pour lesquels elle n'a pas été mise en place, l'auteur en présente ici les principales applications et les perspectives d'utilisation.

2010

Berard, F., et al. (2010). "La T2A : une mal-mesure ? Dossier thématique." Ethique Et Sante **7**(3): 134-
Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

161.

Ce dossier tente une évaluation de la T2A comme outil de mesure de l'efficacité et de l'activité hospitalières en France. Il aborde trois problématiques : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance, évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, du soignant à la gestion au soignant et la gestion.

Moison, J.-C. (2010). "L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention : l'exemple des impacts de la T2A." *Revue Française Des Affaires Sociales*(1-2): 213-250.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x89HFk. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article reprend une conférence donnée en 2009 sur les méthodes d'évaluation. Dans le cas spécifique de l'évaluation du changement organisationnel, l'auteur défend le choix d'une méthodologie qualitative fondée sur les principes de la recherche-intervention. Pour l'essentiel, cette méthodologie se fonde sur la notion d'interaction instrumentée, par laquelle le chercheur aide les acteurs à modéliser les changements dans lesquels ils s'engagent, et à révéler le champ de forces dans lesquels ces changements s'inscrivent. L'exemple développé ensuite est extrait d'une recherche visant à évaluer les effets organisationnels du nouveau mode de financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A).

Nakhla, M. (2010). "Conception de mécanismes de rémunération variable des médecins et incitation au développement de l'activité." *Journal D'economie Medicale* **28**(3-4): 127-140, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xD999F. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est d'analyser les expériences en cours dans l'hôpital visant l'augmentation de l'activité en instaurant une rémunération variable des médecins dans le cadre de la nouvelle tarification. C'est une forme d'extension du principe de l'arrêté du 28 mars 2007. L'article étudie et compare deux modes d'intéressement, l'un basé sur l'activité, l'autre basé sur le résultat. Dans les différentes simulations, les mécanismes d'incitation se traduiraient immédiatement par un coût non négligeable alors que la situation n'a pas changé. Le ticket d'entrée se révèle coûteux sans garantie sur les comportements des médecins.

Pepin, M. et Moison, J.-C. (2010). "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : étude qualitative d'un échantillon de huit établissements." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)*(16): 24 , tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8p9R0x8C. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude qualitative pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) a pour objectif d'examiner les effets qualitatifs de l'introduction de la tarification à l'activité sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé : prise en charge et parcours du patient, évolution du système de gestion, organisation interne des services, des pôles et de l'établissement, gestion des ressources humaines, stratégie de l'établissement. Cette étude a permis de mettre en lumière un impact fort de la T2A sur l'innovation instrumentale de gestion, soulignant une recherche d'efficacité accrue, qui ne s'est toutefois pas accompagné de changements organisationnels de grande ampleur.

Ruellan, R. (2010). "La T2A sous contrainte budgétaire globale." *Journal D'economie Medicale* **28**(6-7): 284-289.

[BDSP. Notice produite par ORSRA npoR0xEJ. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente les rapports de la Cour de Compte sur la T2A : en 2006 sur le démarrage de la T2A, et en 2009 sur la mise en place de la T2A à mi-parcours de sa montée de en charge (2004-2012). Le constat de la Cour est mitigé sur plusieurs points, et la Cour émet des recommandations sur le dispositif de financement qui reste à stabiliser, en accélérant les réformes structurelles générant des gains de productivité.

Schwach, V. (2010). "Et qu'en est-il des SSR ? Analyse de quelques limites du modèle de tarification, dit "modèle transitoire"." Journal D'economie Medicale **28**(6-7): 241-248, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8GR0xsA7. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur SSR subit une profonde mutation. Engagée par la réforme des autorisations, elle se poursuit par la refonte du mode de financement. La T2A repose sur un idéal de justice, mais sans pouvoir préciser quelle serait la juste rémunération. Elle véhicule également une représentation du secteur SSR, laquelle n'est pas explicitée. L'auteur montre, à partir de la valorisation de l'encadrement médical, que le modèle suppose une homogénéité qui favorise la médicalisation des soins de suite au détriment de la reconnaissance de la technicité des CRF. Un autre exemple concerne le plateau technique. Enfin l'analyse des règles par lesquelles l'ENCc répartit les frais de structures révèle qu'elles défavorisent l'hospitalisation de jour (comparativement à d'autres règles), alors que cette activité devrait être reconnue, voire favorisée. Au total, l'auteur déplore une insuffisance de l'analyse conceptuelle.

Sibille, A. L. et Boulet, N. (2010). "Du modèle ENC au modèle ENCc : Impact, exemples. Le point de vue de l'ATIH." Journal D'economie Medicale **28**(6-7): 231-233.

[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0x999B. Diffusion soumise à autorisation]. Le passage de l'Etude Nationale de Coûts (ENC) à l'Etude Nationale de Coûts à méthodologie commune (ENCc) s'inscrit dans le contexte de mise en oeuvre de la T2A MCO et plus particulièrement de la convergence tarifaire entre les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN. En effet, le modèle de l'ENC pour le champ MCO a été revu dans le but de disposer de référentiels de coûts issus d'une méthodologie commune aux deux secteurs. Cet article présente et évalue de façon quantifiée les changements méthodologiques induits. Concrètement, l'application de la nouvelle méthode s'est traduite par une diminution du coût de LGG estimé des séances au profit d'une augmentation du coût de LGG estimé des séjours de moins de 2 jours (CM 24).

2009

(2009). "Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(94): 71 , tabl., graph.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE so9mR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. Le présent rapport apporte les premiers éléments d'évaluation de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.

Bras, P. L. et Duhamel, G. (2009). Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Paris Igas: 77 , tabl.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000024/0000.pdf>

Au-delà des prestations de soins dont le financement est pris en compte par la tarification à l'activité (T2A), certains établissements de santé assurent des missions d'intérêt général (MIG). Pour compenser les charges liées à l'accomplissement de ces MIG, une dotation a été créée dans la mesure où ces activités n'étaient pas quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel se fonde la T2A et n'étaient pas liées aux variations de l'activité de soins réalisée. La dotation se décompose en deux parties : une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation (enveloppe Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation - MERRI) ; une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général, parmi lesquelles l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR, les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs, les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues. L'IGAS a conduit une mission d'évaluation du financement de ces missions dans les établissements de santé (résumé d'auteur).

Crainich, D., et al. (2009). "Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public." *Revue Economique* 60(2): 471-488, graph.

Cet article analyse les conséquences du passage d'un financement par dotation globale à un financement prospectif lié à l'activité et tente de déterminer en quoi la réforme pourrait être préjudiciable ou bénéfique à la santé financière des hôpitaux publics. Il développe un modèle théorique qui lie la demande des patients aux décisions conjointes des médecins et des managers hôpitaux pour analyser la façon dont le nouveau mode de financement affecte les décisions prises par l'ensemble des agents et donc l'équilibre budgétaire des établissements.

De Pourville, G., et al. (2009). "Exploitation seconde de la base de l'Etude nationale de coûts (ENC)." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)*(9): 53 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE JBFpR0xn. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude nationale des coûts (ENC), lancée en 1992, est une enquête permanente auprès d'un panel d'établissements hospitaliers publics et privés, à but non lucratif. L'ENC aboutit au calcul d'un coût complet, par séjour pour les établissements considérés, et d'un coût complet par Groupe Homogène de Malades (GHM). Pour réaliser cette étude, à partir de données de l'année d'activité 2003, trois objectifs ont été poursuivis. Le premier est celui du calcul du coût hospitalier de la prise en charge d'une pathologie, au sens strict d'une affection identifiée ici par un groupe de diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10e Édition, au niveau de trois caractères alphanumériques. Le deuxième objectif est similaire au premier. Mais le point d'entrée choisi est celui d'un acte ou d'une classe d'actes chirurgicaux donnés. Les analyses réalisées sont les mêmes que pour l'entrée par le diagnostic principal. Les actes chirurgicaux sélectionnés ont été l'accouchement par voie basse, l'appendicectomie, la mastectomie pour tumeur maligne du sein et les pontages coronariens. Un troisième objectif a été celui d'estimer les biais éventuels introduits par l'hétérogénéité clinique des groupes homogènes de malades (GHM), dans la fixation des tarifs et dans la rémunération des établissements, une fois appliquée la technique de redressement utilisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le modèle choisi pour cette étude a été l'accident vasculaire cérébral, en distinguant les accidents de type hémorragiques des accidents ischémiques constitués et transitoires.

Doumail, K. (2009). Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A). Mode d'emploi au quotidien,

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Bordeaux : Les Etudes hospitalières

Composante du "pacte de modernité" voulu et annoncé pour les établissements de santé en 2002, la tarification à l'activité (T2A) s'inscrit dans le cadre d'une évolution juridique entreprise dès 1996. Le déséquilibre chronique des comptes de l'assurance maladie et les carences inhérentes aux précédents modes de financement ont, en effet, conduit le législateur à "médicaliser" tout d'abord le mécanisme de régulation des dépenses de santé, puis les modes de financement eux-mêmes. Consacrée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2004, l'impact de la T2A dépasse le cadre des établissements de santé. Opposables aux secteurs public et privé, cette réforme constitue un puissant levier de réorganisation de l'offre de soins nationale. En ce sens, elle renvoie directement aux problématiques d'aménagement du territoire, des relations établissements de santé-médecine de ville et, pour la population ; à l'accès aux soins. Aux regards des enjeux d'une telle réforme, les acteurs du secteur hospitalier se doivent de développer une connaissance approfondie de la T2A. Dans cette perspective, ce guide constitue un outil de travail au quotidien. Au-delà d'une approche historique et théorique de cette réforme, il permet de découvrir et d'approfondir les connaissances à travers une présentation ludique, basée notamment sur des fiches techniques. Les mécanismes de contrôle et de sanction financière à l'encontre des établissements de santé font également l'objet d'une étude approfondie.

Fauconnier, J. (2009). "La T2A m'a tuer...La tarification à l'activité n'est pas la cause, et moins encore la solution de tous les problèmes de l'hôpital." Presse Medicale (La) **En ligne**: 1-2.

Le Goz, P. (2009). "L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital." Revue De Philosophie Economique **10**(1): 35-53.

La difficulté des acteurs de santé à intégrer le critère éthique de l'équité dans leur décision est en partie liée aux émotions déclenchées par la perception sensible des patients. Le souci d'une distribution rationnelle des ressources sanitaires en fonction des besoins de la collectivité n'a pas l'intensité émotionnelle de la compassion. L'intégration progressive de la tarification à l'activité dans les établissements de soin offre l'avantage de relativiser l'influence des émotions spontanées dans la décision médicale. Cependant, elle présente l'inconvénient de favoriser la rentabilité plutôt que l'équité.

Milcent, C. et Rochut, J. (2009). "Tarification hospitalière et pratique médicale : la pratique de la césarienne en France." Revue Economique **60**(2): 489-506, 483 tabl., 486 graph.

Cette étude examine les effets du mode de financement des établissements hospitaliers sur la pratique de la césarienne en France en 2003. Il exploite la structure hiérarchique des données afin de mieux prendre en compte les différents facteurs influençant la pratique de la césarienne. Les résultats montrent que les établissements privés, financés à l'acte, pratiquent significativement plus d'accouchements par césarienne que les établissements du service public, financés par enveloppe globale. La structure du personnel hospitalier a également un impact important sur la pratique ; plus le nombre d'obstétriciens par lit est important, plus la probabilité de recours à la césarienne est grande. De plus, il constate une différence de pratique non négligeable entre régions françaises

Nscheller-Kreisen, D., et al. (2009). "The ABC of DRG's." Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **11**(4): 11 , tabl.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

This issue focuses on the use of Diagnostic Related Groups in hospital management and

reimbursement. Case studies are on Austria, France and Spain.

Or, Z. (2009). "Activity based payment in France." Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **11**(4): 5-6.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

The French hospital system is characterized by a wide choice of public and private providers. More than one third of all inpatient care and 56% of all surgery are provided by private for-profit hospitals. Patients can choose freely between public and private hospitals. Activity based payment (ABP) was first introduced in 2004/ 2005 to pay for acute care services (including home hospitalization) with the objectives of improving efficiency; creating a level playing field for payments to public and private hospitals; improving the transparency of hospital activity and management; and improving quality of care.

Or, Z. et Renaud, T. (2009). "Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(9): 6-15.

Cette synthèse propose une analyse comparative des coûts hospitaliers de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes. L'objectif est de fournir des estimations de coûts pour ces interventions tout en étudiant les facteurs contribuant à la variabilité des coûts des séjours. Il ne s'agit pas de calculer un coût de la pathologie proprement dit : l'unité d'analyse est le séjour hospitalier et non pas le malade et sa trajectoire de soins.

Or, Z. et Renaud, T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Document de travail Irdes ; 23. Paris Irdes: 25.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Après avoir exposé les principes économiques constitutifs de la T2A et identifié les variables structurelles modulant son impact, les auteurs présentent ses avantages et effets pervers potentiels. Le détour par les expériences étrangères aux États-Unis, en Angleterre et en Australie offre un éclairage intéressant. Malgré des architectures et applications différentes de ce mode de paiement, ces pays tout comme la France sont confrontés aux mêmes risques en termes de garanties de la qualité des soins et d'équité d'accès. Un focus est en outre fait sur un des principaux défis de la T2A : la question de la fixation des tarifs.

Or, Z., et al. (2009). Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail Irdes ; 25. Paris Irdes: 31.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT25EcartCoutHospitaliers.pdf>

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises. La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Cette analyse de la littérature montre que les tarifs

doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts. Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

Or, Z., et al. (2009). "Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC." *Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)*(9): 16-48. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants : l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle et de deux pathologies fréquentes : l'angine de poitrine et l'AVC dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier » et ce qui est imputable à un effet « patient ».

Pouvoirville, G. d. (2009). "La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ?" *Regards Croises Sur L'economie*(5): 181-190.

La convergence des tarifs applicables aux secteurs hospitaliers public et privé est inscrite dans les esprits de tous les acteurs du système hospitalier depuis le démarrage en 1982 du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont le but est de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements, et non plus seulement sur le nombre de patients, de journées ou de consultations. Cependant, ce principe a été longtemps refoulé tant il était porteur de difficultés que personne n'avait envie d'affronter. Difficultés techniques certes, mais qui ne sont que les symptômes irritants de difficultés conceptuelles et politiques relatives à la régulation économique de l'offre de soins en France. Les deux secteurs se sont développés en parallèle avec des programmes différents, parce qu'ils étaient soumis à des environnements culturels, politiques et économiques différents. Ces environnements ont fortement structuré leur gouvernance, leur mode de fonctionnement et leur logique économique. Dans ce contexte, la convergence tarifaire est-elle possible ? Et comment pourrait-elle être mise en œuvre ?

Pouvoirville, G. d. (2009). "Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en oeuvre de la tarification à l'activité." *Revue Economique* **60**(2): 457-470.

Depuis 2004, les établissements hospitaliers publics et privés sont assujettis à un mode de paiement prospectif au cas fondé sur une nomenclature de production importée des États-Unis, le Groupe homogène de malades. L'analyse comparative avec l'expérience nord-américaine montre que le modèle français, sous la forme actuelle de la tarification à l'activité (T2A), s'inscrit dans une contrainte budgétaire globale et que les mécanismes existants de planification de l'offre limite l'autonomie stratégique des établissements. Par ailleurs, le modèle associe des aspects prospectifs et rétrospectifs qui limitent l'incitation à la réduction des coûts. Au final, le modèle français s'apparente plus à un modèle de régulation administrée par les tarifs de l'activité et de la productivité des établissements qu'à un modèle de concurrence par comparaison mis en place aux États-Unis par le programme Medicare. Les conséquences de ce modèle, en termes d'allocation des ressources en France,

sont analysées à la lumière d'une sélection de travaux théoriques et empiriques sur les incitations économiques induites par le paiement prospectif au cas.

Pouvoirville, G. (éd.), et al. (2009). Le financement des hôpitaux. Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 269-274.

Schwach, V. (2009). "T2A en soins de suite et réadaptation (SSR). Premières réflexions." Gestions Hospitalières(485): 205-209.

[BDSP. Notice produite par EHESP CrqHFR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Après une longue période d'élaboration, d'hésitation, de concertation, le principe est acquis que la tarification à l'activité (T2A) s'étend à l'activité SSR. Déjà sont connus les éléments techniques (l'évolution du programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI) et se précisent les règles d'un dispositif transitoire, en attendant le modèle définitif. Des compétences ont été recherchées pour expertiser les éléments au fur et à mesure de leur dévoilement. Les gestionnaires se sont efforcés d'estimer leur futur budget. Jusqu'ici, la préoccupation a donc été technique. La mise en place encore très récente des éléments et l'importance des enjeux n'ont pas permis de prendre du recul significatif. Aussi les réflexions présentées ici doivent-elles être entendues comme autant d'hypothèses et de pistes pour une analyse plus approfondie qui reste à réaliser.

Vasselle, A. (2009). Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018. Paris Sénat: 35, tabl.

<http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-0761.pdf>

Depuis son inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le processus de convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés, qui vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes, a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations. Après avoir renoncé à mettre en oeuvre la convergence à hauteur de 50 % en 2008 et alors que le processus doit en principe être achevé en 2012, le Gouvernement propose désormais au Parlement, dans le cadre du PLFSS pour 2010 (art. 32), de reporter à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre établissements de santé, publics et privés (convergence dite "intersectorielle"), compte tenu des nombreuses études restant à réaliser sur les écarts de coûts entre les différents secteurs. Dans le même temps, il envisage la mise en oeuvre dès 2010 d'une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour (GHS). Dans ce contexte, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat a souhaité faire le point sur ce dossier lors d'une table ronde qu'elle a organisée le 27 octobre 2009, réunissant les différents acteurs concernés (fédérations hospitalières, DHOS, mission T2A du ministère de la santé) pour mieux comprendre les enjeux du processus et les difficultés rencontrées dans sa réalisation. Dans un rapport d'information intitulé "En attendant la convergence tarifaire...", et publié le 3 novembre, le sénateur Alain Vasselle propose, après un bref rappel de l'état du processus de convergence, un compte rendu de cette table ronde qui a permis, "pour la première fois au Parlement, une véritable confrontation des points de vue susceptible d'éclairer la poursuite de cette démarche". Le rapport sénatorial témoigne des fortes divergences d'interprétation de la réforme... et de ses risques.

Vigneron, E. (2009). "La T2A est-elle soluble dans la psychiatrie, ou l'inverse ?" Gestions Hospitalières(482): 17-19.

[BDSP. Notice produite par EHESP C8R0xrtA. Diffusion soumise à autorisation]. Un jour peut-

être, un jour viendra, on écrira l'histoire de la territorialisation du champ MCO auquel on était parvenu en France au début du XXI^e siècle. Si l'historien est sérieux, si l'historien est honnête, il relèvera parmi le corpus législatif et réglementaire non seulement l'ordonnance de septembre 2003 mais aussi des prémices, des jalons, au premier rang desquels la loi du 28 juillet 1991. 2007 lui paraîtra alors très proche de 1991.

2008

(2008). "Rapport d'activité 2005-2007 du comité d'évaluation de la tarification à l'activité." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(76): 101.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x9FDrr. Diffusion soumise à autorisation]. Le premier rapport d'activité du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) retrace les grandes phases qui ont marqué la réflexion et l'activité de ce comité depuis sa création en 2004. Il est aujourd'hui prématuré d'imputer à la T2A d'éventuelles évolutions observées mais il est important d'établir un état des lieux en amont de la réforme. Il se veut un point de repère pour comprendre le chemin qu'auront parcouru les établissements à chaque nouveau résultat dans les travaux d'évaluation. Ainsi, les premiers résultats relatifs à un effet codage, comprenant le DRG-creep (optimisation tarifaire du codage des séjours), - construction des indicateurs de productivité hospitalière, - point zéro sur la situation économique et financière du secteur hospitalier jusqu'en 2005-sont plus particulièrement développés au sein de ce premier rapport.

Breton, T., et al. (2008). Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A. Paris IGAS: 123 , ann.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000181/0000.pdf>

Le programme de travail de l'IGAS pour 2007 comporte la réalisation d'une mission sur les mesures prises dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux "perdants à la tarification à l'activité (T2A)". La mission a contrôlé les mesures prises dans 19 centres hospitaliers (CH), établissements, choisis en liaison avec les services de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) afin de pouvoir illustrer la diversité des situations de difficultés financières et des actions de redressement mises en oeuvre dans le cadre des CREF. La mission a recueilli des informations sur la performance des établissements sélectionnés à l'aide d'un questionnaire et de l'outil « Diagnostic flash ». Au terme de ces travaux, 22 rapports ont été établis et soumis à une procédure contradictoire. Le présent rapport est la synthèse des éléments rassemblés dans ces rapports, complétés par différents entretiens. La mission s'est également appuyée sur les travaux précédents de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances. Enfin, elle a été particulièrement intéressée par les travaux menés en Grande-Bretagne par l'Audit Commission, notamment le rapport « Learning the lessons from financial failure in the National Health System de juillet 2006 ».

Briffaut, C., et al. (2008). "Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A : rapport final : annexes." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(82): 2 vol. (75+167).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9nIDmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude, réalisée pour le Comité d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A), examine les

liens entre planification sanitaire et tarification à l'activité. La première partie de l'étude, à dominante théorique, met en évidence les axes de convergence et de divergence entre ces deux logiques, à la fois dans les objectifs, dans les processus de mise en oeuvre et dans le rôle des différents acteurs impliqués. Elle est complétée par deux monographies régionales (Languedoc-Roussillon et Franche-Comté) qui permettent d'illustrer ou de nuancer les différents points de convergence ou de divergence entre tarification et planification. Enfin, une analyse des expériences étrangères sur trois pays (Allemagne, Angleterre et Italie) suggère des pistes de réflexion sur l'articulation entre tarification et planification.

Paubel, P., et al. (2008). "Impact de la T2A : réglementation." *Revue Hospitaliere De France*(522): 34-41.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xEqs9F. Diffusion soumise à autorisation]. 4,53 milliards d'euros en 2006, soit plus de 18% du marché des médicaments : le marché français des spécialités pharmaceutiques vendues à l'hôpital, tous établissements et activités confondus, se porte bien. Caractérisé par une très forte concentration des ventes - les vingt premiers médicaments hospitaliers réalisaient 36,4% du chiffre d'affaires en 2006, versus 17,6% pour les vingt premiers médicaments vendus en officines de ville-ce marché croît régulièrement depuis les années 1980. Quel est l'impact de la tarification à l'activité sur leur financement ? Quelles sont les modalités de fixation des prix et de prise en charge par l'assurance maladie ? Et quelles pourraient être les pistes de financement envisagées en SSR et psychiatrie, actuellement non soumis à la T2A ? (R.A.).

2007

(2007). Tarification à l'activité (T2A) et médicaments hors du Groupe Homogène de Séjour (GHS). Saint-Denis : Afssaps: 28 , tabl.

Afin d'engager et d'accompagner les établissements de santé dans un processus d'amélioration de la qualité des soins, le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale précise que pour qu'un établissement de santé bénéficie du remboursement intégral des spécialités pharmaceutiques, des produits et des prestations financés hors-GHS, leur utilisation doit être conforme : soit à l'AMM pour les spécialités pharmaceutiques ; soit aux indications retenues sur la LPP (liste des Produits et Prestations), pour les dispositifs médicaux ; soit aux " protocoles thérapeutiques " définis par l'Agence française de sécurité sanitaires des produits de santé (Afssaps), la Haute Autorité de Santé (HAS), ou l'Institut national du cancer (INCa). L'Afssaps, la HAS et l'INCa ont rédigé une méthodologie générale commune d'élaboration des protocoles thérapeutiques des produits de cette liste. Ces référentiels sont en cours d'élaboration et seront ultérieurement mis en ligne sur les sites internet des trois institutions.

Bartoli, F. et Bras, P. L. (2007). Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH. Paris Igas: 15 , ann.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000364/0000.pdf>

Par lettre du 16 mars 2006, le ministre de la santé et des solidarités a chargé l'inspection générale des affaires sociales d'expertiser « les écarts de rémunérations et de charges sociales entre établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale » ; les écarts ayant éventuellement vocation à servir de base à une différenciation des tarifs dans le cadre de la tarification à l'activité. Depuis la mise en place

de la tarification à l'activité pour financer ces établissements le 1er janvier 2004, les fédérations des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et parmi elles, plus particulièrement la FEHAP, plaident pour un traitement tarifaire différencié, au motif d'un différentiel de charges sociales pesant sur la rémunération de leurs salariés.

Hallais, C., et al. (2007). "Gravité des patients et surcoûts dans les hôpitaux de référence." Journal D'economie Medicale **25**(3): 177-187, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA aR0xBdsU. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail étudie le lien entre la gravité des patients et le surcoût des soins dans les établissements de référence. Les GHM (groupes homogènes de malades) ayant les surcoûts les plus élevés au CHU de Rouen ont été identifiés relativement à l'étude nationale de coûts (ENC). La gravité des patients a été mesurée par l'âge, les complications et morbidité associées (CMA) ou complications et morbidité associées sévères (CMAS) et le passage en réanimation. Pour chaque GHM, la liaison entre gravité et coûts a été testée dans l'ENC puis la part du surcoût expliquée par la gravité plus importante au CHU de Rouen a été estimée (résumé d'auteur).

Valette, P. J., et al. (2007). "Impact de la T2A sur les services d'imagerie en établissements de santé." Journal D'economie Medicale **25**(5-6): 337-350.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qpR0xrD9. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cet article, les auteurs définissent les objectifs et les principes généraux de la T2A, puis ils étudient les réformes accompagnant la T2A et analysent les conséquences sur le service de radiologie. En conclusion, les auteurs précisent que la T2A déborde la seule dimension financière pour être intégrée dans le management général et la stratégie de l'hôpital.

2006

Aballea, P., et al. (2006). Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé. Paris IGAS: 97.

Par lettre en date du 22 juillet 2005, le ministre de la santé et des solidarités a confié à l'IGAS une mission sur les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics. La première partie du rapport actualise les mesures d'écart tarifaire à partir des données 2004 et 2005. La seconde partie détaille la problématique générale de la convergence public/privé. La troisième partie du rapport liste les facteurs potentiels d'écarts de coûts. Un tableau récapitulatif des recommandations et études proposées est joint en synthèse. La quatrième et dernière partie analyse le pilotage général du dossier des études sur la convergence par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).

Garrigues, B., et al. (2006). "Convergence tarifaire public/privé : mythe et réalité." Revue Hospitaliere De France(508): 29-36.

[BDSP. Notice produite par ENSP 1peR0xw6. Diffusion soumise à autorisation]. L'objet de cet article est de mettre en avant les différences fondamentales qui existent entre les établissements publics de santé et les établissements de santé relevant du secteur commercial, au vu desquelles l'objectif de la convergence tarifaire, c'est à dire la comparabilité de l'activité des établissements en termes de coût, devient inopérant. Ces différences fondamentales et pénalisantes financièrement pour l'hôpital public concernent notamment : - les obligations liées au service public (accueil de tous les usagers, permanence

des soins, participation à des actions de santé...) dont certaines sont exclues complètement ou partiellement de l'enveloppe MIGAC - des normes de sécurité plus exigeantes - une qualification et une rémunération du personnel plus élevées - des champs d'activités tournés sur l'hospitalisation en médecine et l'obstétrique - des pathologies plus lourdes.

Rolland, J. M. (2006). La tarification à l'activité dans les établissements de santé. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3265. Paris Assemblée Nationale: 311.
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3265.pdf>

Ce rapport examine la pertinence des conditions de montée en charge de la tarification des établissements de santé, nouveau mode de financement commun aux secteurs hospitaliers public et privé, et suggère d'accélérer la mise en place des outils de contrôle et d'évaluation de nature à maîtriser les effets financier et organisationnel résultant de la T2A afin d'en assurer la réussite.

Vasselle, A. (2006). Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé. Paris Sénat: 55 , 53 ann.
<http://www.senat.fr/rap/r05-298/r05-2981.pdf>

Les établissements de santé occupent une place essentielle dans le système de soins français et près de dix millions de Français ont recours chaque année aux services hospitaliers pour une dépense annuelle supérieure à 60 milliards d'euros. L'hôpital inspire des sentiments contrastés : 85 % des assurés se déclarent satisfaits des services qu'il rend et 81 % ont une bonne opinion du rapport qualité-prix qu'il propose tandis que les personnels médicaux hospitaliers expriment souvent leurs difficultés et leurs insatisfactions. Pourtant, le secteur hospitalier fait rarement l'objet de débats publics. Dans son rapport annuel publié en juillet 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a même évoqué l'opacité qui règne dans le secteur hospitalier tout en précisant qu'" il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'informations ". Face à ce constat, la Commission des affaires sociales a souhaité étudier ce sujet, complexe par le nombre de ses aspects et l'importance de ses enjeux. Elle a retenu trois axes d'analyse : la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la lutte contre les infections nosocomiales et le contrôle budgétaire et comptable à l'hôpital. Ces travaux, dont le présent rapport constitue le premier volet feront l'objet d'une publication échelonnée tout au long de l'année 2006 (résumé d'auteur).

2005

Carriere, B. (2005). "Tarification à l'activité et innovations en imagerie hospitalière." Journal D'economie Medicale **23**(3-4): 157-176, fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 7YiR0xj1. Diffusion soumise à autorisation]. Selon les points de vue, les innovations technologiques sont à la fois une des causes des dégradations financières des systèmes de santé, et une opportunité pour faire face aux défis économiques qu'installent la T2A et le modèle de gestion qui y est associé. L'auteur argumente ces deux points de vue, à partir de l'exemple des innovations en imagerie.

Faujour, V., et al. (2005). "Dossier. Tarification à l'activité." Gestions Hospitalieres(450): 683-721.

[BDSP. Notice produite par ENSP FCR0xTxb. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier est consacré à la tarification à l'activité, sa mise en place dans les différents hôpitaux, entre autre les Hospices civils de Lyon, le Centre Hospitalier de Vexin, nous font part de leur

expérience et la méthodologie qu'ils ont employée pour sa mise en oeuvre. Dans certains cas vaincre la réticence par le dialogue avec les praticiens et le personnel hospitaliers. Sont abordés aussi, l'individualisation des schémas thérapeutiques médicamenteux dans la diminution des séjours. Toujours afin de réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers faciliter et améliorer l'accès aux plateaux techniques et à l'imagerie médicale.

Fessler, J.-M. (2005). "De l'usage de l'étude nationale des coûts dans le dispositif de la tarification à l'activité." Revue Hospitaliere De France(503): 62-65.

[BDSP. Notice produite par ENSP 428R0lx. Diffusion soumise à autorisation]. L'analyse des données respectives de l'étude nationale des coûts (ENC) et de la tarification à l'activité (T2A) permet de constater que le poids de la durée de séjour dans le calcul des tarifs est plus fort en France que dans des pays ayant développé une approche similaire : les États-Unis, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et La Suisse. On observe également que les tarifs français des établissements publics de santé participant au service public comme ceux des cliniques privées sont plus bas et resserrés que ceux des pays évoqués. Cette politique des prix bas expose particulièrement les hôpitaux qui prennent en charge des patients, plus lourds, plus âgés ou dont la situation est plus complexe, qui sont moins "conformes" à la moyenne. Ne pas se distinguer sur le chapitre de l'innovation en prenant la vieille méthode des DRG (Diagnosis Related Group) est un choix. Ne pas prendre la peine de consulter les pratiques internationales en est une autre, qui n'est pas sans risque, si l'on se rappelle les conséquences d'une telle politique dans le domaine du médicament, par exemple. Le minimum serait de pouvoir débattre de toutes ces questions de manière ouverte, sachant que ces décisions portent sur des centaines de milliers de professionnels de la santé et des millions de patients.

Forcioli, P. (2005). "T2A et qualité." Gestions Hospitalieres(449): 649-650.

[BDSP. Notice produite par ENSP 21U4R0xu. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis vingt ans, l'objectif invariant des politiques publiques de santé reste la maîtrise des dépenses de santé, elle-même en lien avec la maîtrise de la dépense politique et l'amélioration de la qualité des soins. Ces deux-sous objectifs se complètent dans une préoccupation commune : dépenser mieux. Après quelques tentatives de maîtrise comptable, les pouvoirs publics comptent davantage sur les effets d'une maîtrise médicalisée partagée par les professionnels et les établissements de santé pour maintenir et améliorer notre système de santé et de protection sociale. C'est dans ce contexte qu'il faut apprécier en quoi la qualité, outre contribuer à l'amélioration du service rendu à l'usager, permet d'optimiser l'utilisation des ressources comme l'exige aujourd'hui dans tous les établissements l'application graduée de la T2A.

Hardy, J. P. (2005). Financement et tarification des établissements et services médico-sociaux, Paris : Dunod

La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale n'a pas rencontrée de plus forte incompréhension et de plus ferme opposition qu'à l'occasion du décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003. Considéré par certains comme régressif du point de vue des libertés associatives, ce décret renforcerait beaucoup trop les obligations budgétaires et comptables en volume et en technicité, quand il ne conduirait pas purement et simplement, selon d'autres, à une mise sous tutelle des associations par l'administration. Aussi, au-delà d'une présentation complète, méthodique et didactique de la législation et de la réglementation financière dont il est le principal concepteur et rédacteur, Jean-Pierre Hardy nous propose une réflexion libre et critique qui le conduit, pour expliquer le bien-

fondé de ce décret, à briser la règle du silence qui règne sur le fonctionnement réel du secteur social et médico-social. Le secteur social et médico-social est à un moment historique de son évolution. S'il veut réussir sa professionnalisation et résister intelligemment à la montée en puissance du néolibéralisme économique de plus en plus hégémonique au niveau européen, il doit impérativement en passer par une réforme de ses pratiques budgétaires et comptables, faute de quoi son implosion bureaucratique entraînera le triomphe des lois du marché. Telle est la conviction qui anime l'auteur et qu'il partage ici avec tous ceux qui ont en charge le fonctionnement financier d'un domaine fondamental de notre démocratie.

Leclercq, B. et Selleret, F. X. (2005). "La T2A, un outil pour une possible révolution culturelle et managériale. Sa mise en oeuvre aux Hospices Civils de Lyon." Journal D'economie Medicale **23**(3-4): 201-207.

[BDSP. Notice produite par ORSRA kR0xp326. Diffusion soumise à autorisation]. Après 20 ans de budget global ou de rémunération à l'acte, les hôpitaux et cliniques connaissent désormais une rémunération à l'activité avec la T2A. Mais la T2A est souvent perçue essentiellement dans sa dimension financière et mise en oeuvre en tant que telle. Au contraire, pour les Hospices Civils de Lyon, la T2A constitue en premier lieu une réforme stratégique et managériale avant d'être une réforme budgétaire et comptable. La vision aux Hospices Civils de Lyon est présentée (partie I) avant d'évoquer les conditions de mise en oeuvre (partie II) et les premiers résultats qui ont été obtenus (partie III).

Leleu, H. et Dervaux, B. (2005). "Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité." Dossiers Solidarite Et Sante(3): 49-66.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.

Leuridan, C. et Meyer, S. (2005). "Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion." Actualite Et Dossier En Sante Publique(50): 7-11.

[BDSP. Notice produite par ENSP 2AIrnR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La réforme du système de la tarification des établissements hospitaliers français, vaste enjeu du plan hôpital 2007, annonce dès janvier 2004 un changement radical des logiques et des comportements des acteurs hospitaliers. Quelles sont les raisons et les modalités de la tarification à l'activité ? Cette démarche a-t-elle des chances de succès en termes d'amélioration de la gestion hospitalière ?

Mendelsohn, M. (2005). "Quel avenir pour les GHM dans le cadre de la T2A ? A propos des travaux effectués pour une version 10 des GHM." Journal D'economie Medicale **23**(3-4): 177-181.

[BDSP. Notice produite par ORSRA d8QSR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. Pour la classification des GHM, il y a un "avant" et un "après" T2A. Avant la T2A, l'évolution s'est faite pour répondre à la montée en charge du PMSI et à l'amélioration des outils de codage.

Depuis la T2A, les commandes se font précises avec un objectif prioritaire : limiter les

disparités interétablissements ou intersecteurs pour les GHM qui décrivent les activités les plus fréquentes afin d'obtenir, à terme, des tarifs applicables à tous les établissements. L'auteur décrit les deux grandes étapes de l'adaptation à la T2A (1ère étape dans la version 9 des GHM, et 2ème étape dans la future version 10).

Mercereau, F., et al. (2005). Le pilotage des dépenses hospitalières : rapport d'enquête. Paris IGAS: 54.

Les ministres des solidarités, de la santé et de la famille, et de l'économie, des finances et de l'industrie ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des finances (IGF) une mission d'enquête portant sur les dépenses hospitalières. Cette enquête a deux objectifs : déterminer et analyser les causes du dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale (DG) en 2004 et plus largement, " examiner l'organisation du pilotage, tant au niveau national qu'au niveau régional et local, des dépenses hospitalières ", au sein des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, et sous ses différents aspects (réglementation budgétaire et comptable, systèmes d'information ...). Le présent rapport synthétise les constats de la mission concernant le dépassement 2004, puis les modalités actuelles de pilotage des dépenses hospitalières, qui conduisent la mission à formuler des propositions sur deux plans : à très court terme, une stabilisation du dispositif et un contrôle étroit des enveloppes aujourd'hui mal maîtrisées, parallèlement, la redéfinition du schéma cible et la fiabilisation progressive du dispositif. Le détail des travaux réalisés est développé dans quatre annexes, portant respectivement sur le dépassement constaté en 2004, le pilotage national des dépenses hospitalières, sa déclinaison locale (cette annexe reprend les études de cas réalisées par la mission), et la facturation individuelle des séjours.

2004

Bousquet, F. (2004). "Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?" *Dossiers Solidarite Et Sante*(1): 45-58.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé est un exemple de la nécessité d'évaluer les objectifs atteints ou à atteindre dans le cadre d'une réforme des politiques publiques. La difficulté de l'exercice réside notamment dans le choix des outils et des moyens à mobiliser pour parvenir à cet objectif "d'évaluation". Dans le cas de la tarification à l'activité, les objectifs assignés à la réforme ont été définis de la façon suivante : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation plus importante des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs publics et privés et enfin le développement d'outils de pilotage économique visant à une rationalisation de la gestion. Après avoir présenté les objectifs qui doivent sous-tendre l'évaluation, l'auteur analyse les propositions de techniques et de méthodes qui permettraient d'en d'aborder de manière cohérente les différents aspects au fur et à mesure de la montée en charge de la réforme.

Delforges, P., et al. (2004). "La tarification à l'activité." *Regards De La Fhp*(30): 57 , tab., fig.

Ce fascicule fait le point sur la nouvelle tarification de la santé tant en ville qu'à l'hôpital : CCAM et T2A.

Dormont, B. et Milcent, C. (2004). "Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités." *Annales D'economie Et De Statistique*(74): 47-82, 48 tab., ann.

Cet article étudie les coûts des hôpitaux publics français dans la perspective d'une réforme de la tarification. Des données à trois dimensions hôpital-séjour-année permettent d'identifier l'hétérogénéité non observée des hôpitaux et la composante de la variabilité du coût attribuable à l'aléa moral transitoire. Celle-ci, loin d'être négligeable, s'élève à 50 % de la variabilité des coûts due à l'hétérogénéité non observée des hôpitaux. Les simulations montrent que l'on peut attendre des économies budgétaires de 16 % environ de l'application d'une tarification qui prend en compte les hétérogénéités non observées entre les hôpitaux et n'élimine que l'aléa moral transitoire.

2003

Fessler, J. M. et Frutiger, P. (2003). La tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre

Une réforme du financement des établissements publics de santé, de ceux qui participent au service public et des cliniques privées est prévue en 2004. Les décisions de cette nature sont rares et auront des conséquences importantes les vingt années à venir pour les patients, les professionnels et les citoyens. Cette réforme porte le nom de tarification à l'activité. La nature même des activités hospitalières et l'importance qu'elles peuvent avoir pour chacun devraient permettre d'ouvrir un débat de fond. Le propos de cet ouvrage est de contribuer au débat en procurant au lecteur des éclairages utiles sur ; les conséquences probables des options techniques, l'économie hospitalière, le sens des statistiques.

2002

Dervaux, B. et Leleu, H. (2002). "Adéquation de la tarification à l'activité chirurgicale des établissements privés français." Journal D'economie Medicale **20**(3-4): 201-214, rés., tabl., fig., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA mR0xhr64. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cette étude, nous testons l'adéquation de la tarification de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sur laquelle repose le financement des cliniques aux prix implicites dérivés de l'activité chirurgicale observée des cliniques privées. A partir de l'estimation déterministe d'une fonction-distance paramétrique multi-produits, nous calculons le système de prix implicites des actes chirurgicaux à partir des données de l'enquête Gain Chirurgie en appliquant une version duale du lemme de Shephard. Nous comparons ensuite ces prix aux tarifs de la NGAP. (résumé d'auteur).

Henriet, D. (2002). Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France, Paris : La Documentation Française

Dans cet article, l'auteur rappelle les deux modes de tarifications utilisés dans le système de soins français puis décrit les principes généraux dont la tarification à la pathologie devrait se prévaloir en France. Il termine enfin sur la description des objectifs que pourrait recouvrir l'expérimentation qui doit être menée en France.

2001

Balsan, D. (2001). "La variabilité de la valeur du point ISA des établissements de soins en 1997." *Etudes Et Resultats*(124): 8 , 6 tabl., 5 enc.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La présente étude tente de mettre en évidence les facteurs de variabilité du coût moyen des soins des établissements sous dotation globale mesuré par la "valeur point ISA". Cette valeur se fonde pour partie sur les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), outil de connaissance de l'activité médicale qui permet de classer chaque séjour hospitalier dans un Groupe homogène de malade (GHM). Ce classement répond à une double logique, médicale et économique faisant intervenir l'affection traitée et les moyens mis en oeuvre dans le traitement. Une comptabilité analytique détaillée réalisée sur quarante établissements volontaires est utilisée pour évaluer une échelle de coûts relatifs entre les différents GHM qui permet de leur affecter une pondération : l'Indice synthétique d'activité (ISA) exprimé en nombre de points. En appliquant cette échelle à la répartition de séjours par GHM, est calculé un budget théorique pour chaque établissement. Par rapprochement avec son budget réel on obtient la "valeur du point ISA" qui correspond au rapport du budget réel au budget théorique. Cet indicateur est indépendant du volume de l'activité. Plus la valeur du point d'un établissement est grande, plus les coûts de cet établissement sont élevés relativement à son activité mesurée au travers des séjours classés par GHM (extrait).

Balsan, D. (2001). "La variabilité de la valeur du point ISA des établissements de soins publics et PSPH en 1997." *Dossiers Solidarite Et Sante*(1): 59-78, 12 tabl., 57 enc., 51 ann.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

En 1997, la valeur du point ISA des établissements publics et PSPH est fortement dispersée autour d'une valeur médiane d'environ 11,5 francs : un quart des établissements a une valeur du point inférieure à 9,5 ; pour un autre quart, leur valeur est supérieure à 13,4. Le critère de la catégorie d'établissement apparaît comme insuffisant pour expliquer la variabilité de la valeur du point. De plus, les CHRU constituent la seule catégorie pour laquelle la prise en compte de la taille aboutit à une réduction de la dispersion des points ISA. Pour compléter l'analyse, on recourt à des indicateurs des caractéristiques de l'activité des établissements (ratio de personnel non médical, dispersion de l'activité médicale, gravité des séjours) et de leur environnement (valeur régionale du point, taux de chômage et espérance de vie en fonction de la localisation des patients). Le modèle estimé donne l'image d'une détermination de la valeur du point des établissements en deux étapes. A un premier niveau, la valeur du point régionale est déterminée par des facteurs d'offre et de demande de soins ; le ratio de personnel non médical apparaît comme dépendant de la taille et de la catégorie des établissements et de l'indice de gravité moyenne des séjours. A un second niveau, des facteurs spécifiques aux établissements (taille et statut, dispersion de l'activité médicale pour les CLCC) s'ajoutent à cette valeur régionale et au ratio de personnel non médical pour expliquer les valeurs des établissements. (Résumé d'auteur).

Guidoni, D. (2001). "Vers la tarification à la pathologie." *Journal D'economie Medicale* **19**(7-8): 487-489.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 5MeR0x4m. Diffusion soumise à autorisation]. Le système actuel d'allocation des ressources a désormais atteint ses limites dans plusieurs domaines. Le financement à la pathologie apparaît comme un mode d'allocation plus optimal à la fois pour le financeur et pour les offreurs de soins. Toutefois, son opérationnalité nécessite que l'on s'assure de plusieurs pré-requis. Enfin, les modalités de régulation devront être définies (régulation des volumes afin de respecter l'enveloppe financière, ou ajustement des tarifs).

2000

Henriet, D. et Moschetti, K. (2000). La tarification à la pathologie, Paris : Ministère chargé de la Santé <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle dispose que « le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie ». La tarification à la pathologie entre dans le cadre de cette expérimentation. Elle vise deux objectifs principaux : assurer une information générale sur la tarification à la pathologie et sur le déroulement de l'expérimentation, et permettre une expression aussi large que possible sur la tarification à la pathologie et l'expérimentation. Pour éclairer le lecteur sur ce qu'est la tarification à la pathologie, ce dossier rappelle tout d'abord le contexte, les objectifs et les principaux éléments de problématique d'une nouvelle réforme du système de tarification des établissements de santé publics ou privés. Puis les éléments qui suivent sont destinés à présenter d'un point de vue théorique les principes de ce mode de tarification, en insistant sur les conditions qui fondent sa validité, les limites auxquelles il peut se heurter et les risques auxquels le système de santé peut se trouver confronter du fait de sa mise en oeuvre. La tarification à la pathologie étant déjà en vigueur aux Etats-Unis dans le cadre de Medicare et des HMO, on peut déjà tirer une analyse des effets négatifs et positifs relevés dans ce pays. Ainsi, la tarification à la pathologie constitue une modification profonde des règles de financement des établissements de santé. Une expérimentation semble donc nécessaire. Une telle réforme exige l'ouverture de différents chantiers complexes. Les textes qui suivent présente les axes de ces chantiers, les instances de l'expérimentation, la composition du comité de pilotage (COFIL), puis les relevés de conclusions des séances du 26 janvier et du 6 mars 2000.

Pellet, K. (2000). Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial : un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales. Lyon Université Jean Moulin, Université Jean Moulin - Lyon 3. Faculté de droit. Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations de la Santé et leurs Réseaux. (I.F.R.O.S.S.). Lyon. FRA. **Thèse de doctorat ès sciences de gestion.**: 337.

Cette thèse de doctorat dresse un panorama complet des cliniques privées en France, et plus particulièrement dans la région Rhône-Alpes : origine de la création des cliniques privées et rôle du corps médical dans cette création, organisation juridique des cliniques, mise en place de la planification sanitaire, système de tarification, impact des différentes réformes hospitalières sur la gestion hospitalière, fondements des restructuration...

1999

(1999). "Volume 1 : le PMSI aujourd'hui, de la planification aux utilisations internes." Technologie Et Sante(39): 111, graph., tabl.

Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement

entre les structures privées et publiques. Ce premier volume rassemble des articles de réflexion, la plupart en relation avec l'élaboration des SROS de seconde génération, qui traitent de l'utilisation du PMSI : réallocation budgétaire, analyse de l'activité médicale, régulation de l'offre, planification... Il aborde également l'utilisation interne du PMSI dans les établissements de soins : du plateau technique à la chirurgie ambulatoire et propose des réflexions transversales comme le projet de gestion. A noter en fin de document la présence d'un glossaire développant tous les sigles relatifs au PMSI.

(1999). "Volume 2 : les évolutions du PMSI : de l'outil au financement." Technologie Et Sante(40): 100 , graph., tabl.

Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement entre les structures privées et publiques. Ce second volume ouvre le débat entre les acteurs de terrain et les principaux responsables de la mise en oeuvre du PMSI (Mission PMSI PERNNS, FHF, FEHAP) sous la forme de questions-réponses. Des thèmes variés sont abordés : séjours hors normes, analyse comparative public/privé, chaînage des patients, valorisation de l'enseignement et de la recherche. Par ailleurs, les acteurs concernés (Direction des Hôpitaux, FHF, FIEHP, FEHAP, UHP, AXA, La Mutualité Française, la FNCLCC, les Conférences...) ont été invités à convier leur point de vue concernant l'harmonisation de la tarification public/privé.

1998

Bonniol, V. et Hartmann, L. (1998). "La tarification des cliniques à la lumière du PMSI." Economie Publique - Etudes Et Recherches(2): 115-140, tabl.

Depuis la réforme hospitalière de 1991, la réglementation des cliniques privées est soumise à deux types de contraintes : mécanisme de tarification par enveloppe globale, institution et généralisation de l'outil d'évaluation de l'activité médico-économique des établissements hospitaliers : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI permet de valoriser en francs le séjour du malade, avec la mise en parallèle de la grille des GHM (Groupes homogènes de malades) et l'échelle relative des coûts (points ISA : « Indice synthétique d'activité»). Ce mécanisme a été testé pendant plusieurs années dans les cliniques volontaires de « l'expérimentation des 84 ». C'est à partir des données obtenues, que cet article étudie la tarification des cliniques compte tenu des GHM. Bien que cette investigation soit encore exploratoire, elle permet de mettre en évidence quelques sources de variabilité des facturations. Quatre aspects sont abordés ici : exposition des règles de paiement des cliniques et de l'hétérogénéité tarifaire, impact attendu et observé de ces règles sur le comportement des producteurs, description de l'expérimentation des « 84 cliniques » et contenu de la base de données, analyse comparative des facturations de cliniques sélectionnées.

Coca, E. (1998). L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers, Paris : Berger-Levrault

Achever la réforme du financement des établissements hospitaliers signifie que le PMSI et l'ISA servent non seulement à redéployer les moyens entre les établissements mais aussi à organiser le contrôle de gestion interne de chacun d'eux. Or jusqu'à présent, l'ISA et le PMSI

sont surtout utilisés comme outils externes de redéploiement budgétaires interétablissements. Cet ouvrage propose donc une comptabilité analytique médicalisée fondée principalement sur l'ISA et crée des tableaux de bord calés sur les pratiques constatées en moyenne nationale pour une même activité hospitalière.

Gomez, E. (1998). "L'étude nationale des coûts relatifs par groupes homogènes de malades." Journal D'economie Medicale **16**(7-8): 533-536.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA R0x4D940. Diffusion soumise à autorisation]. En 1992, la Direction des hôpitaux a décidé de constituer une base nationale de coûts par séjour pour les activités de court-séjour médecine-chirurgie-obstétrique des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat. Cette base avait pour but de calculer des coûts de référence par groupes homogènes de malades (GHM) à l'usage des services déconcentrés de l'Etat et des établissements hospitaliers. En 1998, 45 établissements participent au recueil et à la remontée de données pour l'étude de coûts. L'échantillon est actuellement constitué de 4 centres hospitaliers régionaux, 26 centres hospitaliers de toutes tailles, 11 établissements privés participant au service public hospitalier (hors CLCC) et 4 centres de lutte contre le cancer. La base nationale de coûts 1998 (portant sur l'exercice 1996) comporte environ 800 000 séjours et séances. L'article expose le modèle comptable utilisé, la qualité des données comptables et médicales, les résultats de l'étude ainsi qu'une réflexion sur les utilisations potentielles des coûts de référence et sur les enjeux de cette étude nationale.

Grolier, J. (1998). Le financement des hôpitaux publics, Rennes : ENSP

Cet ouvrage étudie l'évolution du financement des établissements hospitaliers publics au cours des trente dernières années. Il procède notamment à un examen sans concession du « plan Juppé » et des mécanismes qu'il introduit. S'inspirant des critiques récentes de la théorie économique classique, l'approche retenue repose sur l'observation du comportement des responsables hospitaliers. Elle vise à formuler des propositions opérationnelles optimisant l'utilisation des financements sans remettre en question les protocoles médicaux en place.

Tapie, B. et Colinot, N. (1998). "Impact des disparités tarifaires sur les dépenses de prestations hospitalières des établissements de santé hors dotation globale." Dossier Etudes Et Statistiques(41): 96 , carte, graph., tabl., ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Dans un premier temps, le but de cette étude a été de décrire, par établissement ou par « région CRAM », les coûts moyens par journée, facturés pour des séjours homogènes et pour des prestations hospitalières dans le secteur privé. Dans un deuxième temps, cette étude a été menée pour tenter d'expliquer les disparités de coûts entre « régions CRAM » ou entre établissements, en mettant en évidence trois effets : effet prix, effet structure et effet prix-structure.

1997

Hardy, J.-P. (1997). "PMSI et Financement des établissements de santé." Lettre D'informations Hospitalieres (La)(28): 11-12.

1995

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Vivies, J. et Picard, S. (1995). Contribution à l'étude de la tarification des établissements privés d'hospitalisation. Paris IGAS: 42 , ann.

Ce rapport présente tout d'abord le système de tarification à l'hôpital privé : législation et principaux tarifs. Il propose ensuite des réformes d'aménagement progressif des tarifications existantes relatives aux forfait de salle d'opération (FSO), aux prix des journées et aux forfaits de pharmacie.

1991

Choquet, O. (1991). "Le partage des soins hospitaliers entre le secteur public et le privé lucratif." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(3): 85-91.

Ce document cherche à faire une description fine de la répartition des soins hospitaliers entre le secteur public et le privé lucratif et de son évolution entre 1985 et 1990 en France. Les données utilisées datent de 1985 à 1987 après l'instauration du budget global dans le secteur public et reposent essentiellement sur l'indicateur de gestion hospitalière suivant la durée d'hospitalisation, pathologie par pathologie.

Sourty-Le, G., M. J. (1991). Equipement, tarifs et occupation des lits dans les établissements hospitaliers publics ou faisant fonction de public. Rapport CreDES. Paris C.R.E.D.E.S.: 122 , 136 tabl., 193 graph.

Les résultats présentés dans ce rapport sont obtenus à partir d'une exploitation statistique du Fichier National des Etablissements, tenu par la C.N.A.M.T.S., et mise à jour en 1987. L'objectif principal de cette exploitation est de mettre en relation l'équipement, l'activité et les tarifs pratiqués dans des établissements hospitaliers recevant la dotation globale (établissement public, établissement privé à but non lucratif). L'étude a porté sur 1847 établissements hospitaliers français, l'unité considérée étant un établissement géographique et non l'entité juridique. Les principaux indicateurs de gestion hospitalière sont étudiés tels : équipement en lit, durée de séjour, coefficient d'occupation des lits, prix de journée.

Les ressources humaines

A consulter :

Les études sur les ressources humaines de l'ATIH

<https://www.atih.sante.fr/domaines-dactivites/ressources-humaines>

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière 2022

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/ArchivePortailFP/www.fonction-publique.gouv.fr/score/metiers/repertoires-des-metiers-des-3-fonctions-publiques.html>

2023

Académie Nationale de Médecine (2023). Sortir les hôpitaux publics du piège de l'intérim médical, Paris : Académie nationale de médecine

<https://www.academie-medecine.fr/sortir-les-hopitaux-publics-du-piege-de-linterim-medical/>

Face aux difficultés rencontrées par les hôpitaux en charge du service public, les obligeant à recourir aux médecins intérimaires, et aux dérives observées, l'Académie nationale de Médecine formule plusieurs propositions. Elle invite à ce que l'organisation des soins hospitaliers, en particulier d'urgence, permette, à la fois, que les hôpitaux en charge de la permanence des soins répondent aux besoins de la population et soient attractifs pour les médecins titulaires, y compris en termes de rémunération ; Soutient que le recours aux médecins intérimaires fragilise, à terme, l'hôpital, ne doit être qu'une solution ponctuelle de résolution de difficultés transitoires et souhaite que les ARS planifient à moyen et à long terme l'organisation des soins de première ligne en privilégiant les regroupements de services pour limiter les remplacements ponctuels. Appelle fermement à ce que le soin hospitalier s'appuie en priorité sur des équipes médicales constituées et à ce que la qualité des soins demeure au centre des préoccupations des médecins, quel que soit leur statut. Elle estime que les contrats proposés aux médecins intérimaires doivent imposer à ceux-ci de préparer et d'exercer leur activité dans un service, de telle manière qu'ils participent à la vie et aux démarches d'organisation de l'établissement, pour garantir la qualité et la continuité des soins aux patients

Barricault, C. (2023). "Les métiers invisibles à l'hôpital : A la découverte de la face cachée de la lune : Dossier." Gestions Hospitalières(623): 90-124.

L'hôpital est une aventure humaine. Mille et une professions s'y côtoient, formant une nébuleuse qui s'étend à mesure qu'on l'observe. Vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et durant les 365 jours de l'année, les agents des centres hospitaliers s'affairent, dans une rotation constante, à leurs tâches respectives. Si, gravitant autour du patient, les soignants et les médecins sont les astres qui scintillent le plus, l'équipe hospitalière est constituée d'éléments phares et de satellites aussi importants les uns que les autres pour en assurer l'équilibre. Électriciens, socio-esthéticiennes, vagemestres ou orthoprothésistes..., dans les dédales de cet univers qu'est l'hôpital et que les élèves directrices et directeurs d'hôpital (EDH) explorent au cours de leur stage de découverte, les professions se révèlent et, avec elles, leurs constellations de singularité. Partant de cette expérience, les EDH de la promotion Marie-Marvingt (2022-2023) ont voulu mettre en lumière des acteurs méconnus de la galaxie hospitalière. À l'écoute de leur démarche,

Gestions hospitalières leur a ouvert ses colonnes pour un dossier dédié aux métiers invisibles à l'hôpital. Avant toute chose, la notion de «?métiers invisibles?» à l'hôpital est à éclairer. Invisibles pour qui, pourquoi??

Catanas, M., Rodriguez, S., Tiberrti, N., et al. (2023). "Infirmiers en pratique avancée : bilan d'implantation à cinq ans au CH d'Aix-en-Provence." *Gestions Hospitalieres*(624): 176-180.

En août 2018, juste après la publication des textes sur les infirmiers en pratique avancée (IPA), la direction des soins du CH d'Aix-en-Provence a été sollicitée par l'agence régionale de santé (ARS) PACA(2) pour travailler à l'accueil de stagiaires IPA. En effet, en lien avec Aix-Marseille Université, l'ARS s'était engagée dans la modélisation de la fonction d'IPA et avait financé six postes d'infirmiers hospitalo-universitaires (IHU) qui avaient une double mission?: du temps d'enseignement et d'ingénierie pédagogique à l'université et du temps au sein des établissements de santé auxquels ils sont rattachés. Au CH d'Aix-en-Provence, un IHU a été proposé pour accompagner les stagiaires IPA, faire du lien entre l'université et les terrains de stage, créer des outils de suivi et participer activement aux projets d'implantation de la pratique avancée dans les services de soins.

Terrenoire, G., Barat, C., Massabuau, C., et al. (2023). Observatoire national des violences en milieu de santé : Rapport 2022 données 2020 et 2021. Paris Ministère chargé de la santé: 191.

<https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>

Les multiples signalements qui remontent de toutes les structures montrent combien cette violence génère des impacts négatifs chez les personnels de santé, lesquels la subissent parfois de façon quasi-quotidienne. Cette violence verbale dégénère parfois en violence physique ou l'accompagne.

2022

Baret, C., Recotillet, I. et Kornig, C. (2022). "Quelles caractéristiques des conditions de travail ont un impact sur la reconnaissance au travail ? Le cas d'un centre hospitalier universitaire français." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* 5-6(5): 398-417.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-5-page-398.htm>

En France, les personnels hospitaliers dénoncent depuis plusieurs années une dégradation de leurs conditions de travail dues aux restrictions budgétaires, aux sous effectifs et à l'accroissement des tâches administratives. Parallèlement, de nombreuses professions de santé réclament une meilleure reconnaissance de leur qualification et de la pénibilité de leur travail. Cela n'est pas nouveau, puisque ce sont en effet les infirmières qui, les premières, ont revendiqué une meilleure reconnaissance au travail pour professionnaliser leur métier, et ce, dès 1988 [1]. Peut-on mettre en évidence des relations entre les conditions de travail et la reconnaissance ? En sciences de gestion, les travaux sur la reconnaissance ont principalement porté sur l'identification des pratiques de reconnaissance, ou de non-reconnaissance, et sur ses effets sur le comportement des salariés dans l'organisation. Peu de travaux traitent des facteurs qui ont une influence sur la reconnaissance. L'impact des transformations des conditions de travail est évoqué mais ne s'appuie pas sur des résultats empiriques. Dans cette recherche, nous retenons l'approche multidimensionnelle de la reconnaissance de Brun et Dugas [16] pour tester cinq hypothèses sur les relations entre certaines caractéristiques des conditions de travail et certaines dimensions de la reconnaissance sur la base de l'exploitation de 26 entretiens semi-directifs et d'un

questionnaire administré dans un centre hospitalier universitaire français en 2018. Les conditions de travail ont une influence quasi similaire sur toutes les dimensions de la reconnaissance. L'autonomie dans le travail, le soutien de la hiérarchie et les moyens disponibles pour réaliser son travail sont les caractéristiques des conditions de travail qui ont la plus forte influence sur la reconnaissance. Sur un plan plus descriptif, les résultats montrent que les médecins, les personnels soignants et les personnels médico-techniques sont ceux qui expriment le plus grand déficit de reconnaissance. Parmi les 4 dimensions de la reconnaissance, c'est principalement celle de l'investissement au travail qui fait défaut.

Minvielle, E. (2022). Conditions de travail à l'hôpital : comment sortir du marasme actuel ?, Paris : Terra Nova

Le sujet des conditions de travail à l'hôpital se trouve au centre de différents débats, dont celui de la perte d'attractivité des métiers de la santé. Il doit être traité sans tabou si l'on veut identifier de nouvelles pistes, sans opposer la qualité de vie professionnelle à la contrainte financière. L'enjeu est crucial : de nouveaux départs massifs s'observent en raison de la crise Covid et le système hospitalier doit réagir sans tarder.

2021

(2021). "Le burn-out des soignants." Revue Prescrire **41**(451): 373-378.

Le burn-out ou épuisement professionnel a été décrit dans les années 1970 d'abord chez des médecins et infirmiers. En 2020, le burn-out a été défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un syndrome d'épuisement spécifique-ment professionnel. Il est observé dans tous les secteurs professionnels ; les soignants semblent particulièrement touchés.

(2021). Vers une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires. Paris Gouvernement: 132.

https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/215578/6938/Se%CC%81gur-Carrie%CC%80res_CHU-09-07-2021_%281%29.pdf?1626180141

Mieux accompagner les débuts de carrière, valoriser les missions d'enseignement, de recherche et de soin, ou encore améliorer la rémunération. Tels sont les grands axes des conclusions du groupe de travail sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.

Apollis, B. (2021). "L'activité libérale des praticiens hospitaliers : une mise en perspective historique et juridique." Les Tribunes de la santé **69**(3): 101-109.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-101.htm>

Issu de la réforme Debré de 1958, le secteur privé a été supprimé dans les années 1980 et remplacé par l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui a été pérennisée depuis lors. À telle enseigne qu'aujourd'hui, malgré les réticences que le secteur d'activité libérale a toujours suscitées, l'évolution du droit qui s'y applique a tendance non seulement à confirmer son existence mais encore à élargir son régime à d'autres occurrences que celles initialement prévues par les textes.

Baguet, F., Chauvel, R., Budet, J. M., et al. (2021). "L'hôpital sous contrôle : dossier." Gestions Hospitalières(607): 350-373.

Contrôler, certifier, inspecter, accréditer : autant de termes qui sont rentrés dans le vocabulaire quotidien des établissements de santé, avec souvent des difficultés pour comprendre les différences de définition ou les acteurs qui en ont la charge. Plus inquiétant, les professionnels de santé ont souvent le sentiment de voir s'accumuler les audits et les évaluations, sans parvenir à en déterminer les impacts concrets pour la prise en charge des patients ou pour l'organisation quotidienne de leur travail. Cet article fait un tour d'horizon de la question.

Claris, O. (2021). Mieux manager pour mieux soigner : ségur de santé. Paris MSSPS: 51.

<https://snphare.fr/assets/media/guide.pdf>

Le présent guide s'adresse à l'ensemble des managers hospitaliers, directeurs, directeurs des soins, présidents de commission médicale d'établissement, chefs de pôle, chefs de service, cadres de santé et cadres administratifs. Il vise à récapituler l'ensemble des leviers mis à leur disposition par le Ségur de santé, et les invite à s'en saisir pour améliorer le fonctionnement interne, le management et la gouvernance de leur établissement, de leur pôle, de leur service, en l'adaptant évidemment aux spécificités de chaque situation.

Durancinsky, M. et al. (2021). "Vécu et gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19 : le point de vue du personnel hospitalier de nuit de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris durant la première vague épidémique (enquête AP-HP Aladdin, 15 juin-15 septembre 2020)." BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH) - Covid-19(6).

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_6/2021_Cov_6_1.html

Le travail de nuit accroît les risques de problèmes de santé. Cette étude documente le vécu et les perceptions du personnel hospitalier de nuit de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) durant la première vague épidémique de Covid-19. Cette étude présente les résultats descriptifs du questionnaire en ligne de l'enquête AP-HP Aladdin (15 juin-15 septembre 2020, 39 hôpitaux, données calées sur marge pour assurer leur représentativité vis-à-vis de l'ensemble des travailleurs hospitaliers de nuit de l'AP-HP).

Fournier, A. (2021). "Les risques de l'effet domino sur l'absentéisme à l'hôpital." Gestions Hospitalières(610): 562-564.

Si la presse quotidienne tend à s'emparer de sujets exploitables à court terme, cette tendance doit être compensée par une analyse plus nuancée., à même de distinguer la multiplicité des critères qui jouent et se cumulent en matière d'absentéisme à l'hôpital. Depuis la fin du printemps 2021, celui-ci s'ancre dans les réalités hospitalières et devient à part entière une variable potentiellement structurelle qu'il convient d'analyser comme telle. L'absentéisme ne doit pas demeurer un fait acquis, mais doit constituer un terrain d'étude, voire d'enquête, pour remonter à ses différentes sources potentielles et les circonvenir. Ce diagnostic quasi "clinique" est indispensable pour nourrir des ambitions en matière de fidélisation et d'attractivité.

Micallef, P. (2021). "Les praticiens hospitaliers : quelles évolutions depuis 2010 ?" Questions Politiques Sociales : Les Breves(5): 4.

<https://retraitesolidarite.caissedesdepots.fr/content/questions-politiques-sociales-les-br-ves-5>

Le numéro 5 de Questions Politiques Sociales – Les brèves est consacré aux praticiens hospitaliers. Il présente les principales caractéristiques (effectifs par statut, part des femmes, âge moyen, cotisations...) de cette population regroupant 97 400 agents publics en 2019, et les évolutions intervenues depuis 2010.

Minvielle, É. (2021). "Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ?" Les Tribunes de la santé 69(3): 59-68.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2021-3-page-59.htm>

Cet article s'intéresse aux possibilités de sortie du marasme qui accompagne les conditions de travail à l'hôpital. La question est importante dans un contexte de pertes d'attractivité des métiers de la santé. Dans un premier temps, nous identifions trois grandes raisons qui expliquent les mauvaises conditions actuelles : l'intensification du travail liée à la tarification à l'activité, les défauts du management hospitalier, et divers impacts négatifs sur la vie privée. Nous en déduisons ensuite plusieurs pistes : 1) le maintien des efforts déjà engagés dans l'évolution des règles de l'exercice et de sa valorisation financière ; 2) l'affirmation d'un nouveau champ de l'innovation hospitalière dédié à l'amélioration de l'environnement du travail ; 3) une évolution des modes de paiement raisonnée en fonction de l'organisation du travail ; 4) enfin une politique de formation, d'évaluation et de recrutement des professionnels de santé fondée sur l'acquisition de compétences en management. Toutes ces pistes, et d'autres, doivent être activées conjointement, portées par une vision holistique du sujet. Il ne s'agit pas d'opposer la qualité de vie professionnelle à la contrainte financière, mais de penser les différentes voies d'amélioration d'une manière unie.

Riet, Z., Renaud, A., Fombeur, P., et al. (2021). "Négociations et concertations en santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(67): 25-123.

Ce numéro invite à une réflexion sur les différentes formes de concertation développées sur le champ de la santé. D'abord, en matière hospitalière, grâce à une contribution sur les relations entre la fédération hospitalière de France et l'Etat, puis avec un retour sur le Ségur de la santé. Ensuite au gré d'une analyse d'autres processus d'organisation ou de régulation de la santé. Un focus est fait sur le mécanisme des conventions d'exercice professionnel. Est également radiographié le processus plus informel de négociation d'un projet de loi de financement de la Sécurité sociale, dans lequel peut intervenir l'ensemble des acteurs de la santé. De même est analysée la démarche inédite des Etats généraux de la santé. Enfin une double réflexion est proposée : sur les mécanismes de concertation négociation et de médiation ; et la préparation, la conduite et le succès d'une réforme du système de santé. (extrait 4e de couv.)

Terrenoire, G. et Barat, C. (2021). Rapport annuel 2020 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. Données 2019. Paris Ministère chargé de la santé: 138.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs-rapports-annuels>

Ce rapport présente et analyse les signalements déclarés par les établissements sur la « plateforme-signalement ONVS », qui illustrent des situations de violences et d'incivilités vécues dans les diverses structures en milieu de santé. Toutefois, ces signalements ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. C'est la raison pour laquelle l'Observatoire des violences en milieu de santé (ONVS) engage depuis sa création des efforts importants de mobilisation des établissements afin que cette plateforme soit davantage renseignée.

2020

(2020). "Arrêts maladie chez les hospitaliers : impact fort des conditions de travail." Revue Prescrire **40**(444): 786-787.

Selon des enquêtes menées en France au cours des années 2010, le nombre de jours d'arrêt maladie observé chez les professionnels hospitaliers varie peu entre le secteur public et le secteur privé. Les raisons de ces arrêts maladie sont surtout liés aux conditions de travail, ainsi qu'à l'âge des salariés. Pénibilité des tâches et mécontentement par rapport à l'évolution de leur métier semblent être les principaux déterminants de l'état de santé des personnels hospitaliers, surtout infirmiers et aides-soignants.

Alphonse-Tilloy, I. et Devienne, E. (2020). "Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction." Management & Avenir Santé **6**(1): 15-38.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2020-1-page-15.htm>

Les innovations organisationnelles à l'hôpital sont considérées par les autorités de tutelle comme la pierre angulaire de la transformation du système de santé. L'introduction d'une pratique avancée dans une organisation de soin constitue un changement profond en bouleversant les frontières professionnelles. Une recherche-intervention menée au sein d'un service de soin hospitalier a permis d'observer et d'accompagner le processus d'intégration d'une Infirmière de Pratique Avancée au regard de la sociologie de la traduction et du management polyphonique du changement. La recherche permet d'identifier les facteurs facilitant le processus de traduction. Ils sont relatifs à l'adaptabilité de l'instrumentation de gestion, la pluralité des registres d'action du cadre de santé et l'existence de ressources de proximité.

Belorgey, N. (2020). "Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier." Revue française d'administration publique **174**(2): 405-423.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-405.htm>

La plupart des positions de pouvoir ou d'influence à l'hôpital sont occupées par des personnes relevant de quatre types de trajectoires professionnelles : médecins, directeurs d'hôpitaux, ingénieurs, cadres de santé. S'y ajoutent, pour dessiner la galaxie des intermédiaires du pouvoir hospitalier, les grandes administrations, les syndicats et les cabinets de conseil. Ces dernières décennies ont été marquées par une capacité croissante d'influence des cabinets de conseil, mais uniquement car ceux-ci sont parvenus à recruter des personnes issues des quatre filières traditionnelles. Cet article retrace la provenance en termes de recrutement de cette catégorie d'acteurs particuliers que sont les intermédiaires hospitaliers, et analyse leur positionnement en s'appuyant sur des données portant sur la période 2003-2008, qui correspond à un moment important de la réforme du système de santé.

Bonzom, F., Chabotier, C., Gasser-Metz, C., et al. (2020). Mieux accompagner les professionnels de santé : Quelle coordination territoriale et quels outils pour une structuration efficace des soins de ville ? Saint-Etienne EN3S: 59 , tab., fig., annexes.

[...] Face aux mutations de la demande de soins en France et aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont instauré des dispositifs de coordination ayant vocation à favoriser une pratique médicale collective et pluriprofessionnelle. [...] Malgré ces efforts, le déploiement de l'exercice coordonné reste inachevé en raison d'un isolement relatif des professionnels de santé et d'une offre d'accompagnement institutionnelle imparfaite. [...]. Dans ce contexte, le présent rapport a pour objet de

proposer des solutions afin de favoriser le déploiement de l'exercice coordonné sur l'ensemble du territoire. Il s'attache à ce titre à envisager des axes d'amélioration, notamment en offrant d'une part un accompagnement adapté aux besoins des professionnels de santé et en faisant évoluer d'autre part la culture des acteurs institutionnels d'une posture de contrôleur payeur à celle d'accompagnateur.

Brauman, R., Roy, B., Bretel, F., et al. (2020). "Covid-19 : autopsie d'une crise (2)." Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique(91): 101.

Depuis la mi-mars, les hypothèses d'un monde différent à la sortie du confinement ou de l'épidémie vont bon train sur le jour d'après. Promesses présidentielles solennelles d'un côté, paris sur une prise de conscience populaire qui se traduirait en mouvement social de l'autre... Rien de tout cela n'a été suivi d'effet. Le plus jamais ça est renvoyé aux calendes grecques. Comme si de rien n'était ? Pas vraiment ! Ce virus semble constituer un effet d'aubaine, c'est un turbo pour le rouleau compresseur néolibéral qui broie le service public de santé et affaiblit encore plus la Sécu en lui faisant payer les cadeaux aux entreprises sans contrepartie. Les mêmes ingrédients, responsabilité, culpabilité, encore et toujours se retrouvent dans cette recette libérale.

Charnoz, P., Delaporte, A., Dennevault, C., et al. (2020). "Evolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux." Dossiers De La Drees (Les)(69): 56.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd69.pdf>

Plusieurs publications donnent des éléments sur l'emploi salarié du secteur hospitalier, qui renvoient à des notions et des périmètres variables. Ces différentes mesures, tout en étant compatibles entre elles, sont marquées par des spécificités de champ et de concepts qui ne sont pas toujours suffisamment documentées, si bien que cela nuit à l'usage qui peut en être fait pour éclairer le débat public sur ce sujet.

Chatain, C., Morellec, S., Garel, B., et al. (2020). "Le Lean management et la satisfaction au travail à l'hôpital : Étude dans un centre hospitalo-universitaire français." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 7(1): 37-54.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-1-page-37.htm>

Depuis quelques années, de nouvelles approches managériales, telle que le Lean management, ont été développées en milieu hospitalier. Les retours d'expériences publiés sur la mise en place de cette démarche, rapportent à la fois des effets positifs, notamment en termes d'amélioration de la performance mais aussi des effets mitigés sur l'intensification du travail et la satisfaction au travail. Compte-tenu des écrits recensés dans la littérature, nous nous sommes interrogés quant à l'impact du Lean sur la satisfaction au travail des professionnels en milieu hospitalier. L'étude a été menée dans 10 services hospitaliers de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris : 5 ayant mis en place une démarche d'amélioration de type Lean et 5 ne l'ayant pas mise en place. La méthodologie employée était mixte de type quantitative et qualitative. Un questionnaire nous a permis d'évaluer la satisfaction au travail du personnel médical et paramédical. Il a été complété par des entretiens semi-dirigés à destination des cadres de santé pour objectiver les pratiques managériales. Au total, 160 questionnaires et 10 entretiens ont montré que le Lean impacte positivement différentes dimensions de la satisfaction au travail ($p < 0,05$). Ces résultats exploratoires sont encourageants et permettent ainsi de dessiner des nouvelles voies de recherche.

Chevandier, C. (2020). "Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers." Revue française d'administration publique **174**(2): 317-328.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-317.htm>

Depuis le milieu du XIX^e siècle, l'activité des hôpitaux n'a cessé de se modifier, nécessitant la mise en place de nouveaux métiers, dont le principal est celui d'infirmière. Mais les métiers en eux-mêmes, les qualifications comme les pratiques, ont singulièrement évolué tandis que les effectifs n'ont cessé de croître. Après la Libération, la mise en place de l'État social s'est accompagnée de la promotion d'un nouveau métier, celui de directeur, qui s'est peu à peu imposé face au corps médical.

Claris, O. (2020). Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS. Paris Ministère chargé de la santé: 156.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

La mission a recueilli les perceptions de nombreux acteurs hospitaliers de toutes professions, qu'ils soient au cœur de la gouvernance ou qu'ils travaillent au plus près des patients. Ces nombreux échanges lui ont permis de dresser des constats solides quant au fonctionnement actuel de la gouvernance de l'hôpital public, à son organisation interne et aux « irritants du quotidien » qui en découlent, et de formuler 56 recommandations pour l'améliorer, dont 20 recommandations principales peuvent être extraites. La mission a également pu identifier, au cours de ses échanges avec les acteurs rencontrés et par le biais des réponses au questionnaire, de nombreuses initiatives déjà existantes dans certains établissements, qui donnent pleinement satisfaction et mériteraient d'être généralisées. Ainsi, 27 items intitulés « bonnes pratiques managériales à généraliser » sont ainsi proposés au fil du rapport, en complémentarité avec les recommandations formulées par la mission.

Duarte, A. P. et Sibe, M. c. (2020). "Prendre soin des professionnels de santé : quelles modalités d'accompagnement pour favoriser la qualité de vie au travail." Actualite Et Dossier En Sante Publique(110): 51.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1171>

Finalisé en janvier 2020, ce dossier souhaite mettre en lumière l'importance d'un accompagnement favorable à la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Entre-temps, la pandémie de la Covid-19 s'est installée, mettant à l'épreuve l'ensemble de la population et de notre système de soins. En soi, la difficulté de l'épidémie n'est peut-être pas tant de gérer le risque (les professionnels y sont préparés et formés), mais davantage d'inventer in vivo un management de l'incertitude liée à un risque inconnu, contraignant à décider malgré des informations contradictoires, parcellaires, fluctuantes. Nous avons eu peur collectivement du chaos.

France Stratégie (2020). Les métiers au temps du corona : étude et annexe méthodologique. Paris France Stratégie: 16 +18.
<https://f.infos.france-strategie.fr/o/?s=162a-216d1-33AD-4b450ef2-3a50>

À la mi-mars 2020, l'épidémie de Covid-19 a imposé un arrêt partiel ou total d'activités jugées « non essentielles », quand d'autres sont mobilisées face à l'urgence. Au-delà de sa dimension économique, cette crise affecte aussi les conditions de vie et les conditions de travail, renforçant des vulnérabilités existantes et en générant de nouvelles. Cette note d'analyse propose une typologie inédite des métiers dans la crise en cinq groupes.

Gonalon, R. et Loron, A. (2020). "Attirer et fidéliser médicaux et paramédicaux. S'inspirer des start-up ?" Gestions Hospitalières(595): 217-221.

La plupart des établissements sanitaires et médico-sociaux sont confrontés à des difficultés de recrutement des personnels de santé, du radiologue à l'anesthésiste en passant par l'infirmier de bloc opératoire ou le masseur-kinésithérapeute. Les start-up rencontrent elles aussi des difficultés dans l'attraction et la rétention de talents rares, du développeur au commercial, issus des meilleurs parcours académiques ou ayant démontré des compétences techniques, en particulier dans le développement de logiciels. Certes, ce sont des organisations sensiblement différentes des établissements de santé, pour autant, l'efficacité de certaines de leurs pratiques RH ainsi que les problématiques qu'elles rencontrent, similaires à celles des établissements de santé dans le recrutement de compétences rares, rend cette analyse opportune. Par ailleurs, nombre de start-up ont atteint une taille comparable à celle de certains établissements sanitaires ou médico-sociaux. Or, elles ont conservé les pratiques RH de leurs origines, les ont améliorées et continuent à jouir d'un faible turn-over. Les auteurs sont convaincus qu'une partie de ces pratiques RH est transposable aux établissements de santé, dans le respect des spécificités du secteur

Insee (2020). Professionnels de santé au 1er janvier 2018. Comparaisons régionales et départementales, Paris : INSEE

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

Laville, C. (2020). "Comment améliorer les conditions de travail des infirmiers ?" Actualité Et Dossier En Santé Publique(110).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1171>

Medevielle, P. (2020). La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 40.

<http://www.senat.fr/rap/r19-563/r19-5631.pdf>

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide. Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en œuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre. Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en œuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (2020). Le Ségur de santé : les conclusions, Paris : Ministère chargé de la santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

Après la signature des accords du Ségur de la santé qui consacrent 8,2 milliards d'euros à la revalorisation des métiers des établissements de santé et des Ehpad et à l'attractivité de l'hôpital public, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté les conclusions du Ségur de la santé le 21 juillet 2020. Le ministre s'est appuyé sur le rapport remis par Nicole Notat, animatrice du Ségur de la santé, pour retenir des mesures et des orientations fortes afin de poursuivre la modernisation du système de santé en France et d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les principales conclusions du Ségur de la santé : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants ; 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD, et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français ; 15 000 recrutements à l'hôpital public ; Accélérer la sorite du "tout T2A" (tarification à l'acte) et privilégier la qualité des soins ; Financer l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande » ; Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public ; Redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé ; Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients.

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (2020). Ségur de la santé : accords du Ségur de la santé : carrières, métiers et rémunérations. Paris Ministère chargé de la santé: 12.

Ce dossier de presse présente les accords du Ségur de la santé qui consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Ce dossier de presse porte sur les carrières et les rémunérations des professions de santé : accords sur la fonction publique hospitalière, accords sur les professionnels médicaux à l'hôpital public, résultats des concertations avec les internes et les étudiants des filières médicales et paramédicales

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2020). Ségur de la santé : consultation en ligne des professionnels - juin-juillet 2020. Paris Ministère chargé de la santé: 52.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/7z/contributions_-_segur_de_la_sante.7z

Ce rapport présente les conclusions de la concertation menée auprès des différents acteurs de santé dans le cadre du Ségur de la santé.

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. . Paris, F. R. A. (2020). Ségur de la santé : les conclusions. Paris Ministère chargé de la santé: 58.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>

Ce dossier de presse présente les conclusions du Ségur de la santé suite aux accords intervenus en juillet 2020. Elles consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les conclusions reposent sur les conclusions de la mission Claris sur la gouvernance de l'hôpital ; les recommandations de la mission Notat ; les résultats de la

consultation en ligne des professionnels ainsi que les 108 contributions des acteurs du système de santé français. Elles s'articulent autour de 33 propositions

Notat, M. (2020). *Séjour de la santé : recommandations de la mission*. Paris Ministère chargé de la santé: 148.

Ce rapport présente les recommandations de la mission menée par Michèle Notat dans le cadre du Séjour de la santé. Ces conclusions seront reprises dans les conclusions des accords de Séjour en juillet 2020.

Olivier, C., Brunet, J. B., Bouvet, E., et al. (2020). "Contexte de contamination des soignants par le SARS-CoV-2 pendant la première vague de l'épidémie en France." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)*(35): 689-695.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-8-decembre-2020-n-35>

Deux mille trois cent vingt-neuf professionnels de santé, exerçant en établissements de soins, médico-sociaux ou dans le secteur libéral, contaminés par le SARS-CoV-2 pendant la première vague de l'épidémie en France, ont répondu à une enquête par questionnaire en ligne sur les circonstances potentielles de leur contamination. L'analyse fait apparaître des différences importantes dans l'utilisation de masques de protection adaptés au risque d'infection. Ces différences sont à mettre en relation avec la disponibilité de ces équipements et les recommandations ou protocoles utilisés, variables suivant le type d'établissement et le secteur d'activité pendant la période de février à avril 2020 où se sont produites 96% des contaminations des répondants lors de cette première phase de l'enquête. Celle-ci se poursuit jusqu'en avril 2021.

Stiegler, B., Lagabrielle, F., Morisot, D., et al. (2020). "Covid-19 : autopsie d'une crise (1)." *Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique*(90): 93.

Ce dossier est consacré à la pandémie Covid-19 survenue dans un contexte de délabrement du service public de santé. On y suit le témoignage des difficultés rencontrées par les soignants, leurs réflexions, leurs analyses, selon leur place et lieu de travail. On voit aussi comment des citoyens se sont mobilisés et organisés pour faire face au confinement. L'idée est de rendre compte de cette crise, toujours en cours, en référant l'expérience de ces acteurs à l'histoire de la déconstruction politique et idéologique des moyens et principes du soin qui vise à faire de la santé un produit commercial rentable... Cette pandémie, qui s'est déclarée au cœur d'un bras de fer entre les soignants et l'État, agit comme un révélateur sociétal.

Telle-Lamberton, M. et Bouscaren, N. (2020). "Quels « travailleurs-clés » lors de la première vague de Covid-19 ?" *Focus Sante En Ile-De-France*: 24.

www.ors-

idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/travailleur/2020_Focus_travailleurs_cles_2020-12-01.pdf

En Île-de-France, durant le premier confinement, plus de 700 000 travailleurs ont poursuivi leur activité sur leur lieu de travail habituel dont 500 000 plus particulièrement exposés, c'est-à-dire dans des métiers au contact de malades Covid-19 ou occasionnant de nombreux contacts sociaux. Du fait du caractère indispensable de leurs activités, ces professionnels sont souvent qualifiés de « travailleurs-clés ». Dans un contexte épidémique et de

confinement, leur mobilisation sur le terrain a pu conduire à une surexposition au virus Sars-CoV-2 par rapport à l'ensemble de la population.

2019

Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., et al. (2019). "Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout...." *Sante Publique* **31**(1): 113-123.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-1-page-113.htm>

Objectif : Les prévalences de dépression, d'idées suicidaires et de syndrome d'épuisement professionnel sont plus élevées chez les médecins par rapport à la population générale. Alors que les jeunes médecins semblent davantage concernés, en France, peu de travaux se sont intéressés spécifiquement aux facteurs de qualité de vie au travail de cette population. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de stress liés à l'organisation du travail et aux relations sociales au travail, tels qu'ils sont perçus par les jeunes médecins hospitaliers. Méthode : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de praticiens hospitaliers ayant moins de 10 années d'exercice. Une analyse manuelle du contenu des entretiens a été réalisée par trois enquêteurs et complétée par une analyse lexicale informatisée. Résultats : Dix-huit praticiens ont été interrogés. Cinq grandes catégories de contraintes psychosociales et organisationnelles ont été identifiées. Le travail en équipe et la communication sont globalement associés à un ressenti positif. Le rythme de travail, le statut professionnel, les facteurs organisationnels et les conditions matérielles sont jugés insatisfaisants. Les jeunes médecins sont cependant satisfaits du contenu de leur travail, notamment du fait de l'émulation scientifique et du développement des compétences. Conclusion : Les résultats de cette étude devraient permettre de mieux cibler les actions de prévention afin d'améliorer les conditions de travail des jeunes médecins. Il apparaît prioritaire de réduire leur charge de travail ou de réglementer leur temps d'activité, d'offrir une meilleure stabilité à leur emploi et de leur procurer de meilleures conditions matérielles d'exercice.

Besnard, X. et Glenat, P. (2019). "Les salaires de la fonction publique hospitalière." *Insee Premiere*(1778): 4.

<https://insee.fr/fr/statistiques/4238670>

En 2017, un agent de la fonction publique hospitalière (FPH) perçoit en moyenne 2 288 euros nets par mois en équivalent temps plein ; cette moyenne prend en compte tous les salariés des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou personnels médicaux. Entre 2016 et 2017, ce salaire augmente en moyenne de 0,3 % en euros constants. En 2017, les disparités salariales dans la FPH sont quasiment stables, en dépit d'un léger recul des salaires dans le haut de l'échelle. Le salaire net des femmes est inférieur de 20,5 % à celui des hommes ; à caractéristiques identiques, l'écart salarial est de 3,5 %. Pour les salariés présents toute l'année en 2016 et en 2017 chez le même employeur et avec la même quotité de travail, soit deux tiers des agents de la FPH, le salaire net moyen augmente de 1,3 % en euros constants. Ceci reflète la progression de leur ancienneté et de leur carrière.

Chataigner, N., Julliard, S. et Soulat, L. (2019). "L'emploi dans la fonction publique hospitalière." *Questions Retraite & Solidarite : Les Etudes*(28): 12 ,tabl., graph.

<https://retraitesolidarite.caissesdesdepots.fr/content/questions-retraite-solidarit-les-tudes-n-28>

Au cours de l'année 2016, la fonction publique hospitalière (FPH) a employé 1,2 million de personnes hors praticiens hospitaliers, internes et externes, dont 32 % de contractuels. Toutefois, les contrats étant souvent de courte durée, le temps de travail hebdomadaire plus réduit et les niveaux de rémunération plus faibles que pour les fonctionnaires, les contractuels ne représentent que 21 % de l'emploi public hospitalier en équivalent temps plein (ETP) et 18 % de la masse salariale. Entre 2011 et 2016, la part des fonctionnaires en ETP a diminué de 2 points sous l'effet à la fois d'une augmentation du nombre de contractuels et d'une hausse de leur durée annuelle moyenne travaillée. Les rémunérations moyennes des contractuels et leur ancienneté ont également augmenté plus fortement sur la période. Les contractuels forment une population assez jeune et concentrée sur des emplois de catégorie C. 34 % des emplois de la FPH sont occupés par des aides-soignants et des agents des services hospitaliers (ASH), et 25 % par des infirmiers. Les rémunérations en ETP annualisé des contractuels sont en moyenne inférieures à celles des titulaires avec des écarts variables selon les emplois (de 9 % pour les aides-soignants et ASH et de 27 % pour les infirmiers qui sont les deux principaux emplois). Les centres hospitaliers généraux concentrent la moitié de l'emploi. Au sein des centres hospitaliers régionaux, universitaires, généraux et spécialisés, 30 % de l'emploi est occupé par des aides-soignants et ASH et 27 % par des infirmiers, alors que les maisons de retraite comptent 55 % d'aides-soignants et d'ASH et 8 % d'infirmiers.

Couty, É. (2019). "La médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médicosociaux publics : un service émergent face à de grands défis." L'information psychiatrique **95**(5): 317-322.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-5-page-317.htm>

Résumé L'hôpital et les établissements médicosociaux connaissent des conflits interpersonnels qui peuvent durer des années, s'exprimer parfois avec violence, sous forme de maltraitance, de harcèlement ou de relations exécrables entre deux ou plusieurs professionnels donnant lieu à des contentieux ordinaux, pénaux ou administratifs quand l'institution est impliquée. Ces conflits sont toujours douloureux pour ceux qui les vivent et ils ont des conséquences sur le fonctionnement du service, du pôle ou de l'établissement dans lesquels ils se déroulent. Ils pèsent sur la qualité de la prise en charge des patients. La souffrance au travail qu'ils génèrent et leur caractère délétère pour toute une équipe dégradent la qualité de vie au travail et nuisent à la bonne qualité des soins. Analyser les causes de ces conflits et tenter de les prévenir est aujourd'hui un enjeu majeur. La mise en place d'un service de médiation pour les personnels des établissements est, avec la conciliation locale à structurer, un outil de traitement de ces conflits. Un réseau de médiateurs régionaux, animé par un médiateur national va être mis en place en 2019. L'objectif est de traiter précocement et de régler des conflits pour aider à mieux les connaître pour mieux les prévenir. Il n'y a pas de bons soins sans une bonne qualité de vie au travail, pas de bonne qualité de vie au travail sans reconnaissance de la bonne qualité des soins et reconnaissance des efforts de la recherche collective de l'efficacité et enfin pas de recherche d'efficacité possible sans bonne qualité des soins et bonne qualité de vie au travail.

Cristofalo, P., Petit Didiariel, et Minvielle, E. (2019). "La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante **37**(3): 259-282.

Dans les établissements de santé en France et à travers le monde, l'amélioration du travail en équipe est présentée comme une réponse au problème de la sécurité des soins. Cette politique est portée par la Haute autorité de santé (HAS) et prend forme dans un programme fournissant divers supports à des équipes volontaires désireuses d'améliorer leur

fonctionnement. L'article saisit la mise en œuvre de ce programme comme un terrain opportun pour étudier comment les professionnels de santé, au sein des services, pratiquent le travail en équipe. Notre analyse repose sur une méthodologie qualitative (entretiens, observations) auprès de trois services. Nous avons construit une grille d'analyse à partir du concept de Teaming d'Edmondson (2012), que nous traduisons par faire-équipe. Ce concept identifie cinq dimensions décisives : l'existence de représentations partagées du travail, la création d'un climat de confiance entre membres de l'équipe, la capacité à affronter les échecs pour mieux les surmonter, la capacité à enjamber les frontières de l'équipe et la production d'un leadership pour articuler ces différentes dimensions. Cette grille permet d'observer comment les professionnels tentent de développer et d'améliorer de manière durable leur travail en équipe. Les résultats montrent qu'au-delà de l'enthousiasme initial, faire équipe s'avère laborieux. Les dimensions considérées comme nécessaires au travail en équipe ne sont souvent pas présentes. En outre, diverses contraintes d'ordre structurel pointent les limites des politiques d'équipe pensées à l'échelle d'un service.

Lefebvre, V. et Saugrin, E. (2019). "Qualité de vie au travail et innovations managériales : colloque Adrress." Gestions Hospitalieres(589): 494-499.

Cet article rend compte de la huitième édition du colloque annuel de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (adRHess) du 7 juin 2019 sur le thème de la qualité de vie au travail. En ouverture de ce colloque, le président de l'association, Matthieu Girier, a souligné le contexte actuel de grève dans plusieurs services d'urgence et les difficultés des soignants dans leur travail. Les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail ne doivent pas seulement améliorer le cadre de travail, mais contribuer à la transformation des organisations. La QVT propose l'amorce d'un management plus collaboratif, avec de nouveaux espaces de concertation au sein des établissements et des services.

Madeline, B., Da Silva, N., Domin, J. P., et al. (2019). "Comment va la santé en France ? Dossier." Cahiers Francais(408): 17-95.

Ce dossier fait le point sur la santé en France en abordant plusieurs problématiques : l'état de santé, le financement des soins, les conditions de travail à l'hôpital, la politique de la dépendance, la promotion et la prévention de la santé, la redéfinition de la relation médecin-patient, le dispositif de veille sanitaire et la politique du médicament. Il termine sur quelques chiffres et dates clés.

Reydellet, A., Riom, I., Fontaine, A., et al. (2019). "L'attractivité des structures hospitalières pour les internes et jeunes praticiens : revue de littérature." Gestions Hospitalieres(589): 509-512.

Les structures hospitalières privées et publiques sont soumises à une pression salariale forte. La raréfaction des ressources du marché, conséquence de la régulation médicale des trois dernières décennies, peine à être endiguée par l'ouverture aux diplômés de l'Union européenne. Une raréfaction des ressources et des tensions en ressources humaines qui interrogent sur l'efficacité du recrutement pour maintenir l'offre de soins. Dans ce contexte, le sujet de l'attractivité hospitalière dans la littérature internationale peut éclairer le débat français. Les auteurs présentent ici une synthèse des connaissances issues de cinq sources – PubMed, Scopus, Cairn, Science Direct et Google Scholar – via différentes combinaisons de mots clés?: attractivity, human ressources, medical ressources, resident, magnet hospital, intern, hospital management, hospital-physician relations, medical staff, hospital, physician.

Tsimaratos, M., Devictor, B. et Gentile, S. (2019). *Repenser l'hôpital : Rendez-vous manqués et raisons d'espérer*. Paris Michalon: 283.

Tout au long de son histoire, l'hôpital a connu de nombreuses réformes. La réforme de la T2A (tarification à l'activité) s'inscrivait dans une préoccupation d'amélioration du système de santé, mais elle a désorienté les personnels hospitaliers, mal préparés à ce changement. Dès sa mise en place, elle a entraîné une nouvelle forme de management et augmenté la pression déjà forte des exigences qualitatives et quantitatives dans un contexte de contraintes économiques et budgétaires. Dix ans après, les conditions de travail à l'hôpital se sont considérablement dégradées, faisant apparaître le risque d'épuisement professionnel. La qualité et la sécurité ne doivent-elles concerner que les aspects médico-économiques ? Les soins ont-ils tous vocation à être rentables ? La recomposition hospitalière a transformé des hôpitaux dédiés à l'accueil des malades en structures de production de soins fréquentés par des usagers. La santé publique est devenue un acteur de l'économie nationale. Mettant en perspective la complexité, la densité, voire parfois l'incohérence du système actuel, les regards croisés de deux praticiens hospitaliers et d'une économiste de la santé permettent de faire un état des lieux assez éloigné des traditionnelles recommandations et rapports d'experts. Le management pyramidal et hiérarchique, couplé à une vision purement financière, a vécu. Il est urgent de replacer l'humain au cœur des préoccupations de tous les acteurs de la filière santé.

2018

Benallah, S. et Domin, J. P. (2017). "Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?" *Revue De L'ires*(91-92): 155-183.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

Dussuet, A., Nirello, L. et Puissant, E. (2017). "De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social." *Revue De L'ires*(91-92): 184-211.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118), est désormais affiché au niveau politique national. Il

s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile ; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent.

Minvielle (E.), e. a. (2018). Manager une organisation de santé : L'apport des sciences de gestion. Rennes : EHESP

Cet ouvrage présente les facettes du management des organisations de santé et les grandes questions qui l'animent: quelles stratégies mettre en place pour changer les comportements des patients ou des professionnels ? Quelles sont les limites du Lean Management ou des indicateurs qualité pour transformer les pratiques ? Comment améliorer la coordination au sein des métiers ? Quelles sont les formes d'évaluation du changement organisationnel émergentes? Présentant de nombreuses préconisations, cet ouvrage donne aux étudiants et chercheurs en sciences de gestion, aux managers un aperçu de la contribution des sciences de gestion à l'amélioration des pratiques et du parcours de soins.

Motte, B. et Roynard, J. (2018). "Le service civique : Une opportunité au CHU de Toulouse." Gestions Hospitalières(574): 155-157, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP IC8R0xlo. Diffusion soumise à autorisation]. Créé en mars 2010, le service civique, qui a pour objectif de renforcer la cohésion nationale et favoriser la mixité sociale, offre la possibilité aux jeunes de 16 à 25 ans de s'engager pour une durée de six à douze mois dans une mission d'intérêt général. Bénédicte Motte décrit ici l'ouverture du CHU de Toulouse aux jeunes ayant opté pour ce dispositif. (R.A.).

Pecker, S. (2018). "Accompagnement des parcours professionnels. Au CHRU de Nancy, un dispositif innovant." Revue Hospitaliere De France(580): 38-39.

[BDSP. Notice produite par EHESP tlmR0x9l. Diffusion soumise à autorisation]. Le CHRU de Nancy emploie 8 149 équivalents temps plein de personnels médicaux et non médicaux (hors internes et étudiants), représentant 8 936 agents et une masse salariale de 478,4 MEUR. Au regard des défis auxquels est confronté l'établissement tant sur le plan de la qualité des soins que de l'efficacité des organisations, la direction a engagé en 2013 un plan de refondation visant à restructurer les services soignants, administratifs et techniques. Avec en particulier un objectif ambitieux de réduction des postes, ce plan s'est traduit notamment par la mise en place d'une cellule de mobilité évoluant aujourd'hui en une unité chargée de l'accompagnement individuel des parcours professionnels, ouverte à l'ensemble des agents de l'institution : le conseil en positionnement et parcours professionnel. (R.A.).

Rousseau, A. et D'Autume, C. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé : 26.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_evolution_des_metiers.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes du système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de

créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

Sammour, Y., Sauveplane, P., Flieller, B., et al. (2018). "Déploiement d'un outil de reporting individuel : Retour d'expérience du CHU de Nancy." Gestions Hospitalières(573): 89-93, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP C9R0x988. Diffusion soumise à autorisation]. Le CHU de Nancy s'est engagé depuis 2014 dans une démarche de recensement et de mise à disposition de données d'activité individuelle par praticien, accessible à chaque praticien et aux responsables médicaux. L'outil développé en interne a vocation à être utilisé dans un objectif de management médical personnel et collectif. Sa mise en place est progressive, liée à la maîtrise du recueil de chaque type d'activité dans chaque service, et requiert une communication adaptée au sein de la communauté médicale pour en obtenir l'adhésion. (R.A.).

Shadili, G., Goumard, D., Provoost, J. P., et al. (2018). "Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers." Information Psychiatrique (L') **94**(4).

Le « burn-out », ou syndrome d'épuisement au travail, est très controversé. Il concerne dans une large mesure les professionnels de santé et notamment les médecins. Il est mésestimé, source de dépression, de suicide, de conduites addictives et d'insatisfaction professionnelle. Le taux de burn-out des médecins français serait compris entre 38 % et 52 % et près d'un quart des médecins (23 %) ne chercheraient pas d'aide s'ils se trouvaient en situation de souffrance psychologique et plus de la moitié (54 %) ne sauraient pas vers qui se tourner. De fait, la France a donc un certain retard dans la prise en charge de ce fléau même si certains proposent qu'il soit reconnu comme maladie professionnelle. Cet article a pour objet d'en définir la clinique et de faire une liste non exhaustive des moyens de préventions et d'accompagnement.

Tesniere, A., Rist, S. et Riom, I. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Adapter les formations aux enjeux du système de santé : Rapport final. Paris MSSPS: 53 , tab., graph., fig. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formations.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes dU système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

2017

Aguilard, S., Colson, S. et Inthavong, K. (2017). "Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature." Sante Publique **29**: 241-254.

Benallah, S. et Domin, J.-P. (2017). "Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

entre 1998 et 2013 ?" Travail et emploi **152**(4): 5-31.

Cet article s'intéresse à l'évolution des conditions de travail à l'hôpital au cours des quinze dernières années. Cette question est importante dans le contexte des réformes menées au sein du secteur depuis le début des années 1990, qui y ont provoqué de profondes réorganisations. Dans un premier temps, nous faisons le point sur l'état des connaissances concernant les conditions de travail à l'hôpital. Nous étudions ensuite, à partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, l'évolution entre 1998 et 2013 des contraintes de rythme et de diverses formes de pénibilités du travail à l'hôpital, comparativement à d'autres secteurs d'activité. Enfin, nous analysons, toutes choses égales par ailleurs, les spécificités actuelles du secteur en matière d'exposition aux contraintes de rythme, aux horaires décalés, aux pénibilités physiques et à un environnement de travail dégradé. Nous observons, sur la période 1998-2013, une nette augmentation des contraintes de rythme s'exerçant sur les personnels hospitaliers. Celle-ci s'accompagne d'une légère diminution des pénibilités physiques. Mais l'hôpital demeure particulièrement contraint du point de vue des conditions de travail.

Bernabe-Gelot, A., Carre, Y., Parayre, S., et al. (2017). "L'hôpital, les médecins et le management : Ce qu'en pensent les praticiens hospitaliers." Gestions Hospitalieres(571): 604-607, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9plsq. Diffusion soumise à autorisation]. En novembre 2015, l'Intersyndicat de praticiens hospitaliers (INPH) a donné la parole à ces praticiens dont on dit qu'ils sont individualistes et ingérables, qu'ils ne coopèrent pas ou peu aux nécessaires changements permettant à l'hôpital d'évoluer vers une plus grande efficacité, mais aussi qu'ils sont d'une grande compétence, qu'ils souffrent et qu'ils abandonnent l'hôpital. Qu'attendent-ils de l'hôpital, eux qui l'ont choisi sciemment, activement ? Choisiraient-ils toujours l'exercice à l'hôpital ? Et que pensent-ils du management médical à l'hôpital, dans lequel certains sont fortement impliqués ? En analysant les réponses des praticiens, plus qu'un désamour, c'est un chagrin d'amour que les auteurs ont exploré. (R.A.).

Digeon, J. et Lafitte, E. (2017). "Recrutement médical à l'hôpital. Comment provoquer l'attractivité ?" Revue Hospitaliere De France(575): 51-53, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7oR0xnq9. Diffusion soumise à autorisation]. Considérer le praticien que l'hôpital souhaite recruter en "client" auquel est proposée une offre est une approche inédite. Elle nous invite à porter notre attention sur ses besoins et ses attentes, afin de mieux y répondre. Comment éveiller sa curiosité, lui donner envie de rejoindre un territoire, un établissement, une équipe, une structure ? Retour sur les choix opérés par le groupe hospitalier Seclin-Carvin afin d'être attractifs, qualitatifs et concurrentiels. L'importance d'une bonne communication et d'un accueil sans faille est souligné ainsi que l'établissement d'un lien de confiance.

Godeau, P. (2017). "Hôpital public et exercice libéral : une complémentarité nécessaire ?" Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **200**(4-5): 763-770.

L'auteur qui a bénéficié d'une expérience médicale professionnelle de 60 années à la fois en secteur public et en secteur privé, expose, dans cet article, ses réflexions personnelles sur les avantages et les inconvénients de ces deux systèmes. La complémentarité semble avérée pour une meilleure qualité des soins des patients.

Houssel, M. (2017). "Attractivité médicale, actions et outils." Revue Hospitaliere De France(575): 32-33, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP CtjR0xqs. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération hospitalière de France a choisi de placer le renforcement de l'attractivité médicale au cœur de ses travaux et de développer les propositions formulées sur l'attractivité médicale dans sa plateforme politique. À l'occasion d'Hôpital Expo 2017, sa commission "attractivité" lance un programme d'actions pour l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques, la structuration d'une vision prospective et le déploiement d'un axe formation/communication. (R.A.).

Lefevre, K., Lyda-Truffier, A. et Rassat, P. (2017). "Télétravail et ressources humaines hospitalières." Revue Hospitaliere De France(574): 38-41.

[BDSP. Notice produite par EHESP mlpR0x9l. Diffusion soumise à autorisation]. Le télétravail hospitalier semble une question incongrue. Comment le déployer dans un secteur où la relation avec l'utilisateur est primordiale et s'envisage difficilement à distance ? Dans un contexte de réorganisation et de contraintes budgétaires qui voit se développer processus d'optimisation des organisations de travail et prévention des risques psychosociaux, peut-il constituer un outil complémentaire de gestion des ressources humaines ? Après un retour sur les démarches déployées hors de nos frontières (Québec, États-Unis), les auteurs présentent l'expérimentation lancée au centre hospitalier de Valenciennes.

Lemaire, A., Gritton, A.-C. et Bourret, R. (2017). "Délégation polaire et gestion médicalisée : Sources d'attractivité médicale." Revue Hospitaliere De France(578): 60-64, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP mR0xmEJs. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital public, dans un contexte démographique contraint, peine à se rendre attractif auprès des jeunes médecins et à fidéliser les médecins seniors dans leur carrière hospitalière. L'enjeu est crucial. Des solutions, fragiles, se profilent cependant pour faire de l'hôpital public un nouveau tropisme. Après un panorama des principales mesures arrêtées par le plan d'action ministériel de 2015 en faveur de l'attractivité médicale, cet article présente l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes : son modèle de délégation de gestion quasi exhaustive aux pôles sous-tend, positivement, la dynamique de l'établissement et du recrutement médical. Cet article met aussi en perspective le versant médical des "hôpitaux magnétiques" comme vecteur d'attractivité. (R.A.).

Pollak, C. et Ricroch, L. (2017). "Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions." Etudes Et Resultats (Drees)(1038): 6.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/arrets-maladie-dans-le-secteur-hospitalier-les-conditions-de-travail-expliquent>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xFllor. Diffusion soumise à autorisation]. En France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs. Dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, le nombre de jours d'absence pour maladie équivaut à celui des hôpitaux publics, y compris à structure de main-d'oeuvre, et conditions de travail comparables. Selon les professions, les écarts sont importants. Ils s'expliquent par des différences de conditions de travail, notamment l'exposition aux contraintes physiques. Les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles en particulier constituent aussi des déterminants importants de recours aux arrêts maladie.

Vautier, V. (2017). "Santé psychologique et qualité de vie au travail : Mobiliser les ressources

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

collectives." Gestions Hospitalieres(566): 303-306.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x7BDJE. Diffusion soumise à autorisation]. La qualité de vie au travail (QVT) est une condition de la qualité des soins. Cette conviction, portée par la Haute Autorité de santé (HAS), est à l'origine de l'introduction d'un critère sur la "promotion de la qualité de vie au travail" dans le manuel de certification V2010. La HAS et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail suggèrent que les projets QVT des établissements s'orientent vers l'amélioration des collectifs et de la mise en discussion sur le travail au sein des unités fonctionnelles. C'est cette orientation qu'a prise un groupe de travail pluridisciplinaire de l'hôpital d'instruction des armées de Toulon en janvier 2016. (R.A.).

Vinot, A. et Vinot, D. (2017). "Le management au défi du stress des professionnels dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(4): 159-177.

Objectif : L'objectif de cet article est de proposer un outil de mesure de perception du stress au sein de structures médico-sociales et à en analyser les résultats. Champs de l'étude : Cette recherche a été menée au sein de 26 Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) répartis sur toute la France et intègre des structures citadines, rurales, de tailles, de statuts et de niveau de dépendance différents. Population étudiée : Tous les professionnels présents au sein de l'établissement au moment de l'étude. Méthode : Le questionnaire a été construit à partir de de trois structures pilote. Chaque échelle a été testée en fonction des alphas de Cronbach, α . Les résultats ont été exploités via une régression linéaire multiple de la fonction perception du stress. Résultats : La recherche porte sur 914 professionnels qui ont participé à cette étude. Le questionnaire comporte 42 questions portant sur des variables spécifiques aux conditions de travail et d'autres plus spécifiques aux critères identifiés lors des phases de pré test. L'alpha de Cronbach fait apparaître un coefficient de .893, quant aux 13 questions relatives aux conditions de travail, et de .848 quant aux 21 questions spécifiques au stress identifiées en focus group. Les résultats mettent en exergue 8 facteurs propres au rythme de travail, à la clarté des missions, aux interruptions des activités, au sens au travail, à la relation avec les résidents ou avec les collègues, aux ordres contradictoires et à l'encadrement. Conclusions : Certains facteurs tels que la relation avec les familles n'interviennent pas dans l'analyse des causes du stress, mettant en avant des facteurs organisationnels plus marqués, qui sont de réels leviers d'actions pour le manager.

2016

Barlet, M., et al. (2016). "Portrait des professionnels de santé." Serie Etudes Et Recherches - Document De Travail - Drees(134): 123.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xknpr8. Diffusion soumise à autorisation]. Au travers de fiches pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit un état des lieux inédit sur les 1,9 millions de professionnels de santé qui exercent en France. Il livre les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Les deux premières parties dressent un panorama de la profession, ses évolutions et les spécificités des différents exercices puis ses rémunérations selon le mode d'exercice, le métier ou la spécialité exercés. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Une dernière partie esquisse les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels telle qu'elle pourrait se dessiner sur le territoire.

Blond, M. (2016). "Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn out." Information Psychiatrique (L') **92**(8): 625-639.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xHCDH. Diffusion soumise à autorisation]. Les difficultés psychiques des médecins ne sont plus ignorées aujourd'hui. Les études françaises et internationales révèlent des taux de suicide élevés au sein de la population médicale, plus qu'en population générale. La prévalence des médecins en état d'épuisement professionnel est inquiétante. Cette étude, menée au printemps 2014 auprès de psychiatres hospitaliers, a pour objectif de comprendre les origines de cette souffrance, à travers un questionnaire auquel 840 psychiatres ont répondu. Les résultats montrent la présence de plusieurs facteurs environnementaux pouvant participer à l'apparition d'une souffrance au travail : stress excessif, pression temporelle élevée, conflit vie professionnelle/vie privée, poids de l'administration et de l'administratif, exigence croissante des patients. Les femmes psychiatres sont globalement plus touchées.

Bourgueil, Y. (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 6 : Ressources humaines et organisation du travail en santé. Paris HCAAM: 14.

Ce texte vise à souligner l'importance de la ressource humaine dans l'organisation du travail et le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. Il propose dans une première partie des éléments de compréhension sur les déterminants de l'organisation du travail en santé et illustre dans un deuxième temps les spécificités de l'innovation organisationnelle en santé telles qu'elles se sont déployées en France ces 20 dernières années et propose en conclusion quelques éléments d'appui pour la transformation de l'organisation des soins notamment ambulatoires.

Drexler, A. (2016). "DPC 2.0 : Ready, set, go !" Revue Hospitaliere De France(571): 18-26, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP Alpo7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Top départ pour la mise en oeuvre, le 1er janvier 2017, d'une nouvelle réforme de la formation continue des professionnels de santé avec la publication du décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016. Si le développement professionnel continu (DPC) demeure obligatoire et exigible pour chaque professionnel de santé, la manière de remplir cette obligation évolue. Tout comme l'organisation nationale, les modalités de suivi par l'employeur et les modalités d'habilitation des organismes. Quelles sont les étapes à envisager, les nouveautés, les enjeux et points de vigilance ? Quels sont les impacts pour les établissements publics de santé qui construisent leur plan de formation 2017 ou qui s'étaient constitués organismes de DPC ? Qu'en est-il de l'analyse des pratiques professionnelles qui ne constitue plus une obligation au sein du DPC ?

Duarte, A.-P. (2016). "Résistance passive à l'hôpital : Les situations de crise sont-elles un antidote ?" Gestions Hospitalieres(554): 160-163.

[BDSP. Notice produite par EHESP oFGkGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La résistance passive génère des dysfonctionnements dans les structures hospitalières avec des conséquences non seulement économiques mais également managériales et relationnelles. Les situations de crise à l'hôpital, de par la charge émotionnelle qu'elles comportent en sollicitant le personnel médical et paramédical à un travail d'équipe intense sur une période de stress extrême, peuvent-elles représenter un levier pour désamorcer les mécanismes de défense qui génèrent cette résistance ?

Poinsignon, H. et Frouin, C. (2016). "Aménagement du temps travail à l'hôpital : lorsque le juge devient le régulateur des conflits." Revue Hospitaliere De France(570): 26-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 88GR0x7I. Diffusion soumise à autorisation]. A l'hôpital, la rigueur budgétaire, qu'on appelle aussi "sérieux budgétaire" ou encore "austérité", est maintenue dans la durée. Le gouvernement et le Parlement l'ont accentuée dans les hôpitaux par la mise en oeuvre d'un plan d'économies de 50 milliards d'euros entre 2015 et 2017. Cela a conduit certains établissements, en particulier ceux sous dotation annuelle de fonctionnement, à revoir leurs accords relatifs à l'aménagement du temps de travail : les dispositions négociées fin 2001 - début 2002, en pleine euphorie liée à la mise en place des 35 heures, s'avèrent aujourd'hui inadaptées. (introd.).

2015

Clark, A. E. et Milcent, C. (2015). Hospital Employment and Local Unemployment: Evidence from French Health Reforms. Working paper ; 2015-24. Paris Paris School of economics: 27 , tabl., annexes.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01183454/>

We here ask whether French local authorities respond to depressed local labour markets by increasing employment in State-owned hospitals. We use 2006-2010 panel data to examine within-hospital employment changes: higher local unemployment is associated with greater employment in State-owned hospitals, but not for any other hospital type. Our data cover a reimbursement reform introducing competition between hospitals. This reform reduced public-hospital employment, but had no overall effect on the relationship between public-hospital employment and local unemployment. Further analysis shows that this continuing relationship is only found in higher unemployment areas, where public-hospital employment remained counter-cyclical (résumé d'auteur).

Gheorghiu, M.-D. et Moatty, F. (2015). "L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 101-102.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xBcPm. Diffusion soumise à autorisation]. Ces dernières années, les établissements hospitaliers ont fait évoluer leur gestion de l'emploi et leur organisation du travail en raison d'une succession de réformes visant à les adapter aux évolutions de la demande de soins et à maîtriser leurs dépenses. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a transformé le financement du secteur, notamment celui des établissements publics, l'allocation de leurs ressources budgétaires dépendant désormais de la production des soins. (résumé auteur).

Le Menn, J. et Chalvin, P. (2015). L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester. Paris MSSPS: 274 , annexes.

Trois objectifs structurent ce plan d'action : Favoriser l'engagement dans la carrière médicale hospitalière, en accompagnant chaque jeune praticien dans ses choix d'orientation professionnelle, en garantissant aux assistants et aux praticiens contractuels, souvent plus jeunes, les mêmes droits sociaux (maternité, maladie...) qu'aux titulaires, et en créant une prime d'engagement pour encourager 3 000 praticiens à exercer, d'ici 2018, dans les hôpitaux qui manquent de professionnels médicaux ; fidéliser les professionnels qui exercent à l'hôpital et favoriser leur implication dans les projets médicaux de territoire, en créant une

prime d'exercice territorial destinée à encourager l'exercice sur plusieurs sites, en permettant aux praticiens de diversifier leurs missions et en encourageant le travail en équipe autour de projets médicaux partagés ; renforcer l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital, en promouvant les espaces d'expression et de dialogue au sein des hôpitaux, en s'assurant que les projets sociaux des établissements intègrent un volet pour les professionnels médicaux (pour l'accès aux crèches, par exemple) et en renforçant la formation des praticiens tout au long de leur carrière.

Louise, V. (2015). "Ce que nous enseignent les cartographies métier/compétences." Revue Hospitalière De France(566): 31-33.

[BDSP. Notice produite par EHESP FR0xtE9n. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 2003, l'ANFH s'est engagée dans le déploiement de cartographies régionales et d'analyse prospective des métiers de la fonction publique hospitalière. Les données et indicateurs "métiers" récoltés contribuent à définir les politiques régionales de formation et de qualification. Quels enseignements retenir des cartographies réalisées pour dix régions ? (introd.).

Moison, J.-C. (2015). "La prise en compte des ressources humaines dans l'Etude Nationale de Coûts." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 97-100.

[BDSP. Notice produite par ORSRA FmR0xCE8. Diffusion soumise à autorisation]. Dans la comptabilité analytique de l'Etude Nationale des Coûts, les charges en personnel paramédical des unités cliniques sont réparties sur les patients proportionnellement à leur durée de séjour. Cette unité d'oeuvre est critiquée, car elle ne prend pas en compte la lourdeur de la charge en soins. L'article présente les résultats d'un test effectué dans deux CHU, visant à substituer à la durée de séjour un indicateur de la charge en soins, disponible uniquement dans une proportion modeste d'hôpitaux. Ces résultats montrent des modifications significatives des coûts moyens des GHM des deux CHU. S'ils ne peuvent prétendre à une généralisation ils invitent à entreprendre de nouveaux travaux sur la prise en compte du travail dans l'ENC, compte tenu de l'importance de cette dernière dans le dispositif de financement des établissements de santé. (résumé auteur).

2014

ATIH (2014). Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2014. Lyon ATIH: 96 , tabl.,fig.

Ce rapport a été élaboré à partir des informations 2014 remontées dans le cadre de l'enquête « Bilan Social » pour les établissements publics de santé ayant transmis leurs données à l'ATIH au 2 octobre 2015. Cette analyse porte sur le budget global (principal + annexes) des 488 établissements publics de santé répondants, quel que soit leur nombre d'agents. Ces établissements représentent 55,5% du nombre total des établissements enquêtés, et 84,1% des établissements publics de plus de 300 agents. Chaque indicateur est traité de façon spécifique. Le nombre d'établissements pris en compte dans le calcul diffère donc selon l'indicateur analysé.

FHF (2014). L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public. Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale. Paris Fédération Hospitalière de France: 42.

L'hôpital public est, et doit le rester, attractif. Il l'est car il offre aux professions médicales un environnement de travail stimulant, par la nature des patients accueillis et des soins délivrés, par les échanges inter et pluri professionnels, par les diversités des missions (soins – enseignement – recherche). Il l'est car le statut de praticien hospitalier offre des conditions d'emploi équilibrées. Il l'est enfin au regard des valeurs qu'il promeut : accessibilité, qualité, excellence, progrès. Toutefois à l'heure actuelle, le risque est grand de voir diminuer l'attractivité des hôpitaux publics et les difficultés de recrutement ou de fidélisation sont devenues réelles. En s'appuyant sur les travaux de sa commission permanente de l'attractivité médicale, le Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France propose un plan d'actions pour réaffirmer, faire connaître et renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et leur fidélisation. Ce plan d'actions sera mis en oeuvre conjointement par la Fédération Hospitalière de France, les Fédérations Hospitalières Régionales et les établissements.

HAS (2014). Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires. Saint-Denis HAS: 2 vol. (12;45), fig., annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-dappui-aux-professionnels-de-soins-primaires

La mise en place de fonctions d'appui consiste à proposer aux professionnels de premier recours des aides pour organiser les parcours des patients en situation complexe. Il peut s'agir de prestations ponctuelles (par ex l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées) ou plus durables (par ex une assistance personnalisée au parcours des personnes en grande difficulté sanitaires ou sociales). Leur déploiement est une mission des ARS : il fait suite à une évaluation des besoins et est cohérent avec le projet régional de santé. Ce déploiement doit tenir compte des cinq conditions d'efficacité repérées dans la littérature : l'inscription dans une dynamique d'intégration territoriale, apportant des outils communs pour évaluer et orienter les personnes ; la localisation du dispositif d'appui en proximité des médecins et des équipes de santé primaire ; un ciblage approprié des patients pouvant en bénéficier ; l'aide à l'organisation des transitions hôpital-domicile, intervention qui a un fort niveau de preuve sur le recours aux soins ; la transmission d'outils, de savoirs et de savoir-faire aux professionnels de santé. Cette fiche traite du contenu des fonctions d'appui et des facteurs conditionnant leur efficacité, y compris en termes d'organisation. Elle n'aborde pas les aspects réglementaires de cette organisation. (résumé de l'éditeur).

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 1 : état des lieux des dispositifs de coopération. Paris HCAAM : 58 , tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 1 à l'avis dresse un état des lieux des dispositifs de coopération en France : médecin traitant, profession d'infirmière, délégation de soins, le regroupement des professionnels de santé, assemblée...

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 2 : Les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient. Paris HCAAM: 6, tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 2 présente les expressions du HCAAM sur la coordination des interventions des professionnels autour du patient

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 3 : les enseignements des systèmes de santé étrangers. Paris HCAAM: 17 , tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 3 présente une étude comparée des organisations pluri-professionnelles mises en place dans les pays de l'Union européenne.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 4 : Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé. Paris HCAAM: 4 , tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 4 présente les enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé.

HCAAM (2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Annexe 5 : Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées. Paris HCAAM: 11 , tabl., fig.

La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Cette annexe 5 présente les comparaisons réalisées par la DREES

(2014). "Réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé." Revue Hospitaliere

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

De France(560): 12-, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7R0xBHsq. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération hospitalière de France a réalisé une enquête nationale sur la réduction du temps de travail en établissements publics de santé entre le 20 août et le 11 septembre 2014. Cette synthèse d'une page en expose les principaux résultats.

Benoit, T. et Romagnan, B. (2014). Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail. Rapport d'information ; 2436. Paris Assemblée Nationale: 250.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-enq/r2436.pdf>

Sur la proposition du président du groupe UDI (Union des démocrates et indépendants), l'Assemblée nationale a décidé à l'unanimité, lors de sa séance du 11 juin 2014, de créer une commission d'enquête relative à l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, notamment de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail. Ce rapport rend compte des résultats de cette évaluation. Cette commission d'enquête, composée de vingt-huit membres, était chargée d'élaborer un bilan global. Elle a procédé à ses travaux dans un état d'esprit respectant celui qui a présidé à sa création, c'est-à-dire la recherche de la détermination du bilan, aussi précis et complet que possible, de cette réforme importante, qui a marqué la fin du siècle dernier et le début de l'actuel, au plan social, en France.

Combes, J. B., et al. (2014). "Hospital Staffing and Local Pay: an Investigation into the Impact of Local variations in the Competitiveness of Nurses Pay on the Staffing of Hospitals in France." European Journal of Health Economics: 1-18.

Spatial wage theory suggests that employers in different regions may offer different pay rates to reflect local amenities and cost of living. Higher wages may be required to compensate for a less pleasant environment or a higher cost of living. If wages in a competing sector within an area are less flexible and therefore less competitive this may lead to an inability to employ staff. This paper considers the market for nursing staff in France where there is general regulation of wages and public hospitals compete for staff with the private hospital and non-hospital sectors. We consider two types of nursing staff, registered and assistant nurses and first establish the degree of spatial variation in the competitiveness of pay of nurses in public hospitals. We then consider whether these spatial variations are associated with variation in the employment of nursing staff. We find that despite regulation of pay in the public and private sector, there are substantial local variations in the competitiveness of nurses' pay. We find evidence that the spatial variations in the competitiveness of pay are associated with relative numbers of assistant nurses but not registered nurses. While we find the influence of the competitiveness of pay is small, it suggests that nonpay conditions may be an important factor in adjusting the labour market as might be expected in such a regulated market.

Jancourt, D., et al. (2014). "Mutualisation de la fonction RH : Intérêt, faisabilité sociale et technique des centres de services partagés." Revue Hospitaliere De France(557): 22-30, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP E9R0x8nJ. Diffusion soumise à autorisation]. L'AP-HP s'est engagée dans une démarche de mutualisation de la fonction RH à la fin des années 2000. Ont été mis progressivement en place des centres de services partagés spécialisés (gestion des retraites du personnel non médical, gestion de la facturation des accidents du travail et des maladies professionnelles.) ainsi que, plus récemment, un centre de gestion commune au

périmètre fonctionnel complet (gestion paie, recrutement, sécurité et santé au travail.). L'évaluation de ces centres mutualisés confirme l'intérêt de ces structures pour les personnels qui y travaillent, les agents gérés et l'institution.

Lucas, A. (éd.) (2014). Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume 2. Le développement des ressources humaines : Politiques, méthodes, outils, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 8lErR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion des ressources humaines est un facteur clé de la qualité, de l'organisation et de l'efficacité de la prestation des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. L'anticipation des compétences nouvelles, le pilotage du changement et la capacité de donner du sens nécessitent de s'appuyer sur des démarches claires et partagées. Cette deuxième édition, enrichie d'expériences nouvelles et à jour des dernières évolutions juridiques, développe des démarches, méthodes et outils qui ont pour objectifs de : gérer l'emploi et développer les ressources ; accompagner le changement et préserver la santé au travail ; suivre et évaluer les politiques sociales ; donner du sens à l'action par des démarches de projet. Ouvrage de référence conçu et réalisé dans la continuité des enseignements professionnels de gestion des ressources humaines dispensés à l'EHESP, ce manuel, écrit par des praticiens pour des praticiens, va à l'essentiel : - les problématiques sont posées au début de chacun des thèmes ; - les apports théoriques sont illustrés par des exemples au plus près des pratiques ; - un index des mots clés permet d'accéder rapidement à l'information voulue ; - des schémas et tableaux synthétisent et facilitent les connaissances.

Micheau, J. et Moliere, E. (2014). "Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmiers et infirmières du secteur hospitalier." 34 , tab., graph., fig.

Les infirmières représentent aujourd'hui près du quart des effectifs des hôpitaux. Si le diplôme fait l'unité de la profession, le terme d'infirmière masque cependant une réalité d'emploi et de travail très diverse. En commanditant une étude qualitative sur l'emploi du temps des infirmières, la Drees a ainsi souhaité disposer d'un panorama raisonné des formes concrètes de l'emploi et du travail de cette profession numériquement importante, centrale dans l'organisation hospitalière, mais somme toute relativement peu décrite dans ses déclinaisons multiples. Ce travail s'appuie sur des entretiens qualitatifs réalisés auprès d'une soixantaine d'infirmières exerçant dans 10 établissements différents. L'étude donne à voir les emplois du temps : à la fois sous l'angle de l'organisation des rythmes de travail, de ses saisonnalités et du contenu des journées de travail. Elle propose des explications de ces organisations du temps : contraintes liées à l'établissement ou au service et contraintes liées à des choix personnels. Elle décrit surtout les façons dont se négocient les ajustements de temps de travail ou de contenu de tâche en réponse aux besoins des établissements et des infirmières.

Moison, J. C. (2014). "T2A : productivité et conditions de travail en établissements de santé." Revue Hospitaliere De France(1): 1-5, tabl., graph., fig.

Peu d'études, parmi les nombreuses évaluations de la tarification à l'activité (T2A), ont tenté d'appréhender la question relative aux gains de productivité des hôpitaux et leurs impacts sur les conditions de travail des personnels hospitaliers. Trois travaux de différentes natures, dont celui de la Fédération hospitalière de France sur l'évaluation de la T2A, convergent cependant sur un constat : si l'on se contente de productivités partielles, les établissements de santé publics ont vu la productivité du personnel paramédical augmenter.

Pezziardi, A. et Arnal-Capdevielle, I. (2014). "Gestion des ressources médicales et non médicales en établissements publics de santé. Le regard des juridictions financières." Revue Hospitaliere De France(561): 40-44.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9JI99. Diffusion soumise à autorisation]. Les juridictions financières ont réalisé en 2013 une enquête sur les dépenses des personnels médical et non médical des établissements publics de santé, lesquelles s'élèvent à environ 42 milliards d'euros par an, soit près des deux tiers de leurs dépenses totales. La maîtrise des dépenses de personnels, comparées aux charges de fonctionnement et aux produits de l'activité constatée de 2007 à 2010, est moins assurée dès 2011. Ces dépenses progressent sans lien notable avec des hausses d'activité des services. Les marges de progression sont indiquées dans cet article.

Singly, C. d. (2014). Pour une politique régionale de développement de métiers et des compétences en santé : Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS). Paris Ministère chargé de la Santé: 106.

Commandé en octobre 2013 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le rapport présente 12 propositions organisées autour de 4 ambitions : développer au sein des projets régionaux de santé une vision stratégique partagée sur les professionnels et les compétences en santé ; rapprocher région, université et Agences régionales de santé (ARS) afin de coordonner les politiques de formations dans les secteurs sanitaire et médico-social ; accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux emplois, métiers et compétences dans les champs sanitaire et médico-social, en constituant un comité consultatif régional sur ces questions, ainsi que sur l'exercice professionnel et son impact sur la qualité de vie au travail ; promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice.

Welniarz, B. et Lebigre, D. (2014). "Accueil des internes, la charte des hôpitaux publics : Moteur d'attractivité à l'hôpital de Ville-Evrard." Revue Hospitaliere De France(559): 26-29.

[BDSP. Notice produite par EHESP DGnqR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. La démographie médicale en psychiatrie est un critère préoccupant pour les établissements spécialisés en santé mentale notamment, où les départs à la retraite se profilent en nombre. L'ouverture du numerus clausus a augmenté l'offre de postes d'internat aux futurs praticiens, tandis que la loi de février 2012 relative aux praticiens à diplôme hors Union européenne est venue encadrer le recrutement des faisant fonction d'interne : ces facteurs conjoncturels ont incité l'établissement public de santé de Ville-Evrard à proposer un accueil optimisé aux internes, en s'appuyant sur la charte des hôpitaux publics élaborée sous l'égide de la FHF. La démarche participe à l'amélioration de l'accueil des jeunes praticiens et futurs praticiens hospitaliers, avec les aménagements nécessaires à un établissement psychiatrique.

2013

ATIH (2013). Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011. Lyon ATIH: 37 , tabl.

Selon ce rapport d'enquête, le taux d'absentéisme global pour motifs médicaux, maternité, paternité et adoption s'élevait à 6,9% en 2011 dans les établissements de santé auparavant sous dotation globale. Ce taux est presque trois fois plus important pour les non-médicaux (7,2%) que les médecins (2,6%). En outre, il grimpe à 8% chez le personnel opérant en

services de soins, dont 9,3% pour les aides-soignants et 7,4% pour les infirmiers. Ce travail porte sur 595 établissements. Là où le public affiche un taux global à 6,9%, le privé non lucratif culmine à 8,2% et affiche un taux supérieur pour chaque catégorie de personnel. L'analyse a été réalisée sur la base des données des 595 établissements ayant répondu à l'enquête Absentéisme et rotation du personnel 2011, représentant 72% des établissements publics de plus de 300 agents enquêtés (établissements pour lesquels la participation est obligatoire) et 78% des produits globaux des établissements publics de santé de plus de 300 agents ayant remonté leur compte financier 2011.

Bitaud, J.-R. (2013). "Osons un nouveau management des ressources humaines !" Gestions Hospitalières(524): 139-142.

[BDSP. Notice produite par EHESP IsR0xt7k. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital souffre d'un déficit du management des RH. Crise de sens ? Manque d'engagement ? Démotivation des acteurs ? Mauvaise interprétation des règles ? Inadaptation des outils ? Les raisons sont multiples. Et ce n'est pas le moindre des paradoxes, la GRH, pourtant largement encadrée, devient de moins en moins lisible pour la communauté hospitalière, certains la réduisant même à une seule variable d'ajustement dans la voie contraignante du retour à l'équilibre. Ce déficit de management ne date pas d'hier. Explications.

Bitaud, J.-R., et al. (2013). "Dossier. Ressources humaines. Innovations et développement durable." Gestions Hospitalières(524): 138-188, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP pR0xk8kq. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion des ressources humaines à l'hôpital est tout particulièrement d'actualité depuis que le ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a confié à Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur des hôpitaux et président de la Fédération hospitalière de France (FHF) Rhône-Alpes, la responsabilité d'une concertation destinée à rétablir un "pacte de confiance pour l'hôpital". Cette concertation aborde plusieurs thématiques, dont le dialogue social à l'hôpital. L'occasion de mettre en lumière plusieurs expériences, qu'il s'agisse de mesures visant au développement durable des ressources humaines ou de projets innovants. L'objectif annoncé du pacte est de rétablir la confiance des citoyens dans le service hospitalier public français. Souhaitant proposer des réflexions théoriques tout autant que des retours de terrain, nous avons donné la parole à des intervenants extérieurs au domaine sanitaire public, à des spécialistes en ressources humaines dans l'entreprise, ainsi qu'à un psychanalyste connu pour ses réflexions sur la fonction de direction. Pilotage des risques professionnels, gestion de l'inaptitude, organisation apprenante, où en sommes-nous ? Parcours de management, mythe ou réalité ? Le coaching, quels résultats ? Notre contemporanéité serait celle d'une vision horizontale des enjeux sociaux pour les nouvelles générations, la fameuse génération Y. Comment insérer cette contrainte, ou ce florilège d'exigences nouvelles, dans des hiérarchies issues d'une architecture verticale des organigrammes et des chaînes de commandements ?

Calmes, G., et al. (2013). Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP oR0xCtrF. Diffusion soumise à autorisation]. Une nouvelle politique des ressources humaines médicales est devenue indispensable à l'hôpital. Pour attirer et fidéliser les médecins, elle doit favoriser les parcours individualisés. Pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, elle doit s'inscrire dans un pilotage territorial et régional harmonisé. Les voies de cette nouvelle gouvernance sont ici explorées à partir de l'expérience de la direction des affaires médicales du CHU de Dijon et de la région

Bourgogne. Des praticiens hospitaliers font part de leur avis sur ces innovations. L'ensemble constitue une invitation à diffuser et partager les réalisations dans un domaine essentiel pour le développement du service public hospitalier.

Coriat, P. et Pontone, S. (2013). "Les hôpitaux face à la contrainte de la démographie des anesthésistes-réanimateurs." Seve : Les Tribunes De La Sante(40): 37-44.

Les contraintes démographiques auraient dû être un moteur de la modernisation de l'offre de soins et favoriser les restructurations hospitalières pour une meilleure efficacité du circuit patient, garant de la qualité des soins. Mais face à ces contraintes, les hôpitaux publics ont gardé une organisation centrée sur le système de soins et sa régulation et maintenu leurs activités médico-chirurgicales malgré un manque évident de médecins compétents. Les contraintes démographiques ont paradoxalement renforcé la gestion «notariale» des structures hospitalières et les «patriotismes de sites», avec pour seul but de maintenir une offre de soins chirurgicale dans le plus grand nombre d'établissements de santé possible. Cette démarche a conduit à augmenter le recours aux médecins hors UE dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice, à développer l'activité des médecins anesthésistes-réanimateurs sur plusieurs sites, et surtout à recourir massivement à l'intérim, avec pour conséquence une diminution de la qualité des soins et une dépense qui n'est plus maîtrisée (résumé de l'éditeur).

Ernst, E. et Dorothee, O. (2013). "L'emploi dans la fonction publique en 2011 - Baisse dans la fonction publique de l'État, hausse globale dans le versant hospitalier." Insee Première(1460): 4, 2 graph.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1460/ip1460.pdf>

Au 31 décembre 2011, 5,5 millions de salariés travaillent en France dans la fonction publique. En un an, les effectifs globaux sont en baisse de 0,5 %. Ce repli est surtout marqué dans la fonction publique de l'État (- 2,0 %), alors que les effectifs sont stables dans la fonction publique territoriale (+ 0,3 %) et augmentent dans la fonction publique hospitalière (+ 1,3 %). Malgré la baisse des effectifs, le volume annuel total de travail dans la fonction publique est resté stable, en lien notamment avec une légère hausse du nombre d'agents à temps complet. L'évolution des bénéficiaires de contrats aidés (134 500 en 2011) et des non-titulaires est contrastée selon le versant de la fonction publique. En moyenne, un emploi sur cinq en France relève de la fonction publique. En métropole, cette proportion varie, selon les régions, de 17 % dans les Pays de la Loire à 24 % en Limousin ; dans les Dom, elle culmine à 32 % avec une part importante de contrats aidés. La part des agents âgés d'au moins 50 ans est plus élevée dans le quart sud-ouest ainsi que dans certains départements du Sud-Est (résumé d'auteur).

Touppillier, D., et al. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines. Paris Ministère chargé de la santé: 121 , tabl., fig., ann.

Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines.

2012

Baguet, F., et al. (2012). "Gestion des ressources humaines." Revue Hospitaliere De France(549): 20-24.

[BDSP. Notice produite par EHESP qm9R0xEA. Diffusion soumise à autorisation]. Afin de répondre aux besoins des professionnels des ressources humaines présents lors des Rencontres RH de la santé, un certain nombre de conférences ont porté directement sur les aspects opératoires de la gestion des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux. Ont ainsi pu être abordés des thèmes aussi variés que l'actualité de la gestion des personnels médicaux, le développement des coopérations entre professionnels de santé, les implications pratiques de l'évolution de l'évaluation professionnelle, une comparaison interfonction publique, la présentation d'expérimentations dans le domaine du télétravail ou encore les évolutions attendues de la gestion des retraites dans les établissements de santé.

Baguet, F., et al. (2012). "La GRH au coeur des coopérations et des restructurations." Revue Hospitaliere De France(549): 14-17.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x9DFJD. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le mouvement actuel d'accélération des partenariats entre établissements de santé, la gestion des ressources humaines (GRH) constitue un facteur crucial de réussite des coopérations et restructurations. Cette conférence plénière des Rencontres RH de la santé a permis de détailler les enjeux et les impacts de ces recompositions sur la gestion des ressources humaines hospitalières, puis d'observer, au travers de quatre exemples sélectionnés pour leurs caractères particulièrement éclairants, la réalité des processus sur le terrain.

Berthel, M. et Peter-Bosquillon, M. C. (2012). "Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. Acteurs et métiers du soin." Gerontologie Et Societe(142): 15-30, fig.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xFGlSc. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter. La polypathologie, les pathologies chroniques et leurs répercussions fonctionnelles sont les caractéristiques des besoins de santé du grand âge. Le schéma traditionnel - signes, diagnostic, traitement, guérison - valable chez le sujet jeune, n'est plus pertinent. Les organisations sanitaires doivent s'adapter à cette réalité. Les professions de santé et les professions de l'aide ont à conjuguer leurs activités et leurs relations dans une réelle pluridisciplinarité. Plusieurs milliers d'emplois sont à créer, parmi lesquels des emplois nouveaux. Plusieurs milliers de personnes sont à former. (R.A.).

Copin, J.-Y. (2012). "Médecin à l'hôpital. Quoi de neuf, docteur ?" Gestions Hospitalieres(516): 319-320.

[BDSP. Notice produite par EHESP AlptR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Gouvernance, fin de la collégialité : les textes législatifs et réglementaires, et notamment la loi HPST, ont introduit des changements à l'hôpital. L'auteur se penche sur la mise en oeuvre de ces réformes autour de trois points : - construire la gouvernance au sein du pôle et de l'établissement - réinventer la collégialité médicale - passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique.

David-Souchot, V. et Ammar-Khodja, N. (2012). "La mission transversale RH." Gestions Hospitalieres(516): 269-274.

[BDSP. Notice produite par EHESP FDksBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La politique hospitalière de gouvernance et de gestion économique des ressources de santé implique de travailler sur des projets de performance et d'innovation, notamment en matière de gestion financière et opérationnelle. La création de la mission transversale ressources humaines (RH) constitue un "dispositif" d'efficience et de pertinence permettant d'optimiser le contrat d'objectifs et de moyens du pôle. Bénéficiant d'un rationnel de leur pôle chirurgie fondé sur une logique de spécialités, les auteurs ont mis en place la mutualisation des personnels non médicaux et en ont évalué l'organisation auprès des personnels concernés. Une première enquête (publiée dans le n° 510 de gestions hospitalières) avait permis d'en identifier l'impact. La deuxième, publiée dans ce numéro, présente les conséquences de la mission transversale RH sur les missions des cadres de santé. (R.A.).

Desmarais, P. (2012). "L'activité libérale des praticiens hospitaliers." Gestions Hospitalières(516): 309-312.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCHA7o. Diffusion soumise à autorisation]. L'activité libérale des praticiens hospitaliers est doublement encadrée : sujette à autorisation préalable de l'ARS, elle impose au praticien de passer un "contrat d'activité libérale" avec l'Établissement Public de Santé et de répondre à plusieurs obligations de nature légale, réglementaire et contractuelle (versement d'une redevance, souscription d'une assurance, obligation d'information du patient.). Une commission d'activité libérale instaurée dans chaque EPS veille au respect de ses obligations.

Dinu Georghiu, M., et al. (2012). "Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens entre des membres des directions des hôpitaux." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(121): 96.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE nljI7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur hospitalier, de même que d'autres secteurs d'activité, connaît actuellement des transformations importantes suite aux changements organisationnels et aux évolutions de l'environnement des établissements de santé. La tarification à l'activité (T2A), considérée comme la principale réforme des dernières années, est aussi l'une de celles qui divise le plus les professionnels de santé. Si l'intérêt de la réforme est reconnu par un grand nombre de ces professionnels, les conditions de passage de la dotation globale au financement à l'activité, le nouveau rapport défini par la réforme entre le secteur public et le secteur privé, les inégalités budgétaires entre les hôpitaux, la pertinence des critères de classification ou d'évaluation des actes médicaux et des établissements, ou bien la lisibilité de certaines orientations de la réforme font débat. Enfin, l'évolution des compétences et des ressources humaines qui vont de pair avec la mise en oeuvre de la T2A constitue un thème d'interrogation majeur.

Lamy, Y., et al. (2012). Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier. Mise à jour au 15 mai 2012, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP 9o8FER0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet ouvrage présente la carrière du fonctionnaire hospitalier sous 12 points clés : 1-Recrutement et stage 2-Positions statutaires 3-Notation et évaluation 4-Avancement d'échelon, de grade et changement de corps 5-Rémunération 6-Droits sociaux des personnels hospitaliers 7-Formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) 8-Discipline 9-Cessation de fonctions 10-Organisation du temps de travail 11-Exercice du droit syndical et du droit de grève 12-Instances consultatives. Cette onzième édition intègre les plus récentes dispositions

législatives et réglementaires, notamment la loi relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations ainsi que les derniers textes concernant les instances de représentation des personnels et l'exercice du droit syndical pris en application de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social. Elle prend aussi en compte, dans la suite de la loi HPST, les décrets relatifs aux professions de santé, en particulier ceux qui décrivent le Développement professionnel continu (DPC). Cette édition comporte également les dernières évolutions de la réforme des retraites, la refonte des catégories B, l'expérimentation de la démarche d'évaluation, les dispositions relatives aux cumuls d'activités, les nouvelles règles en matière de remboursement des rémunérations indûment perçues.

Peoc'H, N. (2012). "Qualité de vie au travail. Conceptualisation, évaluation et impact sur l'implication organisationnelle des professionnels de santé." Revue Hospitaliere De France(549): 38-42.

[BDSP. Notice produite par EHESP Fs9R0xBH. Diffusion soumise à autorisation]. Issu des courants humanistes, existentiel et phénoménologique, le concept de qualité de vie (1960) a fait l'objet de nombreuses définitions. De par sa nature complexe et multifactorielle, l'évaluation de la qualité de vie questionne tout aussi bien les composantes cognitives et affectives du bien-être d'un individu que les facteurs internes et externes pouvant influencer ce bien-être. Dans ce contexte sociétal et politique qui interroge de plus en plus souvent la qualité de vie au travail des professionnels de santé dans des établissements de santé en profonde mutation, il nous est apparu pertinent de démontrer combien la mise en valeur et l'attention portée au capital immatériel (capital humain) d'une institution passaient par l'identification et l'influence des valeurs sur l'implication organisationnelle des salariés. Le bien-être au travail crée de la valeur, les valeurs créent de la valeur.

Rogers, V. et Mosse, P. (2012). "Les cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise." Journal De Gestion Et D'economie Medicales 30(6): 379-393, rés., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8R0xGqD. Diffusion soumise à autorisation]. Fondé sur une réinterprétation de données existantes, complétée par des entretiens, cet article cherche à dépasser la conception académique habituelle du positionnement "entre le marteau et l'enclume" des cadres infirmiers dans les hôpitaux. L'analyse comparative de la mise en oeuvre de deux expériences de démarche qualité, l'une en Angleterre l'autre en France, dans un contexte de restructuration en Pôles (France) ou plus anciennement en Clinical Directorates (Angleterre), permet de montrer comment les cadres s'emparent des contraintes gestionnaires et des référentiels de performance. La comparaison montre que, inscrites dans es histoires organisationnelles et professionnelles propres à chaque pays, les cadres se saisissent différemment des marges de manoeuvre créées par la tension entre "gouvernementalité" et "gouvernance". Il apparaît ainsi que, en France, l'enjeu se situe au niveau de la reconnaissance professionnelle collective que symbolise le rôle tenu par l'Institut de formation des cadres de santé dans l'expérience étudiée. En Angleterre c'est le pouvoir des cadres, au niveau de chaque établissement, qui est en cause : en atteste la transformation de l'organigramme fonctionnel qui accompagne la mise en oeuvre du référentiel "Essence of care". Chemin faisant, les normes de qualité sont ainsi amenées à être redéfinies par les acteurs censés les appliquer. (résumé d'auteur).

Spinhirny, F. (2012). "Entretien avec Nicolas Belorgey. Sociologue, chargé de recherche au CNRS, auteur de "L'Hôpital sous pression"." Gestions Hospitalieres(516): 263-268.

[BDSP. Notice produite par EHESP Ao7sR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Auteur d'un ouvrage intitulé "L'hôpital sous pression" publié en 2010, Nicolas Belorgey a apporté récemment une contribution à l'ouvrage "L'Hôpital en réanimation", ouvrage initié par le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs qui analyse les effets des réformes actuelles à l'hôpital public. Dans cet entretien, Nicolas Belorgey revient sur son parcours universitaire ainsi que sur son travail d'observation au sein des services de soins. Il expose également son point de vue sur les réformes hospitalières soulignant notamment le problème important de légitimité des consultants, l'utilisation dévoyée des indicateurs chiffrés ainsi que l'hétérogénéité des avis des différents acteurs hospitaliers (directeurs, cadres de santé, soignants.) face aux réformes.

Thor, F., et al. (2012). "Coopérations et organisations hospitalières. Dossier." Gestions Hospitalières(512): 14-45, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP HoDR0xBj. Diffusion soumise à autorisation]. Les différents articles publiés dans ce dossier illustrent les formes multiples que revêt la coopération dans le monde de la santé. En effet, le secteur sanitaire n'échappe pas aux alliances, à la mobilité et à l'abolition des frontières économiques et statutaires. Coopérations et échanges se développent à un rythme inégal, sous l'impulsion de la loi, des réalités démographiques ou des aspirations sociales. Six exemples sont présentés ici.

Villaudiere, N. (2012). "Le conseiller mobilité carrière. Acteur clé de la modernisation sociale et de la mobilité professionnelle." Gestions Hospitalières(519): 490-493, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xGI9k9. Diffusion soumise à autorisation]. Favoriser les mobilités professionnelles, c'est adapter les ressources humaines aux besoins, répondre aux enjeux économiques, favoriser l'épanouissement individuel. L'idée est noble, mais les contraintes réglementaires sont bien réelles : du déroulement de carrière aux droits et obligations des personnels, elles ont façonné les modalités de gestion des ressources humaines. Un métier émergent peut pourtant être une des voix de la modernisation : conseiller mobilité carrière.

2011

Baret, C., et al. (2011). "Gestion des compétences. S'appuyer sur les acquis pour surmonter les difficultés." Gestions Hospitalières(510): 575-579.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0xBEr7. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis le début des années 2000, le ministère de la Santé incite les établissements à développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Entre 2008 et 2010, les hôpitaux ont pu bénéficier de l'aide financière du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés pour mettre en place cette démarche. Pour analyser l'impact des actions de GPMC, les acteurs ont réalisé quatre études de cas de centres hospitaliers qui avaient bénéficié de cette aide. La réalisation des fiches métiers et la refonte des entretiens annuels d'évaluation, les principales actions engagées ont conduit à une meilleure perception de l'évaluation par les agents qui la considèrent comme plus structurée et plus juste. Pour autant, si de nombreux cadres ont bien compris l'utilité de la GPMC pour renforcer la professionnalisation des équipes, les agents se sentent encore peu concernés.

Baret, C., et al. (2011). "Regards sur "l'effectivité" de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Compétences (GPMC) à l'hôpital public." *Journal D'economie Medicale* **29**(6-7): 305-322.

[BDSP. Notice produite par ORSRA CR0x88mC. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis le début des années 2000, le Ministère de la santé incite les établissements à moderniser leurs pratiques de gestion des ressources humaines en introduisant la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Après 10 années d'efforts de communication et d'aides financières, les résultats semblent décevants. Face à ce constat, nous proposons d'adopter un nouveau regard sur la GPMC afin de mieux comprendre les difficultés de sa mise en oeuvre. Nous mobilisons le concept "d'effectivité" proposé par Jullien (1996) pour remettre en cause la vision de l'efficacité rationalisatrice qui prévaut lors de la conception et de l'évaluation des démarches des GPMC. Nous adoptons le regard de "l'effectivité" pour analyser la mise en oeuvre de la GPMC dans 4 centres hospitaliers franciliens. Les résultats montrent que les objectifs poursuivis par le ministère de la Santé sont très éloignés du potentiel de la situation initiale et que la déception vient probablement du fait que les objectifs visés sont trop décalés par rapport aux pratiques existantes dans les unités de soin. Cette déception ne doit pourtant pas masquer les changements effectivement engagés et qui devront être exploités par la suite pour poursuivre la modernisation des GRH des établissements publics de santé.

Batz De Trenquellon, (C. de). (2011). Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière. Rapport IGAS ; 2011 099. Paris IGAS: 116.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000573/0000.pdf>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 89m8R0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport dresse un état des lieux de la situation de cumul d'emplois dans la fonction publique hospitalière - en particulier pour les personnels exerçant des métiers de soignants. Le rapport est centré sur la réglementation existante et ses évolutions récentes ainsi que sur la jurisprudence constituée par les avis de la formation spécialisée de la commission de déontologie compétente pour la fonction publique hospitalière ; sur l'exploitation des données sociales existantes pour le personnel de la fonction publique hospitalière pour objectiver et caractériser de manière fine le phénomène de cumul d'activités ; sur l'analyse des risques engendrés par les situations de cumuls non autorisés et non maîtrisés ; sur les voies et moyens d'amélioration de la maîtrise de ces risques et de réduction du phénomène de cumul irrégulier d'emplois.

Bertossi, C. et Prud'Homme, D. (2011). La diversité à l'hôpital : identités sociales et discriminations. Paris Ifri : 11.

La diversité est aujourd'hui une réalité importante des établissements hospitaliers en France. L'hôpital public et privé emploie un personnel très diversifié socialement et culturellement et lui offre des opportunités de mobilité sociale ascendante. Cette diversité constitue une ressource qui permet à l'institution de recevoir une population elle-même très diversifiée, issue de l'immigration ou originaire des DOM-TOM. Les perceptions et représentations sociales qui encadrent cette diversité s'inscrivent dans une logique institutionnelle propre aux établissements hospitaliers et ne ressemblent pas aux cadres dominants du débat public sur ces sujets. Ainsi, alors que le débat public se focalise sur la question de la laïcité à l'hôpital (refus de soin, port de signes religieux par le personnel), cette question n'est pas perçue comme prioritaire par les professionnels sur le terrain. En revanche, la discrimination raciale qui prend plusieurs formes à l'hôpital (entre personnels, entre personnels et usagers) n'apparaît que rarement comme une priorité dans la réflexion et l'action des gestionnaires des établissements (direction, RH). Cette étude sur la construction des identités sociales et des discriminations dans le contexte hospitalier s'appuie sur une enquête de terrain conduite

dans 4 établissements publics et privé de la région Ile-de-France entre mars 2009 et décembre 2010. Au total, 116 entretiens ont été réalisés avec des professionnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux et administratifs), des patients et des représentants du secteur associatif investis à l'hôpital (D'après le résumé d'auteur).

Bitaud, J.-R., et al. (2011). "Dossier. Ressources humaines." Gestions Hospitalieres(510): 569-616.

[BDSP. Notice produite par EHESP AR0xpq8m. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire du dossier : Réflexions : Les risques psychosociaux. Mal du XXIe siècle ou prise de conscience d'un mal récurrent ? - Gestion des compétences : S'appuyer sur les acquis pour surmonter les difficultés - Performance : Pilotage des effectifs et maîtrise de la masse salariale. De l'usage des tableaux de bord sociaux - Qualité : Passeport formation : un outil au service des compétences - Valeurs professionnelles : Un projet de soins inscrit dans la bienveillance - Pratique managériale : Mutualisation des personnels paramédicaux sur un pôle - Loi HPST : Impacts et opportunités sur la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques - Enquête : Problématique de l'âge et gestion des personnels vieillissants en Algérie. La perception des DRH hospitaliers.

Burellier, F. et Valette, A. (2011). "Garder ou tomber la blouse ? Analyse de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire au sein de deux établissements hospitaliers français." Journal D'economie Medicale **29**(6-7): 336-345.

[BDSP. Notice produite par ORSRA CJR0x9G8. Diffusion soumise à autorisation]. En tentant de déléguer la réflexion médico-économique aux médecins, la création des pôles constitue un enjeu clé de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière. Nous nous intéressons ici à la transition de médecins vers le rôle de responsable de pôle d'activité, rôle hybride associant clinique et gestion. Souvent décrite comme insurmontable par la littérature, nous questionnons cette transition et la capacité d'ajustement des médecins : comment les médecins s'ajustent-ils à un rôle de médecin-gestionnaire ? Nous répondons à cette question par une étude de cas menée dans deux hôpitaux, un CH et un CHU. A partir de la grille d'analyse des postures d'ajustement, nos résultats montrent que si la souplesse de l'organisation permet effectivement à certains médecins de définir leur propre conception du rôle et d'échapper à la prescription forte, d'autres au contraire mènent une profonde transition individuelle.

Faivre-Pierret, J.-C. (2011). "Performance. Pilotage des effectifs et maîtrise de la masse salariale. De l'usage des tableaux de bord sociaux." Gestions Hospitalieres(510): 583-588, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP EG988R0x. Diffusion soumise à autorisation]. En matière de modernisation de la politique des ressources humaines, différents outils et indicateurs sont proposés, indispensables et nécessaires pour assurer la gestion d'un établissement de santé. Parmi eux, les tableaux de bord sociaux, qui permettent d'informer les gestionnaires hospitaliers de l'évolution des données ayant rapport aux ressources humaines, les plus significatives dans un budget.

Frugier, P. (2011). "Des actions collectives pour attirer et fidéliser les professionnels de santé." Revue Hospitaliere De France(540): 41-43.

[BDSP. Notice produite par EHESP G9R0xB9E. Diffusion soumise à autorisation]. La direction générale du CHU de Limoges est consciente des enjeux liés à son attractivité dans un contexte national marqué par la pénurie de soignants et le vieillissement de la population médicale. Après avoir réalisé un tableau démographique de ses équipes, et dessiné les

besoins de la population limousine dans les prochaines années, le CHU de Limoges s'applique à mener une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé. Pour preuve : ses actions récemment conduites et l'inscription de cet objectif dans le contrat de performance, récemment signé avec l'Agence nationale d'appui à la performance et l'ARS Limousin. (R.A.).

Georgescu, I. et Commeiras, N. (2011). "Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins." Journal D'economie Medicale 29(6-7): 294-304, ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA E8kR0xsC. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette recherche est d'explorer les relations entre l'implication organisationnelle et les pressions budgétaires ressenties par les praticiens hospitaliers depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux publics français. 578 questionnaires auto-administrés ont été collectés et traités par la méthode des équations structurelles. Les résultats indiquent que les pressions exercées par la hiérarchie administrative réduisent l'implication affective des médecins dans l'organisation. En revanche, si la pression à l'activité est exercée par le praticien responsable de pôle, l'implication calculée des médecins augmente. Ainsi, la source de pression a un impact significatif sur l'implication organisationnelle des médecins.

Ghadi, V., et al. (2011). "La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail." Revue Hospitaliere De France(540): 36-40.

[BDSP. Notice produite par EHESP qAEqR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Dans la dernière version de son manuel de certification des établissements de santé, la Haute Autorité de santé (HAS) a introduit la promotion de la qualité de vie au travail comme un nouveau critère, à part entière, de la qualité des établissements de santé. Elle présente ici les motivations et réflexions qui l'ont conduit à cette intégration.

Guibert, G., et al. (2011). Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP s777CR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Fleuron du progrès médical, scientifique et technique, souvent premier employeur de son territoire, l'hôpital public est aussi par excellence le symbole de l'Etat providence. A sa tête, assisté de ses adjoints, le directeur est doté de pouvoirs exceptionnels pour un fonctionnaire. Il exerce son autorité sur des équipes aussi nombreuses que disparates et gère au minimum des dizaines de millions d'euros par an. Partagé entre une réelle liberté d'action et les contraintes d'une mission de service public essentielle, entre son ancrage territorial et la tutelle de l'Etat, il doit aussi composer avec les contreponds médicaux et syndicaux sur un terrain largement occupé par les élus locaux. Cet acteur incontournable de notre société civile demeure pourtant méconnu du grand public, voire du personnel hospitalier lui-même. Trois jeunes directeurs d'hôpital, frais émoulus de l'Ecole des hautes études en santé publique (47e promotion, Avicenne, 2008-2010), ont voulu donner à leur métier le coup de projecteur qu'il mérite. Déjouant les pièges du corporatisme comme ceux de l'hagiographie, ils retracent à grands traits l'histoire de leur corps, depuis sa création, en 1941 jusqu'à la loi HPST en 2009, en passant par les principales étapes de son évolution. Nourri d'entretiens avec des représentants du monde hospitalier, leur propos n'est pas seulement historique. Il embrasse nombre de débats contemporains (le directeur devrait-il être nécessairement médecin ? Ou sortir d'une grande école de commerce ?) sur la gouvernance hospitalière, sans oublier ceux qui engagent l'avenir. Quels directeurs, avec quelle formation, pour quels hôpitaux en 2025 ? Telle est l'interrogation finale d'un ouvrage qui dévoile un métier à tous égards passionnant.

Guinchard, P. et Vincent, G. (2011). L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement, Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris : Héral

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

Lebee, E. (2011). "Comment sécuriser les recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD ?" Revue Hospitaliere De France(540): 32-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP l8EJR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Le recrutement de personnel qualifié et motivé est une des difficultés majeures rencontrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris lorsque cet établissement est rattaché à un centre hospitalier de référence. Les Hôpitaux de Chartres ont conçu un plan transversal qui s'étend de la sécurisation des recrutements à la fidélisation des professionnels de gérontologie, via l'amélioration des conditions de travail et la valorisation du sens de leur action. (R.A.).

Michaud, S. (2011). "Management. Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé." Gestions Hospitalieres(503): 87-94.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x87o8n. Diffusion soumise à autorisation]. Les glissements de tâches dans le domaine de la santé - la réalisation de certains actes par des acteurs non habilités - peuvent être dus à diverses raisons : pénurie du personnel, réduction des dépenses de santé publique, progrès techniques... Ils tendent depuis plusieurs années, en France comme à l'étranger, vers une coopération entre professionnels de santé légalisée et vers l'émergence de nouveaux métiers. L'article explique le phénomène et témoigne d'expériences menées en France et à l'étranger.

Minvielle, E., et al. (2011). "Praticiens, chercheurs : Regards croisés sur la gestion dans les organisations de santé. Éditorial." Journal D'economie Medicale 29(6-7): 275-276.

[BDSP. Notice produite par ORSRA sR0xGBrI. Diffusion soumise à autorisation]. Présentation des articles sélectionnés, par l'association de recherche en gestion ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé). Les thèmes abordés dans ce numéro concernent les modalités de gestion dans les organisations de santé : implication des professionnels face à la pression budgétaire exercée par la tarification à l'activité, les gaspillages liés aux manques de coordination, les facteurs d'attractivité dans le recrutement des personnels soignants, la politique de gestion des ressources humaines, et l'émergence de

la fonction de responsable de pôle d'activité médicale.

Toupillier, D. et Yahiel, M. (2011). Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Paris Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé ; Paris CNG: 133.

Les deux auteurs de ce rapport dressent un bilan des attentes des personnels sur les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital. Ce bilan intervient au moment où tous les principaux défis à relever par l'hôpital comportent une forte dimension RH, ainsi : la performance hospitalière, qui repose sur la qualité de l'organisation des équipes ; la santé et la sécurité au travail ; l'attraction et la rétention des compétences essentielles au fonctionnement des hôpitaux ; la juste adaptation des ressources aux caractéristiques de l'activité ; l'évolution permanente de l'offre de soins, pour toujours mieux répondre aux besoins de la population ; le dialogue social. C'est dans un tel contexte que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a donné davantage d'autonomie aux équipes médico-soignantes dans la gestion des pôles d'activité. Les services administratifs « traditionnels », comme les services de gestion du personnel, sont donc amenés à évoluer, pour mieux répondre aux besoins d'appui des managers des pôles. Le rapport analyse la transformation de cette fonction de gestion du personnel à l'hôpital, fonction plus que jamais partagée. Dans leur rapport, Danielle Toupillier et Michel Yahiel ont élaboré 34 recommandations, qui reposent sur 3 grands axes d'amélioration : donner plus de sens, en réaffirmant la valeur du service public hospitalier, en associant davantage les personnels, en positionnant mieux les cadres ; faire le pari de l'autonomie des différents intervenants à la fonction ressources humaines, pour passer d'une gestion fortement administrative à une gestion plus stratégique ; outiller et appuyer la fonction ressources humaines, en développant une « vision RH » de la performance hospitalière.

Vigouroux, P., et al. (2011). "Attractivité professionnelle hospitalière et médico-sociale : comment la réussir ?" Revue Hospitaliere De France(540): 28-43.

[BDSP. Notice produite par EHESP AR0x9IBH. Diffusion soumise à autorisation]. Comment recruter et fidéliser le personnel au sein des hôpitaux et des établissements sociaux-médicaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Ce dossier présente plusieurs voies d'actions possibles au travers notamment d'expériences menées au niveau régional : mise en oeuvre d'un passeport formation en direction des praticiens hospitaliers, création de contrats de prérecrutement à destination des élèves infirmiers, prise en compte des risques physiques et psycho-sociaux inhérents aux métiers de la gérontologie, etc.

Zardet, V., et al. (2011). "Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital." Journal D'economie Medicale **29**(6-7): 277-293.

[BDSP. Notice produite par ORSRA DJR0xH9I. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article vise à analyser les difficultés de coopération interprofessionnelle à l'hôpital et leurs conséquences. La recherche, menée selon la méthode de recherche-intervention socio-économique et réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers de différents pays, comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Les résultats montrent tout d'abord que le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe car plusieurs corps de métier y interagissent : médecins, soignants, administratifs, techniciens. La coopération de ces différentes populations de professionnels s'avère difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficacité et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins. Dans un second temps, l'article

montre que la mise en place d'un management socio-économique, par l'apport d'outils et le renforcement du rôle de médecin chef de service, permet d'améliorer la qualité des soins, le management des équipes et l'efficacité économique des activités hospitalières.

2010

(2010). Médecins et hôpitaux des armées. Paris la documentation française: 140.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000529/index.shtml>

La Cour des comptes porte un regard d'ensemble sur la façon dont le service de santé des armées s'organise pour assurer sa mission fondamentale et analyse en particulier le recrutement, la formation initiale et la gestion des 1 900 médecins et 4 500 infirmiers militaires. Elle examine la capacité du service de santé des armées à remplir conjointement sa mission régaliennne de défense et sa mission publique de santé. Dans ce rapport, la juridiction porte une appréciation sur le soutien médical apporté aux troupes engagées dans les opérations extérieures, sur son adaptation à l'évolution des conflits, à travers notamment l'examen des capacités de transport des blessés, de la coopération avec les alliés et de l'aide apportée aux populations locales. Elle examine la préparation opérationnelle des médecins présents dans les unités en analysant leur activité de soins et leur implication dans la médecine d'urgence. Enfin, depuis la fin des années 90, une nouvelle stratégie hospitalière a été définie, qui repose sur neuf hôpitaux d'instruction des armées, représentant au total 2 700 lits, dont l'activité est civile à plus de 90 %. La Cour présente donc dans ce rapport, à la lumière des autres options d'organisation retenues par l'Allemagne ou le Royaume-Uni, le bilan de la participation des hôpitaux militaires au dispositif public de santé et l'impact financier de leur fonctionnement pour le budget de la défense.

Belorgey, N. (2010). L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public", Paris : Editions de la Découverte

Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital, afin notamment d'en mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux outils du « nouveau management public », cet ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, etc. Ces innovations rencontrent l'opposition d'une partie du personnel hospitalier, selon qui elles creuseraient la tombe du système de protection sociale. À l'inverse, leurs promoteurs dénoncent des résistances qui ne pourraient provenir que d'une forme d'attachement à un passé révolu ou de corporatisme ; ces modernisations permettraient au contraire de sauver un système bien mal en point. En quoi consistent donc réellement ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pendant quatre ans, pour répondre à cette question, l'auteur de ce livre a mené une enquête approfondie dans des services de soin, en particulier des services d'urgence, ainsi que dans une agence réformatrice proche du ministère de la Santé et dans des cabinets de conseil. Il a ainsi endossé différents rôles : stagiaire dans les services administratifs des hôpitaux, étudiant de passage dans les services de soin, étudiant en gestion ou consultant junior auprès des réformateurs... Au travers d'observations directes, de l'exploitation inédite de données statistiques et d'une centaine d'entretiens, il livre ici une vision originale des processus à l'œuvre dans les hôpitaux. Il montre notamment que l'appropriation par les soignants des nouvelles normes préconisées par les réformateurs dépend beaucoup de la trajectoire professionnelle et sociale de chacun d'eux. Et il révèle quelques effets inattendus des réformes, dans un des services hospitaliers parmi les plus « avancés » sur leur voie (4e de couverture.)

Berland, Y., et al. (2010). "Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux." Actualite Et Dossier En Sante Publique(70): 16-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9DHR0xDr. Diffusion soumise à autorisation]. La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs. Le processus en cours soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël Moret-Bailly. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud.

Boyer, L., et al. (2010). "A social network analysis of healthcare professional relationships in a French hospital." International Journal of Health Care Quality Assurance **23**(5): 460-469.

This paper aims to describe relationships among healthcare professionals in a French public hospital using social network analysis (SNA) and to improve health service quality by strengthening health service management and leadership.

Buscaïl, S., et al. (2010). "Coopération entre professionnels de santé. Enjeux et perspectives." Revue Hospitaliere De France(533): 66-68.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xElmJ8. Diffusion soumise à autorisation]. La Haute Autorité en Santé (HAS) a souligné, dans sa recommandation d'avril 2008, que de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ne pouvaient se développer que dans le cadre d'une orientation politique forte. Le travail d'expertise et de concertation de la HAS et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé a contribué à préparer le chemin législatif. La loi Hôpital, patients, santé, territoires, dans son article 51, donne à la HAS compétence pour émettre un avis conforme sur les protocoles qui émaneront des acteurs de terrain et seront relayés par les futures agences régionales de santé. Ce travail devra s'accompagner d'une réflexion continue sur l'évolution des métiers de la santé, les conditions de leur formation initiale et leurs missions, dans le contexte d'un exercice de moins en moins marqué par l'individualisme, et de plus en plus tourné vers la complémentarité et la pluridisciplinarité.

Darde, B. et Poppe, C. (2010). "Contractuels de droit public. Le nouveau décret répond-il aux attentes des établissements de santé ?" Revue Hospitaliere De France(534): 32-34.

[BDSP. Notice produite par EHESP Bq8GGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Parmi le personnel non médical exerçant à l'hôpital, les établissements de santé emploient des fonctionnaires (loi n° 86-33 du 9 janvier 1986), des contractuels de droit public (environ

13,3% du personnel non médical) et une minorité de contractuels de droit privé. Les directions des ressources humaines gèrent dans la plupart des cas les contractuels de la même manière que les titulaires. Or la réglementation est bien différente.

De Montalembert, P. (2010). "Ressources humaines. "Il n'y a ni richesses ni force que d'hommes". "Gestions Hospitalieres(500): 568-571.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x89JrD. Diffusion soumise à autorisation]. Les ressources humaines sont apparues dès le premier numéro de Gestions hospitalières et elles n'ont cessé de s'y voir accorder une place de choix. Mais cette place a d'abord été technique : il n'est pas question d'analyses, d'exemples à suivre ou à ne pas suivre, mais d'abord et avant tout de technique. Le premier numéro en offre un excellent exemple, comprenant des articles sur : le recrutement et l'avancement du personnel ; la protection médicale du personnel ; les taux et indemnités de déplacement ; les horaires de travail. Si la transcription des normes juridiques en vigueur est une constante dans les numéros de Gestions hospitalières, les analyses et les dossiers thématiques se multiplient à partir des années 1990. Il faut attendre les années 2000 pour voir apparaître le triomphe de la thématique des ressources humaines, notamment le numéro 430 de novembre 2003 intitulé "Évaluer, organiser, gérer". Toutefois, une certaine pérennité est observée puisque quelques grands problèmes se retrouvent tout au long des 500 numéros : le personnel soignant et ses difficultés, l'organisation du temps de travail, le rôle et les fonctions du directeur. Cet article rend compte des nouveaux thèmes qui ont émergé dans les ressources humaines de 1973 à 2009 et l'évolution à laquelle elles ont dû faire face.

Grimaldi, A. et Vallancien, G. (2010). "Les paradoxes du médecin à l'hôpital." Seve : Les Tribunes De La Sante(26): 21-37.

Institution de la tarification à l'activité (T2A) en 2003, création des pôles en 2005, loi -hôpital, patients, santé, territoires- (HPST) en 2009, l'hôpital est soumis, depuis quelques années, à des vagues successives de réforme. La place des médecins en son sein fait l'objet de débats nourris et contradictoires. Acteur de santé publique, expert du soin, co-gestionnaire, promoteur de l'activité hospitalière? Les questions sont nombreuses. Deux personnalités du monde hospitalier ont apporté leurs réponses et proposent des voies d'évolution pour un système hospitalier engagé dans une transformation en profondeur de son organisation comme de ses modes de fonctionnement (résumé de l'éditeur).

Lautru, M.-A. (2010). "Coopération entre professionnels de santé. Perspectives de déploiement." Revue Hospitaliere De France(533): 70-72.

[BDSP. Notice produite par EHESP It9R0xA9. Diffusion soumise à autorisation]. Loi Hôpital, patients, santé, territoires a reconnu nécessaire la coopération entre professionnels de santé. Objectif ? Mieux répondre aux besoins de santé de la population, qui augmentent et se transforment sous l'effet conjugué de l'accroissement et du vieillissement de la population, des polyopathologies et maladies chroniques. L'article 51 de la loi HPST vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en le sortant du cadre expérimental qui prévalait jusqu'alors. Sa mise en oeuvre doit être facilitée pour s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité. Il s'agit bien, avec l'article 51, de favoriser les transferts d'activités et des actes de soins, les réorganisations de prise en charge et modes d'intervention auprès des patients, ainsi que les modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé.

Michel, A. (2010). "L'ANFH et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences." Revue

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Hospitaliere De France(534): 36-38.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0xInDp. Diffusion soumise à autorisation]. L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a entrepris, fin 2009, un projet visant à proposer une offre de service pour les établissements adhérents qui souhaitent s'engager dans une démarche GPMC. Les membres des instances de la composante Fédération hospitalière de France, au sein de l'association, soutiennent fortement cette initiative à laquelle ils ont largement contribué.

Poppe, C. (2010). "Statut hospitalier. Titulaire ou contractuel : encore des différences ?" Gestions Hospitalieres(494): 181-183.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x7snrp. Diffusion soumise à autorisation]. A la différence des fonctionnaires titulaires, les contractuels de droit publics ne sont pas dans une position légale et réglementaire : ils négocient et signent donc un contrat avec leur employeur. Soumis aux mêmes obligations que les titulaires, leur situation juridique est différente et leur protection moins importante. A titre d'exemple, la jurisprudence du Conseil d'Etat a définitivement tranché la question de la prime de service dans un arrêt du 23 mars 2009 : les contractuels n'ont pas le droit à la prime de service (CE, 23 mars 2009, n°312446). Le décret du 6 janvier 2010 vient enfin modifier certaines dispositions mais sont-elles satisfaisantes ? C'est l'objet de cet article.

Tanguy, H. (2010). "Loi HPST. Titulaires de la fonction publique hospitalière et coopération entre établissements de santé de santé. Il est urgent de lever les incertitudes." Gestions Hospitalieres(498): 469-471.

[BDSP. Notice produite par EHESP oIR0xrH7. Diffusion soumise à autorisation]. La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) entend "favoriser les coopération entre établissements de santé". Pour ce faire, il est procédé à des créations (communauté hospitalière de territoire, groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé...), des aménagements (groupement de coopération sanitaire de moyens...), voire de suppressions (syndicat interhospitalier, communauté d'établissements de santé). Est abordé ici la question de la situation des agents titulaires employés par le SIH alors que celui-ci doit évoluer. Deux hypothèses doivent être appréhendées selon que le SIH devient in GCS ou un GIP. Explications.

Toupillier, D. et Yahiel, M. (2010). Résultats de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Volume II du rapport. Paris Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé ; Paris CNG: 77.

Ce document présente les annexes du rapport de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les établissements publics de santé : méthodologie ; profils des répondants ; définition de la politique de ressources humaines ; gestion des ressources humaines et performances ; compétences et accompagnement des parcours professionnels ; organisation et moyens de gestion des ressources humaines ; Questionnaires..

Yahiel, M. et Mounier, C. (2010). Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? Rapport Igas ; RM2010-155P. Paris Igas: 73.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000037/0000.pdf>

Dans le prolongement du rapport de la Mission « Cadres Hospitaliers » présidée en 2009 par Chantal de Singly, l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée de mener une

réflexion sur la formation de ces cadres. La mission avait trois objectifs : tout d'abord étudier l'évolution à la fois qualitative et quantitative des besoins de formation professionnelle ; ensuite définir le schéma cible du dispositif de formation initiale et continue des cadres hospitaliers ; enfin proposer un plan d'action permettant d'assurer une transition, à moyen terme entre la situation actuelle et ce schéma cible, en précisant notamment les principaux jalons et le rôle des différents acteurs concernés.

2009

Belorgey, N. (2009). Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public. Paris EHESS, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. (E.H.E.S.S.). Formation Doctorale Sciences de la Société. Paris. FRA. **Thèse de Doctorat. EHESS Sociologie.**: 595 , tabl.

Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser les dépenses de santé », notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, différenciation entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques. Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, l'enquête a procédé par deux voies d'entrée ethnographique, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. Autrement dit, pour reprendre les catégories de la science politique anglo-saxonne, il s'agit de l'étude d'une policy par une approche à la fois top-down et bottom-up. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. L'enquête s'est concentrée en plus de celle-ci sur trois cabinets de conseil, trois services de soin (dont deux services d'urgence, cette spécialité étant particulièrement révélatrice des tensions de l'institution hospitalière), deux services administratifs, et les patients d'un réseau de soin ville-hôpital ; au total, elle s'est intéressée à une dizaine de cabinets de conseil et à une vingtaine d'établissements pour leurs services administratifs ou de soin ; elle a recueilli formellement 110 entretiens et ses observations ont se sont échelonnées sur quatre ans. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives : deux questionnaires conçus inductivement, l'un destiné à des patients (n=154), l'autre à des soignants (n=105), ainsi que le retraitement de bases de données médico-administratives recensant les passages dans certains services d'urgence (au total, 1,8 million de passages). La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires. Cette enquête s'inscrit dans un questionnement théorique qui relève à la fois de la sociologie politique, plus particulièrement celle de l'action publique, et de la sociologie économique, puisqu'elle s'appuie notamment sur les manières de compter

des acteurs : tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon, ce qui est à l'origine d'une grande partie de leurs conflits (D'après le résumé de l'auteur).

Chambaud, L., et al. (2009). Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Tomes I et II. Rapport RM2008-147P. Paris La Documentation française: 2 vol. (134+154), tabl., graph., annexes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000043/index.shtml>

Par lettre du 28 février 2008, la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a demandé à ce que soit réalisée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Le premier objectif était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération. Il s'agissait notamment d'étudier l'intérêt et la faisabilité d'une démarche de convergence des systèmes de rémunération des différents modes d'exercice, à partir des évolutions préconisées dans le rapport de la mission Larcher.

Cordier, M. (2009). "Enquête " Changements organisationnels et informatisation " dans le secteur de la santé COI-H." Serie Sources Et Methodes - Document De Travail - Drees(8): 29, tabl., fig., ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les hôpitaux ont connu, à l'instar des entreprises du secteur marchand, des changements de grande ampleur tant sur le plan de leur organisation, que des outils informatiques utilisés : utilisation de systèmes d'information médicalisés, traçabilité des actes réalisés, certification, etc. Ces changements doivent pouvoir être appréciés, de manière conjointe, du point de vue des directions hôpitaux et de cliniques qui les mettent en œuvre, et du point de vue des agents. L'enquête « COI-H » réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec le Centre d'études de l'emploi (CEE) est l'extension dans le secteur hospitalier du dispositif d'enquête « COI » 2006. Il s'agit d'une première dans le secteur de la santé, qui a nécessité une adaptation importante du questionnaire du volet « employeurs » pour correspondre aux situations rencontrées par les établissements de santé. Ce travail a été mené sur la base d'entretiens approfondis auprès d'une vingtaine de directeurs et responsables de structures hospitalières et a fait l'objet d'une large concertation au sein du ministère de la santé. Ce document présente la démarche, les traitements et les résultats de l'enquête.

Cordier, M. (2009). "L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes." Etudes Et Resultats (Drees)(709): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x8FE99. Diffusion soumise à autorisation].

L'organisation du travail dans le secteur de la santé répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. En conséquence, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus répandues que dans la plupart des autres secteurs marchands de l'économie. Ceci se vérifie, notamment pour le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) et médical (médecins et pharmaciens). De plus, quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts et des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. En outre, la moitié des infirmières et des aides

soignantes et un tiers des médecins déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail. En trois ans, un salarié sur deux affirme avoir ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme, surtout lorsque son établissement a été confronté, durant la même période, à la montée de l'isolement ou à l'appauvrissement de ses usagers. C'est aussi grâce à ce travail collectif que les personnels hospitaliers peuvent compter sur l'appui des collègues et de la hiérarchie, en cas de surcharge de travail ou de difficultés face à un patient ou sa famille.

Loubat, J.-R., et al. (2009). "Management et ressources humaines. Dossier." Gestions Hospitalières(484): 156-183.

[BDSP. Notice produite par EHESP I97IHR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Usure professionnelle, délégation de tâches pour les infirmiers, impact des horaires de travail sur la santé du personnel soignant, réorganisation de la prise en charge du patient au bloc opératoire afin de permettre une augmentation de l'activité : tels sont les différents thèmes abordés dans ce dossier consacré au management et à la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

2008

(2008). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : Politiques et pratiques 2007-2008 - Volume 2. Paris La documentation française : 505.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000617/index.shtml>

Le volume 2 du rapport sur l'état de la fonction publique présente les politiques et les pratiques de gestion des ressources humaines dans les services de l'État, les collectivités territoriales et les établissements de soins. Cette présentation fournit les éléments d'information indispensables pour nourrir la réflexion en cours sur les grands chantiers de modernisation de la GRH. Le rapport est structuré autour des objectifs stratégiques partagés par les trois fonctions publiques, à savoir la nécessité : d'une gouvernance reposant sur le dialogue avec l'ensemble des acteurs de la fonction RH et les partenaires sociaux de définir les politiques de GRH en intégrant une dimension prévisionnelle et en mobilisant les démarches métier ; de valoriser le potentiel de chaque agent en personnalisant la gestion ; de faire correspondre les ressources humaines aux emplois en facilitant la mobilité des agents ; de professionnaliser la gestion des ressources humaines afin qu'elle soit à la hauteur des enjeux. Pour chacun de ces thèmes, le rapport fait état des réalisations concrètes, dégage les problématiques et précise les orientations en ouvrant des perspectives à partir des propositions du Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique. Des exemples tirés des pratiques de gestion du secteur public mais aussi du secteur privé et des focus sur l'expérience des fonctions publiques d'autres pays viennent émailler le propos.

Barthes, R., et al. (2008). "Dossier. Les nouveaux métiers à l'hôpital." Decision Sante(243): 8-13.

[BDSP. Notice produite par EHESP qR0x8Flk. Diffusion soumise à autorisation]. Nouvelle organisation, nouvelles pratiques, nouveaux métiers... Les nombreuses réformes hospitalières de ces dernières années et les évolutions technologiques redéfinissent les contours des métiers existants. Elles ouvrent également la porte de l'hôpital à des métiers émergents. Au sommaire du dossier : Entretien avec Richard Barthes, Membre de la commission en charge de l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, ministère de la santé "Les évolutions des métiers sont multiples" ; Réformes : nouveaux profils en vue ; Praticiens/directeurs : le centre national de gestion aux avant-

postes ; Entretien avec Jean-Jacques Romatet, directeur général du CHU de Toulouse "La gestion des risques n'est pas encore dans notre culture".

Berland, Y., et al. (2008). "L'avenir de la démographie médicale hospitalière." Gestions Hospitalières(475): 228-234.

[BDSP. Notice produite par EHESP jR0xstpC. Diffusion soumise à autorisation]. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris organise régulièrement pour ses cadres des conférences intitulées "Rencontres du management". Celle du 21 février 2007 portait sur la démographie médicale hospitalière, un des éléments clés du management de la santé, qui va obliger à gérer simultanément une hausse de la demande de soins et une baisse du temps médical et soignant disponible.

Estryn-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xnt8k8. Diffusion soumise à autorisation]. Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénomène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local. (R.A.).

Gheorgiu, D. M., et al. (2008). Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux. Noisy-le-Grand CEE: 41, annexes.

Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des entretiens l'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide d'entretien et le questionnaire réalisé.

Marzoug, S. (2008). "Activité libérale des praticiens hospitaliers : montant de la redevance." Revue Hospitaliere De France(520): 32-33.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9GR0xmlA. Diffusion soumise à autorisation]. Le décret n° 2006-274 du 7 mars 2006 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé a fait l'objet d'une requête en annulation présentée devant le Conseil d'État par le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital. Dans ce recours, le syndicat conteste les modalités de calcul de cette redevance avançant notamment une méconnaissance du principe d'égalité dans le mode de calcul. Suite à ce recours, le Conseil d'État a rendu une décision le 16 juillet 2007 (décision n° 293229) dans laquelle il se prononce pour un mode de calcul unique de la redevance quels que soient les actes pratiqués par les praticiens, qu'ils soient ou non remboursés par la Sécurité sociale.

Milon, A. (2008). Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France. Rapport d'information ; n° 287. Paris Sénat: 50 , ann.

<http://www.senat.fr/rap/r07-287/r07-2871.pdf>

L'organisation de l'offre de soins sur le territoire national est aujourd'hui au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, qui tentent de conjuguer une réponse appropriée aux besoins sanitaires des Français et une utilisation aussi efficiente que possible des moyens humains et matériels. La commission des affaires sociales a souhaité apporter une contribution à la réflexion générale en étudiant le cas de la chirurgie. Deux raisons ont présidé à ce choix : d'une part, il s'agit d'une profession dont l'exercice a été profondément modifié au cours des dernières années par l'évolution des techniques, les tensions démographiques et la spécialisation croissante de la discipline ; d'autre part, si les services de chirurgie jouent, comme les maternités, un rôle emblématique dans l'accès aux soins, le coût et les contraintes de fonctionnement de ces services posent, dans de nombreux établissements, la question de leur maintien. En abordant les questions de l'attractivité du métier de chirurgien, de la formation des étudiants, de la rémunération et des modalités d'exercice de la profession, le rapport d'Alain Milon propose une série de mesures susceptibles de conforter l'avenir de la chirurgie en France, dans le souci d'assurer à tous une offre de soins de qualité, réalisés au moyen de plateaux techniques innovants et prodigués par des praticiens confirmés.

Poutout, G. (2008). Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. Rapport final. Saint Denis Haute Autorité de santé: 108, tabl., ann.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_cneh_etude_finale_2008_04_16_12_26_17_32.pdf

L'évaluation des 10 expérimentations de délégations de tâches et de pratiques collaboratives entre professionnels de santé, autorisées par l'arrêté du 30 mars 2006, repose sur plusieurs études coordonnées menées par la Haute Autorité de Santé, dont les 2 volets essentiels sont constitués par : - une évaluation quantitative, relative à la faisabilité de la délégation de tâche ou de la pratique collaborative. Il s'agit d'analyser les résultats obtenus à partir des protocoles mis en œuvre au cours des expérimentations, tant en termes de garantie de qualité des actes « transférés » que de temps médical épargné ; - une évaluation qualitative, dont l'objectif est de faire émerger les éléments concrets relatifs aux enjeux, modalités, freins, leviers, et effets de ces modes de coopération expérimentaux, de distinguer les éléments potentiellement généralisables et de repérer les dynamiques de changement

associées que cela suppose. Cette 2ème étude, de type sociologique, confiée au CNEH, porte sur les 9 expérimentations menées en milieu hospitalier. L'évaluation qualitative est destinée à identifier et à comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les interrelations entre professionnels, tant du point de vue de leur positionnement au sein de l'organisation que de du point de vue des identités et des cultures professionnelles. L'évaluation s'est attachée à repérer les dynamiques et les logiques de fonctionnement, les systèmes de relations de travail, les contenus du travail au-delà de l'efficacité même de l'acte délégué, les interactions entre acteurs, les systèmes de représentation et leurs évolutions, et enfin les conditions de mobilisation des acteurs, leurs peurs et réticences, leurs enjeux et leurs capacités, champs et modalités d'apprentissage. Cette analyse compréhensive se prolonge par la formalisation des enseignements clés tirés de ces expérimentations, en vue d'une éventuelle extension ou généralisation, et de ses incidences sur les contours des métiers médicaux et soignants, sur la sécurité des prises en charge des patients, sur la faisabilité économique et sociale, et sur l'acceptabilité sociale par les acteurs concernés.

Tondelier, M. (2008). Les conflits d'acteurs à l'hôpital public à l'épreuve de la nouvelle gouvernance hospitalière. Le cas de la mise en place des pôles d'activité et du conseil exécutif. Lille Institut d'Etudes Politiques de Lille, Institut d'Etudes Politiques (I.E.P.). Lille. FRA. **Mémoire Quatrième année. Section Administration publique: 183.**

L'objet de ce mémoire est de déterminer la nature des luttes de pouvoirs, des tensions et autres conflits d'intérêts en présence à l'hôpital public, de démontrer en quoi ils sont préjudiciables à l'hôpital public et constituent l'une des principales causes à ses difficultés, et d'expliquer en quoi la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière a tenté de les contrecarrer. Plus précisément, ce travail se focalisera sur le pan de la réforme instituant l'organisation de l'hôpital public en pôles d'activité et la mise en place de conseils exécutifs dans chaque établissement, et tentera en dernier lieu de déterminer dans quelle mesure ces éléments de réforme ont pacifié les interactions entre les différents acteurs de l'hôpital public.

2007

(2007). Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations. Paris ONEM: 177.

Le secteur de la santé connaît depuis quelques années de grands bouleversements (progrès des techniques médicales, développement du consumérisme, restructuration de l'offre de soins, réorganisation des modes de prises en charge). Afin d'accompagner les établissements de la fonction publique hospitalière dans ces évolutions, le Ministère chargé de la santé s'attache à proposer régulièrement des outils de gestion des ressources humaines et d'aide à la décision. Ces réflexions s'inscrivent dans l'esprit des échanges et des travaux menés par l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, créé par décret en date du 28 décembre 2001. C'est aussi dans ce cadre qu'un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a été élaboré à l'issue d'une longue démarche d'association des professionnels de santé. Ce répertoire, outil de gestion tant individuelle que collective, constitue le point de départ des démarches métier/compétences et le socle d'une gestion prévisionnelle plus ambitieuse. Un important dispositif de sensibilisation et surtout de formation à l'utilisation de l'approche métier/compétences, à destination des publics cibles (DRH et équipe RH, encadrement, représentants du personnel?) s'est progressivement déployé à partir de la fin d'année 2004

(170 sessions de formation réalisées à ce jour). Afin de consolider ce premier investissement, et au-delà de la question de l'actualisation du répertoire des métiers (fréquence quadriennale), une étude prospective a été menée sur l'évolution des grandes familles de métiers présentes dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Bourgeault, Y. L., et al. (2007). Professional work in health care organizations : the structural influences of patients in french, canadian and american hospitals. SEDAP Research Paper ; n°204. Hamilton SEDAP: 19 , tabl.
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap204.pdf>

Bien que de nombreuses études se soient intéressées à l'impact de l'emploi des professionnels de la santé dans les grands organismes bureaucratiques, il existe sensiblement moins de recherche portant sur l'influence structurelle des patients dans cette relation. Dans cette étude, nous présentons des données qualitatives comparatives sur l'expérience des professionnels de la

Fizzala, A. (2007). "Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005." Etudes Et Resultats (Drees)(605): 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8lf5R0xS. Diffusion soumise à autorisation]. En 2005, le personnel non médical dans les établissements de santé représentait 1 030 000 emplois. Avec sept équivalents temps plein (ETP) sur dix, le personnel soignant constitue l'essentiel des effectifs de l'hôpital. Le reste du personnel correspond aux emplois administratifs (12,4% des ETP), techniques et ouvriers (11,5% des ETP), médico-techniques (4,6% des ETP) et éducatifs ou sociaux (1,4% des ETP). Entre 1997 et 2005, le nombre d'ETP non médicaux a augmenté de 100 000, hausse portant sur le personnel soignant et due principalement à la mise en place de la réduction du temps de travail.

Gheorghiu, M.-D., et al. (2007). "Préparation de l'enquête COI - les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(72): 49 , ann.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE HlqR0xkq. Diffusion soumise à autorisation]. Les transformations politiques, sociales et économiques qui traversent le secteur de la santé et son environnement conduisent les gestionnaires des hôpitaux à mettre en oeuvre, à l'instar des gestionnaires d'entreprises, des politiques managériales modifiant en profondeur les organisations existantes et le travail des salariés. Les hôpitaux ne sont pas à l'écart de ces évolutions, ils sont l'objet de très importantes réorganisations externes et internes et d'une modernisation intense, souvent impulsées par les pouvoirs publics et la politique de santé, mais aussi parfois par des changements technologiques ou l'évolution des pathologies ou des comportements. En effet, confrontés à des questions de financement rendues aiguës par le déficit chronique de la sécurité sociale, alors que l'évolution des techniques médicales et des exigences de la société en matière de santé produit une forte pression à la hausse sur les coûts, les hôpitaux, poussés par les pouvoirs publics, ont dû, depuis une vingtaine d'années, se réorganiser fortement.

Holcman, R. (2007). "L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ?" Journal D'economie Medicale **25**(5-6): 307-317, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA mBR0xFFj. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital

public français est supposé manquer cruellement de personnel. Commentaires, témoignages, images télévisées, s'accordent à dénoncer une situation où l'insuffisance de la main-d'oeuvre hospitalière non seulement dégrade les conditions de travail mais viendrait à compromettre la qualité des soins dispensés. Or l'analyse des dotations en personnel des hôpitaux français ne corrobore pas ce sentiment - en particulier comparativement à l'emploi dans les hôpitaux des principaux pays industrialisés. La question du personnel dans les hôpitaux ne doit pas se limiter à l'analyse partielle de quelques professions emblématiques, mais doit incorporer l'estimation du nombre d'établissements disséminés sur le territoire national, comme l'analyse du champ des compétences employées dans les établissements publics de santé - qui dépasse de très loin les métiers et les professions qui relèvent du soin. De même, le décalage sans cesse croissant entre l'appartenance professionnelle "nominale" et l'appartenance professionnelle réelle - qui met en lumière la prédominance de la fonction dans l'analyse des dotations en personnel - conduit à s'interroger sur ce qu'est réellement un métier ou une profession de soin. Quand on se penche sur la question des dotations en personnel des hôpitaux, c'est bien le nombre de personnels affectés réellement à la prise en charge des patients qui est déterminant. (résumé d'auteur).

Jounin, N. et Wolf, L. (2007). "Les relations hiérarchiques en établissements de santé." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees): 23-40.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x1GhMz. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude examine les différentes formes de pouvoir qui se tissent dans les établissements de santé publics et privés (encadrement des cadres de santé, prescription des médecins et infirmiers, délégation des infirmiers aux aides-soignants, etc.). Une population de "chefs" très hétérogène a été identifiée, au sein de laquelle tous n'exercent pas des fonctions d'encadrement. Selon qu'ils déclarent ou non avoir une influence sur "l'augmentation du salaire, les primes et les promotions des salariés", "l'évaluation régulière de leur activité", leurs horaires et "la répartition ou la coordination du travail", ces "chefs" ont été répartis en quatre classes : les gouvernants (13% des chefs), les "surveillants" (24%), les "experts" (41%), enfin, les "autres" (22%), pour lesquels les contours des responsabilités hiérarchiques restent flous.

Le Lan, R., et al. (2007). "Conditions de travail et relations avec le public dans les établissements de santé en 2003." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees): 7-21, tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE zrR0xyKh. Diffusion soumise à autorisation]. A partir d'une enquête menée en 2003 auprès de 5 000 actifs hospitaliers sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé, il apparaît qu'ils sont particulièrement exposés au contact direct avec le public extérieur, ce qui est globalement associé à des conditions de travail plus soutenues. Au sein des personnels hospitaliers en contact avec le public, ceux exerçant en service d'urgence et davantage encore en psychiatrie sont les plus exposés aux agressions du public. Une typologie du personnel a permis de mettre en évidence deux profils qui confirment cette tendance : les "accumulateurs de charges" et les "encadrés solidaires".

Munoz, J., et al. (2007). "Conditions de travail et accréditation : incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(112): 116, tabl., annexes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE t5KQR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. La procédure d'accréditation, à présent conduite par la Haute autorité de santé, a pour objectif de s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Elle doit permettre une meilleure maîtrise de la gestion de l'hôpital et, le cas échéant, aboutir à une modification des conduites des professionnels des établissements de santé. Cette étude mesure l'incidence de la mise en place de l'accréditation sur les conditions de travail de différents acteurs des établissements de santé.

Strohl, H. et Bastianelli, J. P. (2007). Enquête sur l'utilisation du temps un jour donné dans trois C.H.S. (Personnels médicaux et personnels soignants). Tome III/III - Complément au rapport. Paris Igas: 143.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000022/0000.pdf>

Cette enquête a été réalisée dans le cadre et pour les besoins d'une mission de l'Igas portant sur la gestion des ressources humaines dans les CHS. Le présent document rassemble les résultats de cette enquête. Il comporte huit chapitres : les conditions de réalisation de l'enquête et d'exploitation des données, les résultats concernant : les médecins, les infirmiers (et cadres de santé), les aides soignants, les agents des services hospitaliers, les psychologues, les assistantes sociales, les autres professionnels spécialisés (psychomotriciens, psychothérapeutes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales).

Strohl, H., et al. (2007). Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif. Tome I/III. Paris Igas: 61.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000022/0000.pdf>

La mission IGAS a contrôlé les établissements psychiatriques de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction " gestion des ressources humaines ", l'utilisation de ces moyens rapportés à l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins. Le présent rapport reprend les constats et les conclusions qui peuvent avoir des effets sur la politique de santé publique en psychiatrie, tant du point de vue de l'amélioration du fonctionnement des établissements que d'une meilleure allocation des moyens. Il examine successivement les points suivants : attribution - gestion - utilisation des ressources humaines avant de dégager quelques pistes d'amélioration.

Strohl, H., et al. (2007). Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif. Tome II/III - Annexes. Paris Igas: 89.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000022/0000.pdf>

La mission IGAS a contrôlé les établissements psychiatriques de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction " gestion des ressources humaines ", l'utilisation de ces moyens rapportés à

l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins. Ce document présente les annexes du rapport : Condition de travail et temps de travail, utilisation du temps de présence du personnel paramédical et médical.

Talec, T. (2007). "Profil de poste des praticiens hospitaliers. Une réforme de plus, en trop, une nouvelle réforme ?" *Gestions Hospitalieres*(471): 704-708, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP B89R0xo8. Diffusion soumise à autorisation]. Le paysage hospitalier a beaucoup changé en vingt-cinq ans. Les statuts de praticiens hospitaliers et des praticiens des hôpitaux à temps partiel basés sur deux décrets de 1984 et 1986 ont ainsi dû être réformés afin de les adapter aux contraintes du secteur sanitaire actuel. En octobre 2006, deux mesures ont suscité beaucoup d'interrogations : la mise en place d'une part variable complémentaire et la dichotomie instaurée dans la procédure de recrutement entre nomination et affectation des praticiens. L'agitation faite autour de ces nouveautés a largement contribué à occulter d'autres apports dont un passé pratiquement inaperçu : l'obligation d'établir un profil de poste pour tout poste déclaré vacant. Peu commentée, peu contestée, cette mesure en est-elle pour autant négligeable ?

2006

(2006). Les personnels des établissements publics de santé : rapport public thématique. Paris Cour des Comptes: 165, ann.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des travaux engagés par la Cour des Comptes depuis plusieurs années sur la fonction publique. Après les publications antérieures (en 1999, 2001 et 2003 sur les agents de l'État), il constitue le premier rapport consacré aux agents publics travaillant à l'hôpital dont il vise à donner une vue d'ensemble.

Barthes, R. (2006). "De la gestion administrative à la gestion des ressources humaines : une révolution en marche." *Revue Hospitaliere De France*(511): 14-17.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xwRyov. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion uniquement administrative du personnel ne suffit plus. Elle doit aujourd'hui s'accompagner d'une gestion des ressources humaines centrée sur l'approche métier/compétence. Outil précieux d'aide à la décision, la gestion métier/compétence permet de revisiter les modes de gestion des personnels et structure désormais la plupart des grands dossiers nationaux (validation des acquis de l'expérience, réflexions sur la coopération entre professionnels de santé...) et locaux (projets d'établissements, réorganisations d'activité...).

Traditionnellement, deux registres d'utilisation d'un répertoire ou d'une carte des métiers, l'un collectif et l'autre individuel, sont mis en avant. Sur le plan collectif, le répertoire permet de repérer les passerelles entre métiers proches et apporte de la lisibilité sur les métiers porteurs ou en croissance, favorisant les mobilités professionnelles horizontales ou verticales. Sur le plan individuel, il constitue un bon instrument d'évaluation dans le cadre d'un entretien d'appréciation, dans l'élaboration d'un projet professionnel ou d'un bilan de compétences. Mais, plus encore, le répertoire des métiers est un outil au service d'une stratégie plus large qui consiste à réorienter progressivement la gestion quotidienne vers une gestion prévisionnelle.

Berland, Y. (2006). Rapport de la Mission "Démographie médicale hospitalière". Paris La

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

documentation française: 201 , tabl.

Par lettre en date du 6 mars 2006, le ministre de la Santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a confié au Professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, une mission d'études et de propositions sur la démographie médicale hospitalière. Le présent rapport est articulé autour de cinq parties. La première s'est attachée à faire l'état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé. La deuxième est consacrée aux évolutions annoncées pouvant impacter dans les prochaines années l'offre de soins des établissements de santé. La troisième apporte quelques éléments de comparaisons des établissements de santé et de la démographie hospitalière des pays européens. La quatrième est une analyse de la situation actuelle de la démographie hospitalière basée sur l'état des lieux, les commentaires de rapports récents, l'avis des professionnels de santé et l'expertise apportée par les membres de la mission. La cinquième rend compte de propositions faites par la mission pour améliorer les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Boyer, H. (2006). "Absentéisme des personnels hospitaliers." Revue Hospitaliere De France(511): 35-36.

[BDSP. Notice produite par ENSP OR0xD85a. Diffusion soumise à autorisation]. Une mesure et une analyse fine de l'absentéisme du personnel hospitalier constituent un outil précieux dans la gestion des ressources humaines, permettant d'objectiver des défauts d'organisation et de concevoir une politique plus préventive des absences. Mais cette mesure et analyse du phénomène se heurtent à de nombreuses difficultés : données chiffrées à améliorer, environnement réglementaire en pleine évolution, facteurs multiples.

Dumond, J. P. (2006). "Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers." Sciences Sociales Et Sante **24**(4): 97-126, tabl.

L'analyse de douze restructurations hospitalières confirme la puissance des mouvements psycho-affectifs vécus par la plupart des personnels au cours de ces opérations. Toutefois, ces mouvements, qualifiés fréquemment de deuil, sont pour une part ambivalents, la destruction du cadre existant ouvrant sur des attentes de reconstruction. La dynamique à l'oeuvre paraît être celle d'une recomposition individuelle complexe qui se joue selon trois dimensions, celle des transactions, celle des normes d'équipe et celle des identités attachées à des éléments de l'environnement de travail.

Feroni, I. (2006). "Evolutions institutionnelles, transformations de l'activité : le contexte des restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix. Commentaire." Sciences Sociales Et Sante **24**(4): 129-133.

Cet article décrit le contexte dans lequel ont eu lieu les restructurations hospitalières des années quatre-vingt-dix.

Jounin, N. et Wolff, L. (2006). Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. Noisy-le-Grand Centre d'Etudes de l'Emploi: 126, tabl.

<http://www.cee-recherche.fr/>

Ce travail vise à approfondir la connaissance des formes de hiérarchie, d'autorité et d'encadrement dans les hôpitaux, à partir d'un travail de terrain qualitatif et de l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé réalisée en 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du

Ministère chargé de la santé.

2005

(2005). Recommandations du Conseil National de la Chirurgie, Paris : CNC

De nombreux travaux et rapports effectués ces dernières années soulignent les difficultés que connaît aujourd'hui la chirurgie française. Les causes sont multiples et clairement identifiées. Le Conseil National de la Chirurgie (CNC) mis en place par Philippe DOUSTE BLAZY, ministre de la Santé, le 17 Juin 2004 a travaillé pendant une année pour répondre aux inquiétudes des chirurgiens français et aux problèmes de santé publique. Aujourd'hui, le CNC est en mesure de présenter ses recommandations. Elles ont comme objectif essentiel de redonner de l'attractivité à la chirurgie.

Acker, F. (2005). "Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital." Revue Francaise Des Affaires Sociales(1): 19-161.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 0bR0xgzL. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article traite des reconfigurations en cours du travail infirmier dans les services hospitaliers de court séjour, en lien avec les nouveaux modes de pilotage et de management des établissements. Ces reconfigurations du travail infirmier sont multiples. Elles s'observent dans le développement de nouveaux types de travail assurés avant et après le séjour des patients. Le travail de soins en service d'hospitalisation connaît également de nouvelles inflexions qui modifient non seulement l'importance relative des différents types de travail mais aussi la définition de l'autonomie du patient et de la place qu'on lui assigne dans l'institution.

Bichier, E. et Fellingier, F. (2005). "Restructurations hospitalières. Les médecins plutôt favorables." Revue Hospitaliere De France(507): 36-38.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xkH2ZR. Diffusion soumise à autorisation]. La restructuration des plateaux techniques est l'un des thèmes récurrents de l'actualité hospitalière, ainsi que le démontrent les rapports récents des académies de médecine et de chirurgie, celui du Conseil national de la chirurgie, ou la discussion sur les seuils d'activité en cancérologie. L'incitation aux coopérations qui sous-tend l'ordonnance du septembre 2003, remodelant les groupements de coopération sanitaire (GCS), en est un autre exemple.

Collet, M. (2005). "Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002." Etudes Et Resultats(377): 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0xlwA6. Diffusion soumise à autorisation]. Les déclarations annuelles de données sociales (DADS) permettent de comparer, en 2002, comme en 1999 et en 2000, les rémunérations nettes des salariés à temps plein dans les trois catégories d'établissements de santé : publics, privés relevant de l'Objectif quantifié national (OQN) et privés soumis à la dotation globale (DG). Le niveau de rémunération moyen des salariés à temps complet, toutes catégories d'établissement et de personnels confondus, a augmenté de 4% en euros constants entre 1999 et 2002, avec une dispersion globale qui a eu tendance à s'accroître, particulièrement dans le secteur public. Les écarts résultent en partie de différences dans les durées moyennes travaillées sur l'année (157 H/mois dans le secteur public contre 150 dans le secteur privé), ainsi que dans les caractéristiques des salariés

(niveau de qualification et ancienneté plus importants dans le secteur public). Les disparités de salaire horaire sont plus marquées au bas de l'échelle des rémunérations. Enfin, les femmes perçoivent "toutes choses égales par ailleurs" des salaires inférieurs de 3 à 4% à ceux des hommes dans le secteur privé.

Courtial, J. P. et Huteau, S. (2005). "Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital." Sante Publique **17**(3): 385-402, fig.

[BDSP. Notice produite par ENSP iLR0x745. Diffusion soumise à autorisation]. L'approche gestionnaire du burn out à l'hôpital auprès des infirmières conduit parfois implicitement, par exemple à travers les échelles psychométriques de sa mesure, à ne mettre en cause que la fragilité du personnel. Le burn out, loin d'être un phénomène naturel, est lié aux contradictions entre les différentes sous-cultures professionnelles des partenaires associés autour des soins. Il est construit socialement. En conséquence, il n'est pas appréhendé de la même manière par les infirmières lorsqu'elles parlent personnellement des difficultés de leur métier, par leurs porte-paroles syndicaux dans un contexte revendicatif plus large, par les chercheurs en psychologie. Lui conférer un statut de réalité scientifique objective quel que soit le contexte peut entraîner de nombreuses méprises. Le burn out témoigne plutôt des représentations anthropologiques qui circulent ou non entre acteurs des soins, à l'occasion des interactions qui mettent en jeu leurs cultures professionnelles et la culture globale de la société.

Gheorghiu, M.-D. et Moatty, F. (2005). "Les conditions de travail en équipe : post-enquête "Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé". " Serie Etudes - Document De Travail - Drees(49): 291.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE LIPR0xcX. Diffusion soumise à autorisation]. Réalisée dans le cadre de l'enquête nationale sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé menée par la Drees en 2003, cette post-enquête menée à partir de 40 entretiens semi-directifs vise à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail dans les établissements de santé.

Le Lan, R. (2005). "Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail." Etudes Et Resultats(373): 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ggR0x5Gn. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête menée en 2003 dans les établissements de santé permet de dégager une typologie des personnels hospitaliers en fonction de leur perception des conditions de travail selon les exigences liées à la charge physique et mentale, l'autonomie ou marges de manoeuvre et l'environnement de travail. Sept classes se dessinent et regroupent entre 6 et 32% du personnel des établissements de santé. Les deux premières rendent compte d'exigences de travail élevées et rassemblent la moitié du personnel. Ce sont essentiellement des infirmières et des aides-soignantes. La 5ème, - fort degré d'autonomie dans le travail et des responsabilités hiérarchiques liées à l'activité médicale - comprend un plus grand nombre de médecins et de cadres infirmiers. Les conditions de travail perçues ne sont pas seulement liées à la profession exercée. Les exigences de travail apparaissent ainsi plus lourdes pour les personnels cumulant des horaires de jour et de nuit, les salariés âgés de 25 à 30 ans et le personnel des services d'urgence et de réanimation.

Vallancien, G. (2005). "Formation des chefs de pôles médicaux. Pourquoi ? Comment ?" Revue Hospitaliere De France(506): 42-43.

[BDSP. Notice produite par ENSP TECBR0xy. Diffusion soumise à autorisation]. La réforme de l'organisation interne des hôpitaux implique la création de pôles médicaux en remplacement des services, départements ou fédérations hospitaliers actuels. Le but de ces pôles est de mieux concentrer l'activité médicochirurgicale et de la rendre plus lisible, en déconcentrant la gestion des personnels médicaux et paramédicaux afin de promouvoir une réactivité plus grande face à la demande des malades. La plupart des médecins ne sont préparés ni à ces rôles de chef de pôle ni au fonctionnement interne de ces nouvelles structures.

2004

Acker, F. (2004). Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. Paris Cermes : 242 , tabl.

Cette recherche a été menée dans le cadre de l'appel d'offre sur les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé lancé par la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études , de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé. Elle porte sur les reconfigurations actuelles du travail infirmier à l'hôpital liées aux modifications récentes apportées à la définition et au pilotage de l'offre de soins au niveau national et régional d'une part, au développement de l'activité médicale, à la gestion de l'emploi et des prestations hospitalières au niveau local de l'autre.

Barresi, V., et al. (2004). "Chirurgiens : autopsie d'une crise annoncée." Decision Sante(207): 16-18.

[BDSP. Notice produite par ENSP YDutR0xK. Diffusion soumise à autorisation]. Si les chirurgiens libéraux n'ont pas eu à traverser la Manche pour faire entendre leur voix, les chirurgiens hospitaliers, ont "posé leurs bistouris" le 1er septembre dernier. Un relevé de décisions proposé par Philippe Douste-Blazy le 31 août aux organisations syndicales n'a pas reçu l'assentiment de tous. Bien qu'il ne remette pas en cause l'unicité du statut de praticien hospitalier, les réactions demeurent très contrastées.

Dumond, J.-P. (2004). "Vieillesse du personnel hospitalier et absentéisme pour raisons de santé." Gestions Hospitalieres(440): 715-719.

[BDSP. Notice produite par ENSP MAhdR0xN. Diffusion soumise à autorisation]. Le vieillissement du personnel hospitalier a-t-il un effet sur l'absentéisme pour raisons de santé ? Dans les structures hospitalières, la courbe d'absentéisme est souvent bimodale avec un pic autour de 25-35 ans, puis un autre après 50 ans. Le rapport entre le vieillissement et l'absentéisme est donc plus complexe que si une courbe linéaire unissait les deux phénomènes. De plus, sur quelques cas, il s'avère que les taux d'absentéisme par classe d'âge évoluent sensiblement sur une période de quelques années. Au final, la réponse à la question posée ne peut provenir que d'une analyse taux/structure dont les principes et les modalités sont présentés dans cet article.

Tonneau, D. (2004). "Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation." Etudes Et Resultats(302): 12 , 16 tabl., 13 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

L'objet de cet article est de présenter un premier bilan du passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics à partir d'une étude lancée par la Drees entre novembre 2002 et février 2003. Son objet était de mieux appréhender les modalités selon lesquelles s'est opérée la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation, l'emploi, la qualité du service rendu, les conditions de vie et de travail, et de prendre la mesure des difficultés rencontrées dans la conduite des projets (extrait).

2003

(2003). L'organisation des services de radiothérapie : rapport d'étape. Paris Ministère chargé de la Santé: 24.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée par la LFSS pour 2003. Avec la Mission " Tarification à l'activité " et la Mission " Aide à l'investissement ", elle fait partie des trois missions opérationnelles installées par le ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007. L'ensemble des missions conduites par la Meah vise à faire émerger "une meilleure organisation des activités hospitalières qui combine qualité du service rendu au patient, efficience économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel". 6 thèmes figuraient au programme de travail 2003 : le temps d'attente aux urgences, le temps de travail des médecins, l'organisation des services de radiothérapie, les achats dans les hôpitaux et cliniques, l'organisation des services d'imagerie, la mise en œuvre de la comptabilité analytique. Les quatre premiers ont été lancés en juillet 2003 et ont fait l'objet de rapports d'étape accessibles sur le site Internet de la mission. Ce document concerne l'évaluation des services de radiothérapie à l'hôpital, et relève d'importantes disparités entre services de radiothérapie tant sur la productivité par machine, par médecin ou par manipulateur que sur l'utilisation des équipements avec des délais de mise en traitement marquant d'importantes différences et excédant parfois les standards couramment admis. Quel que soit le thème abordé par la mission, la conclusion est la même : il y a des services bien gérés, d'autres moins, des organisations efficaces et d'autres qui ne permettent pas d'assurer une bonne prise en charge des malades. Le site de la mission : <http://www.meah.sante.gouv.fr>. La plaquette de présentation du programme de travail 2004 comportant une synthèse des chantiers ouverts en 2003 disponible au format Pdf : <http://www.meah.sante.gouv.fr/images/plaquette2004.pdf>

(2003). Temps de travail des médecins et organisation des services : rapport d'étape. Paris ministère chargé de la Santé: 18.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée par la LFSS pour 2003. Avec la Mission " Tarification à l'activité " et la Mission " Aide à l'investissement ", elle fait partie des trois missions opérationnelles installées par le ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007. L'ensemble des missions conduites par la Meah vise à faire émerger "une meilleure organisation des activités hospitalières qui combine qualité du service rendu au patient, efficience économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel". 6 thèmes figuraient au programme de travail 2003 : le temps d'attente aux urgences, le temps de travail des médecins, l'organisation des services de radiothérapie, les achats dans les hôpitaux et cliniques, l'organisation des services d'imagerie, la mise en œuvre de la comptabilité analytique. Les quatre premiers ont été lancés en juillet 2003 et ont fait l'objet de rapports d'étape accessibles sur le site Internet de la mission. Les premiers constats dégagés jettent une lumière crue sur les pratiques de l'hôpital. Ce document présente les résultats d'une enquête réalisée auprès de dix établissements hospitaliers pour

évaluer le temps de travail des médecins et l'organisation des services. Quel que soit le thème abordé par la mission, la conclusion est la même : il y a des services bien gérés, d'autres moins, des organisations efficaces et d'autres qui ne permettent pas d'assurer une bonne prise en charge des malades. Le site de la mission : <http://www.meah.sante.gouv.fr>. La plaquette de présentation du programme de travail 2004 comportant une synthèse des chantiers ouverts en 2003 disponible au format Pdf : <http://www.meah.sante.gouv.fr/images/plaquette2004.pdf>

Acker, F., et al. (2003). L'évolution de l'emploi dans les établissements de santé publics et privés 1983-1996, Rennes : Ehesp

Au cours des trente dernières années, le secteur de la santé a été fortement créateur d'emplois, et particulièrement d'emplois qualifiés. Dans ce secteur, les établissements de santé - hôpitaux publics, établissements privés non lucratifs, cliniques à caractère commercial - sont les premiers employeurs de professionnels de santé médicaux et non médicaux, ainsi que de personnels administratifs et techniques. Ce livre propose une présentation détaillée de l'évolution quantitative dans ces établissements de 1983 à 1996. Les séries statistiques reproduites permettent de suivre le développement des emplois selon le statut de l'établissement et les grandes catégories de regroupement de personnels : personnel médical, non médical, administratif, soignant, médico-technique, technique. La reconstitution des séries statistiques s'est accompagnée d'un travail d'identification des modifications au cours de la période, du champ des établissements enquêtés et des nomenclatures utilisées. Cette histoire des enquêtes et des nomenclatures, présentée dans le texte, éclaire les modes de comptabilisation des personnels, de leur regroupement par catégories et rend compte de nouveaux modes de représentation de la gestion et de l'organisation sociale du travail hospitalier.

Bousquet, F. (2003). "Enquête sur la mise en place de la RTT dans la Fonction publique hospitalière." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(51): 100, tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA zR0xQBBp. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête a été réalisée par la DREES entre septembre et décembre 2002 auprès de l'ensemble des établissements hospitaliers publics. L'objectif de l'enquête était d'établir un premier état des lieux de la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux publics et d'appréhender la diversité des modalités de leur mise en oeuvre. Les établissements répondants représentent environ 630 000 personnels de la fonction publique hospitalière, soit approximativement 95% du total des personnels de la fonction publique hospitalière exerçant sur le champ sanitaire. Ce document présente les principaux résultats de l'enquête, ainsi que le détail des résultats régionaux.

Brahmi, A., et al. (2003). "Les rémunérations dans les établissements de santé privés. Evolutions de 1999 à 2001 et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier en 1999 et 2000." Etudes Et Resultats(230): 8, 4 tabl., 1 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cette synthèse compare la situation et l'évolution conjoncturelle des établissements de santé privés à celle des établissements du secteur public et du secteur privé non lucratif, en termes d'emploi, de qualification et de rémunérations.

Costargent, G. et Le, Coz, G. (2003). Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires. Paris Igas: 44, ann.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000006/0000.pdf>

Réalisé à la demande du Ministre chargé de la Santé, ce rapport dresse un état des lieux de la réalité et de l'ampleur du recours aux emplois médicaux temporaires dans les établissements publics à partir de quelques régions françaises tests. Il propose ensuite des décisions, notamment des procédures opérationnelles de contrôle permettant d'identifier les situations non conformes à la réglementation. L'analyse permet notamment de dresser un profil des praticiens hospitaliers temporaires : âge, sexe et spécialités d'exercice.

Davant, J. P., et al. (2003). La révolution médicale, Paris : Editions du Seuil

Le domaine de la santé connaît actuellement une révolution scientifique comparable à ce que fut, dans un autre ordre, l'irruption de la physique nucléaire. Robots capables d'opérer à distance, médecins en réseau et reliés à leurs patients par internet, hôpitaux spécialisés high-tech : c'est demain et c'est déjà aujourd'hui. Mais les questions sont à la hauteur des progrès de la connaissance et des techniques. Jusqu'où le pouvoir médical doit-il s'exercer, comment organiser le monde de la santé, qui redéfinira le code déontologique adéquat, quel sera le sort d'une population dont l'espérance de vie va s'allonger prodigieusement ? Questionnés par Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, deux grands médecins répondent à ces questions : Pr Guy Vallancien, chirurgien, et Pr Thomas Tursz, oncologue (4^{ème} de couverture).

Descours, C. (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Paris MSSPS: 40 , ann.

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise. Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de la place que les professionnels de santé y occupent. Ce rapport dresse d'abord un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, puis analyse les raisons de cette inégale répartition. Il propose ensuite une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales.

Domergue, J. et Guidicelli, H. (2003). La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions. Paris Ministère chargé de la Santé: 56 , tabl., graph.

La chirurgie française est en crise. Les raisons de cette crise sont différentes selon les secteurs d'activité chirurgicale et selon les spécialités. La gravité de la situation est due aux tensions qui existent dans les deux secteurs d'activité public et privé, à l'évolution de la société française et aux aspirations des chirurgiens comme de tous les Français qui permettent de penser qu'il s'agit d'une crise sociétale profonde, nécessitant une évolution des modes d'exercice. Ce rapport propose donc une analyse de la crise, ainsi que des solutions définies par niveaux d'urgence et de mise en application.

Pouchelle, M. C. (2003). L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière, Paris : Seli Arslan

Cet ouvrage est un essai sur l'anthropologie à l'hôpital, et tente de répondre à la question : " n'y-a-t-il que du corps et de la technique en salle d'opération ? " Contraintes techniques et nécessités symboliques se recouvrent mutuellement à l'hôpital, et d'une manière d'autant plus serrée qu'il s'agit des frontières entremêlées de la vie et de la mort, dans des zones de

risques vitaux et d'entre-deux particulièrement propices à la ritualisation. Bien que dans les sociétés traditionnelles vivantes, les rites soient relativement plastiques, à l'hôpital ils s'accompagnent souvent d'une forte résistance au changement, au-delà de toute évaluation rationnelle des protocoles : " on est dans la glu ".

Sainsaulieu, I. (2003). Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital, Paris : L'Harmattan

Le malaise des soignants est désormais connu. Interrogés par l'auteur qui plonge dans leur univers, infirmiers, médecins et chefs d'établissements expriment ici « ce qu'ils ont sur le cœur ». Ni nantis, ni protégés, ni saints, confrontés au stress et à l'impatience des usagers, à la vieillesse qui domine notre pyramide des âges, à la logique de la rentabilité, à la solitude face à la mort et au besoin qu'ils éprouvent eux aussi de fraternité, ils font émerger ici un portrait de notre société. Un portrait assez cru.

Tonneau, D. (2003). "La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(35): 117 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8XR0x1zv. Diffusion soumise à autorisation]. Une étude qualitative a été réalisée par la DREES entre novembre 2002 et novembre 2003 à partir de 17 monographies d'établissements retenus par le Ministère. L'objectif général de l'étude était de mieux connaître les modalités de la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation, l'emploi, la qualité du service rendu, les conditions de travail et de vie, et de prendre la mesure des difficultés rencontrées dans la conduite des projets.

2002

Audric, S. et Niel, X. (2002). "La mobilité des professionnelles de santé salariés des hôpitaux publics." Etudes Et Resultats(169): 8 , 5 graph., 8 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

En 2001, parmi les 587 000 professionnels de santé salariés de l'hôpital public (210 000 infirmiers, 173 000 aides-soignants, 96 000 agents de service hospitalier, 58 000 médecins et pharmaciens et 50 000 autres paramédicaux), 11 % n'y travaillaient pas l'année précédente. Les flux d'arrivée vers le secteur hospitalier public s'accéléraient en 2001 pour les infirmiers et les agents de service hospitaliers, notamment en provenance des établissements sociaux et hospitaliers privés. Toutefois, les flux de départs de l'hôpital public équilibrent globalement ceux des arrivées, y compris en ce qui concerne les échanges avec les autres secteurs. L'âge moyen d'entrée et de sortie de l'hôpital public augmente en fonction du niveau de qualification de la profession. On distingue ainsi trois profils de mobilité : les agents de service hospitaliers ; les aides-soignants, infirmiers, sages-femmes et professions de rééducation ; les médecins et pharmaciens. Par ailleurs, les départs à la retraite augmentent depuis 1993 pour l'ensemble des professions hospitalières du secteur public, avec une accélération prévisible pour les professions les plus diplômées.

Brahmi, A., et al. (2002). "Les rémunérations dans les établissements de santé à but lucratif, évolutions récentes et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(25): 38 , tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 86R0xw16. Diffusion soumise à autorisation]. Cette

synthèse compare la situation et l'évolution conjoncturelle des établissements de santé à but lucratif à celles des établissements du secteur public et du secteur privé non lucratif, en termes d'emploi, de qualification et de rémunérations.

De Batz, C., et al. (2002). Gestion des praticiens hospitaliers. Paris IGAS: 100 , 120 tabl., 116 ann.

Ce rapport est le résultat d'une enquête réalisée en 2002 par l'IGAS auprès des praticiens hospitaliers, à la demande du Ministre chargé de la Santé. Il se base sur les textes réglementaires et les données démographiques élaborées par la DREES, la CNAMTS, l'INSEE et le CREDES, ainsi que sur des visites de six régions tirées au sort. Il se compose de trois parties. Dans la première partie sont examinés les outils et les modalités actuelles de la gestion des praticiens hospitaliers et leurs lacunes. En deuxième partie, la mission d'enquête présente les conséquences de ces lacunes sur les personnels médicaux hospitaliers et l'hôpital public. Enfin, dans une troisième partie, la mission formule un certain nombre de propositions d'amélioration, voire de transformations radicales de la gestion des praticiens hospitaliers.

2001

Hollender, L. (2001). La désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires. Paris Académie de médecine : 4.

Réalisé à la demande du Président de la République, ce rapport analyse les raisons de la désaffection pour les carrières hospitalo-universitaires en France. IL se base sur les résultats d'une enquête réalisé auprès de 36 centres hospitalo-universitaires, et dissocie cliniciens et biologistes.

Vilain, A. et Niel, X. (2001). "Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80. Davantage de débuts de carrière à l'hôpital." Etudes Et Resultats(145): 12 , 14 tabl., 18 graph., 12 enc. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Le nombre de médecins salariés, d'attachés et d'internes travaillant à temps plein dans les hôpitaux est resté globalement stable depuis quinze ans, aux alentours de 100 000. La hausse des effectifs médicaux, notamment salariés à temps plein, a été sensible et continue (+25 % entre 1984 et 2001). A contrario, est intervenue dans le même temps une baisse du nombre d'étudiants stagiaires ou internes des hôpitaux. Désormais, la quasi-totalité des jeunes spécialistes commencent leur carrière à l'hôpital. La durée de cette carrière à l'hôpital atteint seize ans en moyenne, avec peu de changement depuis 1984. Ces deux phénomènes contribuent à expliquer la hausse du nombre et de la proportion de médecins salariés hospitaliers parmi les spécialistes observée depuis 1992.

2000

Cresson, G. et Schweyer, F. X. (2000). Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques, Rennes : Editions ENSP

L'organisation du travail de soins se profile derrière tous les débats contemporains sur le système de santé : maîtrise des dépenses, application des 35 heures, technologie de pointe au service de tous, développement des missions sociales des hôpitaux. Le Comité de

Recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'Association Internationale des Sociologues de Langue française (AISLF) présente, dans ce livre, une réunion des travaux sociologiques sur ce thème. Sont abordés aussi les effets de la gestion, de l'informatique et de la normalisation sur l'organisation du travail dans les institutions de santé.

Le, Guen, C. (2000). "L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein en 1998." Point Stat(27): 8 , 6 tabl., 5 graph., 2 cartes.

Ce fascicule, réalisé à partir du Système National Inter-Régimes (SNIR) analyse la démographie, le profil d'activité, la clientèle, les honoraires et les prescriptions des médecins hospitaliers exerçant à plein temps et ayant une activité libérale en France et par département.

Vega, A. (2000). Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier, Paris : Editions des archives contemporaines

Cet ouvrage très original, chronique d'une semaine fictive dans le service de neurologie d'un des plus grands hôpitaux parisiens, croque les coulisses de l'hôpital en France, décrivant les conversations, les ambiances de travail, les pratiques non officielles, le tout articulé aux réflexions et analyses de l'ethnologue. L'auteur met ainsi en évidence les rituels qui permettent aux soignants de se préserver des dangers de la contamination symboliques que représentent les patients et nous décrit les représentations dominantes du mal, de la contagion, de la personne, de la parole? Cet ouvrage à plusieurs voix dégage les enjeux quotidiens du soin et l'ambiguïté du travail infirmier dans de grandes structures hospitalières, certes à la pointe de la technologie et de la recherche médicale mais tout autant symboles des lourdeurs hiérarchiques et des dysfonctionnements institutionnels chroniques.

1991

Raoult, N. et Vincent, G. p. (1991). Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier, Paris : L'Harmattan

Face aux tendances actuelles d'évolution de l'hôpital, ce document, fruit d'une collaboration étroite avec la Direction des Hôpitaux et des représentants des établissements hospitaliers, propose diverses expériences d'introduction de la gestion prévisionnelle et préventive des Emplois et des Compétences à l'hôpital : changement dans les prévisions des besoins d'emploi, dans la définition de moyens adaptés, changement dans la gestion des ressources humaines, dans la gestion des compétences et l'organisation du travail.

La production de soins : pathologies, interventions chirurgicales, accès aux soins

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

➤ [Consulter le site de la Drees :](#)

- Période : 1999 à nos jours : Les Panoramas sur l'hôpital
- Période : 1994 à nos jours : Données de l'enquête SAE

- Période : 1980-1994 : Données des enquêtes HP et EHP
- [Consulter sur le site de l'ATIH :](#)
 - Les études sur l'activité hospitalière (France & régions) et par disciplines d'équipements
- [Consulter sur Score santé :](#)
 - Statiss : Statistiques et indicateurs de la santé et du social

2022

ATIH (2022). [Chiffres clés 2020 de l'hospitalisation](#), Paris : ATIH
<https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

Cette étude réalisée par l'ATIH rassemble les chiffres clés 2018 de l'hospitalisation à partir des données collectées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Elle présente le nombre d'établissements, le nombre de patients hospitalisés ainsi que des exemples représentatifs de prises en charge.

Toutlemonde, F., Boisguerin, B., Courtejoie, N., et al. (2022). Les établissements de santé. Edition 2022. [Panoramas de la DREES](#). Paris Drees: 231.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

En 2020, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Ils ont été très affectés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, qui s'est traduite par plusieurs ruptures majeures de tendances et une baisse sans précédent de l'activité hospitalière.

2021

Laboureux, J. P. (2021). L'impact de la crise sanitaire sur l'activité hospitalière en 2020. [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021 et 2022.](#), Paris : CCSS: 118-123.
<https://www.securite-sociale.fr/home/actualites/list-actualites/la-ccss-de-septembre-est-en-li-1.html>

La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé en 2020. La présente fiche analyse l'impact de cette crise sur les prises en charge hospitalières en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD).

Or, Z., Gandre, C., Durand-Zaleski, I., et al. (2021). "France's Response to the Covid-19 Pandemic: between a Rock and a Hard Place." [Health Economics Policy and Law](#) **En ligne**: 1-13.
<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/frances-response-to-the-covid19-pandemic-between-a-rock-and-a-hard-place/OA200E498FA9E5453128F1B350FFCD98>

France is one of the European countries hardest hit by the Covid-19 pandemic. The pandemic brought into light structural weaknesses of the health system, including its governance and decision-making process, but also provoked changes that helped to improve its resilience.

We analyse the French experience of Covid-19 in 2020 by critically reviewing major policy measures implemented during the first two waves of the pandemic. France has struggled to find the right balance between the rock of economic and social damage caused by containment measures and the hard alternative of a rapidly spreading pandemic. The response to the first wave, including a full lock-down, was an emergency response that revealed the low level of preparedness for pandemics and the overly hospital-centred provision of health care in France. During the second wave, this response evolved into a more level strategy trying to reconcile health needs in a broader perspective integrating socio-economic considerations, but without fully managing to put in place an effective health strategy. We conclude that to achieve the right balance, France will have to strengthen health system capacity and improve the cooperation between actors at central and local levels with greater participatory decision-making that takes into account local-level realities and the diversity of needs.

2020

(2020). Analyse de l'activité hospitalière 2018. Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus. Lyon ATIH: 42., tabl., fig.

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2018-focus-sur-les-patients-ages-de-80-ans-et-plus>

Dans le cadre de l'analyse annuelle de l'activité hospitalière, l'ATIH réalise un focus sur les hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus. L'objectif est de décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018, d'étudier les parcours de soins hospitaliers de ces patients, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps. En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients. Parmi eux, 1 patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus soit 1,6 million de patients. Dans cette classe d'âge, 40% de la population a eu recours à au moins une hospitalisation en 2018.

Boisguerin, B., Delaporte, A., Gateaud, G., et al. (2020). En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. Paris Drees: 4 , Tab., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1164.pdf>

En 2019, 1 352 hôpitaux publics, 671 établissements privés à but non lucratif et 982 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 005 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (392 000 lits) et partielle (79 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'oeuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2019 (-0,9 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,9 %). Comme en 2018, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+6,5 %) qu'en court séjour (+1,2 %). En 2019, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile poursuivent également leur augmentation (+5,5 %). Elles représentent 6,2 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, les lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, ont augmenté entre 2013 et 2019.

2019

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

CCSS (2019). L'activité MCO des établissements publics de santé entre 2013 et 2018. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020., Paris : CCSS: 132-137, graph., tab.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS%20SEPT%2019%20DEF.pdf>

Les remboursements de l'assurance maladie pour les soins en établissements anciennement sous dotation globale ont représenté 42,5 Md€ en 2018, en augmentation de 1,4% par rapport à 2017. Cette augmentation modérée confirme le ralentissement de l'activité hospitalière constaté depuis plusieurs années. L'évolution du volume économique (cf. encadré 1) des séjours dans les établissements publics et privés à but non lucratif de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est passée de +2,4% entre 2013 et 2014 à +1,1% entre 2017 et 2018. La présente fiche analyse les différents facteurs explicatifs de cette décélération de 1,3 point (cf. encadré 3). Ce ralentissement s'explique pour moitié par une moindre augmentation des dépenses de prises en charge des patients de 80 ans et plus. Ce phénomène résulte de trois facteurs principaux : la démographie des personnes âgées de 80 ans et plus, leur consommation de soins et l'évolution des cas traités.

Cour des Comptes (2019). Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins. La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des comptes: 287-312, tabl.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

Également désignés sous le terme « d'activité externe » des hôpitaux, les actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital recouvrent des activités composites : consultations médicales, actes techniques médicaux, d'imagerie ou de biologie, passages aux urgences... Ils sont dispensés par des médecins salariés, pour l'essentiel d'établissements de santé publics et privés non lucratifs. Ils diffèrent des consultations en ville par le fait qu'ils sont effectués en établissement de santé. Ils se distinguent par ailleurs des séances et des séjours à l'hôpital, y compris de médecine ambulatoire, par le fait qu'ils sont financés pour l'essentiel selon les tarifs applicables aux professionnels libéraux de ville. Les ACE sont susceptibles d'être réalisés à plusieurs moments du parcours du patient : venue aux urgences s'accompagnant de la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique et non suivie d'une hospitalisation, demande d'avis médical spécialisé, réalisation ponctuelle d'un acte de biologie ou d'imagerie, consultation en pré ou post-hospitalisation, consultation périodique dans le cadre du traitement d'une pathologie. En 2017, les ACE ont été à l'origine de 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), dont 27 % au titre des urgences. En 2018, les juridictions financières ont effectué une enquête sur ce domaine mal connu de l'activité hospitalière : la Cour a examiné le cadre juridique, le financement et les orientations fixées par le ministère de la santé et par les agences régionales de santé (ARS) en matière d'activité externe des hôpitaux ; pour leur part, onze chambres régionales des comptes ont contrôlé la gestion de cette activité par 18 établissements publics de taille variée

Boisguerin, B., Delaporte, A., Gateaud, G., et al. (2019). "En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu." Etudes Et Resultats(1130): 4.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1130.pdf>

En 2018, 1 356 hôpitaux publics, 681 établissements privés à but non lucratif et 999 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 036 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (396 000 lits) ou à

temps partiel (77 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2018 (-1,0 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+2,4 %). Comme en 2017, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+7,6 %) qu'en court séjour (+2,3 %). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée. Elle représente une part encore modeste de l'offre de soins, même si elle progresse sensiblement chaque année. En 2018, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+3,4 %) et représentent 5,5 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

2018

Biecheler, P. (2018). Panorama de l'hospitalisation en France : bilan et perspectives 2017-2021. Paris Cabinet Berger: 13, tab., graph., fig.

www.rolandberger.com/fr/Publications/Panorama-de-l%27hospitalisation-en-France.html

Cette étude constate que l'activité hospitalière devrait progresser de 0,6% par an au cours des prochaines années, alors que le volume de séjours a augmenté de 1,3% par an en moyenne de 2014 à 2017. Plusieurs raisons expliquent cette stabilisation. D'abord un "effet de saturation": pour certaines pathologies, comme l'hépatite C ou la chirurgie de la cataracte et du canal carpien, le gros des malades a déjà été traité et le pic des dépenses est passé. Par ailleurs, les hospitalisations sans nuitée se développent et les patients cancéreux peuvent prendre leur chimiothérapie par voie orale, à la maison. Puis les nouvelles thérapies ou méthodes opératoires permettent de limiter les réhospitalisations. Enfin, la baisse de la natalité réduit les séjours dans les maternités, surtout dans le secteur privé. Roland Berger plaide cependant pour une hausse annuelle de 1% des prix remboursés aux établissements publics et privés pendant trois ans, alors qu'ils n'ont cessé de diminuer depuis 2014

Boisguerin, B., Charavel, C., Gateaud, G., et al. (2018). "Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1084): 4 , tab., graph., fig.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1084.pdf

En 2017, le paysage hospitalier français se compose de 1 363 hôpitaux publics, 680 établissements privés à but non lucratif et 1 001 cliniques privées. Pour chacune de ces catégories d'établissement, le nombre de sites géographiques dénombrés continue de diminuer. Ces 3 044 établissements de santé offrent des capacités d'accueil en hospitalisation complète (400 000 lits) ou à temps partiel (75 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits poursuit son repli en 2017 (-1,1 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,0 %). La hausse du nombre de places est désormais plus forte en moyen séjour (+5,5 %) qu'en court séjour (+0,7 %). Autre alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée, l'hospitalisation à domicile représente une part encore modeste de l'offre de soins, mais elle progresse sensiblement chaque année. En 2017, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+7,1 %) et représentent 5,6 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,6 % en 2006. Cette étude se fonde sur les résultats de l'enquête SAE 2017.

DGOS (2018). Les chiffres clés de l'offre de soins. Edition 2018. Paris DGOS: 23.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

L'édition 2018 des chiffres clés dresse un panorama large mais précis de l'offre de soins en France, de ses professionnels, de ses composantes hospitalières et ambulatoires, de son activité, de son financement et de sa modernisation. Elle s'articule autour de 6 grandes thématiques : le secteur hospitalier, l'activité hospitalière, le secteur de ville, les professionnels de santé, le financement des établissements de santé, l'accès aux soins, la modernisation et l'innovation.

HCSP (2018). Place des offreurs de soins dans la prévention : avis et rapport. Avis et rapports. Paris HCSP: 2 vol. (84 +20), tab., graph., fig.

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins. Dans ce rapport, il propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant. Le HCSP a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupés (établissements de santé, centres, maisons et pôles de santé), et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par : le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs, et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire. Il propose par ailleurs de structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins, de doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé, et de mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTes). Enfin, le HCSP recommande notamment l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise

2017

Brilhault, G., Millien, C. et Raynaud, D. (2017). "Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030." Dossiers De La Drees (Les)(18): 227.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mR0xkm99. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir. Ces hypothèses s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

2016

Pradines, N. et Calvet, L. (2016). "Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées." Etudes Et Resultats (Drees)(976): 4.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE rCmR0xo8. Diffusion soumise à autorisation]. Une hospitalisation sur trois a lieu dans un établissement de santé privé à but lucratif. La fréquentation des cliniques privées est davantage le fait des catégories sociales aisées, et elle

est particulièrement marquée en obstétrique : quatre fins de grossesse sur cinq ont lieu dans une clinique privée chez les cadres, contre une sur dix chez les ouvrières. En chirurgie, trois fois sur quatre, c'est dans un établissement privé que les cadres sont hospitalisés, contre une fois sur deux parmi les ouvriers et les chômeurs. En médecine, cette plus grande fréquentation des établissements privés par les classes aisées s'observe aussi, dans de moindres proportions, car l'offre du secteur privé dans ce domaine est plus faible.

2015

Bouvet, M. (2015). Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013. Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015., Paris : Ministère chargé de la Santé: 227-234, tab., graph., fig., ann.

Dans les Comptes de la santé, les soins publics hospitaliers, évalués selon les méthodes de la comptabilité nationale, s'élevèrent à 66,8 milliards d'euros en 2013 sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ils progressent de 2,9 % par rapport à 2012, après 2,6 % en 2012 et 2011. Les soins du secteur public hospitalier sont financés à près de 93 % par des financements publics ? en quasi-totalité, par l'assurance maladie ?, les ménages et les organismes complémentaires assurant une couverture santé se partagent les 7 % restants. En comptabilité nationale, le besoin de financement du secteur public hospitalier atteint 1,5 milliard d'euros en 2013, tandis que le résultat comptable en comptabilité générale s'établit à -0,1 milliard d'euros. Si ces deux soldes sont déficitaires, leur écart est principalement dû à la différence de traitement de la formation et de la dépréciation du capital entre ces deux types de comptabilité. Après plusieurs années de creusement, le besoin de financement des hôpitaux publics se résorbe en 2013, en raison notamment d'une baisse des investissements hospitaliers.

2014

Expert, A., et al. (2014). "Facteurs d'évolution des séjours hospitaliers MCO entre 2009 et 2011." Points De Repere(42): 1-11.

Les dépenses relatives aux soins hospitaliers de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont augmenté de +4,9 % entre 2009 et 2011. Le volume hospitalier est l'un des différents facteurs contributifs à cette croissance. Sur la période, le volume des séjours MCO a augmenté de 5,6 % : les deux tiers s'expliquent par un effet de structure (+3,7 %) et un tiers par l'augmentation du nombre de séjours (+1,8 %). La déformation de la structure de répartition des séjours, liée à une augmentation de la part des séjours les plus coûteux, s'explique principalement par l'accroissement des séjours à fort niveau de sévérité (3,2 %). L'augmentation du nombre de séjours, liée à une augmentation de la patientèle, s'explique quant à elle, en fonction des pathologies, par un effet démographique (2,4%) lié à l'augmentation et au vieillissement de la population et/ou à un effet d'évolution des pratiques. Cette décomposition de l'évolution du volume des soins hospitaliers dans son ensemble recouvre des situations très diverses illustrées au travers de deux exemples d'hospitalisation : les interventions orthopédiques majeures et prothèses d'une part, la cardiologie autre qu'interventionnelle d'autre part.

2013

Dupays, S., et al. (2013). L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision. Rapport IGAS ; 2013 145. Paris IGAS: 92.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE DopR0xHE. Diffusion soumise à autorisation]. La mission a étudié l'évolution des volumes hospitaliers sur les dernières années afin d'en identifier les déterminants. Les travaux ont porté sur le champ Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO) et sur l'ensemble des activités financées à l'activité (séjours, séances, urgences, actes et consultations externes). Si la croissance du nombre de séjours explique un tiers de la croissance du volume économique, la déformation de la nature même des séjours en explique les deux tiers, notamment en raison de la progression des niveaux de sévérité. Cependant, l'essentiel de l'augmentation de l'activité hospitalière (en nombre) entre 2009 et 2011 provient des séances. Cette forte croissance de l'activité hospitalière s'explique par plusieurs facteurs intriqués, hospitaliers ou extrahospitaliers, jouant dans des sens différents, mais principalement par des changements de pratiques médicales (progrès médical, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile etc.) qui expliqueraient un quart de la progression des dépenses en huit ans. La croissance et le vieillissement de la population sont également des déterminants importants et conduisent mécaniquement à une augmentation supérieure à 1% par an des séjours hospitaliers.

Evain, F. (2013). "Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011." Etudes Et Resultats (Drees)(854): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 71q8R0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80% de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité. Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours - valorisés ou non par les tarifs - s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées.

2012

Studer, N. (2012). "Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?" Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(114): 53 , tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x9InFI. Diffusion soumise à autorisation]. Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. Notre étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans ce secteur entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.

2010

Arnault, S., et al. (2010). "L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

et partielle." Etudes Et Resultats (Drees)(716): 8 , tabl.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8mFR0xnp. Diffusion soumise à autorisation]. Avec 25 millions de séjours en 2008, l'activité en hospitalisation complète ou partielle est en hausse de 1,0% par rapport à 2007. En revanche, les capacités exprimées en nombre de lits et places au 1er janvier 2009 sont en légère diminution (-1,0% par rapport au 1er janvier 2008). L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mesurée en nombre d'entrées et de venues, est en très légère hausse (+0,5% environ). À champ constant, l'hospitalisation partielle est toutefois plus dynamique que l'hospitalisation complète (+1,9% par rapport à 2007), en lien avec la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire. En psychiatrie générale, la baisse de l'activité en hospitalisation complète observée ces dernières années se confirme en 2008 (-1,6%). En revanche, en hospitalisation partielle, l'activité semble se stabiliser (+0,3%) après plusieurs années de hausse. Pour l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR), plus de trois millions d'entrées sont enregistrées en 2008, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de 6,7% par rapport à 2007. La diminution de l'activité en soins de longue durée (SLD) qui s'accélère (-8,5%) résulte d'un transfert de l'activité sanitaire vers le médico social.

2009

(2009). Statistique annuelle des établissements de santé : SAE 2008 : nomenclatures de la SAE, Paris : DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ICJR0xm9. Diffusion soumise à autorisation]. La liste des nomenclatures de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2008 est la suivante : catégorie d'établissements, statut juridique, nature de l'établissement, participation au service public hospitalier, mode de fixation des tarifs, convention collective de rattachement des personnels non médicaux, groupe ou profil de l'entité, activité de soins autorisées, modalité des activités de soins, forme des activités de soins, triplet activité/modalité/forme, équipement de matériels lourds, accord d'association, liste des thèmes, discipline d'équipement par code de regroupement, discipline d'équipement par ordre alphabétique, discipline de prestation, personnel non médical, personnel médical public, discipline de qualification du personnel médical, activité de soins autorisée (ancienne nomenclature), type d'activité, région, département, couples de nomenclatures. La plupart des nomenclatures utilisées sont tirées de FINESS.

Arnault, S., et al. (2009). "L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle." Etudes Et Resultats (Drees)(691): 8 , tabl.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AR0xCnm8. Diffusion soumise à autorisation]. En 2007, 25 millions de séjours en hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés dans les établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et DOM. Ce nombre de séjours est en baisse de 1,0% par rapport à 2006 mais cette évolution est contrastée selon les disciplines.

Or, Z. et Renaud, T. (2009). Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières. Rapport Irdes ; 1777. Paris Irdes: 86.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2009/rap1777.pdf>

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent

présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, à ce jour, aucune étude ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude teste l'existence et l'ampleur de la corrélation entre le volume d'activité et les résultats de soins hospitaliers en France pour huit prises en charges distinctes : chirurgie lourde (résection de cancer du côlon, résection pancréatique, pontage aorto-coronarien), chirurgie plus courante (appendicectomie, prothèse totale de hanche, pose de stent) ou prise en charge médicale (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). A partir des données du PMSI-MCO 2006, nous réalisons une modélisation multi-niveaux logistique pour évaluer l'effet du volume d'activité d'un établissement sur la probabilité de réadmission et de décès à 30 jours, en contrôlant à la fois le profil clinique des patients pris en charge et les différences organisationnelles entre établissements. Les résultats montrent qu'il y existe un lien significatif entre volume d'activité et résultats de soins pour la plupart des prises en charge, mais que l'ampleur et la forme de ce lien varient selon le niveau de technicité de la procédure. De plus, la relation est non linéaire : l'impact du volume sur les résultats de soins s'atténue au fur et à mesure que l'activité augmente. Cela suggère qu'il serait efficient de limiter le nombre d'établissements à très faible volume mais qu'il y aurait sans doute peu de bénéfice supplémentaire à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.

2007

Arnault, S., et al. (2007). "L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle." *Etudes Et Resultats (Drees)*(618): 8 , tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xQY0B9. Diffusion soumise à autorisation]. En 2006, l'activité des établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM s'est accrue de +2,6%. Le développement de l'hospitalisation partielle (+4,8%) explique l'essentiel de la croissance, particulièrement dans les soins de suite et de réadaptation. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'augmentation de la prise en charge à temps partiel reste forte (+6,6%) même si elle tend à se ralentir. En psychiatrie, une hausse plus modérée s'observe aussi bien dans la prise en charge des enfants et des adolescents que dans celle des adultes. En hospitalisation complète, la situation diffère selon les disciplines : l'activité augmente en médecine, en soins de suite et de réadaptation et en obstétrique. Au contraire, le nombre d'entrées diminue en chirurgie (-2,1%) et en psychiatrie générale (-1,1%).

2006

Arnault, S., et al. (2006). "L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle." *Etudes Et Resultats*(546): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE QXgR0xXw. Diffusion soumise à autorisation]. En 2005, l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine s'est accrue de 3,2%. Cette hausse s'explique essentiellement par celle de l'hospitalisation partielle (+6,5%). En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'hospitalisation partielle poursuit sa croissance (+11,3%), notamment en chirurgie ambulatoire et dans les cliniques privées. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour continue de diminuer (moins de 6 jours). En psychiatrie générale, l'activité à temps complet enregistre une baisse de 0,8%, surtout dans les établissements publics. L'activité des établissements de santé en soins de suite et de

réadaptation (SSR) continue de croître, quel que soit le mode d'hospitalisation. Globalement, en hospitalisation partielle, le nombre de places augmente (+2,5%) mais beaucoup moins que l'activité ; parallèlement, en hospitalisation complète le nombre de lits diminue alors que l'activité est stable.

2005

(2005). Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Paris La documentation française: 317, tabl., graph., carte.

Les données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 sont issues d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet ouvrage collectif est réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et fournit, dans le contexte de la mise en oeuvre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, des données sur le suivi des objectifs de santé publique, assortis de la liste des indicateurs quantitatifs qui seront régulièrement produits et analysés. L'appréciation de l'état sanitaire de la France repose d'abord sur le suivi et l'analyse des données statistiques d'ensemble : espérance de vie, espérance de vie à 65 ans, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée et globale, années potentielles de vie perdues, ou encore santé perçue et recours aux soins qui sont la base des comparaisons internationales et servent à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français. Ces données de cadrage sont complétées des données spécifiques aux principaux problèmes de santé présentés dans l'ouvrage. Un panorama des établissements de santé présente des données de cadrage relatives aux capacités d'accueil, à l'activité et aux personnels travaillant dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Sont également décrits l'activité des plateaux techniques (chirurgie, anesthésie, imagerie), certains éléments spécifiques à l'activité hospitalière (maternités, urgences, radiothérapie...) ainsi que la situation économique du secteur.

Audric, S., et al. (2005). "La spécialisation des établissements de santé en 2002." Etudes Et Resultats(374): 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE hXOIOR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La spécialisation de l'activité des établissements de santé, en fonction de leur type de financement, se poursuit au cours des dernières années. Ainsi, en 2002, le secteur public accueille en médecine les deux tiers des séjours, notamment pour le traitement des affections neurologiques et pulmonaires et ne réalise qu'un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale, mais une forte proportion des actes complexes. Il prend également en charge 64% de l'activité d'obstétrique (grossesses à risque prises en charge en ambulatoire). Les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) privilégient les séjours médicaux en hospitalisation partielle, - endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents - ainsi qu'un peu plus de six séjours chirurgicaux sur dix réalisés en ambulatoire. Les établissements privés sous dotation globale (DG) sont notamment spécialisés, en médecine comme en chirurgie, dans le domaine du cancer. Enfin, le secteur public réalise la quasi-totalité des soins de long séjour tandis que les établissements privés se spécialisent dans la réadaptation fonctionnelle.

Audric, S., et al. (2005). "L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle." Etudes Et Resultats(382): 12.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 5dR0xTwf. Diffusion soumise à autorisation]. En nombre de séjours, l'activité des établissements publics et privés en France métropolitaine a connu une légère reprise en 2003 (+0,6%). La tendance à une diminution des prises en charge en hospitalisation complète (-1%) et à une augmentation de celles à temps partiel (+2,3%) se confirme. L'augmentation de l'hospitalisation à temps partiel est particulièrement sensible en médecine, chirurgie, obstétrique (+5,4%) et soins de suite et de réadaptation (+5,2%), et globalement plus marquée dans les cliniques privées sous OQN (+6,6%), que dans le secteur privé sous dotation globale (+1,0%) ou dans le secteur public (+0,6%). Le recul de l'hospitalisation complète s'observe, quant à lui, dans tous les secteurs d'hospitalisation, et, parallèlement le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue de 1,5% en 2003, alors que les places d'hospitalisation partielle progressent de 1,2%. En psychiatrie, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète est moins prononcée que les années antérieures (-1,2%) et concerne exclusivement la psychiatrie générale alors qu'elle progresse dans le secteur infanto-juvénile. L'activité de moyen séjour, en soins de suite et de réadaptation, continue globalement sa progression grâce à l'hospitalisation partielle. Enfin, l'activité de longue durée continue globalement à décliner.

Carrasco, V., et al. (2005). "L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle." *Etudes Et Resultats*(456): 12 , 12 tabl., 13 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'activité des établissements de santé publics et privés en France métropolitaine, mesurée en nombre de séjours, a augmenté de 1,6 % en 2004, après une légère reprise en 2003 (+0,6 %). La tendance à la diminution des prises en charge en hospitalisation complète (-1,0 %) et à l'augmentation de celles à temps partiel (+4,3 %) se confirme. La croissance de l'hospitalisation à temps partiel est particulièrement sensible dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+5,3 %) et de soins de suite et de réadaptation (+4,1 %). Pour l'ensemble des disciplines, elle est en outre portée par tous les établissements de santé, qu'ils soient publics (+4,0 %), privés sous dotation globale (+3,8 %) ou hors dotation (+5,3 %). Parallèlement au recul de l'hospitalisation complète, le nombre de lits d'hospitalisation diminue de 1,4 % en 2004, alors que les places en hospitalisation partielle progressent de 2,5 % pour l'ensemble des secteurs hospitaliers. À l'inverse de la tendance observée les années précédentes, l'activité de psychiatrie augmente également de 3 % en 2004, tant en ce qui concerne les séjours à temps complet (+0,9 %) que les venues (+3,3 %). En revanche, l'activité en soins de longue durée, mesurée en nombre de journées d'hospitalisation, continue de décliner en 2004 de 3,9 %.

Kerleau, M., et al. (2005). "Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux." *Dossiers Solidarite Et Sante*(2): 35-47, 34 tabl.

L'objectif de cette étude est d'examiner le rôle de la structure des activités médicales dans la variabilité des coûts des hôpitaux et cliniques lorsque l'on prend en compte non seulement les caractéristiques des établissements, mais aussi les effets régionaux.

Trigano, L. (2005). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours de l'année 2004 : résultats provisoires." *Etudes Et Resultats*(420): 8 , 5 tabl., 15 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'activité en hospitalisation complète des hôpitaux publics, mesurée en nombre d'entrées, a connu un rebond modéré en 2004 par rapport à 2003. C'est le cas notamment des soins de

courte durée dont le nombre d'entrées est lui même en hausse alors que celui des journées est en diminution : les entrées en médecine et en gynécologie-obstétrique ont augmenté alors que la chirurgie est stable. La psychiatrie connaît pour sa part un nombre d'entrées en augmentation, mais de manière sans doute plus significative, le nombre de journées d'hospitalisation dans cette activité reste stable. En soins de suite et réadaptation, on observe en moyenne une légère progression du nombre de journées. De manière remarquable, l'hospitalisation partielle est en forte hausse dans les hôpitaux publics en 2004 du fait notamment de l'augmentation importantes des venues en médecine, chirurgie et obstétrique. Concernant l'activité des établissements privés sous dotation globale, le nombre d'entrées en soins de courte durée se réoriente à la hausse en 2004 et celle du nombre de journées décroît encore mais au ralenti par rapport à l'année précédente. Enfin, les entrées en hospitalisation complète dans les établissements privés sous objectif quantifié national évoluent peu par rapport à l'année 2003, notamment en soins de courte durée. En revanche, les venues en hospitalisation partielle continuent à s'accroître très rapidement.

2004

Buisson, G., et al. (2004). "L'activité des établissements de santé en 2002 en hospitalisation complète et partielle." *Etudes Et Resultats*(310): 12 , 12 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce document analyse l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine en 2002, mesurée en nombre de séjours tous modes d'hospitalisation confondus. Les variations sont analysées selon les disciplines et les types d'activité (en hospitalisation complète ou partielle ; en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ; en psychiatrie ; en soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR) ; en soins de longue durée (mesurée en journées). Les prestations réalisées sur les patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et cures ambulatoires ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysées dans ce document mais feront l'objet d'exploitations ultérieures.

Trigano, L. (2004). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au deuxième trimestre 2003 : résultats provisoires." *Etudes Et Resultats*(292): 8 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé, permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés sous dotation globale, présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles.

Trigano, L. (2004). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au troisième trimestre 2003 : résultats provisoires." *Etudes Et Resultats*(309): 8 , 5 tabl., 15 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé, permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés sous dotation globale, présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles.

Villeret, S. (2004). "Enquête conjoncturelle de l'hospitalisation privée : premières tendances sur 2003 de l'analyse des recettes, de l'activité et des charges salariales de l'hospitalisation privée." Regards De La Fhp(25): 18-26, tabl., graph.

L'enquête conjoncturelle de l'hospitalisation privée menée par la Fédération Hospitalière de France est la seule enquête permettant de proposer à ce jour une estimation des principales évolutions en termes de recettes, d'activité et de charges de l'hospitalisation privée entre les années 2002 et 2003. L'objectif principal de cette enquête est le suivi du chiffre d'affaires correspondants aux remboursements de l'assurance maladie, c'est-à-dire les dépenses relatives à l'objectif quantifié national (OQN). Elle repose sur un échantillon de 146 cliniques de toutes disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie), ayant répondu pour l'ensemble des trois quadrimestres 2003. La situation économique des cliniques ne s'est pas dégradée comme depuis 1995, mais les indicateurs de cette enquête sont moins précis que ceux de CTC Conseil.

2003

Buisson, G., et al. (2003). "L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle." Etudes Et Resultats(238): 12 , 12 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La confrontation des deux sources d'information, le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé), montre que l'activité des établissements de santé publics et privés, mesurée en nombre de séjours, s'est stabilisée en 2001 après une croissance modérée au cours des trois années précédentes. En termes de prise en charge, les tendances de fond se confirment avec une diminution relative des hospitalisations complètes et une croissance de celles à temps partiel, plus marquée dans les établissements sous Objectif quantifié national (OQN). Les disciplines de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) enregistrent une baisse des séjours de plus de 24 heures et une forte hausse de ceux de moins de 24 heures, tandis que les venues en psychiatrie diminuent. L'activité d'hospitalisation complète en moyen séjour, globalement stable, recule en soins de suite (en nombre de lits, d'entrées directes et de journées) et augmente nettement en réadaptation fonctionnelle. Les venues en hospitalisation partielle progressent et concernent essentiellement la réadaptation fonctionnelle. Les soins de longue durée (exprimés en journées), essentiellement assurés par les hôpitaux publics, se stabilisent également en 2001. La stabilité de l'activité concerne surtout les hôpitaux publics, alors que les établissements privés sous Dotation globale (DG) enregistrent une diminution due à la baisse des venues en hospitalisation partielle et que les cliniques privées connaissent une croissance globale de leur activité. La structure des activités de court séjour en MCO par catégories majeures de diagnostics reste stable. La progression annuelle depuis 1997 de l'activité ambulatoire est due pour l'essentiel aux opérations de la cataracte et aux séjours médicaux liés à l'endoscopie. Les durées moyennes de séjour semblent se stabiliser en 2001 dans toutes les disciplines. Quant au nombre de lits installés, il diminue de façon moins prononcée en 2001 qu'en 2000 alors que le nombre de places poursuit sa progression (résumé d'auteur).

Trigano, L. (2003). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours des trois premiers trimestres 2002. Résultats provisoires." Etudes Et Resultats(222): 8 , 5 tabl., 18

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des

établissements de santé, permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés sous dotation globale, présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles.

2002

Bousquet, F. et Taright, N. (2002). "L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers." *Etudes Et Resultats*(177): 8 , 3 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

D'après les résultats de l'enquête SAE et du PMSI pour 2000, l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)) a augmenté, tous modes d'hospitalisation confondus, poursuivant ainsi la tendance constatée depuis plusieurs années. La croissance de l'activité se poursuit dans le secteur public et ralentit dans les cliniques privées. On note cependant peu d'évolution du partage de l'activité de court séjour entre les secteurs d'hospitalisation. L'activité par grandes catégories de diagnostics reste, quant à elle, stable en médecine et en chirurgie, à l'exception des séjours liés aux accouchements et grossesse, dont la part augmente. La tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour s'accélère en 2000. Pour les autres disciplines (psychiatrie, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée), l'évolution de l'activité est estimée non pas à partir du nombre de séjours mais du nombre de journées d'hospitalisation. En psychiatrie, la baisse tendancielle se confirme mais s'avère très variée selon les structures. En soins de suite et réadaptation, le nombre de journées continue également à diminuer alors que les soins de longue durée enregistrent une légère croissance. Quant au nombre de lits installés, il diminue en 2000 de façon plus prononcée qu'en 1999.

Gouider, N. (2002). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2001. Résultats provisoires." *Etudes Et Resultats*(184): 8 , 7 tabl., 6 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé (encadré) permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH), présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles. La participation à l'enquête des établissements privés lucratifs est encore trop récente (année 2000) pour qu'une présentation identique puisse être adoptée. Ainsi, seule l'évolution annuelle (année 2001 rapportée à l'année 2000) selon l'activité est ici présentée.

Trigano, L. (2002). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier semestre 2002." *Etudes Et Resultats*(208): 8 , 5 tabl., 12 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé, permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés sous dotation globale, présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles. La participation des établissements privés lucratifs est encore trop récente pour qu'une présentation identique

puisse être adoptée dans leur cas.

2001

Carrasco, V., et al. (2001). "L'activité des établissements de santé en 1999 : poursuite d'une tendance modérée à la croissance de l'activité." Etudes Et Resultats(118): 8 , 4 enc., 5 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Mesurée en nombre de séjours, l'activité des établissements de santé publics et privés a augmenté en 1999 tous modes d'hospitalisation confondus en France métropolitaine. Cette évolution, qui fait suite aux augmentations en 1998 et en 1997, prolonge la tendance de croissance modérée de l'activité hospitalière. Cette progression résulte de mouvements d'ampleur différente selon les disciplines. L'activité a ainsi augmenté en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), surtout en raison de l'activité ambulatoire en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation. En soins de longue durée, dont l'activité est mesurée en journées, la progression est surtout sensible pour les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN) après une évolution nulle en 1998.

Gouider, N. (2001). "La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier trimestre 2001." Etudes Et Resultats(133): 4 , 3 tabl., 6 graph., 1 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé, permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Celles-ci sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS) pour les établissements publics ou privés sous dotation globale, présentation destinée à mieux mettre en évidence les variations conjoncturelles. La participation des établissements privés lucratifs est encore trop récente pour qu'une présentation identique puisse être adoptée dans leur cas.

Gouider, N. et Deville, A. (2001). "La conjoncture des hôpitaux publics au cours des trois premiers trimestres 2000." Etudes Et Resultats(103): 4 , 3 tabl., 6 graph., 1 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête trimestrielle de conjoncture, réalisée auprès d'un échantillon représentatif des établissements de santé permet d'apprécier les évolutions infra-annuelles de leur activité. Ces évolutions sont présentées en évolutions trimestrielles corrigées des variations saisonnières (CVS). Cette présentation est destinée à mettre plus en évidence les variations conjoncturelles.

Thomson, E. (2001). "Statistique annuelle des établissements de santé 1998." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(25): 139 , tabl., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA gR0xeuf9. Diffusion soumise à autorisation]. La Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) constitue l'enquête commune à tous les établissements de santé publics et privés en France. Ce fascicule présente les résultats de l'enquête SAE pour l'année 1998 : données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé (lits et places installés, entrées, journées, séances, interventions, équipements lourds, activités soumises à autorisation), et données sur les personnels médicaux et non-médicaux.

Thomson, E. (2001). "Statistique annuelle des établissements de santé 1999." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(27): 139 , tabl., ann.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x9F3VE. Diffusion soumise à autorisation]. La Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) constitue l'enquête commune à tous les établissements de santé publics et privés en France. Ce fascicule présente les résultats de l'enquête SAE pour l'année 1999 : données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé (lits et places installés, entrées, journées, séances, interventions, équipements lourds, activités soumises à autorisation), et données sur les personnels médicaux et non-médicaux.

2000

(2000). "L'hospitalisation en France : le secteur hospitalier, les équipements et les activités à l'hôpital, les personnels hospitaliers, les aspects financiers, données internationales. Données et chiffres repères édition 2000." Informations Hospitalieres(53): 142.

[BDSP. Notice produite par OBRESA KR4aR0xe. Diffusion soumise à autorisation]. Ce recueil de statistiques a pour objectif de cibler étroitement le champ hospitalier public et privé. Dans un premier temps est défini de manière générale le secteur hospitalier. Ensuite les statistiques se portent sur les équipements et les activités hospitalières (hospitalisation complète, carte sanitaire, équipements matériels lourds...), le personnel hospitalier. Les derniers chapitres concernent les aspects financiers et des données internationales.

1999

(1999). "Statistique annuelle des établissements de santé. SAE 1997." Collection Etudes Et Statistiques(7).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) constitue l'enquête commune à tous les établissements de santé publics et privés en France. Ce fascicule présente les résultats de l'enquête SAE pour l'année 1997 : données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé (lits et places installés, entrées, journées, séances, interventions, équipements lourds, activités soumises à autorisation), et données sur les personnels médicaux et non-médicaux.

1998

(1998). C.I.D. 1998 : chiffres et indicateurs départementaux, Paris : La documentation française

Cette troisième édition des "Chiffres et indicateurs départementaux" fournit une photocopie de la situation sanitaire et sociale de la France au plan départemental et régional et rassemble en 77 fiches les principales statistiques disponibles au plan local. Celles-ci sont classées en neuf chapitres : démographie, indicateurs de santé, structures de soins, professions de santé, enfance, personnes âgées, handicap de l'adulte, transferts sociaux, pauvreté, précarité.

1997

Com-Ruelle, L. et Dumesnil, S. (1997). L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés. Rapport Credes. Paris Credes : 173 , 154 graph., 167 tabl., 174 ann.

Ce rapport a été réalisé à partir des données de l'enquête nationale sur les hospitalisés réalisée par le CREDES en 1991-1992. L'étude porte sur les populations de patients hospitalisés souffrant d'alcoolisme et/ou présentant un risque tabagique. Sont analysés : les caractéristiques démographiques (âge, sexe), le lieu d'hospitalisation, la morbidité (maladie principale, maladie associée), le volume et la nature de leur consommation médicale. Le volume des consommations des hospitalisés alcooliques est comparé à celui des patients non alcooliques.

1996

Barjou, C. H. (1996). "Le PMSI : analyse médico-économique de l'activité hospitalière." Lettre D'informations Hospitalieres (La): 72 , tabl.

Pucheu, P. H. (1996). L'activité et les équipements des établissements de santé en 1994 à travers l'enquête SAE. Paris FEHAP: 21 , tabl., graph.

Pour la première fois cette année, la FEHAP a pu effectuer sa propre exploitation de l'enquête publique conduite chaque année par le ministère de la santé auprès des établissements sanitaires relevant de la loi hospitalière (enquête SAE 94). L'étude, à partir de cette enquête, des données relatives aux personnels des établissements adhérents a fait l'objet d'une première publication en juin. Ce deuxième document porte sur les données d'activités et d'équipements en 1994. Deux objectifs ont guidé ce travail : mesurer le poids relatif et les spécificités des secteurs publics, privé non lucratif et lucratif, mesurer le poids de la FEHAP au sein du privé non lucratif et les spécificités des établissements adhérents. On trouvera donc pour chacun des thèmes présentés un tableau sur la répartition public - privé non lucratif - privé lucratif, suivi d'un tableau sur la place de la FEHAP dans le non lucratif.

1993

Sourty-Le, Guellec, M. J. (1993). Enquête sur les hospitalisés 1991-1992 : qui sont les hospitalisés ? où sont-ils ? Depuis combien de temps ? Rapport Credes. Paris Credes : 79 , tabl., graph.

Résultats de la deuxième enquête décennale menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) auprès des hôpitaux publics ou participants au secteur public hospitalier, en France, pour 1991-1992. L'échantillon portait sur 4 646 hospitalisés représentatif des hospitalisés présents un jour moyen de l'année. Ce rapport fait une analyse de la géographie des hospitalisés présents : âge, sexe, nationalité, durée de présence, mode d'entrée, etc...

LES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS

2023

Naouri, D. (2023). "En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1259): 6 , graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1259.pdf>

En 2021, près de 11,4 millions de personnes résidant en France ont été hospitalisées une ou plusieurs fois dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dont 2,2 % pour des séjours liés au Covid-19. Le nombre annuel de séjours par personne hospitalisée est de 1,6 en moyenne. Cela correspond à un nombre total de 17,8 millions de séjours en 2021, dont 1,6 % pour le Covid-19. Les séjours en hospitalisation complète (avec nuitée) représentent 51 % de l'ensemble, en nette diminution par rapport à 2019.

2022

Allain, S., Naouri, D. et De Peretti, C. (2022). "En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1219): 7 , graph., tab.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1219_1.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une nouvelle étude sur la survenue des accidents vasculaires cérébraux (AVC), leur fréquence, la prise en charge et les séquelles selon le niveau de vie des personnes. À partir des données appariées de l'échantillon démographique permanent et des données de santé (EDP-santé), cette étude décrit les inégalités sociales de santé relatives aux AVC : un taux de survenue plus important chez les personnes au niveau de vie le plus modeste, une moindre prise en charge dans les unités spécialisées neuro-vasculaire (UNV), des séquelles plus importantes à la sortie de l'hospitalisation et à l'inverse, un risque de décès à 1 an plus faible chez les personnes les plus aisées.

Cinelli, H., Lelong, N. et Le Ray, C. (2022). Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Paris Inserm: 294 , tabl., fig.

Ce rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, et les caractéristiques des lieux d'accouchements en France. Comme pour les enquêtes précédentes, les résultats présentent une description de la situation périnatale en 2021 et les évolutions depuis l'enquête nationale périnatale de 2016. L'édition 2021 de l'enquête nationale périnatale (ENP) s'est enrichie d'un suivi à 2 mois pour les femmes l'ayant accepté, permettant de décrire pour la 1ère fois, l'état de santé des mères à deux mois du post-partum, le vécu de leur accouchement, l'organisation du retour à domicile et l'état de santé des enfants durant les deux premiers mois de vie. Les données de l'ENP 2021 seront également appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour des analyses ultérieures.

Naouri, D., Vuagnat, A., Beduneau, G., et al. (2022). "Covid-19 : profils et trajectoires de prise en charge des patients dans l'année qui suit leur sortie de soins critiques." Etudes Et Resultats (Drees)(1248): 7 , graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1248.pdf>

Entre le 1er mars 2020 et le 30 juin 2021, 106 000 patients atteints de Covid-19 ont été admis en soins critiques. Parmi les 80 000 patients sortis vivants, 15 % ont été transférés en soins de suite et de réadaptation (SSR), cette proportion augmentant avec l'âge. Parmi les patients ayant nécessité une ventilation mécanique invasive, le taux de transfert en SSR s'élève à 31 % et, pour environ 40 % des cas, à cause d'une atteinte respiratoire. Le taux de mortalité des patients sortis vivants de soins critiques un an après leur sortie est faible (7 %) et inférieur à celui de ceux atteints de la grippe. Le taux de mortalité en soins critiques étant plus important parmi les patients atteints du Covid-19, la mortalité totale à un an reste plus importante parmi ces derniers.

2021

(2021). Covid-19 : facteurs de risque et d'hospitalisation. Paris Epi-Phare: 42.

<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-facteurs-risques/>

EPI-PHARE a réalisé une analyse quasi-exhaustive des données de la population française, soit plus de 66 millions de personnes, afin d'identifier les maladies chroniques et des facteurs tels que l'âge ou le genre susceptibles de présenter un sur-risque d'hospitalisation ou de décès pour Covid-19. Réalisée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), cette étude de cohorte est l'une des plus vastes jamais réalisée en population générale. Portant sur la première vague de l'épidémie (du 15 février au 15 juin 2020), elle étudie le lien entre 47 maladies chroniques et le risque de développer une forme sévère de la Covid-19. Durant cette période, ce sont un peu plus de 87 800 personnes qui ont été hospitalisées pour cette pathologie, dont 15 660 en sont décédées à l'hôpital.

Costemalle, V., Gaini, M., Hazo, G. B., et al. (2021). En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins. France, portrait social. Edition 2021., Paris : Insee: 43-55, tabl., fig.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421>

La pandémie de Covid-19 s'est traduite en France par quatre vagues épidémiques, au printemps et à l'automne 2020, début 2021, puis pendant l'été 2021. Bien que les pics se soient atténués au fil des vagues, leur durée a augmenté entre la première et la troisième vague, conduisant à un accroissement du nombre de formes graves de la maladie et de décès à chacune d'entre elles. En revanche, la quatrième vague, portée par un variant plus contagieux mais dans un contexte d'extension massive de la vaccination, est de moindre ampleur et de moindre durée. De l'émergence du virus à début septembre 2021, 460 000 personnes ont été hospitalisées et 116 000 sont décédées à l'hôpital ou en établissement social ou médico-social (dont Ehpad) lors d'une infection à la Covid-19. Si elles ne sont pas les plus contaminées, les personnes âgées sont les plus vulnérables : avant le vaccin, une personne de 70 ans ou plus sur cinq, hors Ehpad, développe une forme grave une fois infectée. Les maladies chroniques augmentent également le risque de forme grave. En ce qui concerne les mesures sanitaires pour lutter contre l'épidémie, en dehors des confinements de la population, le port du masque était généralisé en novembre 2020, lors du deuxième confinement, puisque moins d'une personne sur dix déclarait ne pas porter de masque lorsqu'elle sortait dans la rue. Une autre mesure est celle du dépistage des porteurs du virus

pour qu'ils puissent s'isoler : toujours en novembre 2020, environ la moitié des personnes contaminées étaient détectées à l'aide des tests virologiques de dépistage. Fin août 2021, près de 60 % de la population avait déjà réalisé au moins un test de dépistage depuis le début de l'épidémie. Enfin, la vaccination, débutée fin décembre 2020, a couvert un nombre rapidement croissant de personnes, en priorité les plus vulnérables. Lors de la rentrée scolaire 2021, près de 50 millions de personnes avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin. L'épidémie a également eu des impacts indirects sur la santé de la population, en raison notamment des conséquences pour le système de soins. Le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % en 2020, avec la déprogrammation de soins non urgents, un non-recours probable pour certaines maladies comme le cancer, mais aussi une baisse des accidents et des maladies infectieuses hors Covid-19. L'activité des soins de ville a diminué, surtout lors de la première vague. La santé mentale s'est dégradée, notamment chez les jeunes adultes.

Fosse Edorh, S. et Mandereau Bruno, L. (2021). "Hospitalisations pour Covid-19 au premier semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh Covid)(19-4): 7.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_4/2021_Cov_4_1.html

Le diabète a été identifié comme un facteur de risque de formes graves de la Covid-19. L'objectif de cette étude est d'analyser l'ensemble des hospitalisations pour Covid-19 chez les personnes diabétiques à partir du Système national des données de santé (SNDS) et d'en décrire les principales caractéristiques et les variations territoriales.

2020

De Peretti, C. (2020). "Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes." Etudes Et Resultats (Drees)(1168): 8 ,tab., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1168.pdf>

En 2018, 12 millions de personnes ont été hospitalisées en court séjour. Le nombre moyen de séjours par personne hospitalisée est égal à 1,5, ce qui représente 18 millions d'hospitalisations. Le taux de recours, élevé avant l'âge de 1 an, est faible entre 1 et 18 ans. Il augmente ensuite progressivement avec l'âge, avec un pic féminin aux âges de la maternité, et atteint 500 pour 1 000 habitants à partir de 70 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes. Selon la classification internationale des maladies (10e révision : CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents, tous âges confondus, sont : les maladies de l'appareil digestif (intégrant l'odontologie), les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs de recours évolue toutefois avec l'âge : avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui prédominent, puis entre 15 et 44 ans, les recours liés à la fécondité, alors qu'entre 45 et 64 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif, entre 65 et 84 ans, les tumeurs et, pour les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire. Entre 2010 et 2018, le nombre de patients hospitalisés en court séjour a augmenté de 8 % et celui des hospitalisations de 10 %. Les taux standardisés sur l'âge, qui prennent en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ont respectivement augmenté de 2 % et de 2,5 %.

De Peretti, C., Woimant, F. et Schnitzler, A. (2020). "Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)(27): 538-551.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_3.html

Les objectifs de cette étude sont de décrire la patientèle du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017: les principales pathologies prises en charge, les facteurs associés à la prise en charge dans ces SSR spécialisés, les disparités régionales, ainsi que les évolutions survenues entre 2013 et 2017.

Mejdoubi, M., Kyndt, X. et Djennaoui, M. (2020). "ICU admissions and in-hospital deaths linked to COVID-19 in the Paris region are correlated with previously observed ambient temperature." *Plos One*: 1.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242268>

The purpose of this ecological study was to explore the association of weather with severity indicators of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Daily COVID-19-related intensive care unit (ICU) admissions and in-hospital deaths in the Paris region and the daily weather characteristics of Paris midtown were correlated with a time lag. We assessed different study periods (41, 45, 50, 55, and 62 days) beginning from 31 March 2020. Daily ICU admissions and in-hospital deaths were strongly and negatively correlated to ambient temperatures (minimal, average, and maximal). The highest Pearson correlation coefficients and statistically significant p values were found 8 days before the occurrence of ICU admissions and 15 days before deaths. Partial correlations with adjustment on days since lockdown showed similar significant results. The study findings show a negative correlation of previously observed ambient temperature with severity indicators of COVID-19 that could partly explain the death toll discrepancies between and within countries.

2019

Chan Chee, C. (2019). "Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(3-4): 48-54.

Introduction : l'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide (TS) dans les établissements de soins de courte durée en France et de présenter leur évolution entre 2008 et 2017. Méthodes : les données ont été extraites de la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). L'analyse a porté sur les hospitalisations de toutes les personnes âgées de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS (codes CIM-10 X60 à X84) entre 2008 et 2017. Résultats : le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué, passant de plus de 100 000 par an en 2008 à un peu moins de 89 000 en 2017. Les taux d'hospitalisation pour TS étaient respectivement de 17,4 et 15,1 pour 10 000 habitants en 2008 et 2017. La diminution était plus marquée chez les femmes (21,7 en 2008 et 18,0 en 2017, $p < 0,0001$) que chez les hommes (13,0 en 2008 et 12,2 en 2017). La réadmission pour TS est restée stable : quelle que soit l'année étudiée, 89,5% des patients ont eu un seul séjour pour TS et 10,5% ont eu au moins un nouveau séjour au cours de la même année civile. Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans avaient systématiquement les taux les plus élevés, en moyenne 41 pour 10 000. Entre 2008 et 2017, une baisse des taux par âge était observée chez les femmes de 20 à 49 ans, tandis que chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux étaient plus élevés en 2017 qu'en 2008. En Bretagne, Normandie et Hauts-de-France, les taux étaient supérieurs aux taux nationaux chez les hommes et chez les femmes en 2008 et en 2017. Quelle que soit l'année, les intoxications médicamenteuses volontaires, en particulier aux psychotropes, représentaient le mode le plus fréquent des TS. Une pathologie psychiatrique était notée dans 61% des séjours pour TS (59% chez les femmes et 64% chez

les hommes). Les pathologies les plus fréquentes étaient la dépression, les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, ainsi que les troubles anxieux. Conclusion : bien qu'une diminution des hospitalisations pour TS ait été observée au cours des dix dernières années, des actions de prévention et de prise en charge doivent se poursuivre, en ciblant plus particulièrement certains groupes de population tels que les adolescentes, les hommes de plus de 50 ans et les personnes ayant fait une tentative de suicide.

Leandre, C. et Com-Ruelle, L. (2019). "Les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral en France." Questions D'économie De La Santé (Irdes)(240): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/240-facteurs-de-risque-des-patients-hospitalises-pour-un-premier-episode-d-accident-vasculaire-cerebral-en-france.pdf>

La fréquence des accidents vasculaires cérébraux en France et leurs conséquences majeures en termes de létalité et de handicap lié aux séquelles les érigent en véritable enjeu de santé publique. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, le Plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014 préconise notamment de développer la prévention de l'AVC en déployant des actions de prévention et de dépistage des facteurs de risque sources d'AVC. Si les facteurs de risque sont bien identifiés par les cliniciens et mesurés dans certaines études sur échantillons, qu'en est-il sur le plan national ou régional ? Le Système national des données de santé (SNDS) offre la possibilité d'analyser la population exhaustive des AVC sur le territoire français à partir des données d'information médicale et de consommation de soins hospitaliers et de ville qui y sont intégrées. Une série de cohortes françaises en est extraite, incluant les victimes d'un primo AVC survenu de 2010 à 2019 (à terme) ; elles englobent le suivi médical des 24 mois d'amont et autant en aval. Afin de repérer et quantifier les facteurs de risque d'AVC, une méthode a été mise au point et testée sur la cohorte 2012 d'adultes. Ainsi, les prévalences des facteurs de risque liés à des pathologies sont estimées à 51 % pour l'hypertension artérielle, à 37 % pour la dyslipidémie, à 20 % pour le diabète, à 16 % pour la fibrillation auriculaire et à 20 % pour la dépression. Elles sont situées dans les fourchettes cliniques nationales et internationales et apportent des informations nouvelles utiles en termes de prévention de l'AVC et de bonne prise en charge des malades. En revanche, le SNDS ne s'avère pas adapté au repérage des facteurs de risque liés aux habitudes de vie et au comportement de l'individu tels que l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme, soulignant le besoin d'être complété par d'autres études incluant des données cliniques.

Leandre, C. et Com-Ruelle, L. (2019). Repérer les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'Accident vasculaire cérébral (AVC) et analyser les déterminants de sa gravité : l'apport des bases médico-administratives. Paris Irdes: 149.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/570-reperer-les-facteurs-de-risque-des-patients-hospitalises-pour-un-premier-episode-d-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf>

Le but de l'étude est d'identifier les facteurs de risque des patients adultes hospitalisés en court séjour (MCO) pour un premier épisode d'AVC constitué, et d'analyser les différences entre les patients passés en réanimation et les autres. Les patients sont extraits du Système national des données de santé (SNDS) 2012 à partir du diagnostic principal PMSI-MCO (codes Cim-10 : I60-I64) et en l'absence d'hospitalisation en MCO pour AVC ou Accident ischémique transitoire (AIT) les 24 mois glissants antérieurs (J-1 à M-24). Les facteurs de risque sont repérés par des algorithmes : de J-1 à M-24, avoir reçu des traitements spécifiques du facteur de risque et/ou être en Affection de longue durée (ALD) spécifique du facteur de risque et/ou avoir été hospitalisé en MCO avec codes spécifiques du facteur de risque en diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé. Une régression logistique du passage en

réanimation a été réalisée. 98 853 patients sont concernés : 67 % d'AVC ischémiques, 20 % d'AVC hémorragiques, 5 % d'hémorragies sous-arachnoïdiennes (HSA), 7 % d'AVC de type non précisé. 7,6 % ont effectué un passage en réanimation. Les facteurs de risque concernent : l'hypertension artérielle (51 %), la dyslipidémie (37 %), le diabète (20 %), la dépression (20 %), la fibrillation auriculaire (16 %), l'insuffisance rénale chronique (modérée à terminale) (13 %), le tabagisme (12 %), l'obésité (3,6 %), l'alcoolisme (3,1 %). Les patients les plus à risque d'être passés en réanimation sont ceux avec AVC hémorragique (OR : 3,5, $p < 0,001$), HSA (OR : 11, $p < 0,001$) et ceux présentant au moins deux maladies engageant le pronostic vital (OR : 75, $p < 0,001$). Le SNDS permet d'analyser les facteurs de risque de l'AVC, même si certains ne peuvent qu'être approchés. Le passage en réanimation est principalement conditionné par l'état de santé aigu.

Nestrigue, C., Bricard, D., Com-Ruelle, L., et al. (2019). "Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(242): 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/242-influence-des-modalites-de-prises-en-charge-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc-sur-la-duree-d-hospitalisation.pdf>

Les parcours de soins des patients sont étudiés ici à travers l'articulation entre le premier épisode de prise en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) en établissement hospitalier de court séjour (Médecine, chirurgie, obstétrique-MCO) et la prise en charge d'aval par d'autres établissements de soins, structures médico-sociales ou en ville. Plus précisément, il s'agit d'observer la variabilité de la durée du primo-épisode hospitalier pour AVC en MCO. La nature de l'AVC et l'état de santé global des patients jouent un rôle déterminant, ainsi que la prise en charge médicale, notamment le passage en Unité neurovasculaire (UNV). Mais au-delà des critères de bonne pratique clinique, la disponibilité de l'offre de soins d'aval, en particulier les Soins de suite et de réadaptation (SSR), permet la réduction de cette durée tout en minimisant les pertes de chances de récupération des victimes d'AVC.

2018

Bricard, D. et Or, Z. (2018). Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients? *Document de travail Irdes ; 73*. Paris Irdes: 24.

<http://www.irdes.fr/english/working-papers/073-does-an-early-primary-care-follow-up-after-discharge-reduce-readmissions-for-heart-failure-patients.pdf>

Better monitoring of patients in primary care setting is often considered to be a solution for reducing avoidable hospitalisations and readmissions. In this paper we test the hypothesis that the risk of readmission is associated with the timing and intensity of primary care follow-up, with a focus on consultations with a generalist (GP) after discharge by patients hospitalized for heart failure in France. We propose a discrete-time model which takes into account that primary care treatments have a lagged and cumulative effect on readmission risk measured on a weekly basis, using an instrumental variable strategy (IV). The results from IV regressions suggest that a consultation with a GP in the first weeks after discharge can reduce the readmission risk by almost 50%, and that patients with higher ambulatory care utilisation have smaller odds of readmission. Furthermore, geographical disparities in primary care affect directly primary care utilization and hence indirectly the readmission risk. These results suggest that interventions which strengthen communication between hospitals and generalists are elemental for reducing readmissions and improving system-wide cost efficiency. In order to encourage better care transition and to improve patient outcomes

after discharge, financial incentives for hospitals should be aligned with the objective of avoiding repeated hospitalisations. However, the current hospital funding system in France, based on patient volumes, does not provide any incentive for investments to improve patient follow-up after discharge.

Com-Ruelle, L., Nestrigue, C., LeGuen, N., et al. (2018). "Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(234): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/234-parcours-de-soins-des-personnes-hospitalisees-pour-un-accident-vasculaire-cerebral.pdf>

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par la perte d'une ou plusieurs fonctions du cerveau liée à un arrêt soudain de la circulation du sang. C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes, et un grand pourvoyeur de handicap. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014 avait pour but notamment d'améliorer le parcours de soins des patients, lors de la phase aiguë par l'accès facilité à l'imagerie diagnostique (IRM et scanner) et le développement d'unités hospitalières spécialisées, les Unités neurovasculaires (UNV), et ensuite lors de la phase de rééducation et réadaptation, afin d'éviter décès et pertes de chance de récupération des séquelles. Grâce à l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance maladie entre 2010 et 2014, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge sont observées plus finement qu'auparavant. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin, les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

Poulalhon, C., Rotelli-Bihet, L., Raso, C., et al. (2018). "Deaths in France : Characteristics, place of death, hospitalisations and use of palliative care during the year before death." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **66**(1): 33-42.

[BDSP. Notice produite par ORSRA F9H9IR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Il existe peu d'informations à un niveau national sur les pathologies prises en charge et le parcours hospitalier avant le décès. Le but de cette étude était de décrire les pathologies, hospitalisations, recours aux soins palliatifs un an avant le décès et le lieu de décès en France. Méthodes : Les personnes décédées en 2013 et couvertes par le régime général d'Assurance maladie ont été repérées dans le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) avec une sélection des informations sur leurs différents séjours hospitaliers, en soins palliatifs hospitaliers (SPH) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les pathologies ont été identifiées par des algorithmes à partir de la consommation de soins rapportée dans le Sniiram. Résultats : Au total, 347,253 personnes ont été incluses (61% des personnes décédées en France). L'âge moyen au décès était de 77 ans (DS 15,1). Les pathologies prises en charge avant le décès étaient les maladies cardio-neurovasculaires (56%), les cancers (42%), les maladies neurologiques et dégénératives (25%), les maladies respiratoires chroniques (20%). Les décès se sont produits lors d'une hospitalisation dans 60% des cas : 51% en court séjour, 6% en soins de suite et réadaptation et 3% en hospitalisation à domicile et dans 13% des cas en

Ehpad. L'année précédant le décès, 84% des personnes ont été hospitalisées au moins une fois, et 29% des personnes ont bénéficié de SPH. Les personnes ayant bénéficié de SPH décédaient davantage lors d'une hospitalisation en court séjour que ceux sans SPH (69% vs. 44%). Conclusion : Les informations médico-administratives du Sniiram doivent permettre d'approfondir la connaissance du parcours de soins en amont du décès et le recours aux SPH et d'aider à évaluer le nouveau plan gouvernemental sur les soins palliatifs récemment mis en place en France.

Seng, R., Mutuon, P., Riou, J., et al. (2018). "Hospitalization of HIV positive patients : Significant demand affecting all hospital sectors." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **66**(1): 7-17.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8R0xqknF. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Dans un contexte d'évolution des morbidités sévères chez les sujets vivant avec le VIH (PVVIH), l'objectif de cette étude était de décrire les motifs d'hospitalisation et les modes de prise en charge des sujets ayant recours à une hospitalisation. Méthodes : Toutes les hospitalisations (=24h) de PVVIH survenues au sein de 10 hôpitaux du sud de Paris (COREVIH Ile-de-France Sud) entre le 01/01/2011 et 31/12/2011 ont été identifiées. Les données hospitalières et la base de la file active du service référent VIH ont été croisées dans chaque hôpital. Un retour au dossier clinique individuel a été réalisé sur un échantillon aléatoire de sujets (65% des patients hospitalisés identifiés au cours de cette année) pour recueillir des données cliniques et biologiques détaillées. Résultats : Au total, 3013 hospitalisations (1489 patients) ont été enregistrées au cours de l'année 2011. Le taux estimé de patients hospitalisés sur les 10105 PVVIH régulièrement suivis dans le COREVIH Ile-de-France Sud en 2011 était d'environ 8%. La majorité (58,5%) de ces hospitalisations ont eu lieu hors secteur VIH. Les infections non classant SIDA représentaient la première cause d'admission (16,4%), suivies des pathologies liées au VIH (15,6%), des maladies hépatiques/gastro-intestinales (12,0%) et des maladies cardiovasculaires (10,3%). La durée médiane d'hospitalisation était de 5 jours (IQR : 2-11), elle était plus longue pour les patients hospitalisés dans le service référent VIH que dans les autres services. Les patients hospitalisés avaient une infection par le VIH ancienne (>10ans) pour 61,4% d'entre eux, souvent des comorbidités associées (co-infection VHC/VHB 40,5%, tabac 45,8%, hypertension artérielle 33,4%, dyslipidémie 28,8%, diabète 14,8%). Les sujets âgés de plus de 60 ans représentaient 15% des patients hospitalisés, étaient virologiquement contrôlés sous traitement antirétroviral pour la majorité d'entre eux, et les pathologies cardiovasculaires étaient leur principale raison d'admission. Conclusion : Le recours à l'hospitalisation chez les PVVIH reste important, avec une grande variété de lieux et de causes d'admission mobilisant tous les secteurs de l'hôpital. Il est primordial de prévenir les comorbidités pour réduire ces recours et de conserver un lien entre le suivi devenu ambulatoire de ces patients et le recours spécialisé dans les hôpitaux.

Taille, C., et al. (2017). "Enquête de pratique sur l'organisation de la prise en charge de l'asthme sévère dans des centres universitaires français." *Revue des Maladies Respiratoires* **34**(S): 41A.

Il est recommandé par la plupart des sociétés savantes de créer une filière de soins spécialisée pour la prise en charge de l'asthme sévère afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de ces patients. En France, l'organisation d'un tel réseau de soins n'est pas encore formalisée. Nous avons souhaité connaître l'organisation et les moyens actuellement disponibles pour la prise en charge de l'asthme sévère dans des services hospitalo-universitaires plus particulièrement impliqués dans la prise en charge de l'asthme sévère en France. Méthodes : Enquête de pratique nationale, multicentrique, descriptive, réalisée en 2015. Un questionnaire en 23 points a été adressé par voie électronique au responsable de chaque centre. Résultats : Onze centres d'adultes et 4 centres de pédiatrie ont répondu à

l'enquête. La file active de patients suivis est en moyenne de 151 [50–350] par centre, avec en moyenne 48 nouveaux patient/an/centre. Treize (87 %) centres organisent des réunions de concertation sur l'asthme sévère (moyenne 3,9 réunions/an). Les explorations disponibles dans les centres sont l'endoscopie bronchique (100 %), l'expectoration induite (73 %), la mesure du FeNO (91 %), le test d'hyperventilation (82 %). La prise en charge des allergies alimentaires est faite dans 91 % des centres et des allergies cutanées dans 82 %. Un programme d'éducation thérapeutique dédié à l'asthme sévère a été mis en place dans 83 % des centres, concernant en moyenne 65 adultes et 167 enfants/centre. La plupart des comorbidités de l'asthme sont prises en charge par des collaborateurs internes au centre, à part le syndrome d'hyperventilation et la dysfonction des cordes vocales qui sont adressés dans 20 % des cas à des centres compétents externes à l'hôpital. Tous les centres adultes ont participé à un essai clinique (phase 2, 3 ou académique) dans les 2 années précédentes, avec 798 patients adultes inclus au total sur cette période. Cinq centres pratiquaient la thermoplastie en 2015. Conclusion : Les moyens techniques dont disposent les centres hospitalo-universitaires spécifiquement impliqués dans la prise en charge de l'asthme sévère et ayant répondu à l'enquête sont assez homogènes. Comprendre pourquoi le nombre de patients adressés dans ces centres est faible, comparativement à la population d'asthmatiques sévères attendue, devrait aider à organiser une filière de soins « asthme sévère » en France. Cette enquête a été réalisée grâce au soutien du laboratoire AstraZeneca.

2017

Chatignoux, E., Olie, V., Bonaldi, C., et al. (2017). "Attentats de 2015 et de 2016 en France : quel impact sur les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires ?" Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(26): 552-558.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE DkIBR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : en 2015 et 2016 la France a subi trois vagues d'attaques terroristes d'une ampleur sans précédent sur son territoire. Leur nature et leur violence, ainsi que le relais médiatique continu qui a suivi, ont conduit à une augmentation du niveau d'anxiété et de stress dans la population, y compris dans celle non directement exposée aux attentats. Or, le stress est un facteur favorisant la survenue de certaines maladies cardiovasculaires. L'objectif était d'étudier, au niveau national et régional, l'impact à court terme des attentats de 2015 et de 2016 sur les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires. Méthodes : les données d'hospitalisation ont été extraites du PMSI-MCO de 2009 à 2016. Les hospitalisations complètes avec un diagnostic principal de syndrome coronaire aigu (SCA), d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'insuffisance cardiaque (IC) ont été sélectionnées. Le nombre quotidien d'hospitalisations par cause et par lieu d'hospitalisation (Île-de-France/hors Île-de-France et Alpes-Maritimes/hors Alpes-Maritimes) a été analysé à l'aide de modèles de Poisson additifs généralisés, ajustés sur les variations à court terme, les variations saisonnières et les tendances à long terme. L'augmentation des hospitalisations a été modélisée à l'aide de splines cycliques des jours encadrant la survenue des attentats. Résultats : dans les 15 jours qui ont suivi les attaques, le nombre brut d'hospitalisations pour AVC et IC a été supérieur au nombre moyen d'hospitalisations lors des mêmes périodes pour les autres années de l'étude. Cette tendance n'était pas observée pour les hospitalisations pour SCA. Ces différences disparaissaient après ajustement sur les tendances à court, moyen et long terme. Les augmentations du risque d'hospitalisation dans les 15 jours suivant les attaques étaient inférieures à 6% et non significatives, quels que soient la pathologie, l'épisode d'attentat et la zone géographique étudiée. Conclusion : notre étude n'a pas mis en évidence d'augmentation à court terme des hospitalisations pour

maladies cardiovasculaires suite aux attaques terroristes de 2015 et de 2016. Néanmoins, les effets à plus long terme sur l'incidence et la mortalité devront être évalués.

Coulm, B., Bonnet, C., Blondel, B., et al. (2017). Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Paris Drees: 317 , tabl., fig.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

[BDSP. Notice produite par ORSRA pR0x89CA. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude, fondée sur un échantillon de naissances représentatif de l'ensemble des naissances en France sur l'année, présente l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Il décrit également l'organisation des soins dans les 517 maternités de France

Gabet, A., Olie, V., Schnitzler, A., et al. (2017). "Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(11): 196-207.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE R0xsFAoo. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : dans le contexte d'une structuration de la filière de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC), encouragée par le plan d'action national AVC 2010-2014, notre travail avait pour but d'étudier l'évolution du taux d'admission en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) parmi les patients victimes d'AVC sur la période 2010-2014, de décrire les facteurs associés à l'admission en SSR et les caractéristiques des patients pris en charge. Méthodes : les patients hospitalisés pour AVC (codes CIM-10 I60 à I64) au cours des neuf premiers mois de chaque année entre 2010 et 2014 ont été sélectionnés dans les bases d'hospitalisation du PMSI-MCO à partir du diagnostic principal. Un séjour en SSR a été recherché dans les trois mois suivant la sortie de l'hôpital. Les taux standardisés sur l'âge ont été calculés et les évolutions annuelles moyennes analysées par régressions de Poisson. Résultats : en 2014, le taux d'admission en SSR s'élevait à 36,3% parmi les patients non décédés au cours du séjour index. L'admission en SSR était fortement associée à un âge avancé, à la présence d'une séquelle motrice et aux AVC hémorragiques. Le passage en unité neurovasculaire (UNV) augmentait la probabilité d'admission en SSR jusqu'à 75 ans. Le nombre de patients admis en SSR a augmenté entre 2010 (n=20 950) et 2014 (n=24 681), mais le taux correspondant a peu évolué (+1,6%/an). L'augmentation significative des taux ne concernait que les patients de moins de 35 ans ou de plus de 75 ans. Néanmoins, la part de patients admis en SSR neuro-locomoteur a augmenté, atteignant 44% des SSR en 2014. Plus de la moitié des patients présentant une dépendance fonctionnelle élevée à l'entrée en SSR a bénéficié d'une amélioration de son score de dépendance. Conclusion : si le taux global d'admission en SSR n'a que peu évolué entre 2010 et 2014, il semble que les patients soient davantage adressés dans des SSR spécialisés. Au vu de l'amélioration du statut fonctionnel pour la majorité des patients admis en SSR, en particulier ceux admis en SSR neuro-locomoteur, ce dernier constitue une étape majeure du parcours de soin des AVC, dont le développement sur l'ensemble du territoire est à poursuivre.

Lecoffre, C., Olie, V., Bejot, Y., et al. (2017). "L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5): 84-94.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE tHq88R0x. Diffusion soumise à

autorisation]. Introduction : en France, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de mortalité chez les femmes et la troisième chez les hommes. Les taux de patients hospitalisés pour AVC ont augmenté chez les moins de 65 ans entre 2002 et 2008. Après la mise en oeuvre du plan d'actions national AVC (2010-2014), cette étude analyse les évolutions des taux de patients hospitalisés et de la prise en charge en unités neuro-vasculaires (UNV) depuis 2008. Méthodes : les données proviennent de la base nationale des hospitalisations du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO, 2008-2014). Pour chaque patient, le premier séjour de l'année pour AVC a été sélectionné. Les taux bruts de patients hospitalisés et de létalité hospitalière par type d'AVC, par classe d'âge et par sexe ont été calculés puis standardisés sur l'âge. Les évolutions temporelles ont été analysées par régression de Poisson. Résultats : en 2014, 110 438 patients ont été hospitalisés pour AVC. La proportion de patients hospitalisés en UNV atteignait 51,5% pour les AVC ischémiques et 33,2% pour les hémorragies intracérébrales. De 2008 à 2014, le taux standardisé de patients hospitalisés pour AVC ischémique a augmenté de 14,3% chez les moins de 65 ans et baissé de 2,1% chez les 65 ans et plus. En revanche, pour les AVC hémorragiques, le taux a peu évolué (+2,0%). La létalité hospitalière des AVC ischémiques a diminué de 12,5% sur cette même période. D'importantes disparités régionales des taux de patients hospitalisés ont été observées. Conclusion : l'augmentation encourageante de la proportion de patients hospitalisés en UNV et la baisse de la létalité hospitalière ne doivent pas faire oublier trois constats préoccupants : la stabilité du taux global de patients hospitalisés pour AVC dans un contexte de vieillissement de la population, l'augmentation des taux d'adultes jeunes hospitalisés pour AVC ischémique et l'existence de fortes disparités régionales des taux de patients hospitalisés pour AVC.

Poulalhon, C., Tuppin, P., Aubry, R., et al. (2017). "Recours aux soins palliatifs hospitaliers des personnes décédées en 2013 en France selon leurs caractéristiques et pathologies." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(31): 641-650.

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 7Cn9R0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs : décrire les pathologies, le lieu de décès, les hospitalisations et les recours aux soins palliatifs hospitaliers (SPH) l'année précédant le décès. Méthodes : les personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie décédées en France en 2013 ont été repérées dans le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) avec une sélection des informations sur leurs différents séjours hospitaliers, la présence de SPH et leur séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les pathologies ont été identifiées par des algorithmes à partir de la consommation de soins rapportée dans le Sniiram. Résultats : 347 253 personnes ont été incluses (61% des personnes décédées en France en 2013). L'âge moyen au décès était de 77 ans. Les décès se sont produits lors d'une hospitalisation dans 60% des cas (51% en court séjour, 6% en soins de suite et réadaptation, 3% en hospitalisation à domicile) et en Ehpad dans 13% des cas. L'année précédant le décès, 84% des personnes ont été hospitalisées au moins une fois et 29% ont bénéficié de SPH avec de fortes variations selon l'âge et le sexe. En présence d'un cancer pris en charge, le recours aux SPH était de 52% (cancer du poumon 62%, cancer de la prostate 41%). En l'absence de cancer, le recours variait selon la pathologie : accident vasculaire cérébral aigu (24%), insuffisance cardiaque (17%), sclérose en plaques (23%), démence (17%). Discussion Conclusion : ce premier état des lieux doit être affiné mais il met en avant l'utilité des informations du Sniiram, qui doivent permettre d'améliorer la connaissance du parcours de soins en amont du décès et le recours aux SPH, et d'élaborer des indicateurs de suivi permettant, entre autres, d'évaluer certaines des actions développées.

2016

Gabet, A., et al. (2016). "Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(7-8): 100-108.

[BDSP. Notice produite par InVS Bm9qBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : l'infarctus du myocarde (IDM) constitue une cause très importante de morbidité et de mortalité en France. L'objectif de ce travail était d'examiner les tendances récentes des taux de patients hospitalisés pour IDM et de la mortalité par IDM, avec une analyse spécifique chez les femmes. Méthode : les événements d'infarctus du myocarde ont été sélectionnés à partir des bases nationales des hospitalisations du PMSI-MCO (2002-2013) et des causes médicales de décès du CépiDc (2002-2012). Les taux bruts de patients hospitalisés et de mortalité par sexe et par classe d'âge ont été calculés puis standardisés sur l'âge. Les évolutions sur la période d'étude ont été analysées par un modèle de Poisson. Résultats : une augmentation du taux de femmes de moins de 65 ans hospitalisées pour IDM a été observée entre 2008 et 2013, particulièrement chez les 45-54 ans (+4,8% par an). Cette évolution était moins marquée chez les hommes. Parmi les 65 ans et plus, les diminutions des taux pour les deux sexes étaient faibles entre 2008 et 2013 (-11,1% pour les femmes et - 1,7% pour les hommes). La mortalité par IDM a fortement diminué chez les hommes comme chez les femmes dans toutes les classes d'âge entre 2002 et 2012 (de plus de 30%). Conclusion : des évolutions préoccupantes de l'incidence annuelle de l'IDM en France sont rapportées chez les femmes de moins de 65 ans. Elles pourraient être reliées aux évolutions de certains facteurs de risque, en particulier le tabagisme, pour lesquels des mesures préventives supplémentaires pourraient être développées.

Lecoffre, C., et al. (2016). "Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(20-21): 359-366.

[BDSP. Notice produite par InVS qR0xC9IB. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : la survenue de nombreuses maladies chroniques est inversement associée à la position socioéconomique. Cet article décrit l'association entre le taux de patients hospitalisés et le désavantage social pour l'infarctus du myocarde (IdM), l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque (IC) et l'embolie pulmonaire (EP), en France métropolitaine en 2013. Méthodes : les données sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information, intégré au Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. Pour chaque maladie, les taux de patients hospitalisés ont été calculés par quintile de population, selon l'indice de désavantage social FDep09. L'association a été mesurée par le rapport entre le taux standardisé dans le quintile le plus défavorisé (Q5) et celui dans le quintile le moins défavorisé (Q1). L'interaction avec l'âge et avec le sexe a été testée par régression de Poisson. Résultats : tous âges confondus, le taux de patients hospitalisés était significativement plus élevé dans le quintile le plus défavorisé par rapport au moins défavorisé pour l'IdM (ratio Q5/Q1=1,35, IC95% : [1,31-1,38]), l'AVC (1,14 [1,11-1,16]) et l'IC (1,44 [1,41-1,46]), mais pas pour l'EP. Pour les quatre maladies, les écarts de taux entre les quintiles extrêmes étaient significativement plus élevés chez les moins de 65 ans que chez les 65 ans et plus. En revanche, l'association ne différait pas selon le sexe. Conclusion : pour l'IdM, l'AVC et l'IC, les taux de patients hospitalisés augmentaient avec le désavantage social. Pour l'EP, la relation ne s'observait que chez les moins de 65 ans. Compte tenu du fardeau que ces maladies représentent, la réduction des facteurs de risque parmi les personnes socio-économiquement défavorisées, notamment les plus jeunes, et la surveillance épidémiologique des inégalités sociales de santé sont à poursuivre.

2015

(2015). Les actes et consultations externes à l'hôpital. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016., Paris : Ministère chargé de la santé: 118-121, fig., tabl.

Imputés sur les enveloppes de dépenses hospitalières, les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé. On entendra dans cette fiche sous le terme « Actes et consultations externes » non seulement les actes et consultations réalisées dans le cadre de l'activité externe de l'établissement de santé mais également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation (cf. encadré 1). Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Bien qu'elle ne constitue pas une alternative à l'hospitalisation, cette activité représente parfois une partie importante de l'activité de soins en établissements. Elle ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l'activité externe relève du champ libéral. Les actes et consultations externes représentent 3,6 Md€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie, soit 9,2% de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les tarifs des actes et consultations externes à l'hôpital sont fixés par les conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux et ne sont donc pas inclus dans le périmètre des groupes homogènes de séjours (GHS).

Coquelet, F. (2015). "Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours." Etudes Et Resultats (Drees)(943): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mGpR0xrA. Diffusion soumise à autorisation]. Les patients de 70 ans ou plus sont les plus nombreux à effectuer des séjours hospitaliers de soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2011, ils représentent plus de la moitié de ces séjours : 700 000 séjours pour près de 535 000 personnes, dont la moitié est âgée de 80 à 89 ans. Il s'agit en majorité d'hospitalisation complète. Les deux tiers des personnes concernées sont des femmes. Les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences sont les principales pathologies à l'origine de ces hospitalisations. Les patients y bénéficient d'actes de rééducation portant pour beaucoup sur la mobilisation articulaire et les déplacements. Plus des deux tiers des personnes regagnent leur domicile ou intègrent un substitut de domicile à l'issue de ce séjour.

Fosse Edoth, et al. (2015). "Les hospitalisations pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en France en 2013."

[BDSP. Notice produite par InVS IAR0x8rB. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : dresser un bilan des hospitalisations pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en France en 2013. Méthodes : les données ont été extraites du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) chaîné au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ont été identifiées sur la base des remboursements de traitements antidiabétiques. Les hospitalisations pour infarctus du myocarde (IDM) et accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été sélectionnées à partir du diagnostic principal. Les taux standardisés sur la structure d'âge de la population européenne 2010 ont été déclinés selon le sexe, le niveau socio-économique et la région, chez les personnes de 45 ans et plus. Résultats : en 2013, en France, le taux de personnes diabétiques hospitalisées pour IDM était de 382/100 000

personnes diabétiques et celui pour AVC était de 559/100 000. À structure d'âge identique, le taux d'hommes diabétiques hospitalisés pour IDM était près de 2 fois plus élevé que celui des femmes, et le taux d'AVC était 1,3 fois supérieur chez les hommes. Les taux étaient respectivement 1,3 et 1,6 fois plus élevés chez les personnes diabétiques de moins de 60 ans bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire que chez les non-bénéficiaires. Ces disparités étaient moindres selon un indice territorial de désavantage social. Certaines régions, telles que le Limousin, présentaient des taux de personnes hospitalisées pour IDM très élevés par rapport au taux national. À l'inverse, les départements d'outre-mer (à l'exception de la Guadeloupe) se caractérisaient par des taux plus faibles concernant l'IDM mais plus élevés pour les AVC. Conclusion : les complications cardiovasculaires restent très fréquentes dans la population diabétique en 2013. Des disparités socio-économiques et territoriales persistent, laissant une place importante à la prévention tertiaire.

Mouquet, M.-C. (2015). "Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ?" Etudes Et Resultats (Drees)(928): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE G97R0xmm. Diffusion soumise à autorisation]. En 2013, 11,3 millions de personnes (19% des femmes et 16% des hommes) ont été hospitalisées au moins une fois dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique et MCO (odontologie) soit 16,9 millions de séjours. Les taux d'hospitalisation, tous âges confondus, s'établissent à 270 séjours pour 1 000 femmes et 243 pour 1 000 hommes. En raison de la maternité et parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés, les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes. Les taux d'hospitalisation sont élevés pour les hommes à partir de 45 ans en raison, entre autres, de comportements à risque. Pour tous le plus grand nombre de séjours concerne d'une part la surveillance, les bilans ou la prévention et, d'autre part, les maladies digestives. Le recours le plus important à l'hôpital concerne les âges extrêmes (nourrissons et personnes âgées).

Robert, M., et al. (2015). "Anévrismes de l'aorte abdominale et dissections aortiques : patients hospitalisés et mortalité, France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(38-39): 724-732.

[BDSP. Notice produite par InVS R0x99A7G. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : les anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) et les dissections aortiques (DA) sont des pathologies graves présentant une létalité élevée. L'objectif était d'estimer les taux de patients hospitalisés et les taux de mortalité pour ces pathologies, et d'analyser leurs évolutions temporelles. Méthodes : les hospitalisations et les certificats de décès mentionnant un AAA (rompu ou non) ou une DA ont été analysés. Les taux bruts et standardisés ont été calculés et leurs évolutions temporelles étudiées en fonction du sexe et de l'âge. Résultats : en 2013, 11 651 patients ont été hospitalisés pour AAA ou DA. Le taux de patients hospitalisés a légèrement diminué entre 2002 et 2013 pour les AAA sans mention de rupture, et a diminué de plus de 20% pour les AAA rompus. En revanche, le taux de patients hospitalisés pour DA a augmenté sur cette période, particulièrement chez les femmes (+25%). En 2011, 2 171 décès ont été recensés. Entre 2000 et 2011, les taux de mortalité ont diminué significativement pour ces trois pathologies. Conclusion : les recommandations récentes de mise en oeuvre d'un dépistage ciblé des AAA et l'augmentation de l'incidence des patients hospitalisés pour DA plaident pour la mise en place d'une surveillance de ces pathologies.

Roussot, A., et al. (2015). "Distribution spatiale de la mortalité hospitalière par AVC en France, 2008-2011." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(4-5): 301-320, tabl., graph., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA E8posR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : Le Plan national AVC prévoit l'utilisation des bases de données médico-administratives pour établir et suivre certains indicateurs de prise en charge des AVC. À partir du PMSI-MCO 2008-2011, nous avons établi une analyse descriptive des AVC hospitalisés en France, ainsi qu'une cartographie des taux de mortalité hospitalière. Matériel et méthodes : Les principales caractéristiques des patients victimes d'AVC ont été étudiées. Une cartographie des taux de mortalité standardisés a été effectuée à l'échelle des codes géographiques PMSI. Une analyse exploratoire utilisant les données socio-professionnelles INSEE et les taux de mortalité a également été menée. Résultats : Entre 2008 et 2011, le nombre d'AVC a augmenté de 3,85%. La moyenne d'âge des patients a également augmenté malgré une hausse significative des hospitalisations chez les 36 - 55 ans. La mortalité hospitalière a reculé sur la période, la cartographie des taux standardisés illustre la prégnance d'une diagonale de surmortalité du nord-est au sud-ouest du pays. Discussion : Le vieillissement de la population victime d'AVC ne doit pas faire oublier l'accroissement de "jeunes" patients, ce qui interroge sur le développement des facteurs de risques classiques (tabagisme, hypertension) ou nouveaux (stupéfiants). Le traitement cartographique des données permet d'établir une typologie socio-sanitaire des territoires qui pourrait être reproduite à une échelle plus fine. Conclusion : Le PMSI-MCO peut être utilisé pour l'observation territorialisée de certains indicateurs de performance du système de soins, comme la mortalité hospitalière, autant que pour le suivi de la mise en oeuvre du Plan national de lutte contre les AVC.

2014

Danchin, N., et al. (2014). "L'infarctus du myocarde en France métropolitaine de 1995 à 2011 : évolution de la typologie des patients, de la prise en charge et du pronostic à court terme." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **198**(1): 85-100.

Les maladies cardiovasculaires restent une cause majeure de mortalité en France. L'infarctus du myocarde en constitue une complication particulièrement grave. A travers quatre enquêtes nationales réalisées entre 1995 et 2010, on constate néanmoins une baisse de la gravité de cette pathologie. Cet article présente une analyse de ces données.

Septfonds, A., et al. (2014). "Prévalence, morbidité et mortalité associées aux hépatites B et C chroniques dans la population hospitalisée en France, 2004-2011." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(12): 202-209.

[BDSP. Notice produite par InVS B9H8R0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs : étudier la prévalence, la morbidité et la mortalité associées à une hépatite chronique B (HBC) ou C (HCC) ainsi que leurs évolutions dans la population française hospitalisée entre 2004 et 2011. Méthodes : les hospitalisations avec un diagnostic d'HBC ou HCC ont été chaînées à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le nombre de personnes hospitalisées avec une HBC ou une HCC a été rapporté au nombre total de personnes hospitalisées pour estimer la prévalence hospitalière. Les facteurs de risque de décès des patients hospitalisés avec une HBC ou une HCC compliquée (cirrhose, carcinome hépatocellulaire [CHC]) ont été étudiés. Résultats : entre 2004 et 2011, 54 409 patients avec une HBC et 161 387 avec une HCC ont été hospitalisés ; la prévalence hospitalière a augmenté pour l'HBC (de 0,09% à 0,11%) et diminué pour l'HCC (de 0,45% à 0,33%). 4 965 et 21 164 patients, atteints respectivement d'HBC et d'HCC, sont décédés, une complication étant diagnostiquée dans 60,2% et 61,0% des cas. La mortalité a augmenté (HBC : de 4,9% à

7,7% ; HCC : de 4,6% à 10,6%). Les facteurs de risque associés au décès des patients avec une complication étaient, pour l'HBC : la résidence hors Île-de-France, l'âge ≥ 50 ans, les diagnostics de CHC et de dépendance à l'alcool ; pour l'HCC : le sexe masculin, la résidence hors Île-de-France, l'hospitalisation à domicile, l'âge ≥ 50 ans, les diagnostics de dépendance à l'alcool, de CHC, de co-infection VIH et de lymphome non hodgkinien. Conclusion : ces résultats, concordants avec les données d'enquêtes épidémiologiques spécifiques, confirment l'intérêt de l'utilisation du PMSI comme outil complémentaire de surveillance pour les hépatites chroniques B et C, en tenant compte de ses biais et limites. (R.A.).

2013

(2013). Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?, Paris : HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-eviter-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees

Cette fiche précise les conditions optimales de prise en charge aux trois étapes de la transition entre les établissements hospitaliers et la ville : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. Elle met l'accent sur : le repérage dès l'admission des patients à haut risque de réhospitalisation, la préparation de leur sortie en lien avec leur médecin traitant, la mise à disposition des documents de sortie le jour même de la sortie et les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie.

(2013). Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en phase aiguë : bilan PMSI 2013. Rennes ARS: 15 , tab., graph., fig.

Dans le cadre du suivi du PRS, un bilan d'activité annuel est produit sur la prise en charge initiale des AVC. En 2010, le plan national AVC a été lancé pour structurer les filières de prise en charge de cette pathologie, qui constitue une des premières causes de mortalité, de handicap et de démence en France. Afin d'assurer le suivi de cette pathologie et de la déclinaison régionale de ce plan, l'ARS Bretagne produit annuellement un bilan de l'activité réalisée par site et effectuée, à la demande des professionnels, des requêtes complémentaires afin de les éclairer sur les parcours de soins ou sur d'autres aspects de la prise en charge.

Duport, N., et al. (2013). "Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(30): 361-368.

[BDSP. Notice produite par InVS s7R0x8lj. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs. Ce travail dresse un état des lieux de la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) en France métropolitaine, à travers les bases de données existantes, et ouvre la discussion sur les modalités de surveillance à mettre en place à partir des bases médico-administratives et des causes médicales de décès. Méthodes. Les données portent sur deux années (2007 et 2010) et sont issues des bases des affections de longue durée (ALD) de l'assurance-maladie, des hospitalisations (séjours et patients) et des certificats de décès. L'algorithme de sélection correspond aux codes CIM-10 relatifs aux MAAD (G30, F00, F01, F03). Résultats. En 2010, 316 115 personnes étaient en ALD15 ; 228 190 ont été hospitalisées avec une MAAD et 54 291 sont décédées avec une MAAD. Entre 2007 et 2010, malgré la courte période d'étude, le nombre de patients en ALD15 a augmenté de 14,6%, le nombre de personnes hospitalisées avec une MAAD a augmenté de 23,6% et le nombre de décès avec une MAAD a augmenté de 13,9%. Conclusion. Ces résultats mettent en lumière le poids considérable, et en

augmentation, de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées pour la société. Ils confirment de plus l'intérêt de l'analyse des bases médico-administratives, si possible en les croisant, et des causes médicales de décès dans la surveillance de ces pathologies, en complément des cohortes. (R.A.).

Gusmano, M.-K., et al. (2013). "Hospitalisations sensibles aux soins de premier recours (HSPR) en Île-de-France : une perspective d'outre-Atlantique." Revue Française Des Affaires Sociales(3): 108-125.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pB9BR0x7. Diffusion soumise à autorisation]. L'indicateur "hospitalisations sensibles aux soins de premier recours" (HSPR), est utilisé aux États-Unis et dans d'autres pays de l'OCDE pour évaluer l'accessibilité des soins de premier recours et leur efficacité pour une prise en charge adaptée des pathologies avant qu'elles ne nécessitent des traitements à l'hôpital. En Île-de-France, cet indicateur permet de montrer que les résidents des zones du dernier quartile de revenu et les patients hospitalisés dans des établissements publics rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui soulève une question importante pour les politiques de santé : faut-il imputer le nombre élevé de HSPR à un recours aux soins tardif ou au fait que le système de soins n'est pas organisé pour cibler les populations à risque ?

Jezewski Serra, D., et al. (2013). "Morbidity and lethality of hospitalizations related to alcoholic liver disease in France in 2008." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(16-17-18): 191-194.

[BDSP. Notice produite par InVS ApR0xmFB. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail est d'étudier la morbidité et la létalité hospitalières liées aux maladies alcooliques du foie (MAF) en France pour l'année 2008, à partir des données du PMSI-MCO. En 2008, 143 970 séjours, correspondant à 64 390 patients, mentionnaient une MAF. Plus de la moitié de ces patients (57,9%) était hospitalisée spécifiquement pour une de ces maladies ou l'une de ses complications. Parmi ces derniers, le nombre de décès était de 4 969. Les taux de patients hospitalisés étaient 3 fois plus élevés chez les hommes que les femmes (respectivement 157,7 et 48,1 pour 100 000 habitants). Les taux spécifiques de patients hospitalisés augmentaient avec l'âge, le maximum était retrouvé chez les 60-64 ans. En tenant compte de la structure démographique, les taux variaient selon la zone géographique : ils étaient les plus élevés dans les régions du Nord et Nord-Ouest et moins importants dans les régions du Sud. Ces résultats constituent une première analyse à l'échelle nationale des hospitalisations liées aux MAF, définissant une situation de départ qui pourra être suivie dans le temps et l'espace. (R.A.).

Laborde, C., et al. (2013). "Les hospitalisations sensibles aux soins de premiers recours : une étude qualitative auprès des PS en ville et à l'hôpital." 14.

L'ORS Île-de-France a réalisé en 2013 une étude qualitative en collaboration avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Ce document propose la méthodologie de l'enquête qui a été présentée à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à Paris, le 4 juillet 2013.

Mouquet, M.-C. et Oberlin, P. (2013). "L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 : résultats détaillés." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(128): 158.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE tnpR0xqH. Diffusion soumise à autorisation]. Environ un résident français sur six a été hospitalisé en 2008 dans une unité de soins de courte durée

de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Entre 1998 et 2008, le nombre de séjours en MCO, hors accouchement unique et spontané, a augmenté de 11%, et le nombre total d'équivalents-journées a diminué de 7%. On note des différences selon les groupes d'âges conduisant à une fréquentation de plus en plus âgée en lien avec le vieillissement de la population. Pour les 75 ans ou plus, le nombre de séjours a augmenté de 42% entre 1998 et 2008 et celui des équivalent-journées de 14%. La part des séjours de 75 ans ou plus est ainsi passée de 16% en 1998 à 21% en 2008. La variabilité des taux d'hospitalisation régionaux dépend en grande partie des différences de structures démographiques. L'amplitude des écarts entre les valeurs régionales et la valeur nationale diffère sensiblement selon la pathologie étudiée, ainsi que le classement des régions.

Pennec, S., et al. (2013). "Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France." *Population* **68**(4): 585-616, tabl., annexes.

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation_publications/population/bdd/publication/1677/

Les conditions de fin de vie font l'objet de débats de société passionnés mais restent mal connues. Comment les proches accompagnent-ils les personnes qui vivent les derniers moments de leur existence ? Jusqu'où cette période de la vie est-elle médicalisée ? Quelle est la fréquence des décès à domicile ? S'appuyant sur des travaux conduits dans d'autres pays d'Europe, l'Ined a mené une enquête en France auprès des médecins ayant certifié un décès en décembre 2009. Outre les informations sur les actes médicaux et les traitements administrés, cette enquête a recueilli une description précise des lieux de séjour de la personne décédée un mois, une semaine et un jour avant le décès. Les auteurs de l'enquête analysent ici les parcours de fin de vie et montrent que les changements de lieux sont fréquents au cours du dernier mois. Ces parcours diffèrent selon l'âge et le sexe, mais aussi en fonction des pathologies et du lieu de vie un mois avant le décès. Les transferts fréquents à l'hôpital dans les derniers moments de la vie témoignent de la difficulté pour les familles ou le personnel des maisons de retraite à gérer cette phase ultime d'aggravation de l'état de santé.

2012

(2012). Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des plus de 80 ans et plus. Lyon ATIH: 158, tabl.

<http://www.atih.sante.fr/impact-du-vieillesse-de-la-population-sur-lactivite-hospitaliere>

La plupart des pays développés sont confrontés au phénomène de vieillissement démographique, conséquence d'un faible indice de fécondité et/ou d'un allongement de l'espérance de vie. Dans les pays utilisant un système de répartition, le vieillissement a un impact important sur les régimes des retraites ou d'assurance maladie. Ainsi, compte tenu de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement démographique devrait avoir un impact sur l'activité hospitalière, sa structure, et sur le coût du système hospitalier. Pour mesurer l'effet du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière, trois segments d'analyse ont été développés : - comparer l'évolution démographique à celle de l'activité hospitalière, en se focalisant notamment sur les personnes âgées de plus de 80 ans ; - identifier les caractéristiques des séjours des personnes âgées par rapport à l'ensemble des séjours ; - analyser plus spécifiquement la dynamique des séjours des personnes âgées. Il convient de noter que dans cette étude une personne âgée sera définie comme un individu âgé de 80 ans ou plus. Ces segments d'analyse sont traités dans une première partie au niveau national. En seconde partie, une analyse régionalisée permettra de saisir les disparités régionales en termes de vieillissement, structure et dynamiques des

séjours des personnes âgées de 80 ans et plus.

Bonmarin, I. et Levy-Bruhl, D. (2012). Analyse des données d'hospitalisation en France à partir du PMSI pendant la période pandémique 2009/2010. Saint-Maurice InVS: 78 , tabl., fig.

Afin d'estimer le poids de la pandémie A(H1N1)2009 sur les séjours hospitaliers en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins et d'étudier l'intérêt des données du système d'information hospitalier (PMSI) dans la surveillance de la grippe, nous avons comparé les données du PMSI concernant les séjours associés à la grippe et aux pneumopathies de 2009-2010 avec les données historiques, disponibles depuis janvier 2007. En métropole, le nombre de séjours pour grippe a été multiplié par cinq pendant la pandémie alors que les séjours en réanimation ou unités de soins intensifs (USI) l'ont été par un facteur 10 avec, pendant la pandémie, 14 680 séjours à l'hôpital dont 1 748 en réanimation ou USI. De même, les séjours pour grippe avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë, ceux concernant des femmes enceintes et ceux ayant conduit à un décès ont été beaucoup plus élevés pendant la pandémie. L'âge des patients a été en moyenne de 5 à 10 ans inférieur à celui observé pendant les épidémies saisonnières, que ce soit pour les séjours en réanimation ou pour l'ensemble des séjours. Les durées de séjours ont, par contre, été similaires. Le pic d'admission est survenu en décembre 2009. Dans les territoires ultramarins, les indicateurs des séjours pour grippe ont évolué de façon comparable à ceux de la métropole. Les pics d'activité se sont échelonnés dans le temps et sont survenus en août pour l'île de la Réunion, en septembre en Guyane et Martinique et en octobre en Guadeloupe. Les données du PMSI ont confirmé une augmentation marquée du nombre hospitalisations et une gravité plus importante de la grippe pandémique comparée aux épidémies de grippe saisonnière survenues entre 2007 et 2009. L'outil est exhaustif mais manque de réactivité, même si pendant la pandémie, les données étaient fournies à l'InVS dans les deux mois suivant la sortie du patient. Il vient en complément des autres dispositifs et permet ainsi de consolider leurs analyses.

De Peretti, C., et al. (2012). "Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(41): 459-465.

[BDSP. Notice produite par InVS CR0xEG8I. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde (IDM) entre 2002 et 2008. Méthodes. Les données ont été extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour. Les événements ont été sélectionnés à partir du diagnostic principal et seuls les premiers séjours annuels de chaque patient ont été conservés. Les taux ont été standardisés (population française de 1999) et les tendances analysées par régression de Poisson. Résultats. Entre 2002 et 2008, le nombre global de patients hospitalisés pour IDM a diminué de 7,4%, et le taux standardisé de 17,2%. Avant 65 ans, l'étude par sexe et classe d'âge décennale montre des évolutions différenciées : on observe une réduction significative des taux d'hospitalisation dans toutes les classes d'âge masculines au-delà de 25 ans, mais une augmentation significative pour les femmes entre 35 et 54 ans. À partir de 65 ans, il y a eu réduction significative et notable des taux standardisés, tant pour les hommes (-22,7%) que pour les femmes (-23,7%). Discussion-conclusion. Ces résultats, cohérents avec les observations des registres Monica (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), précisent au niveau national les évolutions récentes des hospitalisations pour IDM dans l'ensemble des classes d'âge, sans pouvoir différencier les parts respectives des primo-événements et des récidives. La tendance est globalement favorable pour la plupart des classes d'âge, à l'exception des femmes de 35 à 54 ans, dont le taux d'hospitalisation pour IDM augmente, probablement en lien avec l'augmentation du tabagisme, de l'obésité et du diabète. (résumé d'auteur).

De Peretti, C., et al. (2012). "Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France. Tendances 2002-2008." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(10-11): 125-130.

[BDSP. Notice produite par InVS R0xr9BHs. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (AVC) entre 2002 et 2008. Méthodes - Les données ont été extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour. Les événements ont été sélectionnés à partir du diagnostic principal et seuls les premiers séjours annuels de chaque patient ont été conservés. Les taux ont été standardisés (population française de 1999), et les tendances analysées par régression de Poisson. Résultats - Il y a eu une légère diminution des taux de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2008 (-2,6 %). Cette tendance globale recouvre toutefois des évolutions différenciées selon l'âge : après 65 ans, les taux standardisés ont diminué de 674,6 à 630,3 pour 100 000 habitants (-6,6 %), mais ils ont augmenté avant 65 ans de 37,1 à 41,1 pour 100 000 (+10,8 %). Conclusion - Sur la période considérée, il y a eu augmentation des taux de personnes hospitalisées pour AVC dans la population de moins de 65 ans et réduction des taux pour les plus âgés. (R.A.).

Kranklader, E. (2012). "Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(25): 27, graph., tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 88FR0xnk. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.

Mouquet, M.-C. et Oberlin, P. (2012). "Évolution de l'état de santé depuis 20 ans : l'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1993 et 2010 en France métropolitaine." Actualite Et Dossier En Sante Publique(80): 13-17.

[BDSP. Notice produite par EHESP H8R0xl88. Diffusion soumise à autorisation]. Environ 10.6 millions de personnes résidant en France métropolitaine, soit une personne sur six, ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologique (MCO) au sein d'un établissement hospitalier public ou privé. Globalement, le nombre total de séjours hospitaliers est passé de 12,4 millions en 1993 à 14,6 millions en 2010. Cet article présente l'évolution des motifs de recours au MCO entre 1993 et 2010.

Perel, C., et al. (2012). "Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(41): 466-470.

[BDSP. Notice produite par InVS 9qrqR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction. L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection grave, responsable de nombreuses hospitalisations. L'objectif de cette étude était d'estimer le taux annuel de personnes hospitalisées pour IC et de décrire les tendances récentes. Méthodes. Les données ont été extraites des bases nationales du PMSIMCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information - médecine, chirurgie obstétrique). Ont été sélectionnés les séjours avec pour diagnostic principal une IC, ainsi que les séjours avec diagnostic associé d'IC et diagnostic principal de cardio (néphro) pathie avec IC, d'oedème aigu du poumon ou de foie cardiaque. Le premier séjour annuel de chaque patient a été retenu. Les taux de personnes hospitalisées pour IC ont été standardisés sur la population française (1999). Résultats. En 2008, 148 292 patients ont été hospitalisés pour IC. Entre 2002 et 2008, le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 14,4%, mais le taux standardisé global a peu évolué (-2,5%). Il y a eu toutefois une diminution significative des taux entre 5 et 24 ans, ainsi que pour les hommes de 65 à 84 ans et les femmes de 55 à 74 ans, mais une augmentation pour les femmes de 45 à 54 ans. De plus, la létalité intra-hospitalière à la première hospitalisation a diminué, passant de 8,9% à 7,5%. Des disparités régionales importantes ont été observées. Discussion-conclusion. L'IC est une cause d'hospitalisation très fréquente. Entre 2002 et 2008, on observe des tendances différenciées selon le sexe et l'âge. (R.A.).

2011

Coquelet, F. et Valdelievre, H. (2011). "Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(23): 35 , tabl., cartes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète, en 2008, s'adressent à une patientèle plutôt âgée, majoritairement féminine et prise en charge pour des soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques. La durée moyenne de séjour est de 34 jours, mais elle varie en fonction de la morbidité et de la dépendance des patients ; 5 % des séjours durent plus de 3 mois. À l'admission, près de deux patients sur trois sont globalement autonomes. L'offre en soins de suite et de réadaptation est assurée par 1 762 établissements dont près de la moitié appartiennent au secteur public. L'activité du secteur privé est prépondérante dans le sud de la France. Les densités de lits et places en SSR varient selon les régions : notamment le Sud-Est apparaît mieux doté mais les écarts tendent à se réduire depuis 2000. L'activité en SSR représente près de 34 millions de journées en 2008 dont 7 % effectuées en hospitalisation à temps partiel. L'activité en hospitalisation complète représente plus d'un million de séjours. Pour répondre à la demande de soins, le personnel soignant employé est en moyenne de 0,52 par lit ou place pour le personnel infirmier et aide-soignant, et de 0,13 pour le personnel de rééducation ; ces moyennes varient selon la catégorie d'établissement et le type de prise en charge des patients.

Mouquet, M.-C. (2011). "Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008." Etudes Et Resultats (Drees)(783): 8 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xI7t9E. Diffusion soumise à autorisation]. En 2008, un homme sur sept et une femme sur cinq, soit 10,8 millions de personnes, ont été hospitalisées au moins une fois dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), soit 16,3 millions de séjours dans l'année. Les taux d'hospitalisation, tous âges confondus, s'établissent à 268 séjours pour 1 000 femmes et 241 pour 1 000 hommes. Globalement, les femmes sont plus souvent hospitalisées que les

hommes, en raison notamment de la maternité et parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés. Ainsi, à âge égal et en excluant les séjours relatifs à la maternité, les taux d'hospitalisation sont moins élevés pour les femmes que pour les hommes. Le recours le plus important à l'hôpital concerne bien sûr les âges extrêmes.

Oberlin, P. et Mouquet, M.-C. (2011). "Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009." *Etudes Et Resultats (Drees)*(774): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE pCtR0xCj. Diffusion soumise à autorisation]. En 2009, les 79 200 fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) ont été traitées essentiellement dans des hôpitaux publics et la part de ceux-ci a régulièrement augmenté depuis 1998. Cela est vraisemblablement dû au fait qu'il s'agit d'une pathologie d'urgence à durée de séjour relativement longue, les caractéristiques démographiques des patients étant par ailleurs sensiblement les mêmes dans tous les types d'établissements. En 2009, 36% des FESF ont été classées en fractures trochantériennes et 64% en fractures cervicales ou de localisation non précisée. Un patient sur deux a eu une ostéosynthèse et deux sur cinq une prothèse. Les recommandations de traitement de la Haute Autorité de santé (HAS) semblent globalement suivies. En effet, en 2009, les patients victimes d'une fracture trochantérienne ont été traités près de neuf fois sur dix par ostéosynthèse. Pour les fractures cervicales ou non précisées, six patients sur dix ont eu une prothèse, le plus souvent céphalique. Néanmoins, la probabilité de mise en place d'une prothèse totale de hanche est, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée pour les patients hospitalisés dans le secteur privé à but lucratif, et ceci quelle que soit la localisation de la fracture. Les pratiques diffèrent aussi selon les régions.

2010

De Peretti, C., et al. (2010). "Hospitalisations en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*(49-50): 501-506.

[BDSP. Notice produite par InVS rC97R0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs - Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la proportion de patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) après un accident vasculaire cérébral (AVC) et de décrire ses variations en fonction des caractéristiques des patients, des AVC et des structures de prise en charge à la phase aiguë. Méthodes - Les patients ont été sélectionnés dans la base nationale 2007 du PMSI court séjour (PMSI MCO) à partir du diagnostic principal d'AVC constitué, puis chaînés dans les bases 2007 des hospitalisations des soins de suite (PMSI SSR) grâce au numéro d'anonymisation. Résultats - Parmi les patients hospitalisés en court séjour pour AVC et non décédés, 31% ont été retrouvés dans le PMSI SSR : 7% dans le secteur de rééducation fonctionnelle (RF) et 24% en soins de suite médicalisés (SSM). La proportion globale de patients hospitalisés en SSR augmentait avec l'âge, alors que la prise en charge en RF était moins fréquente pour les personnes âgées. Ces deux proportions étaient plus élevées en cas d'hospitalisation initiale en unité neurovasculaire ou en soins intensifs. Les disparités régionales étaient notables. Conclusion - Parmi les patients hospitalisés en 2007 pour AVC et non décédés, 31% ont bénéficié d'une prise en charge en SSR. Il existait des disparités selon l'âge, le sexe, la filière de prise en charge à la phase aiguë et la région de domicile des patients. (R.A.).

2009

(2009). "2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France : Prise en charge des malades et dynamique des dépenses." Point D'information (Cnamts): 11.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Etude_diabete_vdef.pdf

La plupart des pays développés sont actuellement confrontés à une épidémie de diabète de type 2. La France s'inscrit elle aussi dans cette évolution : en 2007, on compte 2,5 millions de personnes traitées pour diabète, soit 40% de plus qu'en 2001. Cela correspond à un taux de prévalence moyen de 4% et supérieur à 12% pour les personnes de plus de 60 ans. Parallèlement, chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour les soins de ces malades augmentent d'un milliard d'euros environ. Notre système de soins doit ainsi relever un double défi : mieux traiter un nombre croissant de malades, tout en maîtrisant l'accroissement des dépenses qui sont liées à cette pathologie. L'Assurance Maladie présente dans ce document des données de l'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la HAS, l'Inpes, l'AFD, le RSI et la Cnam, ainsi que des études complémentaires propres afin d'analyser les modalités de la prise en charge des patients diabétiques et de mesurer l'évolution des dépenses liées à leurs soins.

(2009). "Infarctus du myocarde : une prise en charge satisfaisante des malades pendant et après leur hospitalisation." Point D'information (Cnamts): 1-10.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la seconde cause de mortalité en France. L'infarctus du myocarde concerne chaque année des dizaines de milliers de personnes. Néanmoins, la France bénéficie à la fois d'un taux d'infarctus du myocarde parmi les plus bas en Europe, avec une baisse régulière de celui-ci. D'un point de vue économique, la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en ALD représente près de 17 milliards d'euros de remboursements chaque année, avec une croissance supérieure à 7% par an au cours des dernières années. Face à cet enjeu à la fois sanitaire et économique, l'Assurance Maladie a conduit une étude inédite sur la trajectoire de soins des personnes victimes d'infarctus, à la fois lors de leur séjour à l'hôpital mais aussi en aval, lorsqu'elles sont soignées en médecine de ville.

Fery-Lemonnier, E. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport. Paris Ministère chargé de la santé: 20.

<http://social-sante.gouv.fr/>

Ce rapport, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des victimes d'AVC, dresse un état des lieux inquiétant en termes d'organisation et d'accès aux soins de qualité. Le rapport préconise de développer l'information pour la prévention et la prise en charge rapide des AVC, essentielle pour réduire la mortalité et les séquelles liées à cette pathologie. Pour une meilleure prise en charge des patients, il propose la création d'unités et de filières spécialisées, mais aussi de développer la formation initiale et continue des professionnels concernant cette pathologie. La création des unités devra répondre à la question de l'inégalité de couverture territoriale actuelle.

Lalande, F. et Veber, O. (2009). La mort à l'hôpital. Tome 1. Paris Igas: 106 , tabl.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000037/0000.pdf>

Dans le cadre de son programme annuel, l'IGAS a réalisé une enquête sur "la mort à l'hôpital". Le périmètre d'investigation de la mission s'est étendu de la fin de vie jusqu'au départ des corps des établissements hospitaliers. Le rapport étudie la situation de l'ensemble

des établissements hospitaliers, publics ou privés, y compris les hôpitaux psychiatriques et le secteur de l'hospitalisation à domicile. Il comprend cinq chapitres. Le premier chapitre dresse un tableau statistique succinct de la mortalité en France et des lieux de décès, à partir des statistiques de l'INSERM. Il compare ces données aux statistiques internationales disponibles. Le deuxième chapitre décrit la place que tiennent chaque type d'établissement de soins et chaque type de service dans la mortalité hospitalière. Il décrit notamment comment les services où l'on meurt le plus fréquemment ne sont pas forcément les mieux adaptés à une mort sereine. Le troisième chapitre constate l'opacité entretenue sur le sujet par le système hospitalier et liste les domaines où cette opacité est particulièrement préjudiciable. Le quatrième chapitre décrit comment le non-dit entraîne une grande diversité des pratiques, y compris mortuaires, et donc des situations insatisfaisantes. Le cinquième chapitre formule des propositions pour répondre aux dysfonctionnements constatés (résumé d'auteur).

Lalande, F. et Veber, O. (2009). La mort à l'hôpital. Rapport annexes - Tome 2. Paris Igas: 58 , tabl. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000037/0000.pdf>

Dans le cadre de son programme annuel, l'IGAS a réalisé une enquête sur "la mort à l'hôpital". Le périmètre d'investigation de la mission s'est étendu de la fin de vie jusqu'au départ des corps des établissements hospitaliers. Le présent rapport présente les documents annexes au rapport principal : désignation des inspecteurs ; note de cadrage de la mission ; certificat de décès ; comparaisons internationales ; graphique retraçant les lieux de décès sur la mortalité commune/région ; étude menée par l'Atih à la demande de la mission ; répartition des décès par services en 2008 à l'AP-HP ; document de la Cnamts et de la Dccrf précisant les critères de décision pour le contrôle des soins palliatifs.

Pascal, L., et al. (2009). "Liens à court terme entre la mortalité et les admissions à l'hôpital et les niveaux de pollution atmosphérique dans neuf villes françaises." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5): 41-44.

[BDSP. Notice produite par InVS 9JBR0xn9. Diffusion soumise à autorisation]. En France, l'évolution des niveaux et de la composition chimique de la pollution atmosphérique urbaine, ainsi que la généralisation de la mesure d'indicateurs de pollution particulaire (PM10) a justifié une actualisation, pour la période 2000-2004, des résultats obtenus dans le cadre du Programme de surveillance air et santé (Psas) sur les relations à court terme entre pollution atmosphérique et mortalité et admissions hospitalières. L'analyse basée sur des séries temporelles a consisté à relier les variations à court terme d'indicateurs de l'état de santé (mortalité et hospitalisations) à celles des indicateurs d'exposition à la pollution atmosphérique (NO₂, O₃ et PM10). Les risques relatifs ont été estimés pour chacune des villes puis une analyse combinée de ces résultats a été réalisée. Le risque de décès toutes causes ou pour causes cardiovasculaire et cardiaque est significativement associé à l'ensemble des indicateurs de pollution étudiés. Les hospitalisations pour causes cardiovasculaires sont aussi significativement associées aux niveaux de NO₂ et de PM10 mais pas à l'ozone. Ces deux études confirment l'existence de liens significatifs entre les niveaux de pollution atmosphérique couramment observés et les indicateurs de santé. Elles ont aussi permis d'obtenir des estimateurs utilisables pour la réalisation d'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine en France. (R.A.).

Uhry, Z., et al. (2009). "Estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France à partir des données hospitalières, 1999-2003." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **57**(5): 329-336, rés., tabl., fig., carte.

[BDSP. Notice produite par ORSRA EFR0xmoo. Diffusion soumise à autorisation]. En France, Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon Page 256 sur 606
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

L'incidence des cancers est mesurée par les registres départementaux des cancers qui couvrent 15% de la population. L'incidence des cancers est estimée au niveau national et régional à partir des données de mortalité en extrapolant le rapport entre incidence et mortalité observé dans les départements couverts par un registre. L'utilisation du rapport incidence/mortalité au niveau départemental est plus incertaine. Cette étude a pour objectif de produire des estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France, à partir du rapport entre nombre de cas incidents et nombre de séjours chirurgicaux répertoriés dans les bases hospitalières. Méthodes : Ce rapport a été étudié sur la période 1999-2003 dans les 13 départements couverts par un registre. Pour chaque sexe séparément, le nombre de cas incidents a été analysé en fonction du nombre de séjours chirurgicaux pour résection du cancer colorectal (colectomies, exérèses, pelvectomies) par un modèle de Poisson. L'âge a été intégré au modèle en effet fixe et le département en effet aléatoire. La capacité du modèle à prédire l'incidence a été testée par validation croisée. Le modèle a ensuite été extrapolé pour estimer l'incidence départementale. Résultats : Dans les départements couverts par un registre, la validation croisée a montré une bonne capacité prédictive du modèle, à l'exception chez l'homme d'un département où l'écart entre incidence prédite et observée atteignait 10%. Sur l'ensemble des départements, les taux d'incidence estimés, standardisés sur la population mondiale, variaient de 29 à 44 pour 100 000 environ chez l'homme et de 17 à 27 pour 100 000 chez la femme. L'incidence ne présentait pas de gradient géographique clair. Conclusion : Au sein des registres, l'incidence prédite en validation croisée était proche dans l'ensemble de l'incidence observée. L'inclusion de plusieurs séjours par patient représentait certainement une source d'erreur mineure dans ces estimations. En effet, notre sélection ne comportait que 2% de séjours multiples, sans variations géographiques, en 2002 et 2003, années pour lesquelles le chaînage patient était disponible dans les bases hospitalières. Les taux d'incidence estimés présentaient des variations géographiques modérées. Les intervalles de prédiction qui les accompagnent doivent être pris en considération.

2008

Bahrami, S., et al. (2008). "Lien entre durée de séjour et réadmissions en chirurgie et en obstétrique : étude de deux procédures à partir des données du PMSI." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **56**(2): 79-85, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSLR kR0xC798. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en place de la tarification à l'activité pour les hôpitaux de court séjour pourrait entraîner une diminution des durées de séjour pour raisons financières. L'impact potentiel de ce phénomène sur la qualité des soins n'est pas connu. Les réadmissions identifiées à l'aide des données administratives hospitalières sont, pour certaines situations cliniques, des indicateurs de qualité des soins valides. La méthode utilisée est une étude rétrospective du lien entre la durée de séjour et la survenue de réadmissions imprévues liées au séjour initial, pour les cholécystectomies simples et les accouchements par voie basse sans complication, à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris des années 2002 à 2005. Pour les deux procédures, la probabilité de réadmission suit une courbe en "J". Après ajustement sur l'âge, le sexe, les comorbidités associées, l'hôpital et l'année d'admission, la probabilité de réadmission est plus élevée pour les durées de séjour les plus courtes : pour les cholécystectomies, odds ratio : 6,03 [IC95% : 2,67-13,59] pour les hospitalisations d'un jour versus trois jours ; pour les accouchements, odds ratio : 1,74 [IC95% : 1,05-2,91] pour les hospitalisations de deux jours versus trois jours. Pour deux pathologies communes, les durées de séjour les plus courtes sont associées à des probabilités de réadmission plus élevées. L'utilisation routinière des

données du programme de médicalisation des systèmes d'information peut permettre d'assurer le suivi de la relation entre la réduction de la durée de séjour et les réadmissions. (R.A.).

Lecarpentier, Y., et al. (2008). "Prise en charge des maladies cardiaques." Actualite Et Dossier En Sante Publique(63): 21-94.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=103>

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xkJK99. Diffusion soumise à autorisation]. Les maladies cardiovasculaires cèdent la première place dans le palmarès français des causes de mortalité. Cela s'explique par les progrès réalisés dans le domaine de la prévention, mais aussi par ceux réalisés dans les prises en charge thérapeutiques. Ce dossier n'a pas la prétention de l'exhaustivité ; il s'attache cependant à décrire les différentes pathologies, leur incidence et à présenter les progrès réalisés aussi bien dans l'organisation de la prise en charge que dans les techniques d'intervention ou le suivi des malades.

Mouquet, M.-C. et Oberlin, P. (2008). "L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010,2020,2030." Etudes Et Resultats (Drees)(654): 8 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8GI9R0xF. Diffusion soumise à autorisation]. L'analyse des hospitalisations en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) des années récentes révèle que le nombre de journées a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant, la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation. L'étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes. Le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes.

2007

Bardet, J. (2007). La prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 236. Paris Assemblée Nationale: 315 , tabl., fig., annexes.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-off/i0236.pdf>

L'AVC est une pathologie redoutée et encore peu comprise. La nature des soins délivrés doit répondre aujourd'hui à une double contrainte : la spécialisation des soins, motivée par les récents progrès thérapeutiques, et l'accessibilité des soins, justifiée par l'urgence attachée à l'administration de traitements actifs. Ces contraintes imposent des choix structurants pour l'organisation de la filière de prise en charge. La première partie du présent rapport rappelle les enjeux d'une prise en charge précoce des AVC. Politique de santé dont les prémices ont été posées il y a maintenant presque dix ans par la Société française neuro-vasculaire, la politique de prise en charge des AVC a maintenant trouvé ses marques, à défaut de disposer des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Dans cette démarche de structuration de la filière, la répartition des rôles entre l'État et les acteurs de santé a été tracée : l'État harmonise et donne aux acteurs régionaux les instruments nécessaires pour organiser l'offre de soins locale. À l'État de montrer qu'il est capable d'impulser un effort décisif pour améliorer la prise en charge des victimes d'AVC. La deuxième et la troisième partie du présent rapport dressent un bilan de la situation et dégagent une série de propositions susceptibles d'améliorer la prise en charge précoce des AVC. Ce rapport est complété par

une étude du Réseau d'Evaluation en Economie de la santé (REES).

Boutrelle, A., et al. (2007). "Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée." Points De Repere(7): 12.

Cette étude sur la mucoviscidose, fait le point sur le nombre de patients pris en charge en affection de longue durée, leurs caractéristiques d'âge et de sexe et leur répartition sur le territoire. Elle précise le taux de recours par type de soins, les montants remboursés, la répartition par grand poste (hospitalisation, kinésithérapie, médicaments...) ainsi que les classes pharmaceutiques prescrites et remboursées.

2006

Ruidavets, J. B., et al. (2006). "Létalité de l'infarctus du myocarde des patients hospitalisés et son évolution dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(8-9): 67-68, 63 tabl.

[BDSP. Notice produite par InVS pA4R0xnO. Diffusion soumise à autorisation]. Au cours de la période 1985-1994, la mortalité par cardiopathie ischémique des 35-64 ans a considérablement diminué en France et dans les pays industrialisés. La réduction annuelle observée pour l'ensemble des centres MONICA (MONItoring trends and determinants in CARDiovascular disease) a été de - 2,7% chez les hommes et de - 2,1% chez les femmes. Des variations de même sens, mais d'amplitude plus importante, ont été observées à Strasbourg (-6,2%) et Toulouse (-5,7%) chez les hommes ou à Strasbourg (-8,3%) chez les femmes. La baisse de la mortalité a été beaucoup plus marquée chez les malades hospitalisés et l'introduction, puis la diffusion, de nouveaux traitements efficaces dans la prise en charge de la phase aiguë de la maladie coronaire, comme la thrombolyse et l'angioplastie, sont en grande partie responsables de cette baisse importante. L'index de létalité, correspondant à la part des décès dans l'ensemble des événements ayant conduit à l'hospitalisation, peut être considéré comme un indicateur de la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë. L'amélioration de cette prise en charge trouve sa traduction dans l'amélioration du pronostic, notamment du pronostic vital à court terme, de l'infarctus du myocarde. La connaissance du statut vital dans les 28 premiers jours de l'épisode aigu des malades hospitalisés permet d'estimer cet index de létalité d'une pathologie à forte mortalité précoce. Dans la continuité des travaux du programme MONICA, nous posons la question de l'évolution de la mortalité hospitalière de l'infarctus du myocarde au cours de la période allant de la fin des années 1990 au début des années 2000 (1997-2002). Pour répondre à cette question, nous avons utilisé les données des trois registres français des cardiopathies ischémiques. (Introduction).

2005

Mouquet, M. C. (2005). "Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003." Etudes Et Resultats(444): 12 , 14 graph., 16 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

En 2003, près de 15 millions de séjours ont été enregistrés dans les unités de soins de courte durée de MCO, soit des taux d'hospitalisation de 265 pour 1 000 femmes et de 240 pour 1 000 hommes. Globalement, les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes, en premier lieu, à cause de la maternité et, en second lieu, parce qu'elles sont plus nombreuses

aux âges élevés. Le recours le plus important à l'hôpital concerne bien sûr les âges extrêmes. Les taux d'hospitalisation élevés pour les hommes à partir de 45 ans apparaissent en grande partie liés aux conséquences de comportements à risque (consommation excessive d'alcool et de tabac induisant des maladies digestives ou des cancers, accidents?). Pour les hommes comme pour les femmes, ce sont les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, d'une part, et les maladies de l'appareil digestif, d'autre part, qui motivent le plus grand nombre de séjours. Pour les enfants de moins de 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire prédominent. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce sont principalement les maladies de l'appareil circulatoire qui sont à l'origine des hospitalisations. Entre 1998 et 2003, le taux d'hospitalisation des enfants a diminué tandis que celui des personnes âgées s'est, au contraire, accru. Sur la même période, le temps passé à l'hôpital a, en moyenne, décru essentiellement en raison de l'augmentation des prises en charge en hospitalisation inférieure à 24 heures.

Pascal, L., et al. (2005). Evaluation de l'impact de la vague de chaleur de l'été 2003 sur la morbidité hospitalière infantile. Saint-Maurice IVS: 28 , tabl., graph.

Aucune étude n'a été menée concernant l'évolution du nombre d'hospitalisations des enfants, et plus particulièrement des nourrissons, pendant la vague de chaleur de l'été 2003. Il est apparu donc nécessaire de compléter les résultats concernant un éventuel excès d'admissions pour cette période particulière. L'objectif de la présente étude est de comparer le nombre journalier d'admissions d'enfants pendant la vague de chaleur d'août 2003 aux données des années 2000-2002 afin de mettre en évidence une éventuelle augmentation de la morbidité hospitalière infantile pendant cette période. Cette première estimation est réalisée à partir des données d'hospitalisations du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Woronoff, A. S., et al. (2005). Le cancer dans les régions de France : mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Les études du réseau des ORS. Paris FNORS: 54 , tabl., graph., carte.

Dans le cadre du développement de la base de données SCORE-santé, dont la gestion est assurée depuis 2000 par la Fnors et les ORS, la Direction générale de la santé a souhaité que soit mise en oeuvre une exploitation des données de la base concernant le cancer. Cette démarche a pour objectif d'améliorer la connaissance de l'évolution de la maladie, notamment au plan régional, qui constitue l'un des objectifs du plan cancer lancé en 2003 par le gouvernement. Ce document constitue une analyse de la situation comparée des régions pour l'ensemble des cancers et pour plusieurs localisations cancéreuses, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon-rectum, du col et du corps de l'utérus, du sein, de la prostate, mélanome malin de la peau. Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité, pour la mortalité et l'incidence, des situations régionales actuelles et des évolutions observées au cours des vingt dernières années.

2003

(2003). Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003 : bilan et perspectives, octobre 2003. Saint-Maurice InVS: 117 , tabl., graph., carte.

Réalisé à la demande du Ministre de la Santé par l'Institut national de la Veille Sanitaire, ce rapport complète et consolide les informations fournies par le rapport d'étape d'août 2004 et dresse un bilan de l'impact sanitaire de la vague de chaleur survenue en France en août

2003. Il présente : la revue de la littérature internationale portant sur le thème "vague de chaleur" ; la description des caractéristiques de la vague de chaleur d'août 2003 en France ; les résultats définitifs des cinq enquêtes mises en place en urgence en août 2004 en France et le bilan de l'impact sanitaire de la vague de chaleur dans les autres pays européens ; les travaux de surveillance et d'alerte mis en place au décours de l'épisode caniculaire par l'InVS et les propositions d'études épidémiologiques qu'il serait nécessaire de développer à moyen et à long terme.

2002

Peres, K., et al. (2002). "Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **50**(2): 109-119, tabl.

[BDSP. Notice produite par MRPS 4R0x2ZpQ. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude avait pour objectifs d'estimer l'incidence des réhospitalisations à un mois, d'identifier la proportion de réhospitalisations programmées et la part de celles jugées évitables, et de déterminer les facteurs de risque de réadmission des personnes âgées.

Tellier, S., et al. (2002). "Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?" Etudes Et Resultats(167): 12 , 15 tabl., 11 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Qui sont les usagers des consultations externes ? Pourquoi consultent-ils à l'hôpital ? Comment perçoivent-ils le déroulement de la consultation ? Ce document propose les résultats d'une enquête menée en novembre 2000 auprès d'un échantillon représentatif national qui permet, pour la première fois de répondre à ces questions.

2000

Blondel, B., et al. (2000). Enquête nationale périnatale 1998. Paris INSERM: (100), tabl.

Ce document présente les principaux résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 1998 en France. Cette enquête porte sur la totalité des naissances d'enfants nés vivants ou morts-nés survenues pendant une semaine, si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suite de couches. Les objectifs de l'enquête étaient les suivants : connaître les principaux indicateurs de l'état de santé, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque périnatal une année donnée ; suivre l'évolution de ces indicateurs à partir d'enquêtes antérieures ; fournir un échantillon national auquel on puisse comparer les données départementales ou régionales provenant d'autres sources ; évaluer des actions de santé et apporter des informations pour guider les décisions en santé publique.

Com-Ruelle, L., et al. (2000). "L'asthme en France selon les stades de sévérité." Questions D'economie De La Sante (Credes)(25): 4 , 3 graph., 1 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes25.pdf>

Cette étude sur l'asthme est basée sur des données issues de l'Enquête Santé et Protection

Sociale (ESPS) menée par le CREDES en 1998. Les auteurs analysent la prévalence de l'asthme selon un classement en quatre stades de sévérité. Ils précisent l'influence des caractéristiques socio-économiques et environnementales sur la prévalence et la sévérité de l'asthme et décrivent l'état de santé, la qualité de vie et le recours aux soins des asthmatiques.

Mouquet, M. C. (2000). "Les motifs d'hospitalisation en 1998." *Etudes Et Resultats*(81): 11 , 14 tabl., 14 graph., 13 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les résultats présentés dans ce fascicule portent sur les unités de soins de courte durée relevant des disciplines de médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales et gynécologie obstétrique, à l'exclusion des unités psychiatriques. Ils sont le résultat d'une exploitation de la base nationale publique et privée constituée, pour l'année 1998, dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'auteur analyse le taux d'hospitalisation selon le sexe et l'âge du patient ; la répartition des séjours annuels selon la pathologie traitée tout âge confondu puis par tranche d'âge ; selon le sexe du patient et la pathologie traitée pour l'ensemble des séjours et également selon le sexe et l'âge des patients pour une hospitalisation inférieure à 24 heures.

1999

Combiér, E. et Pouvourville, G. d. (1999). *Périnatalité : l'évolution des pratiques médicales en France*, Paris : Mutualité Française

Autrefois affaire de femmes, l'accouchement est devenu, dans la seconde moitié du XIXe siècle, médicalisé. Aujourd'hui, la France se trouve à un tournant de l'histoire des soins périnatals. En effet, les conclusions du jury de la conférence de consensus intervenues fin 1998 et les décrets sur l'amélioration des conditions de la naissance préconisent une gestion différenciée des risques. Il résulte de toute cette évolution une réglementation complexe et hétérogène qui permet, cependant, à chaque femme enceinte de bénéficier d'une prise en charge médicale et médico-sociale adaptée, quels que soient son statut social ou ses revenus. Cet ouvrage fait donc le point sur l'organisation des soins pré et postnataux en France.

1996

Blondel, B., et al. (1996). Enquête nationale périnatale 1995 : rapport de fin d'étude. Paris INSERM: 18, 34 tabl.

Ce document présente les principaux résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 1995 en France. Cette enquête portait tous les enfants vivants ou morts-nés (au moins 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins 500 grammes), nés dans les maternités publiques et privées, ainsi que sur les enfants nés en dehors de ces établissements et transférés ensuite, pendant une semaine, du 30 janvier au 5 février 1995. Le questionnaire comprenait deux parties. Une première partie concernait des informations recueillies par entretien auprès des femmes avant leur sortie de la maternité (situation socio-démographique, surveillance prénatale, comportement préventif). Une deuxième partie comprenait des informations prélevées du dossier médical de la maternité (déroulement de

l'accouchement, état de santé de l'enfant à la naissance). Les informations ont été recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suite de couches. Les objectifs de l'enquête étaient les suivants : connaître les principaux indicateurs de l'état de santé, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque périnatal une année donnée ; suivre l'évolution de ces indicateurs à partir d'enquêtes antérieures (notamment depuis 1981) ; fournir un échantillon national auquel on puisse comparer les données départementales ou régionales provenant d'autres sources ; évaluer des actions de santé et apporter des informations pour guider les décisions en santé publique.

Bocognano, A., et al. (1996). La consommation médicale en hospitalisation 1991-1992. Rapport Credes. Paris CREDES: 100 , 133 tabl., 130 graph., 105 ann.

A partir de l'enquête nationale sur les hospitalisés (1991-1992), ce rapport décrit la consommation médicale journalière, valorisée en francs, en fonction de la catégorie de l'établissement, du temps passé depuis l'admission et de la maladie principale du patient. En service de médecine, la consommation médicale est plus importante les deux premiers jours d'hospitalisation, en raison de la proportion élevée d'actes diagnostiques. La consommation de ces deux journées est plus élevée pour un patient hospitalisé pour tumeur ou pour maladie cardiovasculaire que pour un patient hospitalisé pour trouble mental. En service de chirurgie, c'est le deuxième jour d'hospitalisation qui correspond à une consommation médicale plus élevée car c'est le jour où se pratiquent le plus d'interventions chirurgicales. La consommation d'un patient hospitalisé pour maladie du système ostéoarticulaire est particulièrement élevée ce second jour.

Lepape, A. (1996). Morbidité et consommation médicale en été. Rapport Credes. Paris CREDES: 122 , tabl., graph., 138 ann.

Ce rapport consiste en une comparaison méthodologique de la vague expérimentale réalisée en été et des quatre vagues principales de l'enquête décennale INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992. Il contient une comparaison de la fréquence et des motifs des abandons lors de la collecte de la vague d'été et des autres vagues de l'enquête ainsi que de la structure démographique de ces deux échantillons ; une comparaison de la morbidité et de la consommation médicale (recours aux médecins, acquisitions pharmaceutiques, analyses, soins paramédicaux et hospitalisation) relevées dans la vague d'été et dans l'enquête principale réalisée en dehors de l'été.

1995

Com-Ruelle, L. (1995). Les étapes diagnostiques et la maladie principale des hospitalisés en 1992 : enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992. Rapport Credes. Paris Credes: 2 vol. (150;174).

Cette étude sur la morbidité hospitalière est réalisée à partir des données issues de la deuxième enquête nationale sur les hospitalisés du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) menée entre le 1er avril 1991 et le 31 mars 1992. Elle présente l'évolution du tableau morbide des patients présents en hospitalisation complète un jour moyen dans l'année au travers des étapes diagnostiques et fait ressortir, à la fois, son degré de complexité grandissante et de précision dans la définition de l'ensemble des maladies patentes et de la maladie principale au cours du séjour. Un volume annexe (1052 bis) précise la méthodologie, reproduit les pages du questionnaire et

présente l'ensemble des tableaux détaillés dont les principaux résultats sont exposés dans ce rapport.

Com-Ruelle, L. et Dumesnil, S. (1995). Les associations de diagnostics et les indicateurs de morbidité des hospitalisés en 1992. Rapport CreDES. Paris CreDES : 186, 159 graph., 134 tabl.

Cette étude sur la morbidité hospitalière est réalisée à partir des données issues de la deuxième Enquête Nationale sur les Hospitalisés du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) menée entre le 1er avril 1991 et le 31 mars 1992. Elle fait suite à une étude précédente qui présentait l'évolution du tableau morbide des patients présents en hospitalisation complète, un jour moyen dans l'année, au travers des étapes diagnostiques. L'analyse faisait ressortir la complexité grandissante et la précision progressive dans la définition de l'ensemble des maladies patentes et de la maladie principale au cours du séjour. L'analyse présente complète la précédente en décrivant les dimensions multiples de la morbidité hospitalière, à savoir, outre les facteurs de risque déjà abordés, les combinaisons existantes entre la maladie principale et les diagnostics associés et les indicateurs synthétiques de morbidité représentés par le risque vital et l'invalidité. Enfin, pour simplifier la description de l'ensemble des patients présents en hospitalisation complète un jour moyen en 1992, elle propose une définition de "dix Classes de Morbidité Proximale".

1992

Mouquet, M. C. (1992). Les soins hospitaliers en France : clientèle, pathologies traitées en court séjour, Paris : M.S.S.P.S.

Résultats d'une enquête de quatre ans (1984 - 1988) menée par le S.E.S.I. (Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information du Ministère de la Santé) auprès d'établissements hospitaliers privés et publics. Sont successivement traités : les pathologies traitées (ensemble court-séjour, selon l'âge, le sexe, le taux de fréquentation selon le type d'établissement), les accidents du travail, les tentatives de suicide, les accidents de transport, les décès en cours d'hospitalisation.

1990

Sourty-Le Guellec, M. J. (1990). La morbidité hospitalière aux Etats-Unis et en France : association de diagnostics. Paris CreDES : 75 , tabl., graph.

Le système prospectif de paiement pour les hospitalisés de Medicare aux Etats-Unis a eu pour conséquence une diminution des durées de séjour entre 1982 et 1987, touchant tous les groupes et les deux sexes. On observe en plus une modification dans la définition du diagnostic : entre 1982 et 1987 le nombre des diagnostics portés au malade ainsi que le nombre de chapitre CIM utilisés pour coder ces diagnostics, ont une nette tendance à augmenter. Conséquence d'une modification de la structure des hospitalisés ou conséquence d'une modification de l'équipe médicale dans sa façon de préciser le diagnostic ? A nombre de diagnostics égaux ou nombre de chapitres CIM regroupant ces diagnostics, égaux, les durées de séjour ont diminué entre 1982 et 1987 . Comparant les hospitalisés sortants américains et français, on constate que les malades français ont tendance à avoir un nombre moins élevé de diagnostics et moins de chapitres CIM regroupant ces diagnostics. (Résumé d'auteur).

1989

Lecomte, T. (1989). Dépense de soins et morbidité. Paris Credes : 106 , 129 graph., 103 ann., 101 tabl.

Présentation des dépenses de soins médicaux de chaque groupe de maladies à partir de l'enquête nationale sur la santé et les soins médicaux 1980/1981 réalisée par l'INSEE en collaboration avec le CREDOC. Les maladies cardio-vasculaires entraînent la plus forte part des dépenses de soins (16 %), le second poste de dépenses correspond aux pathologies dentaires (10 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil digestif (9,7 %), les maladies ostéo-articulaires (9,2 %), les traumatismes (8 %) et les tumeurs (6 %). Les dépenses de soins de médecins et de pharmacie ont pour origine les mêmes principaux groupes de maladies. Les analyses de laboratoire sont faites essentiellement pour des pathologies cardio-vasculaires mais aussi endocriniennes, génito-urinaires et pour l'établissement de diagnostics. 50 % des dépenses d'hospitalisation sont attribuables à 4 groupes de maladies : cardio-vasculaires, digestives, traumatismes et tumeurs.

1988

Sourty-Le Guellec (1988). Enquête sur les hospitalisés. Les sortants : surveillance et prescription à la sortie. Paris Credes : 135 , 133 tabl., 127 graph.

A partir de l'enquête hospitalisation du Credes représentative des hospitalisés en 1981-1982, ce rapport analyse les modes de surveillance prévus et les prescriptions faites à la sortie pour l'échantillon des hospitalisés sortants de l'hôpital au cours d'une année. Seulement 6% sortent sans surveillance et sans prescription. Le mode de surveillance le plus usuel est l'envoi à un médecin de ville (médecin traitant ou spécialiste) ; la prescription la plus répandue est la prescription médicamenteuse. En rassemblant les différents modes de surveillance et types de prescriptions, six groupes distincts homogènes relativement à ces deux variables d'hospitalisés sortants ont été constitués, révélateurs de six choix différents de suivi de l'hospitalisation à la sortie.

1976

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1976). L'hospitalisation sur une année. Enquête mémoire auprès de 7 393 ménages. Paris Credoc : 95 , 17 tabl., 14 graph.

Ce rapport présente une étude réalisée à partir des données de l'enquête sur les soins médicaux effectuée en 1970 par l'Insee et le Crédoc, avec l'aide de la Cnamts.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES**2022**

Fayet, Y., Drouet, A., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2022). "Analyse et enjeux de la métropolisation des soins de cancer en France." *Cybergeo : European Journal of Geography* **1015**.

<https://doi.org/10.4000/cybergeo.38959>

Dans un contexte de rationalisation progressive de l'offre de soins hospitaliers en France, les progrès enregistrés en cancérologie depuis plusieurs décennies ont permis une amélioration significative de la survie des patients mais ont aussi favorisé une centralisation des soins dans les établissements spécialisés. À partir de données hospitalières, nous proposons une analyse géographique de l'évolution de l'accessibilité spatiale des soins et de l'activité de chirurgie en cancérologie. Si le temps moyen pour accéder au centre de chirurgie le plus proche a augmenté de 5 minutes en moyenne entre 2005 et 2018, 2,1 % de la population française est concernée par une hausse de plus de 30 minutes de ce temps. Alors que l'activité de chirurgie des cancers entre 2005 et 2012 a augmenté de 9,1 % dans les aires urbaines équipées d'un Centre Hospitalier Universitaire ou d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, celle-ci a très légèrement diminué (-0,3 %) dans les autres communes françaises. Cette forte dynamique de concentration spatiale de l'activité de chirurgie des cancers depuis le début des années 2000 confirme l'hypothèse d'une métropolisation des soins de cancer, qui voit les plus grandes aires urbaines de France métropolitaine assurer aujourd'hui, dans le cas des parcours de soins en cancérologie, les fonctions de commandement et d'expertise spécifiques aux métropoles. Ces résultats traduisent aussi un recours de plus en plus fréquent aux centres spécialisés, dont les effets sur les patients et leurs territoires d'origine devraient être plus largement évalués.

2021

Or, Z., Toure, M. et Rococo, E. (2021). Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France. Document de travail Irdes ; 85. Paris Irdes: 27. <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/085-impact-de-la-concurrence-sur-la-qualite-des-soins-hospitaliers-exemple-de-la-chirurgie-du-cancer-du-sein-en-france.pdf>

Les conséquences de la concurrence entre les hôpitaux sur la qualité des soins font débat. D'une part, la théorie économique suggère que lorsque les prix sont réglementés, la qualité des soins augmente dans les marchés compétitifs. À l'inverse, les économies d'échelle et l'existence d'une relation positive entre le volume d'activité et la qualité des soins plaident en faveur de la concentration de l'offre de soins hospitaliers. En utilisant des données individuelles du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur deux années (2005 et 2012), nous suivons l'évolution de la concurrence entre les hôpitaux pratiquant la chirurgie du cancer du sein en France. Nous utilisons la pratique de deux techniques chirurgicales innovantes comme une mesure de la qualité des soins : la Reconstruction mammaire immédiate (RMI) après une mastectomie et la technique du Ganglion sentinelle (GS)... (résumé d'auteur).

2019

Gerson, M. (2019). "Chirurgie de l'obésité en France : la qualité de la prise en charge est-elle toujours au rendez-vous ?" Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **15**(9): 388-390.

Ces dernières années, les rapports sur la pratique de la chirurgie bariatrique se sont multipliés, dressant des états des lieux convergents. L'analyse des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) concernant les séjours pour chirurgie bariatrique en établissement de santé a donné lieu à plusieurs publications. En France, le taux de recours à la chirurgie bariatrique a été multiplié par 2,6 entre 2008 et 2014 avec une croissance beaucoup plus rapide de la sleeve gastrectomie (SG), alias gastrectomie longitudinale : la part de cette intervention est passée de 16,9 % en 2008 à 60,6 % en 2014.

Sur une période plus longue (1997 à 2007), le nombre d'interventions a été multiplié par plus de 20, passant de 2 800 en 1997 à 59 300 en 2016 avec un taux d'hospitalisation qui a progressé de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes. L'analyse de ces données montre de nombreuses défaillances dans la prise en charge des patients : bilan préopératoire incomplet, information insuffisante des médecins généralistes, différences importantes d'un département à l'autre... Cet article fait le point sur la question.

Mallejac, N. et Or, Z. (2019). "Evaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* **37**: 431-465. <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-431.htm>

La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé. Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus promus et employés dans les établissements de santé. Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (Raac) en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins dans différentes cliniques privées (Résumé d'auteur).

2018

Oberlin, P. et De Peretti, C. (2018). "Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1051): 6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/chirurgie-de-l-obesite-20-fois-plus-d-interventions-depuis-1997>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xJ7kJD. Diffusion soumise à autorisation]. La chirurgie bariatrique, destinée à traiter chirurgicalement les grands obèses, s'est rapidement développée en France depuis plus de vingt ans. Le nombre d'interventions est passé de 2 800 (1997) à 59 300 (2016). Le taux d'hospitalisation a progressé de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes. Les femmes représentent plus de 80% des patients opérés. L'âge moyen est de 41,6 ans en 2016 et la plupart des patients ont entre 25 et 54 ans. Au-delà de cet âge, le nombre d'opérés diminue rapidement. Les taux d'hospitalisation des patients de plus de 64 ans ont presque décuplé en vingt ans. Le nombre de patients mineurs opérés chaque année est très faible, mais il a lui aussi tendance à augmenter. Si le secteur privé lucratif réalisait 80% des interventions en 1997, sa part a diminué depuis. En 2016, il réalise 63% des interventions, tandis que 15% des interventions ont lieu dans des centres hospitaliers régionaux, 17% dans les autres hôpitaux publics et 5% dans le secteur privé non lucratif. En 2016, la chirurgie bariatrique représente 4,3% de l'activité de chirurgie digestive contre 3,1% en 2006.

2017

Cour des Comptes (2017). Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. *Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.*, Paris : Cour des comptes : 254-296. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Pratique médicale d'excellence qui contribue au rayonnement du système de santé en France, la chirurgie représente un enjeu majeur. Malgré son importance structurante, ce

secteur n'a pas fait l'objet de travaux d'ensemble depuis le rapport d'information du Sénat sur l'avenir de la chirurgie de 2008. Dans le prolongement des chapitres qu'elle a consacrés précédemment à la chirurgie ambulatoire et à la recomposition territoriale de l'offre de soins, la Cour a cherché à analyser la dynamique des activités chirurgicales au cours de la période récente, au regard en particulier des innovations considérables qui vont les affecter dans un avenir proche et soulèvent la question de leurs conditions d'exercice en des termes renouvelés. La Cour a constaté que les activités chirurgicales connaissent une croissance sensible, restent marquées par de fortes disparités territoriales et s'exercent toujours dans un nombre élevé de sites malgré les réorganisations intervenues. L'offre de soins chirurgicaux, dispersée, peu régulée, confrontée à des difficultés démographiques et à un manque d'attractivité de certains types d'exercice, apparaît insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficacité et d'innovation. Une amplification et une accélération de sa restructuration s'imposent ainsi pour une meilleure qualité des prises en charge.

Or, Z., Mobillion, V., Toure, M., et al. (2017). "Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(226): 1-8.. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf>

En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie. Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu fréquente, bien que le recours à cette technique soit en augmentation. Les taux de recours à ces pratiques varient entre les établissements et entre les départements. Ces variations peuvent être en partie le reflet de l'état de santé et des préférences des patientes. Mais elles illustrent également des différences dans la disponibilité et l'organisation des services et des plateaux techniques, ainsi que des différences de pratiques entre établissements. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier de la technique du ganglion sentinelle ou d'une reconstruction mammaire immédiate est plus élevée dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé.

2016

Or, Z. et Verbois, D. (2016). "La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies." *Revue Economique* **76**(10) : 337-354.

Cet article analyse les variations territoriales de pratiques de prostatectomies en France. Nous recourons à une modélisation multiniveaux permettant de distinguer la variabilité liée à deux niveaux géographiques : le département et la région. Nos résultats montrent que les taux de prostatectomies standardisés (pour 100 000 hommes) varient de manière significative entre les départements. Les écarts interdépartementaux sont expliqués notamment par la densité d'urologues libéraux dans le département ainsi que par l'offre de soins hospitaliers (disponibilité des lits de chirurgie et de personnels soignants), au niveau régional, une fois contrôlé par le revenu et les taux de mortalité par départements (résumé

d'auteur).

Rococo, E., et al. (2016). "Variation in rates of breast cancer surgery: A national analysis based on French Hospital Episode Statistics." *European Journal of Surgical Oncology (EjsO)* **42**(1): 51-58.

[http://www.ejsO.com/article/S0748-7983\(15\)00795-7/abstract](http://www.ejsO.com/article/S0748-7983(15)00795-7/abstract)

Aims: Minimum volume thresholds were introduced in France in 2008 to improve the quality of cancer care. We investigated whether/how the quality of treatment decisions in breast cancer surgery had evolved before and after this policy was implemented. Methods: We used Hospital Episode Statistics for all women having undergone breast conserving surgery (BCS) or mastectomy in France in 2005 and 2012. Three surgical procedures considered as better treatment options were analyzed: BCS, immediate breast reconstruction (IBR) and sentinel lymph node biopsy (SLNB). We studied the mean rates and variation according to the hospital profile and volume.

2014

Weeks, W. B., et al. (2014). "Geographic variation in rates of common surgical procedures in France in 2008-2010, and comparison to the US and Britain." *Health Policy*: 1-18.

Geographic variation in use of elective surgeries has been widely studied in the US, where over-utilization is incentivized. We wanted to explore recent trends in the geographic variation of common surgical procedures in France - where a global budget, centralized planning process, and compulsory insurance scheme are in place - and to compare measures of variation there to those in the US and Britain. For 2008-2010, we calculated French age- and sex-adjusted per capita utilization rates and four measures of geographic variation for hip fracture admission (which is standard treatment and shows minimal geographic variation across countries) and 14 elective surgical procedures. We found substantial geographic variation in age-sex adjusted per capita admission rates for elective procedures: radical prostatectomy, spine surgery, and CABG showed the greatest variation, while hip fracture, colectomy, and cholecystectomy showed the least. Among older patients, most French admission rates were lower than those seen in the US. In general, measures of geographic variation were lower in France than those reported in the US or Britain. French policymakers could use analyses of geographic variation in service utilization to inform policy, to identify areas for intervention, or to measure the effectiveness of efforts designed to reduce variation in care.

2011

Picard, S. et Legrand, P. (2011). Rapport sur la chirurgie cardiaque à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. *Rapport IGAS ; 2011 157*. Paris IGAS: 63.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE IGR0xF8J. Diffusion soumise à autorisation]. Par lettre en date du 24 mai 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé saisissait le chef de l'IGAS de l'objectif de restructuration de l'offre de chirurgie cardiaque en Ile-de-France résultant de l'arrêté de l'ARS d'Ile-de-France du 27 juin 2010. Cette restructuration comporte une réduction du nombre de centres autorisés dans la région qui passeront de 14 à 10 ou 9 et concerne l'AP-HP qui, dans le cadre de cet objectif de réduction régional, doit procéder à la fermeture d'un de ses 4 centres. Cette orientation du SROS a été guidée par deux objectifs

principaux : permettre aux centres franciliens d'atteindre une taille critique leur permettant de se placer à un haut niveau d'excellence dans la prise en charge des patients et renforcer les capacités hospitalo-universitaires pour l'enseignement et la recherche à l'AP-HP. Le volet relatif à la chirurgie cardiaque du SROS fixe l'objectif régional de la fermeture de 4 sites, dont un à l'AP-HP, mais ne désigne pas explicitement le centre qui sera amené à perdre son autorisation. Cependant, le ministre observe dans son courrier du 24 mai 2011, que la comparaison établie entre les quatre sites de l'AP-HP fait apparaître que le site de Henri Mondor est celui qui a la moindre activité et que, au regard de ce critère, c'est sa fermeture qui a été prévue. Cette mesure emportant des conséquences sur certaines activités de cardiologie interventionnelle pratiquées au sein de l'hôpital Henri Mondor et ayant généré un mouvement d'inquiétude des populations du Val-de-Marne concernant son accès aux soins, le ministre charge donc l'IGAS d'apporter son appui à l'AP-HP dans l'identification des 3 sites amenés à conserver leur autorisation de chirurgie cardiaque.

2009

Or, Z. et Renaud, T. (2009). "Analyse comparative du coût de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes dans le secteur public hospitalier." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(9): 6-15.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cette synthèse propose une analyse comparative des coûts hospitaliers de la prise en charge de neuf pathologies et interventions courantes. L'objectif est de fournir des estimations de coûts pour ces interventions tout en étudiant les facteurs contribuant à la variabilité des coûts des séjours. Il ne s'agit pas de calculer un coût de la pathologie proprement dit : l'unité d'analyse est le séjour hospitalier et non pas le malade et sa trajectoire de soins.

Or, Z., et al. (2009). "Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(9): 16-48.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants : l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle et de deux pathologies fréquentes : l'angine de poitrine et l'AVC dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier » et ce qui est imputable à un effet « patient ».

2003

Cong, H. Q., et al. (2003). "L'activité chirurgicale pour cancer de la prostate dans le PMSI, France, 1998." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(14): 79-80, graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA NR0xmTKQ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre d'une approche exploratoire de l'activité chirurgicale du cancer de la prostate, une étude des données de la base PMSI a été réalisée sur l'année 1998. Elle avait pour objectifs de : - connaître le nombre et les caractéristiques des séjours en hospitalisation complète motivés par une intervention chirurgicale pour cancer de la prostate, - déterminer l'activité

des établissements selon les régions, - apprécier les lieux de soins en fonction du domicile des patients.

2002

Cherie-Challine, L., et al. (2002). "Incidence et traitement chirurgical des cancers." Etudes Et Resultats(199): 12 , 13 tabl., 17 graph.,11 carte.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Oberlin, P. et Mouquet, M. C. (2002). "Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène." Etudes Et Resultats(194): 12, 12 graph., 16 tabl., carte.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les interventions de chirurgie fonctionnelle ont pour but de corriger un état physique qui s'altère progressivement, entraînant une gêne fonctionnelle croissante. Cette chirurgie s'adresse essentiellement à des adultes, parfois très âgés. Parmi ces interventions, cette étude en a sélectionné certaines, fréquentes et relatives à plusieurs domaines de la pathologie : les interventions pour adénomes de la prostate, cataractes, hernies de l'aine, hémorroïdes, troubles de la statique pelvienne, syndromes du canal carpien, varices et les arthroplasties de hanche et de genou. Cela représente plus d'un million de séjours en 1999, soit le quart des séjours chirurgicaux des personnes de 15 ans ou plus. L'augmentation est de 31 % par rapport à 1993, alors que l'activité hospitalière de court séjour n'a progressé que de 11 % dans le même temps. Les différences régionales des taux de recours sont importantes jusqu'à s'écarter de plus de 40 % de la valeur nationale. Elles varient selon les pathologies et s'accompagnent de différences de pratiques, comme un recours plus ou moins important à la chirurgie ambulatoire ou l'utilisation de techniques différentes. Lorsque la pathologie le permet, la fréquence de la chirurgie ambulatoire augmente, de même que les séjours de très courte durée. Les établissements privés occupent une position dominante dans ce type d'interventions (résumé d'auteur).

Oberlin, P. et Mouquet, M. C. (2002). "Les interventions faites lorsque les patients ne tolèrent plus une gêne fonctionnelle. Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 et bases nationales PMSI 1998 et 1999." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(35): 149 , tabl., carte, graph.

[BDSP. Notice produite par ORSRA g6VR0xgm. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude étudie l'évolution du nombre d'actes chirurgicaux réalisés en France métropolitaine en 1993, en 1998 et en 1999, pour certaines pathologies entraînant une gêne fonctionnelle. Les pathologies étudiées sont : l'adénome de la prostate, la cataracte, les hernies de l'aine, les hémorroïdes, les troubles de la statique pelvienne, le syndrome du canal carpien, les varices, les problèmes d'articulation de la hanche ou du genou. Les résultats présentés portent sur les unités de soins de courte durée (à l'exclusion des unités psychiatriques), qu'il s'agisse d'hospitalisation conventionnelle ou de chirurgie ambulatoire. Pour chaque type d'intervention, sont présentés les résultats selon la catégorie de l'établissement d'hospitalisation, selon la durée de séjour, selon le diagnostic principal traité, selon le sexe et l'âge du patient.

1997

(1997). L'obstétrique en France : deuxième partie. Paris Cnamts : 145, tabl.

En 1992, le Régime Général a procédé à une enquête nationale sur l'Obstétrique (à laquelle ont participé les Services Médicaux des deux autres Régimes), qui a porté sur la totalité des maternités publiques et privées du territoire national et sur un échantillon de 85 000 accouchements. L'objectif principal de l'enquête était de permettre aux Caisses d'émettre un avis pertinent sur la planification en matière d'obstétrique. Deux documents ont été publiés dans la foulée. Ce présent document constitue un travail complémentaire et porte sur les accouchements et naissances à très haut risque.

1996

Com-Ruelle, L. et Dumesnil, S. (1996). L'activité chirurgicale et obstétricale en hospitalisation. Rapport CreDES. Paris CreDES : 150 , 150 tabl., 123 graph.

Ce rapport propose une analyse de la consommation d'actes chirurgicaux et obstétricaux en hospitalisation complète à partir des données de deux enquêtes nationales sur les hospitalisés réalisées par le CREDES, la première en 1981/1982 et la seconde en 1991/1992. Cette analyse est faite selon la nature des interventions chirurgicales et endoscopiques, la pratique de ces actes et les caractéristiques des patients. En 1992, un jour moyen, sur 100 interventions pratiquées, 27 sont des endoscopies, 20 des interventions chirurgicales sur l'appareil locomoteur et 16 sur l'appareil digestif. Une valorisation en francs permet de comparer les volumes de consommation : la valeur moyenne d'une intervention dépend de la nature de l'acte et peut varier du simple au double suivant l'âge du patient opéré. Les accouchements complètent cette étude : en dix ans, la pratique de l'anesthésie s'est largement étendue. Cette étude tient compte des principaux facteurs pouvant influencer la pratique de l'acte : l'âge, le sexe et la morbidité des patients ainsi que le lieu d'hospitalisation.

1995

(1995). L'activité chirurgicale dans les établissements de santé : enquête 1992. Paris ENSM: 2 vol. (367 +379), tabl., graph., index.

Afin d'améliorer la pertinence de ses avis en matière de planification et d'organisation des soins dans le domaine de la chirurgie, l'Assurance Maladie, dans ses trois composantes, a décidé de réaliser un état des lieux de l'activité chirurgicale des établissements de santé en 1992. Les médecins conseils des 3 régimes d'Assurance Maladie ont réalisé, à partir des données de 1992, une enquête sur la totalité des secteurs opératoires, qu'ils soient classiques ou d'exploration, sur la totalité des établissements dans lesquels ces secteurs sont implantés, et sur les services de chirurgie associés aux secteurs opératoires classiques. L'enquête a porté également sur un échantillon de 450 000 interventions effectuées dans les secteurs opératoires classiques. Les résultats présentés ici sont une exploitation nationale des données médicales recueillies par les médecins conseils. L'état des lieux comportait une composante administrative, dont les CPAM et les CRAM se sont chargées. Chaque région a établi une synthèse des données sous forme d'un rapport médico-administratif destiné à la préparation du SROS (schéma régional d'organisation sanitaire).

1993

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

(1993). L'obstétrique en France : enquête 1991 : tome 1. Paris Cnamts : 110 + 126, tabl., ann.

En 1992, le Régime Général a procédé à une enquête nationale sur l'Obstétrique (à laquelle ont participé les Services Médicaux des deux autres Régimes), qui a porté sur la totalité des maternités publiques et privées du territoire national et sur un échantillon de 85 000 accouchements. L'objectif principal de l'enquête était de permettre aux Caisses d'émettre un avis pertinent sur la planification en matière d'obstétrique. Pour ce faire, ont été évalués les moyens, l'activité et les résultats médicaux de ces maternités en 1991. En raison d'éventuelles décisions de restructuration à prévoir, les petites structures ont fait l'objet d'une attention particulière. L'enquête a donné lieu à deux types d'exploitation : - chaque région a rédigé un rapport régional médico-administratif destiné à la préparation du SROS, - les services de la CNAMTS ont ensuite procédé à l'exploitation nationale des données remontées des régions et analysé les informations concernant les structures d'une part, les accouchements d'autre part. Ce sont les résultats de cette exploitation nationale qui sont présentés ici.

(1993). L'obstétrique en France : enquête 1991 - Tome 2 : Tableaux et annexes. Paris CNAMTS: 110 + 126, tabl., ann.

En 1992, le Régime Général a procédé à une enquête nationale sur l'Obstétrique (à laquelle ont participé les Services Médicaux des deux autres Régimes), qui a porté sur la totalité des maternités publiques et privées du territoire national et sur un échantillon de 85 000 accouchements. L'objectif principal de l'enquête était de permettre aux Caisses d'émettre un avis pertinent sur la planification en matière d'obstétrique. Pour ce faire, ont été évalués les moyens, l'activité et les résultats médicaux de ces maternités en 1991. En raison d'éventuelles décisions de restructuration à prévoir, les petites structures ont fait l'objet d'une attention particulière. L'enquête a donné lieu à deux types d'exploitation : - chaque région a rédigé un rapport régional médico-administratif destiné à la préparation du SROS, - les services de la CNAMTS ont ensuite procédé à l'exploitation nationale des données remontées des régions et analysé les informations concernant les structures d'une part, les accouchements d'autre part. Ce sont les résultats de cette exploitation nationale qui sont présentés ici.

1990

(1990). Les séjours avec acte chirurgical en cliniques privées. Paris Ccmsa : 24.

Résultats de l'enquête "séjours avec acte chirurgical en cliniques privées" menée par la Mutualité Sociale Agricole. Cette enquête permet de faire le point, début 1990, sur les interventions chirurgicales en cliniques privées des ressortissants de la M.S.A. Elle a concerné tous les séjours des ressortissants des législations sociales agricoles dont la facturation a été traitée dans les Caisses de la Mutualité entre le 29 janvier et le 16 février 1990.

1988

Com-Ruelle, L. (1988). Les interventions chirurgicales en hospitalisation. France 1981-1982 : les présents. Paris Credes : 119, 147 ann., 135 tabl.

Etude réalisée à partir de l'enquête hospitalisation effectuée par le CREDES en 1981-1982. Ce

volume présente les interventions chirurgicales subies par des patients hospitalisés présents à un moment moyen de l'année 1981. La moitié de ces patients est hospitalisée en court séjour, dont 19,3% en service de chirurgie. Cependant, l'appendicectomie reste le geste le plus fréquent (8%), l'appareil locomoteur rassemblant 28,5% des actes, l'uro-génital-seins 22,8%. Près de 6 actes sur 10 sont pratiqués dans un service de chirurgie générale. Mais les actes spécialisés lourds se pratiquent essentiellement en service de chirurgie spécialisée du secteur public et la dépense moyenne de chirurgie par patient y est 4,5 fois supérieure à celle des mêmes services du secteur privé. La cotation moyenne par intervention chirurgicale est de 144 K (1 479 Frs 1981) dont 101 K pour l'acte et 43 K pour l'anesthésie (23% de plus que chez les sortants).

1987

Com-Ruelle, L. (1987). Les interventions chirurgicales en hospitalisation : France 1981-1982, les sortants. Paris CreDES : 196, 144 tabl., 119 graph.

Présentation des interventions chirurgicales pratiquées au cours d'un séjour hospitalier issues de l'enquête réalisée par le C.R.E.D.O.C. en 1981-1982 auprès d'un échantillon représentatif d'établissements hospitaliers en France. Les patients hospitalisés sortants proviennent pour 86 % d'un court séjour, dont 38 % de services de chirurgie. Les actes chirurgicaux les plus fréquents portent sur les appareils locomoteur (23,2 %) et uro-génital-seins (22 %). L'anesthésie générale intra-veineuse y est associée 8 fois sur 10. Ils sont pratiqués 6 fois sur 10 dans un service de chirurgie générale (dont plus de 4 fois en secteur privé). Les femmes subissent 51 % des interventions. La cotation moyenne par intervention chirurgicale est de 117 K (1204 Frs 1981) dont 82 K pour l'acte et 35 K pour l'anesthésie. La dépense moyenne de chirurgie par séjour est de 96 K (988 Frs 1981) dont 68 K pour l'acte et 29 K pour l'anesthésie.

1985

Tiret, L., et al. (1985). L'activité chirurgicale en France - Une enquête prospective nationale (1978-1982). Le Vésinet Inserm : 91.

Présentation de l'activité chirurgicale en France (1978-1982) d'après les données de l'enquête épidémiologique sur les anesthésies, effectuée sur un échantillon de 200 000 interventions pratiquées dans 460 établissements publics et privés, représentatifs de la France entière. Sont ici présentés la méthodologie de l'enquête prospective nationale ainsi que les principaux résultats. 1. L'activité chirurgicale en France : estimations annuelles du nombre d'actes en fonction de plusieurs critères (type d'établissement, jour de la semaine, heure de début d'intervention, urgence de l'acte, sexe et âge des patients) ; 2. Les interventions pratiquées (nombre annuel d'interventions selon le type, répartition par domaine pathologique en fonction du sexe et de l'âge) ; 3. La fréquence des principales interventions par sexe et âge sous forme de taux annuel (nombre annuel d'interventions chez des sujets de sexe et âge donnés rapporté au nombre de sujets de mêmes caractéristiques dans la population) ; les chiffres de la population française utilisés pour le calcul des taux sont ceux de 1980 ; 4. La répartition des actes en fonction du type d'établissement.

LES URGENCES HOSPITALIERES**2023**

Cour des Comptes (2023). Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre. La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des comptes: 168-193.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2023>

Les services d'aide médicale urgente (Samu190) sont des centres de réception et de régulation des appels ou centres-15, chargés de l'aide médicale urgente et débouchant sur un conseil médical téléphonique, l'envoi d'un transport sanitaire urgent non médicalisé ou de structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Ces dernières sont des équipes mobiles hospitalières 191 dotées d'un véhicule et de matériel de

2022

Braun, F. (2022). Mission flash sur les urgences et les soins non programmés. Paris ministère chargé de la santé: 60.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

Le système de santé français fait face à des tensions importantes sur le plan des ressources humaines. Ces tensions sont le résultat de deux ans et demi de crise sanitaire, mais aussi de facteurs plus structurels (pénurie de soignants) et sociétaux (les aspirations des professionnels évoluent). Ce qui avait été engagé lors du précédent quinquennat avec la fin du numerus clausus produira mécaniquement des résultats dans la durée, mais il y a urgence à avancer. Les Français sont inquiets, et ont de plus en plus de mal à se repérer dans le système de santé, et à accéder aux soins, en particulier dans les situations d'urgence ou non prévues. Ces difficultés se cristallisent dans les services d'urgence, mais touchent en réalité tous les étages de l'hôpital et la médecine de ville. C'est en mobilisant l'ensemble des acteurs que l'on pourra désengorger les urgences, et surtout mieux répondre aux besoins de santé de la population. Réalisé à la demande du président de la République, ce rapport, résultat de la mission « flash » confiée au Docteur François Braun, urgentiste, et associant une équipe resserrée de professionnels de santé émet 41 propositions dont l'objectif est de pallier les risques de l'été grâce à un déploiement rapide.

Fillion, S., Giorgi, D., Gardel, C., et al. (2022). Evaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022. Paris Igas: 102.

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_mesures_urgences_ete_rapport_definitif_mise_en_ligne.pdf

Déjà fortement fragilisé par plus de deux années de crise sanitaire, le système de santé français a traversé, au cours de l'été 2022, une situation de tension majeure, particulièrement au sein des services d'urgences. A la suite des recommandations de la mission flash sur les urgences et soins non programmés de juin dernier, un ensemble de mesures ont été prises, afin de renforcer l'organisation de l'accès aux soins urgents et non programmés pendant la période estivale. Elles constituaient une « boîte à outils » au service des acteurs des territoires, avec une mobilisation différenciée en fonction de leurs besoins spécifiques. A ce titre, les Agences régionales de santé ont notamment pu autoriser les établissements de santé à réguler l'accès des patients à leurs services d'urgences. La mission

de l'Igas, réalisée en août et septembre, devait évaluer les modalités et le niveau de déploiement des mesures prises, ainsi que leurs résultats, relever les organisations territoriales innovantes ou, à l'inverse, les difficultés ou freins repérés. Enfin, elle devait apprécier l'intérêt d'une potentielle pérennisation ou généralisation de tout ou partie de ces mesures. Ce rapport présente les conclusions de la mission.

Galland, C., Lefevre, F., Metten, M. A., et al. (2022). Organisation et ressources humaines des services d'urgences des Pays de la Loire en 2020. Nantes Oru: 72.

<https://www.oru->

[paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2022_OrganisationSU2020_ORUpdl_Septembre2022.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2022_OrganisationSU2020_ORUpdl_Septembre2022.pdf)

Ce document présente l'organisation et les ressources mobilisées en 2020 par les 11 services d'urgences, générales ou adultes, de la région des Pays de la Loire ayant répondu à une enquête en 2021. Ce travail s'appuie sur un questionnaire d'enquête élaboré par la Fedoru en 2019.

Lard, B. (2022). "Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?" *Gestions Hospitalieres*(617): 390-392.

À la question de la crise que traversent actuellement les services d'urgence en France répondent de nombreux témoignages, initiatives, retours d'expérience qui alimentent la réflexion sur les actions à engager, à court et moyen termes. Le plan national «?Ma santé 2022?», lancé en 2018, mesurait la question des soins non programmés à l'aune d'une refonte de l'organisation des soins de premier recours, avec le déploiement des CPTS: «?L'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022?; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire [...], l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, [...] La réalisation de toutes ces missions, qui devient un problème de plus en plus aigu sur de nombreux territoires et participe à la saturation des services des urgences, sera confiée aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et sera au cœur d'un contrat entre les professionnels de santé et la population de leur territoire.(1)?» Les soins de premier recours, grand sauveur des services d'urgence?? A minima une collaboration nécessaire et prometteuse pour les services d'urgence.

ORS (2022). Panorama Urgences 2021. Activité des services d'urgences des Pays de la Loire. Nantes ORS: 166.

<https://www.oru->

[paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2022_PanoramaORUpdl2021_23nov2022.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2022_PanoramaORUpdl2021_23nov2022.pdf)

Le Panorama Urgences 2021 propose un état des lieux de l'activité des services d'urgences de la région, à travers la présentation d'indicateurs portant sur les données consolidées et fiables des résumés de passage aux urgences (RPU). Il est complété de données détaillées pour chacun des 30 services d'urgences de la région : chiffres clés, variations saisonnières des nombres de passages et de la charge d'activité, et cartographie du taux de recours selon le lieu de résidence.

Samu Urgences de France. (2022). Evaluation des mesures de la mission flash sur les urgences hospitalières : Enquête du Samu urgences de France. Paris Samu Urgences de France: 12.

https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/sudf_enquete_202208_vf.pdf

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Début juillet 2022, la "mission flash" pilotée par François Braun a émis 41 recommandations pour l'été, suivie le 10 juillet 2022 de la parution d'une instruction urgente diffusée aux directeurs généraux des ARS permettant leur mise en œuvre opérationnelle. Fin juillet, Samu-Urgences de France (SUdF) a réalisé un point de la situation des structures d'urgences afin de mesurer les difficultés rencontrées et les premiers impacts de la mise en œuvre des recommandations de la mission flash. A la fin de l'été SUdF a renouvelé une enquête auprès des professionnels afin de mesurer la mise en œuvre et l'intérêt des différentes mesures de la mission, d'évaluer les difficultés rencontrées, afin d'alimenter la réflexion concernant les modalités de gestion de cette crise sanitaire que les structures traversent actuellement. Cette étude rend compte des conclusions de cette enquête.

Wintenberger, C., Vial, S., Garcia, É., et al. (2022). "Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans la crise actuelle ?" *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* 9(4): 215-249.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-4-page-215.htm>

La fermeture de certains services d'accueil des urgences (SAU) au printemps 2022 et l'incertitude concernant la soutenabilité du fonctionnement de plusieurs de ces SAU pour l'été à venir interrogent sur l'organisation de l'offre de soins non programmés (SNP) dans le système de santé français, et le rôle des SAU dans la prise en charge de ces SNP. Si le problème de saturation des SAU est ancien, la situation actuelle est inédite et pose de façon concrète la question de la soutenabilité de nos organisations de recours aux SNP. Il nous a semblé intéressant de mettre en perspective la problématique actuelle avec un retour d'expérience d'une autre situation inédite récente, la 1^{re} vague de l'épidémie de COVID-19, qui avait au contraire abouti à une levée temporaire de la saturation des SAU. Une approche qualitative compréhensive menée sur le territoire du Sud Isère à l'automne 2020 permet de montrer que les SNP renvoient à un concept flou et à des organisations peu structurées et peu lisibles, aboutissant à des recours aux SAU par défaut qui aggravent leur saturation. Les réorganisations proposées lors de la 1^{re} vague épidémique ont pu montrer l'intérêt d'une collaboration territoriale, et de penser l'épisode de SNP comme une étape d'un parcours de santé coordonné. Une gradation de l'offre de SNP incluant les structures privées et publiques, ambulatoires et hospitalières, de soins primaires et d'expertise permettrait de recentrer les services d'urgences autour de la prise en charge des soins urgents, leur permettant ainsi de poursuivre leur fonction première.

Zeltner, L. et Pastour, N. (2022). "Les équipes mobiles d'urgence et de crise : un paradoxe pour une rencontre à point nommé." *Perspectives Psy* 61(4): 306-313.

<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2022-4-page-306.htm>

Les équipes mobiles d'urgence et de crise sont des équipes pluridisciplinaires, composées le plus souvent d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, d'éducateurs, d'infirmiers en pratique avancée, de cadres et de secrétaires. Elles ont pour objectif principal de proposer des alternatives à l'hospitalisation temps plein en offrant un suivi intensif dans le milieu aux personnes en situation d'urgence ou de crise psychiatrique. L'apparition de ces équipes en France remonte à 1968, la plus ancienne et la plus durable est l'équipe ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) dans les Yvelines. Depuis, plusieurs équipes de crise ont vu le jour, à Bayonne, Bordeaux, Grasse, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Poitiers, Rennes, Saint-Étienne, Toulouse et probablement d'autres encore... Sou-vent issues d'initiative locale et sans financement ciblé, il existe une grande disparité dans les compositions de ces équipes, leurs modalités d'intervention ou leur population cible. Un mouvement de regroupement national

est à construire pour une meilleure reconnaissance et visibilité, et c'est ce que nous essayons d'impulser au sein de l'AEMP (Association des Équipes Mobiles en Psychiatrie). Population Les équipes d'urgence et de crise s'adressent à la population générale avec souvent une limite d'âge inférieure en psychiatrie adulte (par exemple, pour ERIC, c'est 14 ans et plus, pour l'équipe de Bordeaux, c'est 16 ans et plus) et/ou supérieure (pour l'équipe de Lyon, c'est de 18 à 65 ans) et une limite d'âge supérieure en pédopsychiatrie (par exemple, pour l'équipe mobile pédopsychiatrique de Rennes, c'est 16 ans et moins). Elles couvrent un territoire d'intervention qui correspond à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie adulte et dont l'origine est souvent historique, conséquence de partenariats ou de négociations locales sur la mise en commun de moyens. Des limites d'intervention sont souvent définies : le territoire d'intervention, l'existence d'un habitat identifié, les conditions d'intervention (sécurité des professionnels, confidentialité des entretiens et en particulier, pas d'intervention dans la rue), le type de demande (les pathologies addictives comme principale demande de soin, les demandes qui relèvent du dispositif de soin courant de secteur), la nature de l'urgence (urgence physique vitale associée, l'impossibilité de l'engagement des proches ou du patient), la saturation du dispositif en termes de nombre de prises en charge en cours. Ainsi, ces équipes mobiles complètent, sans s'y substituer, les dispositifs sectoriels et intersectoriels existants, ainsi que les autres équipes mobiles en psychiatrie comme les équipes mobiles psychiatrie/précarité (EMPP), les équipes mobiles de périnatalité, les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA), les équipes mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (EMPEA) et les dispositifs d'urgences. Missions Les missions sont diverses : procéder à l'évaluation téléphonique ou par mail de l'urgence ressentie des patients/proches/professionnels du territoire; évaluer la situation du patient et de sa famille afin de mettre en place les soins et relais les plus adaptés; améliorer l'accès aux soins et proposer, si possible, une alternative de qualité à l'hospitalisation en mobilisant les ressources du patient, de son entourage et celles du réseau de professionnels nécessaires à sa prise en charge; favoriser des sorties d'hospitalisation et poursuivre alors la psychoéducation du patient et de ses proches, initiée en intra-hospitalier autour des symptômes et des traitements; faciliter l'accès aux soins des personnes non demandeuses ou s'opposant aux soins, en proposant une évaluation le cas échéant sans le patient (dispositif de « consultation famille sans patient »), aider à la mise en œuvre de soins sans consentement si nécessaire dans le cadre d'une intervention programmée avec les forces de Police, s'il existe un risque auto ou hétéroagressif prévalent mais non imminent; proposer une aide aux aidants familiaux et institutionnels; former/informer les professionnels au travail d'équipe mobile de crise en psychiatrie. Fonctionnement Le fonctionnement varie et il existe plusieurs temps identifiés : celui de l'accueil de la demande, du premier contact durant lequel va s'élaborer le cadre d'intervention en coopération avec le patient et son réseau, puis de la prise en charge elle-même ponctuée de temps de contact et de coordination. Les entretiens sont toujours menés par un binôme de professionnels qui peut être changeant ou non en fonction de l'organisation et des besoins. Travail en réseau Le travail en réseau est important et permet de s'inscrire de la manière la plus précise possible dans le parcours de l'urgence et de sa filière, mais aussi par rapport aux solutions d'aval avec la mise en place de relais. La pratique de réseau est complexe, et concerne potentiellement l'ensemble du territoire d'intervention dans sa dimension médicospsycho-sociale. Nombre, durée et lieu d'intervention Le nombre d'intervention ou de contact avec la situation est très variable, et se décline différemment selon l'intensité de la crise psychiatrique et/ou relationnelle souvent intriqués. L'intervention de crise toutefois est d'emblée orientée vers sa propre fin. La limite peut être pensée en termes de durée (une limite prédéfinie de 1 mois, par exemple), de nombre de rencontres maximum ou d'objectifs thérapeutiques, et doit en permanence être réinterrogée, le temps de la crise étant celui de la contenance, de l'enveloppe, et non celui de l'élaboration. L'intervention de crise est une expérience riche vécue in situ, de réaménagement des défenses psychiques et/ou des relations. Conclusion Les équipes mobiles d'urgence et de crise

ont montré leur intérêt au regard de l'accessibilité aux soins et de la prise en charge thérapeutique qui en découle directement ou indirectement. Elles sont fortement soutenues par les associations de familles et d'usagers. La loi de financement actuelle des centres hospitaliers en psychiatrie favorise leur développement sur le territoire, encore faut-il que l'injonction réglementaire laisse aux cliniciens d'expérience la possibilité de déployer cette alternative à l'hospitalisation.

2021

Arrouy, L., Casalino, E., Crocheton, N., et al. (2021). Activité des services d'urgences en Ile-de-France 2021. Saint-Denis ORSNP: 31.

<http://www.orsnpdc.org/etudes/etude01-4.htm>

<http://www.orsnpdc.org/etudes/rapports/01-4.pdf>

La région Ile de France est la plus grande région en terme de visites aux urgences avec plus de 4 millions de passages. Ce rapport est fondé sur les résumés de passages aux urgences transmis chaque jour au SESAN, le Groupement Régional d'Appui au Développement de l'eSanté (GRADeS) d'Île-de-France, organisme avec lequel collabore l'Observatoire régional des urgences d'Ile-de-France pour analyser les données recueillies. Les chiffres-clés sont présentés de façon synthétique par des graphes accompagnés d'une explication rapide.

Batoul, A., Theophile, B. et et al. (2021). "Les structures d'urgence d'Ile-de-France : compétences soignantes et coopération." Gestions Hospitalieres(602): 30-33.

Les structures d'urgence ont été touchées en première ligne par la crise sanitaire. Leurs capacités d'adaptation et de réactivité, associées à l'engagement de leurs professionnels, ont permis d'apporter une réponse ajustée au contexte et aux moyens disponibles. La situation questionne les activités soignantes, les compétences nécessaires à leur réalisation et les modalités d'accès à la coopération interprofessionnelle. Cet article rapporte des éléments de réflexion à partir de l'expérience de plusieurs structures d'urgence en Ile-de-France.

Wintenberger, C., Leccia, M. T., Jallon, P., et al. (2021). "SAU et soins non programmés : tirer les enseignements de la première vague de Covid_19." Gestions Hospitalieres(608): 426-430.

Les services d'accueil des urgences (SAU) ont vu leur activité augmenter de façon continue ces dernières années, aboutissant à une saturation pourvoyeuse d'une non-qualité des soins et d'un malaise des équipes(1). Lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19, paradoxalement, la majorité des SAU a vu son activité baisser de façon importante(2). Pour les auteurs, si le non-recours aux soins peut expliquer en partie cette baisse de fréquentation, les réorganisations de l'offre de soins non programmés ont pu aussi y contribuer. Sur le territoire Sud-Isère, ces réorganisations ont très tôt pris une dimension territoriale inédite, permise notamment par une atténuation des éléments de régulation tarifaire habituels.

2020

Amdaoud, M., Arcuri, G. et Levratto, N. (2020). Covid-19 : analyse spatiale de l'influence des facteurs socio-économiques sur la prévalence et les conséquences de l'épidémie dans les départements français. Document de travail ; 2020-4. Paris Economix: 45.

https://economix.fr/pdf/dt/2020/WP_EcoX_2020-4.pdf

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Cet article s'intéresse aux déterminants socio-économiques des hospitalisations et des taux de décès liés à la Covid-19 entre les semaines 9 et 15 d'une part et à la surmortalité observée cette année par rapport aux précédentes, d'autre part. Il propose une approche territoriale de ces questions grâce au recours à des données calculées au niveau des départements français, publiées par Santé France et l'Insee. L'analyse spatiale exploratoire réalisée révèle d'abord l'hétérogénéité et l'autocorrélation spatiale de la maladie et de ses conséquences. Le recours à des modèles d'économétrie spatiale permet ensuite de mettre en évidence l'influence de la densité démographique, des inégalités sociales, de la part des ouvriers dans la population active et des services d'urgence sur les phénomènes étudiés. Enfin, nous rendons également compte du rôle des effets de débordements entre départements situés à proximité les uns des autres. Ces derniers interviennent davantage dans la diffusion des cas et décès liés à la Covid-19 que dans la surmortalité.

Aquino, J. P. et Berard, A. (2020). Améliorer l'accueil aux urgences des personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Paris Fondation Médéric Alzheimer: 36.

www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/reperes_alzheimer_03.pdf

Le guide est réalisé en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, France Alzheimer, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, la Société Française de Médecine d'Urgence et l'Union Nationale des Associations Familiales. Il est destiné aux gestionnaires et professionnels de terrain afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes avec troubles cognitifs et de leurs aidants.

Galichon, B. (2020). "Les urgences hospitalières sur la sellette." *Études Juin*(6): 33-43.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2020-6-page-33.htm>

La crise sanitaire actuelle manifeste la capacité du personnel de santé à y faire face mais révèle aussi les faiblesses du système hospitalier, marqué par plusieurs décennies de profonde transformation. Les urgences sont un lieu significatif, dans la mesure où elles se situent à l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. La tendance croissante à s'en remettre à l'hôpital et à sa technicité se fait au détriment du soin des personnes.

ORS (2020). Impact de l'épidémie de covid-19 et du premier confinement sur le recours aux services d'urgences en Pays de la Loire : Analyse des données de janvier à août 2020: 5.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_ORU_ImpactCovid_RecoursSUdpl.pdf

Cette étude restitue, à distance de la première vague de l'épidémie de Covid-19, l'impact de celle-ci et du confinement de la population sur le recours aux services d'urgences de la région. Elle a été réalisée dans le cadre de la mission d'Observatoire régional des urgences (Oru), mise en œuvre par l'Ors et le Groupement régional d'appui au développement de la santé (GRADeS), et financée par l'Ars Pays de la Loire.

ORS, IRESP. (2020). *Urgences et soins non programmés : dossier documentaire*, Nantes : ORS ; Nantes : IRESP

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=208#.XkavXyPjJb

Les soins non programmés sont entendus "comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en

charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences" (Rapport Mesnier 2018). Dans un contexte de demandes de soins non programmés croissantes (liées au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et aux changements sociétaux, avec des usagers privilégiant les dispositifs perçus comme les plus réactifs devant un besoin de soin inopiné), d'une offre ambulatoire inégalement répartie, et de services d'urgences hospitaliers engorgés... structurer les réponses à apporter dans les territoires est au cœur des enjeux actuels de transformation du système de santé (Stratégie "Ma santé 2022"). Cette sélection de ressources bibliographiques aborde cette thématique sous l'angle : - des usagers du système de santé, et de leurs demandes de soins non programmés ;

Ricroch, L. et Seimandi, T. (2020). "9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1157): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-urgences-consultent-aussi-leur-medecin-de-ville>

Près de neuf patients sur dix passés par les urgences hospitalières en 2017 ont également consulté un médecin généraliste en ville au cours des 12 mois qui précédaient ce passage. Ces patients pris en charge aux urgences ont un nombre plus élevé de consultations en ville que les autres patients ayant recours dans l'année à un médecin généraliste : 6,0 consultations contre 4,6 par an en moyenne. Les patients qui se rendent aux urgences plusieurs fois par an font également fortement appel à la médecine de ville : ils sont très peu nombreux à ne recourir qu'exclusivement aux urgences.

Wartelle, A., Mourad-Chehade, F., Yalaoui, F., et al. (2020). "Impact de nouvelles cliniques sur les fréquentations des urgences : une étude avant après basée sur un « clustering » de flux patients." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **68**: S6.

Introduction En France, le nombre d'admissions aux urgences a doublé entre 1996 et 2016 avec une croissance moyenne de 3,5 % par an. Face aux problèmes de saturation engendrés, la redirection des flux de patients vers de nouvelles structures est l'une des solutions proposées afin de mieux répartir la demande et de rendre l'offre plus efficiente. L'étude de l'évolution des passages aux urgences pourrait permettre d'évaluer l'impact de ces nouvelles structures. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'ouverture de structures de soins non programmés sur les consommations de soins au service des urgences à partir des variations de profils patients dans le temps. Méthodes Nous avons mené une étude avant–après portant sur l'ensemble de la consommation de soins au sein du département de l'Aube (Grand Est, France) et en particulier celle du service d'urgence du Centre hospitalier de Troyes à partir de sa base de données ResUrgences. Nous avons proposé une méthode de « clustering » hiérarchique pour segmenter la population selon leurs différents diagnostics CIM-10. Cette méthode utilise une nouvelle mesure de distance, entre diagnostics CIM-10, fondée sur un lien statistique de comorbidité et une similarité lexicale. Un modèle multivarié de régression logistique, modélisant la probabilité pour un passage d'appartenir à un des clusters en baisse, a été évalué pour ajuster l'effet de période sur différents facteurs de confusion. Résultats Au total, 126 061 passages aux urgences ont été observés sur une période de 24 mois (2017–2019). Les 20 clusters les plus volumineux, représentant 68,95 % de la population, ont été sélectionnés. L'analyse avant–après montrait une baisse moyenne de 45,9 passages (3,8 % du volume total) par semaine pour ces 20 clusters. La probabilité d'appartenance à ces clusters a diminué après l'ouverture avec un OR de 0,90 (IC95 % [0,84, 0,95]) traduisant l'impact des nouvelles structures de soins non programmés. Discussion/Conclusion Cette méthode pourrait être généralisée pour évaluer la

mise en place de structures concurrentielles aux services d'urgences et de soins non programmés.

2019

Boisguerin, B. (2019). "Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans." *Etudes Et Resultats*(1128): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1128.pdf>

Les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de la DREES réalisée en 2013. Le taux de recours aux urgences des enfants est beaucoup plus élevé que celui des autres groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus. La prise en charge des enfants se différencie de celle des patients âgés de 15 à 74 ans : elle concerne davantage la traumatologie et comporte moins d'examen complémentaires. La durée de passage des enfants aux urgences est ainsi plus courte, même en cas d'hospitalisation. La prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois commence plus rapidement que celle des autres enfants, en raison de leur plus grande vulnérabilité. Ils sont plus souvent soumis à des analyses biologiques que les enfants plus âgés. Un quart des nourrissons seront hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences. Dans les points d'accueil pédiatriques, la proportion d'enfants en bas âge est plus importante. Davantage pré-orientés vers les urgences pédiatriques par un médecin, ils y sont plus rapidement évalués et leur passage comporte moins d'examen complémentaires que dans les autres services d'urgence.

Charrier, P., Buchet-Poyau, K., Delaroche-Gaudin, M., et al. (2019). "Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ?" *Sante Publique* **31**(6): 797-807.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-797.htm>

Objectifs : Les violences dans les services d'urgence sont devenues un problème central dans le quotidien des professionnels. Si la vidéo-surveillance et la formation des professionnels à la gestion de conflit sont souvent utilisées, rare est la mise en place de tiers comme un médiateur. Nous avons conduit une étude qualitative auprès des professionnels pour étudier leurs représentations associées à la médiation. Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels de quatre services d'urgences. Les thématiques abordées portaient sur la définition de la médiation et sur les missions du médiateur. Le contenu de 38 entretiens a été analysé selon l'approche inductive de la théorie ancrée. Une analyse de contenu a été menée, suivie d'une analyse visant à faire émerger des types et des convergences/divergences. Résultats : Les professionnels ne connaissaient pas la définition de la médiation et ses missions. Ils y rattachaient une thématique d'ordre instrumental, faisant de la médiation un outil de prévention et de gestion des conflits, et un outil de communication aux patients sur leur prise en charge et le fonctionnement des urgences. La présence à venir des médiateurs était perçue comme une aide. Une crainte de la concurrence entre les professionnels et les médiateurs dans les tâches réalisées a été identifiée. Conclusion : L'étude a montré une opinion favorable envers la médiation. Elle a permis d'identifier les obstacles au bon fonctionnement des missions assignées aux médiateurs. Un des enjeux porte sur l'intégration de ce nouvel acteur, le médiateur.

Cour des Comptes (2019). Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. *Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. Tome 2*. Paris : Cour des comptes: 211-239.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

À la suite d'une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières, la Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre depuis 2014 à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire. Malgré des avancées en termes de recueil des données et d'organisation des services, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements (I). La tarification est demeurée complexe et peu propice à un report des prises en charge hospitalières vers une médecine de ville insuffisamment outillée pour les accueillir (II). Désengorger les urgences nécessite de développer les alternatives aux urgences hospitalières en ville, de réorganiser les services d'urgence à l'hôpital et de réformer leurs modalités de financement (III).

Mesnier, T. et Carli, P. (2019). Rapport pour un pacte de refondation des urgences. Paris Ministère chargé de la santé: 259.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>

Le rapport complet « Pour un pacte de refondation des urgences » a été remis par le député Thomas MESNIER et le professeur Pierre CARLI, le 20 décembre 2019. Il intègre les travaux de l'équipe projet associant le Dr. Laurent Brechat (médecin libéral à la maison de santé pluridisciplinaire d'Avoine en Indre-et-Loire), le Dr. Patrick Goldstein (médecin chef du SAMU 59), le Dr. Alain Prochasson (médecin libéral à Metz et président de l'Association départementale de permanence des soins de Moselle) et Vanessa Solviche (cadre de santé du SAMU 57). Cette étude rassemble plusieurs préconisations. Le tome 1 aborde l'ensemble des pistes de réflexions pour participer à la refondation des urgences, dans la continuité de la stratégie « Ma Santé 2022 » avec une approche globale des parcours de soins urgents (amont, urgences en elles-mêmes et aval) ; le tome 2 analyse de manière plus approfondie et technique cinq mesures spécifiques : l'organisation du service d'accès aux soins, la gradation des services d'urgence, la réforme des transports médicalisés, la formation des médecins et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Vuagnat, A. et Toutlemonde, F. (2019). "Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(109): 6-9.

D'une "hospitalité aux malheureux" à la prise en charge innovante de la détresse vitale, les urgences n'ont cessé de se transformer. Cette évolution éclaire l'intérêt croissant pour la question de l'adéquation du recours à ces services.

2018

Or, Z. et Penneau, A. (2018). "A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France." *Health Policy* **122**(8): 908-914, tab., graph., fig.

BACKGROUND : Rising numbers of visits to emergency departments (EDs), especially amongst the elderly, is a source of pressure on hospitals and on the healthcare system. This study aims to establish the determinants of ED visits in France at a territorial level with a focus on the impact of ambulatory care organisation on ED visits by older adults aged 65 years and over. **METHODS :** We use multilevel regressions to analyse how the organisation of healthcare provision at municipal and wider 'department' levels impacts ED utilisation by the elderly while controlling for the local demographic, socioeconomic and health context of the area in which patients live. **RESULTS :** ED visits vary significantly by health context and economic level of municipalities. Controlling for demand-side factors, ED rates by the elderly

are lower in areas where accessibility to primary care is high, measured as availability of primary care professionals, out-of-hours care and home visits in an area. Proximity (distance) and size of ED are drivers of ED use. CONCLUSION : High rates of ED visits are partly linked to inadequate accessibility of health services provided in ambulatory settings. Redesigning ambulatory care at local level, in particular by improving accessibility and continuity of primary and social care services for older adults could reduce ED visits and, therefore, improve the efficient use of available healthcare resources.

2017

Boisguerin, B. et Mauro, L. (2017). "Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1008): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xrq7jF. Diffusion soumise à autorisation]. Le temps de passage aux urgences est plus long pour les personnes âgées : sa durée médiane est de 4 heures pour les patients âgés de 75 ans ou plus, contre 2 heures et 10 minutes pour les 15-74 ans, en excluant les patients ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée. En prenant en compte ces derniers, la durée médiane s'allonge, de façon plus marquée pour les patients âgés. Elle est de 4 heures et 30 minutes, contre 2 heures et 20 minutes pour les patients plus jeunes.

Malone, A. (2017). "Un nouveau modèle pour les urgences rurales : Associer urgences et soins primaires." *Revue Hospitaliere De France*(579): 6-7, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP HR0xGpsk. Diffusion soumise à autorisation]. La question des services d'urgence en milieu rural revient régulièrement sur le devant de la scène et leur survie est parfois remise en question. Pour autant, les populations de milieu rural font face à de graves enjeux de santé publique, qui se couplent à des interrogations persistantes sur l'accès aux services dans ces zones souvent associées aux "déserts médicaux". Ces enjeux concernent tous les pays développés. L'article présenté ici propose un nouveau modèle susceptible d'assurer l'avenir de ces structures, et surtout de mieux répondre aux besoins des populations. En s'appuyant sur une expérience pilote menée en Caroline du Nord (USA), les auteurs tracent les contours de services d'urgence répondant au triple objectif d'un meilleur soin pour le patient, d'une meilleure santé pour la population, au meilleur coût pour la société. (R.A.).

Or, Z. et Penneau, A. (2017). Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. *Document de travail Irdes ; 72*. Paris Irdes: 20.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf>

Les services d'urgence sont essentiels au système de santé afin de traiter rapidement les situations d'urgences médicales. Ils sont cependant souvent utilisés pour des prises en charge non urgentes pouvant être réalisées dans le secteur ambulatoire. La rapide augmentation du volume de passages aux urgences, particulièrement chez les sujets âgés, est une source de pression pour les hôpitaux et le système de soins. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.

ORS (2017). Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature, Nantes : ORS

Après une définition des soins non programmés, le champ de cette revue de littérature couvre une partie des recours urgents ou non programmés, à savoir les soins non programmés en médecine générale réalisés aux heures d'ouverture habituelles des cabinets, c'est-à-dire en dehors de celles de la permanence des soins. Cette revue de littérature exclut donc également les travaux portant sur les variations saisonnières (qu'il s'agisse de saisons touristiques ou périodes épidémiques).

2015

Grall, J. Y. (2015). Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Paris Ministère chargé de la Santé: 29.

Après un bilan de la médicalisation des urgences initiée suite au rapport Steg il y a 20 ans et un état des lieux de l'organisation actuelle des urgences en France, trois grandes propositions sont avancées : conforter et garantir un accès en moins de trente minutes à la prise en charge de l'urgence ; optimiser la prise en charge de la demande de soins non programmés au sein d'un réseau territorial comprenant l'ensemble des professionnels ou structures concernées, en soulignant dans ce cadre le rôle pivot fondamental de la régulation médicale ; réunir les médecins urgentistes au sein d'équipes territoriales uniques dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Un groupe de travail sera mis en place afin de préciser les modalités de mise en œuvre des recommandations retenues en cohérence avec les évolutions de l'organisation territoriale portées par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Ricroch, L. et Vuagnat, A. (2015). "Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins." Etudes Et Resultats (Drees)(929): 8.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8qkR0xpJ. Diffusion soumise à autorisation]. Neuf patients sur dix sont accueillis et orientés dans la demi-heure qui suit l'arrivée aux urgences ; le début des soins est effectué dans l'heure pour sept patients sur dix. Cette prise en charge médicale est d'autant plus rapide que l'état de la personne est jugé grave : patient amené par le service mobile d'urgence, accueil en salle des urgences vitales, détresse respiratoire ou douleur thoracique. L'étendue des actes et des soins réalisés aux urgences, avec éventuellement un recours au plateau technique, détermine la durée de passage : ainsi, un parcours aux urgences sans actes ni soins dure moins de 76 minutes pour la moitié des patients, contre 106 minutes pour un parcours avec une radiographie. La disponibilité de lits influe sur la durée de passage aux urgences. La recherche d'une place d'hospitalisation prend plus de 50 minutes dans la moitié des cas dès que plusieurs appels sont nécessaires pour l'obtenir.

2014

Cour des Comptes (2014). Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes: 359-387, tabl.

En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population

française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination réglementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 % du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€. Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003. Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante. Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficacité des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002-2003, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007. Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants. Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficacité. L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital.

Boisguerin, B. et Valdelievre, H. (2014). "Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation." *Etudes Et Resultats (Drees)*(889): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE A98R0xCl. Diffusion soumise à autorisation]. La prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients si l'on exclut ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Dans 60% des cas, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Deux patients sur trois viennent de leur domicile et sont arrivés majoritairement par leurs propres moyens. Ils sont moins souvent transportés par les sapeurs-pompiers ou par une ambulance. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus et les motifs de recours sont aussi plus variés que pour les autres classes d'âges. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36% des patients) et sont à l'origine de 7 passages sur 10 pour les 10-14 ans. Après un passage aux urgences, les 3/4 des patients rentrent chez eux et 20% sont hospitalisés.

2013

Carli, P. (2013). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Paris CNUH: 17.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf

La mission ministérielle confiée au Professeur Carli porte sur la proposition par le président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance du service des urgences. Ces recommandations concernant aussi bien les périodes de suractivité épisodiques (hôpital plein) que l'activité habituelle de l'établissement doivent être partagées avec des

représentants de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette demande s'inscrit dans le cadre d'un objectif national permettant de diminuer le temps d'attente aux urgences en améliorant l'aval. L'objectif de la mission est de formuler des recommandations simples et concrètes destinées à l'ensemble des établissements dont une partie au moins pourrait être mise en place avant octobre 2013.

Cash, E., Cash, R., Ducasse, J. L., et al. (2013). "Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(125).

La DREES réalisera mi-2013 une enquête sur les structures des urgences hospitalières. Une première enquête avait été conduite en 2002 et avait apporté, pour la première fois, un descriptif démographique et médical des patients pris en charge dans ces structures. Depuis 2002, de nombreux changements sont intervenus tant au niveau législatif qu'au niveau médical ou des systèmes d'informations. Il a donc semblé opportun de réaliser, préalablement à la collecte de cette enquête quantitative, de faire un état des lieux qualitatif de l'organisation de la prise en charge dans les structures d'urgence et des difficultés rencontrées. Cet état des lieux a été confié par la DREES à des consultants qui ont mené une recherche bibliographique exhaustive sur les données françaises publiées ces 10 dernières années, une étude qualitative par entretiens auprès des acteurs institutionnels et analysé 5 territoires aux caractéristiques contrastées via une approche monographique. Le présent document recense l'ensemble des éléments d'information recueillis lors de ces démarches et dresse la synthèse des problématiques principales rencontrées dans les structures d'urgences hospitalières en 2012. C'est sur la base de ces enseignements que la DREES a défini les objectifs et les modalités de collecte de la future enquête.

2009

Baffert, E., et al. (2009). "Les recours pour asthme dans les services des urgences d'Île-de-France, 2006-2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(1): 5-8, tabl.

[BDSP. Notice produite par InVS FR0x9ksE. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction - Les passages pour asthme dans les services d'urgences (SU) sont en grande partie évitables et les données des SU sont, en complément de celles sur les hospitalisations, utiles à la surveillance de l'asthme. L'étude avait pour objectif de décrire les passages pour asthme dans les SU d'Île-de-France. Méthodes - L'étude a porté sur les passages pour asthme chez des enfants de 2-14 ans et des jeunes adultes (15-44 ans) dans 20 SU d'Île-de-France ayant participé au réseau Oscour en 2006-2007. Résultats - Les passages pour asthme représentaient 3,5% des passages d'enfants et près de 1% des passages de jeunes adultes. Le quart des enfants et 17% des adultes ont été hospitalisés. Chez l'adulte, deux pics majeurs de passages pour asthme étaient observés en juin-juillet 2006. Chez l'enfant, une recrudescence des passages pour asthme était notée lors de la rentrée scolaire de septembre. Discussion - Cette étude documente la survenue de phénomènes exceptionnels, rapidement résolutifs et coïncidant avec des orages en période de pollinisation. Chez l'enfant, l'épidémie d'exacerbations de l'asthme de septembre serait liée à la recrudescence des épisodes d'infections respiratoires lors de la reprise de la vie en collectivité (Résumé d'auteur).

Bois-Defer, B., et al. (2009). "Estimation des hospitalisations en urgence pour mesurer les effets à court terme de la pollution atmosphérique : qualité des données issues du PMSI." Sante Publique **21**(2): 147-158.

[BDSP. Notice produite par EHESP qR0xHHom. Diffusion soumise à autorisation]. Pour l'étude des effets à court terme de la pollution atmosphérique, le programme Erpurs utilise les données d'hospitalisations issues du PMSI. Or cette source de données ne permet pas de faire la distinction entre les hospitalisations en urgence et les admissions programmées, qui a priori n'ont pas de lien immédiat avec la pollution atmosphérique. Cette étude vise à déterminer en quelle mesure les admissions programmées affectent la qualité de l'indicateur sanitaire utilisé pour estimer les effets de la pollution atmosphérique. Pour cela, cet indicateur est comparé à trois nouveaux indicateurs d'hospitalisations en urgence reconstruits à partir des données de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, d'une part issues du PMSI, et d'autre part du réseau cyber urgences regroupant les services d'urgences informatisés. Selon la pathologie, les admissions programmées introduiraient un bruit rendant difficile la mise en évidence des risques les plus faibles.

2007

Colombier, G. (2007). La prise en charge des urgences médicales. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3672. Paris Assemblée Nationale: 583 , annexes.
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3672.pdf>

La démarche de la mission a consisté à étudier notre système de prise en charge des urgences médicales à chacun de ses trois niveaux distincts, solidaires et interdépendants : en amont des urgences, avec le dispositif de permanence des soins et les structures pré-hospitalières de prise en charge des urgences - services d'aide médicale urgente (SAMU), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ; au sein même des structures des urgences ; en aval de ces structures, que ce soit au sein des services hospitaliers de soins aigus, dans des établissements médico-sociaux ou au domicile du patient. Le rapport est organisé suivant cette stratégie d'investigation et met un accent particulier sur l'intérêt des maisons médicales de garde qui semblent être une solution intéressante au problème de la permanence des soins en amont des urgences et sur la prise en charge des personnes âgées qui furent les premières victimes de la canicule de 2003 et qui représentent une part importante des patients accueillis aux urgences. Il insiste également sur la nécessaire clarification de la filière de soins, sur l'information du public et sur l'importance des réseaux de soins afin d'assurer une meilleure complémentarité des différents acteurs au service du patient et de la continuité de sa prise en charge. C'est précisément parce que cette complémentarité n'est pas encore suffisante que les patients, en manque de repères, se dirigent - ou sont dirigés - parfois abusivement aux urgences et y stagnent, faute d'une bonne articulation avec les autres services hospitaliers ou les autres établissements d'hébergement.

Josseran, L., et al. (2007). "Impact de la vague de chaleur de l'été 2006 sur l'activité des services d'urgences en France." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(22-23): 197-200, tabl., stat., graph.

[BDSP. Notice produite par ORSMIP R0xf1nSj. Diffusion soumise à autorisation]. Les conséquences sanitaires des vagues de chaleur sont souvent importantes. Des plans de prévention sont développés pour en réduire les effets mais aussi performant soient-ils, ils ne parviendront pas en éliminer toutes les conséquences. Ce travail porte sur la comparaison de différentes pathologies et groupes d'âges entre la période d'alerte canicule et hors alerte de l'été 2006 sur la base de données d'activité de 49 services d'urgences en France. Les données utilisées sont adressées quotidiennement par les services des urgences à l'InVS par Internet en FTP (File Transfer Protocol). Différentes variables sont collectées comme l'âge, le

diagnostic médical codé en CIM 10 ou l'orientation après le passage. La comparaison des moyennes quotidiennes des différentes variables et pour les différents groupes d'âges des deux périodes est faite avec un test T de Student. On observe une augmentation significative des passages pour hyperthermies, malaises, déshydratations et hyponatrémies chez les personnes âgées. Le nombre de passages quotidiens n'augmente pas pour l'ensemble de la population mais il augmente significativement pour les personnes âgées. Ces premiers résultats montrent qu'il est nécessaire de poursuivre et d'adapter la prévention à la population la plus touchée par la chaleur. (R.A.).

2006

Carrasco, V. (2006). "L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages." *Etudes Et Resultats*(524): 8 , graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 4DKabR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les unités d'accueil et de traitement des urgences ont enregistré 14 millions de passages en 2004, après une forte progression depuis la fin des années 80. Toutefois, l'activité des services d'urgences continue à augmenter dans le secteur privé hors dotation globale (+13% en 2004), des créations de services étant intervenues en 2003 et 2004. En moyenne, les unités d'urgences reçoivent 23 000 passages par an. Les grandes unités sont nettement plus nombreuses en Ile-de-France. Les hospitalisations après urgences concernent un patient sur cinq en 2004. En 2004, le renforcement en personnels se poursuit, plus marqué dans le secteur public que dans le secteur privé.

2003

Baubeau, D. et Carrasco, V. (2003). "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières." *Etudes Et Resultats*(215): 12 , 18 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête réalisée en janvier 2002 auprès d'un échantillon de près de 10 000 patients ayant fréquenté les services d'urgence hospitaliers a permis de faire apparaître des types de recours, de pathologies et de prises en charge fortement différenciés en fonction de l'âge (cf Études et résultats, n° 212, janvier 2003 « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale »). De manière à compléter les informations recueillies auprès des équipes soignantes, des interviews téléphoniques ont été réalisées auprès de 3 000 de ces usagers non hospitalisés. Ces entretiens visent à mieux appréhender les caractéristiques de ces patients, les trajectoires qu'ils ont suivies avant leur arrivée aux urgences et les motifs qui les ont amenés à y recourir. Les patients ont également été interrogés sur le déroulement de la prise en charge aux urgences et leur connaissance des autres dispositifs susceptibles de répondre à une demande de soins non programmés.

2000

Baubeau, D., et al. (2000). "Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés." *Etudes Et Resultats*(72): 8 , 1 carte., 3 graph., 3 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les statistiques présentées dans ce document ne portent que sur deux indicateurs que sont : le nombre des passages aux urgences hospitalières et l'activité de la médecine de ville pour des soins non programmés, les visites à domicile. Les auteurs analysent la fréquentation des unités d'urgences hospitalières, le recours aux visites à domicile, les disparités régionales de fréquentation des urgences....

Peneff, J. (2000). Les malades des urgences : une forme de consommation médicale, Paris : Métailié

Les malades des urgences, une nouvelle forme de consommation médicale ou un nouveau type de rapport entre les médecins et leurs clients ? Quelles sont les fonctions des urgences ? Pourquoi ont-elles pris la place de la médecine généraliste (ou spécialiste) de ville auprès de certaines populations urbaines qui les préfèrent à la consultation de cabinet ou à la visite du médecin de famille ? Beaucoup de jeunes, d'étrangers et de familles aux revenus modestes les utilisent de préférence à d'autres modes de rencontre avec les médecins. En revanche, d'autres populations les évitent. Les classes supérieures ont leurs propres réseaux de consultation en urgence et de traitement et se détournent de ces services, sauf accident grave. Des catégories d'exclus et de démunis, même avec une couverture sociale ou assurés de la gratuité, privilégient la médecine caritative bénévole. Quels sont les mobiles des utilisateurs : avantages financiers, accessibilité et commodité d'horaires, relation médicale rapide, sans suivi, dans une collectivité en majorité féminine (évitant le colloque singulier avec le médecin) ? Si les urgences deviennent une médecine ordinaire, populaire, risquent-elles d'être assimilées à une médecine du pauvre, comme dans les hôpitaux publics américains tel celui du feuilleton Urgences, modèle de bonne conscience et de démagogie dans le principe d'égalité des soins. Y a-t-il un risque, en France, d'une transgression dans le traitement démocratique des malades à l'hôpital ? Ce livre ne répond pas à toutes ces questions mais il ne les élude pas, notamment la question du remboursement public d'activités libérales dont on cherche à savoir s'il aggrave ou compense les inégalités sociales. En clair, un transfert des charges collectives et des cotisations au profit des classes aisées est-il réalisé par le mode de remboursement de la Sécurité sociale et par l'organisation médicale en deux secteurs, public et privé ? En étudiant un niveau d'accès aux soins, une nouvelle forme de consommation médicale, cet ouvrage pose des problèmes politiques, sans détour, grâce à une enquête et une observation de la population qui se presse aux portes des urgences de trois hôpitaux parisiens : Beaujon, Ambroise-Paré, La Pitié-Salpêtrière (4e de couverture).

LA SANTE MENTALE

2022

Coldefy, M., Gandre, C. et Rallo, S. c. (2022). "Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre." Questions D'économie De La Sante (Irdes)(269): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est présenté à

partir des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021 malgré un infléchissement depuis 2015. Si la pandémie de Covid-19 a conduit à une forte diminution du recours global aux soins en psychiatrie en 2020 (dont -8 % de personnes hospitalisées à temps plein), le recours aux soins sans consentement, correspondant à des situations de crise, a connu une réduction moindre (-1 % de personnes hospitalisées à temps plein). Les mesures d'isolement augmentent jusqu'en 2018, avec une légère inflexion en 2019. Mais, en 2020, ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur, en baisse en 2021, reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire. Les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif politique d'une réduction de ces pratiques.

2021

(2021). Parcours de soins en psychiatrie. Paris Cour des comptes: 189.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients

Alezrah, C. et Chazalotte, L. (2021). Programme de soins psychiatriques sans consentement - mise en oeuvre. Saint-Denis HAS: 104.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement-mise-en-oeuvre

À l'issue d'un épisode d'hospitalisation complète sans consentement, il peut être proposé au patient un programme de soins psychiatriques sans consentement. La HAS propose un guide pour aider les équipes psychiatriques de secteur et les professionnels de proximité à prendre en charge les patients qui bénéficient de ces programmes. Ce guide s'adresse aux équipes soignantes de secteur psychiatrique, directeurs des établissements assurant une activité de psychiatrie, au médecin traitant, infirmier libéral, psychologue et psychiatre libéral, professionnels exerçant dans le secteur social et médicosocial (SAMSAH, SAVS, foyers postcure, etc). Le guide compte 44 préconisations et 3 outils

2020

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France." International Journal of Environmental Research and Public Health **17**(10): 1-17.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3367#cite>

Individuals with severe mental illnesses (SMI) face a striking excess and premature mortality which has been demonstrated in several national contexts. This phenomenon, which constitutes a red-flag indicator of public health inequities, can be hypothesized to result from healthcare access issues which have been insufficiently documented so far. In this context, our objective was to explore patterns of general somatic healthcare use of individuals treated for SMI in comparison to those of the general population in France using national health administrative data and a matched case-control study. Differences in the use of general and specific somatic preventive care services, primary care, routine specialized somatic care and admissions to non-psychiatric hospital departments for somatic causes were described between cases and controls after adjustment on differing clinical needs, socio-economic status, and living environment. Our results show a lower use of general preventive care services and of routine specialized somatic care in the SMI population, despite more frequent comorbidities, and a higher occurrence of avoidable hospitalizations, despite higher contacts with primary care physicians. These findings suggest that the health system fails to address the specific needs of this vulnerable population and support the development of measures aimed at reducing this gap.

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(250): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

2018

Ministère chargé de la Santé (2018). Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018., Paris : Ministère chargé de la santé: 122-125, tabl., graph.

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire,

au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30%), les hospitalisations (48%) et les prestations en espèces (22%), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

2017

Badjadj, L. et Chan Chen, C. (2017). "Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(10): 178-185.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/index.html>

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE 9R0xFCFG. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : l'objectif de l'étude était de décrire la prise en charge des patients atteints de troubles de l'humeur dans les établissements de santé ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, à partir de la base nationale de Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). Méthodes : ont été incluses dans l'analyse toutes les personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire dans des établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 et pour lesquelles un trouble bipolaire (TB : codes CIM-10 F30 et F31) ou un trouble dépressif (TD : codes CIM-10 F32 à F39) a été noté en diagnostic principal ou associé. Résultats : entre 2010 et 2014, 1 684 663 et 446 867 patients ont été pris en charge, respectivement, pour TD et TB dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie. En 2014, les taux de prise en charge pour TD étaient de 564,8 pour 100 000 personnes, plus élevés chez les femmes (698,3 vs 421,5 chez les hommes). Ils ont peu varié au cours de la période étudiée. En 2014, les taux de prise en charge pour TB étaient de 157,1 pour 100 000 personnes (190,3 chez les femmes et 120,8 chez les hommes). Une augmentation annuelle de 2,6% a été observée chez les hommes ($p=0,01$) et de 3,4% chez les femmes ($p<0,001$) entre 2010 et 2014. Pour les TB comme pour les TD, les taux les plus élevés étaient retrouvés chez les hommes et les femmes âgés de 50 à 54 ans. Chez les hommes comme chez les femmes, des taux de prise en charge supérieurs de 20% au taux national ont été observés en Bretagne et Bourgogne-Franche-Comté pour les TD et dans le Sud-Ouest pour les TB. Conclusion : ce travail souligne l'importance de poursuivre la surveillance et la mise en place de stratégies de prévention des troubles de l'humeur, qui constituent un problème majeur de santé publique. Des actions de détection et de prise en charge précoce de ces troubles devraient être développées afin d'éviter leur chronicisation et le passage à l'acte suicidaire.

Plancke, L. et Amariei, A. (2017). "Les hospitalisations longues en psychiatrie." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **65**(1): 9-16.

[BDSP. Notice produite par ORSRA J8BR0xJm. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : Les hospitalisations longues en psychiatrie posent problème de par la désocialisation des patients et les coûts qu'elles induisent. Méthodes : Les variables individuelles concernant les personnes hospitalisées de 16 ans et plus résidant dans la région française du Nord-Pas-de-Calais ont été extraites d'une base médico-administrative sur les séjours psychiatriques à temps complet en 2011-2013. Nous avons calculé la part des

personnes ayant connu un séjour d'une durée au moins égale à 292 jours durant la période de l'étude. Une analyse bivariée a été réalisée, puis des caractéristiques écologiques (sur l'offre de soins, la défavorisation et la taille des communes de résidence) ont été introduites dans un modèle de régression multiniveaux, en vue d'identifier les facteurs associés à la variabilité des taux d'hospitalisation psychiatrique au long cours. Résultats : Au total, 2,6% des personnes hospitalisées en psychiatrie ont connu au moins un séjour de 292 jours ou plus durant la période d'étude ; les journées en séjours longs représentaient 22,5% des journées d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. L'analyse bivariée a montré que l'ancienneté dans le dispositif psychiatrique est fortement corrélée au taux d'hospitalisation longue. Dans le modèle multiniveaux, les variables individuelles les plus associées à l'augmentation du risque d'hospitalisation longue sont la dépendance totale (OR=9,0. IC95% : 6,7-12,2), un diagnostic principal de trouble de développement psychologique (OR=9,7. IC95% : 4,5-20,6), de retard mental (OR=4,5. IC95% : 2,5-8,2), de schizophrénie (OR=3,0. IC95% : 1,7-5,2), le fait d'avoir eu une hospitalisation contrainte (OR=1,7. IC95% : 1,4-2,1) et une mesure d'isolement thérapeutique (OR=1,8. IC95% : 1,5-2,1). Les variations de taux d'hospitalisation longue selon le type d'établissement sont très élevées, mais la densité en lits d'hospitalisation ou l'intensité de l'activité ambulatoire des services ne sont pas liés à l'hospitalisation longue. Les habitants d'unités urbaines de petite taille connaissent significativement moins de risque d'hospitalisation longue que ceux des grandes agglomérations. Nous n'avons pas trouvé d'influence de la défavorisation matérielle ou sociale sur les séjours au long cours. Conclusion : L'hospitalisation longue en psychiatrie concerne peu de patients mais représente un cinquième des journées d'hospitalisation à temps complet. Les nouvelles générations de patients sont beaucoup moins exposées au risque de connaître des séjours longs.

Plancke, L., Amariei, A., Flament, C., et al. (2017). "La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels." *Santé Publique* 29(6): 829-836.

[BDSP. Notice produite par EHESP IqAAR0xD. Diffusion soumise à autorisation]. La ré-hospitalisation psychiatrique constitue souvent un critère pour apprécier les effets des traitements médicamenteux, des thérapies ainsi que ceux des changements d'organisation dans le système de soins. Le but de cette étude est de mesurer les taux de ré-hospitalisation et rechercher les facteurs individuels et organisationnels qui sont à l'origine de variations significatives.

2016

(2016). Les hospitalisations psychiatriques de longue durée, situation dans le Nord - Pas-de-Calais et focus sur la zone de Lens - Hénin-Beaumont. Lille Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais Picardie: 23 , tabl., cartes.

Les hospitalisations psychiatriques de longue durée constituent une situation persistante, même si elles sont considérablement moins nombreuses qu'avant les années 1960. A partir du Recueil médicalisé d'informations en psychiatrie (RimP), les séjours à temps complet de 292 jours et plus ont été étudiés dans le Nord - Pas-de-Calais, avec un focus sur la situation de la zone de proximité de Lens – Hénin-Beaumont durant les années 2011-2013. Ils concernent 2,6% de la population hospitalisée à temps complet en psychiatrie, et représentent 22,5% des journées enregistrées dans la région et la période d'étude. Les analyses statistiques font apparaître de nombreuses variations significatives de ces taux : certaines sont liées à la situation du patient (présenter des troubles du développement psychologique, des troubles psychotiques ...), alors que d'autres relèvent plus de

l'organisation des soins ou des caractéristiques du lieu de résidence (taille de la commune, défavorisation ...). L'étude suggère également l'existence d'une ancienne génération de patients, très désocialisés, et de patients entrés récemment à l'hôpital pour lesquels va être très rapidement recherchée un retour à domicile ou une place en établissement médico-social.(résumé de l'éditeur).

Coldefy, M., et al. (2016). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." Revue Francaise Des Affaires Sociales(6): 253-273.

En France, 71 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie, en 2010. Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement varie fortement géographiquement, à la fois entre pays et à l'intérieur d'un pays. Si la contrainte aux soins est une exception psychiatrique, le soin librement consenti reste privilégié et majoritaire. Nécessaire dans certains cas, elle pose des questions en termes d'atteinte aux libertés des personnes et constitue une problématique majeure pour les équipes soignantes et les personnes concernées. À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, la présente étude propose de décrire cette population, de mesurer la variabilité géographique du recours aux soins sans consentement, et d'explorer le rôle de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire dans les disparités observées. Elle conclut au rôle prépondérant du contexte social et économique pour expliquer cette variabilité.

2015

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(206): 1-8.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

Coldefy, M., et al. (2015). "De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(205): 1-8.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf>

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P),

cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Lin, E., et al. (2015). Medical practice variations in mental health and addictions care. Medical Practice Variations., Berlin : Springer Verlag: 1-41.

<http://link.springer.com/referencework/10.1007/978-1-4899-7573-7>

This chapter provides an overview of the practice variations in care delivery for mental health and addictive disorders and some of the system-level funding and structural factors that contribute to such variation. Practice variations are described for five populations, along with their expected clinical picture and service needs : Children and adolescents, The elderly, Severe mental illness, Mild/moderate illness, Substance use disorders. These variations occur in a system-level climate which has been transformed over the past decades because of a fundamental change in how appropriate care is defined. Specifically, Western countries have been shifting from institutional to more community-based care – a process labeled “deinstitutionalization.” National differences in how services are funded and organized in light of deinstitutionalization are described. Pending gold-standard outcome indicators such descriptions allow more in-depth examination of what the potential drivers for system change are and how different funding and structure configurations might be compared and evaluated.

2014

Coldefy, M. (2014). "Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(129): 31-35.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

Coldefy, M. et Le Neindre, C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'Irdes ; 558. Paris IRDES: 144.

www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

Priorités de santé publique en France, la psychiatrie et la santé mentale relèvent des grandes orientations de la stratégie nationale de santé à travers, notamment, le plan Psychiatrie et

santé mentale 2011-2015. Elles représentent le deuxième poste de dépenses de santé (Cnamts, 2013). En raison de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a été longtemps sous-estimée, or, ils sont responsables d'un peu plus de 1 % des décès et de près de 11 % de la charge globale de morbidité (exprimée en années de vie perdues en bonne santé) en 2012. De plus, même si la situation de la France est favorable en termes de capacités d'hospitalisation et de densité de psychiatres comparativement aux autres pays de l'OCDE, elle est marquée par de fortes disparités territoriales. Cette étude propose, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir de nombreuses sources d'information, surtout dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médicosocial, et, d'autre part, une approche de ces disparités d'abord segmentée, puis systémique. A partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2014). "L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(202): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. A partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Linot, J.-Y., et al. (2014). "L'activité des hôpitaux de jour en psychiatrie : description et analyse. Résultats d'une enquête dans les hôpitaux de jour associatifs d'Ile-de-France." *Information Psychiatrique (L')* 90(4): 273-279, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP m8BR0x18. Diffusion soumise à autorisation]. Une étude de la fréquentation des hôpitaux de jour psychiatriques de statut associatif a été conduite en Île-de-France sous l'égide de la FEHAP et de l'URIOPSS Île de France du 18 octobre au 1 décembre 2010. Elle inclut 823 patients et porte sur les modes et la variabilité de la fréquentation programmée, la comparaison entre les journées prévues et réalisées, par type d'établissement et par profil de patient. Elle décrit les différents motifs d'absence. Elle montre que la quantification de l'activité selon les règles du RIM-P ou de la facturation ne permet nullement de décrire le travail de soins effectué : les programmes de fréquentation sont adaptés aux besoins de chaque patient et la prise en compte de l'absentéisme fait partie

des soins. Limiter la comptabilisation aux journées de présence effective des patients aura vraisemblablement pour effet de restreindre l'accès des hôpitaux de jour aux patients les plus compliants et d'écarter les cas les plus complexes. Seules l'étude des projets thérapeutiques des établissements et celle des parcours effectifs des personnes dans la durée permettront une planification par territoire adaptée aux besoins des patients. (R.A.).

2013

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(191): 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(193): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

2012

Coldefy, M., et al. (2012). Etude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Les

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

rapports de l'Irdes ; 1896. Paris IRDES: 62 , tabl., graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>

Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPS) - permettent l'analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010. Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, nous présentons le Rim-P, ses concepts et définitions, et étudions son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Nous faisons ensuite le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin, nous suggérons des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités.

2011

Leroux, I. et Schultz, P. (2011). "Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(155): 203 , tabl., cartes.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale.html>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9HDIR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPS). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

2009

Coldefy, M., et al. (2009). "Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(145): 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée, qui propose une classification selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie, qui permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés, offre une analyse plus fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

2007

Coldefy, M. c. (2007). La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques, Paris : La documentation française

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant à améliorer la connaissance de l'offre de soins des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie (4e de couverture).

Le Fur, P., et al. (2007). La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques., Paris : La documentation française: 173-181, 173 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Parmi les patients vus au moins une fois en 2003 par les équipes de secteurs de psychiatrie générale, les prises en charge à temps complet (hospitalisations à temps plein, accueil familial thérapeutique, accueil en centre de post-cure, en appartement thérapeutique ou encore en hospitalisations à domicile) occupent en effet une place primordiale, concernant 25 % des patients pris en charge en 2003 et 50 % des journées de prises en charge. Il nous a donc semblé important de décrire le profil des patients suivis à temps complet, afin d'appréhender certaines caractéristiques du fonctionnement de la sectorisation psychiatrique. (résumé d'auteur).

Le, Fur, P., et al. (2007). Evolution en 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques., Paris : La documentation française: 173-181, 173 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les évolutions de la prise en charge en psychiatrie sectorisée s'accompagnent-elles d'un renouvellement des patients hospitalisés à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale ? Leurs pathologies et leurs caractéristiques socioéconomiques se sont-elles

modifiées ou sont-elles restées comparables à celles observées antérieurement ? C'est à ces questions que les auteurs de ce chapitre ont cherchés à répondre en mobilisant les données issues des enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces enquêtes ont été réalisées selon une méthodologie comparable en 1993, 1998 et 2003. Les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale de métropole (résumé d'auteur).

2006

Pariente, P., et al. (2006). "Facteurs associés à la durée de séjour dans un établissement de santé en psychiatrie." *Pratiques Et Organisation Des Soins* **37**(3): 215-225, tabl., fig.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Duree_de_sejour_dans_un_etablissement_de_sante_en_psychiatrie.pdf

Avec le développement de l'évaluation de l'activité dans les établissements de santé et la diffusion du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), la durée de séjour d'un patient dans un établissement est devenue une variable de premier ordre, au cœur des nouveaux modes d'administration dans les établissements de santé. Elle peut, dans certains cas, constituer un marqueur de productivité et de bonne organisation, bien qu'elle ne soit pas intrinsèquement un indicateur de qualité de soins. Elle peut être étudiée, en analysant ses variations en fonction d'une série de variables, en particulier démographiques, sociales, diagnostiques, environnementales, de mode de prise en charge. La durée de séjour a été étudiée dans les disciplines médecine - chirurgie - obstétrique (MCO), où elle influe sur la consommation de ressources de l'établissement. Dans les établissements de santé psychiatriques, l'étude de la durée de séjour selon différentes variables est une démarche novatrice. L'obtention d'un effet thérapeutique demande du temps en psychiatrie, d'où une durée de séjour habituellement plus longue qu'en médecine, en chirurgie ou en obstétrique. Étudier les facteurs associés à la durée de séjour peut permettre de préciser si certains facteurs sont modifiables ou non par l'intervention. L'objectif de l'étude a donc été de décrire, à partir des données du PMSI, les facteurs influençant la durée de séjour des patients hospitalisés dans un établissement de psychiatrie.

2005

Chapireau, F. (2005). "Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000)." *Encephale (L')* **31**(4): 466-476.

Le but de ce travail est d'établir si des nouveaux patients de long séjour peuvent être trouvés dans les établissements psychiatriques, comme cela a été le cas dans plusieurs pays étrangers, et de décrire leurs caractéristiques par comparaison avec les autres patients. À la fin de 1998, une enquête nationale a été organisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Elle incluait un échantillon représentatif des patients en établissements psychiatriques. Une enquête de suivi a eu lieu 2 ans plus tard. Ce travail examine l'ancienneté de présence, le sexe, l'âge, le statut matrimonial, l'âge à l'admission, le lieu de résidence avant l'admission, et le devenir fin 2000. Parmi les 33 600 patients, la moitié étaient à l'hôpital depuis 7 mois ; l'ancienneté de présence dépassait 1 an pour 41 %, 5 ans pour 23 % et 18 ans pour 10 % des patients. Le suivi a montré que parmi ceux qui étaient présents depuis moins de 16 jours fin 1998, 6 % étaient dans le même établissement

2 ans plus tard. Parmi ceux qui étaient présents depuis moins de 41 jours, la proportion était de 11 %. Dans les deux cas, il s'agissait de nouveaux patients de long séjour. D'autre part, chez ceux dont l'ancienneté de présence dépassait 4 ans fin 1998, 7 % étaient réinsérés dans un domicile indépendant 2 ans plus tard, malgré la longue durée de leur hospitalisation. Avant leur hospitalisation, 44 % vivaient dans un domicile indépendant, mais seulement 34 % se trouvaient dans un tel cadre fin 2000, ce qui indique la lourdeur des difficultés d'insertion sociale. Un autre indicateur de gravité est le taux global de décès qui a été de 7 % en 2 ans, avec un taux standardisé de mortalité de 4. Les patients qui vivaient précédemment chez leurs parents, ou qui venaient d'un établissement pour personnes handicapées, ou qui avaient été admis avant l'âge de 26 ans avaient plus fréquemment que la moyenne de très longues anciennetés de présence. Certains longs séjours conduisent à une sortie de l'hôpital ; de nouveaux patients viennent renouveler le groupe. L'analyse des données identifie certains caractères propres aux patients et tire des enseignements concernant les dispositifs de soins.

Coldefy, M. (2005). "Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France." *Etudes Et Resultats*(443): 12 , 11 carte, 11 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. Au 1er janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice (libéraux ou salariés), soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants. Le secteur médico-social participe lui aussi à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, en leur proposant un accompagnement au quotidien. Cette étude présente les disparités départementales de ces différents segments de la prise en charge et tente de les synthétiser à travers la construction d'une typologie des départements. Quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale sont ainsi mises en évidence selon l'importance et la nature des différents segments de l'offre proposée.

2004

Chapireau, F. (2004). "Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique." *Etudes Et Resultats*(304): 8 , 1 tabl., 2 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance, réalisée sous l'égide de l'Insee à la fois fin 1998 et fin 2000, auprès des personnes hébergées dans les établissements de soins psychiatriques, apporte des informations inédites sur leurs trajectoires. Une publication précédente a décrit la situation et les caractéristiques des personnes présentes dans ces établissements fin 1998. Il s'agit cette fois d'examiner le devenir, après deux ans, des personnes qui se trouvaient en Centre hospitalier spécialisé (CHS) ou en Hôpital privé participant au service public (HPP), c'est-à-dire en établissement psychiatrique spécialisé relevant du service public : en sont-elles sorties pour habiter dans un domicile indépendant ou sont-elles parties dans un autre établissement ? Sont-elles présentes dans le même CHS ou HPP, ou bien encore sont-elles décédées ? Ces possibilités sont envisagées par rapport à leur situation fin 1998 : l'ancienneté de présence, le lieu de vie avant l'hospitalisation, et l'âge lors de l'admission en soins psychiatriques.

Coldefy, M. (2004). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000." *Serie Etudes - Document De*

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Travail - Drees(42): 119 , ann., tabl., graph., carte.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA ER0xKA36. Diffusion soumise à autorisation]. Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports des Secteurs de psychiatrie générale de 2000. Le rapport de secteur a été modifié en 2000 et la périodicité du recueil a également été modifiée (recueil désormais réalisé tous les trois ans). Ce rapport fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, l'accessibilité aux structures et services pour les usagers, l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles), la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, les soins organisés en intersectorialité, la file active et ses modalités de prise en charge. Les données des rapports de secteur constituent une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie générale.

2002

Chapireau, F. (2002). "Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000." Etudes Et Resultats(206): 12, 11 tabl., 13 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), réalisée sous l'égide de l'INSEE, apporte de nouvelles connaissances sur les patients hospitalisés en psychiatrie, tant en termes sociodémographiques (âge, sexe et statut matrimonial) que de caractéristiques comme : les problèmes de mobilité, les limitations intellectuelles ou dans les actes de la vie ordinaire, la reconnaissance administrative du handicap et la qualité de l'hébergement hôtelier. Cette étude met en corrélation ces caractéristiques avec les informations concernant le lieu où vivait la personne avant son admission, le type d'établissement psychiatrique dans lequel elle était soignée lors de l'enquête, et sa durée de présence dans l'établissement au jour de l'entretien.

Coldefy, M. et Bousquet, F. (2002). "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999." Etudes Et Resultats(163): 12 , 15 tabl., 13 enc.

Les secteurs psychiatriques se caractérisent encore en 1999 par une grande diversité de leurs activités et de leurs moyens. Le rapport de la file active à la population couverte par les secteurs, qui s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, varie de 10 à 38. La densité de lits et places va de 1 à 6, celle des praticiens de 1 à 4 et celle des infirmiers de 1 à 5. Une typologie, construite à partir des données d'activité, distingue cinq groupes de secteurs, avec l'existence d'un lien fort entre activité et moyens en personnels. Les secteurs du premier groupe, spécialisés dans les consultations en centre médico-psychologique, accueillent moins de patients, mais offrent des prises en charge plus médicalisées que la moyenne. Le groupe 2 regroupe des secteurs surtout spécialisés dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique. Ils accueillent 35 % de patients de plus que les autres secteurs et assurent surtout une prise en charge plus fréquente des urgences. Un tiers de leurs patients ne sont toutefois vus qu'une seule fois dans l'année. Les secteurs du groupe 3 sont spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein. Ils ont moins réduit que les autres leurs capacités d'hospitalisation à temps plein depuis 1993, et bénéficient d'un taux important d'équipement et de personnels peu qualifiés. Le groupe 4 comprend un nombre réduit de secteurs qui développent des structures d'accueil surtout tournées vers l'insertion et la réadaptation. Ils bénéficient d'une présence médicale importante associée à une forte présence de psychologues et de personnels socio-éducatifs. Le groupe 5 peut enfin être

qualifié de « généraliste », avec une structure d'activité proche de la moyenne et un encadrement infirmier important. Encore largement tourné vers l'hospitalisation, il a néanmoins reconverti, entre 1993 et 1999, des lits d'hospitalisations vers des places dans des formes alternatives.

2000

Banchereau, C., et al. (2000). Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Test et ajustements de la méthode initiale. Rapport Credes. Paris CREDES: 125 , tabl., graph., 124 ann.

La politique de sectorisation psychiatrique française s'inscrit dans un mouvement global de "désinstitutionnalisation" ou de promotion des soins communautaires. Cette méthodologie d'évaluation médico-économique vise à répondre à la question de l'efficacité de la sectorisation. Une méthodologie initiale a été élaborée et publiée en mars 1999 par le Crédes et a fait l'objet d'un test de faisabilité, réalisé, courant 1999, dans quelques secteurs volontaires. Ce rapport présente les ajustements de la méthodologie initiale consécutifs aux résultats du test. Après un rappel du cadre de l'étude, des objectifs et de la démarche de la méthodologie utilisée, les auteurs exposent le test et les outils méthodologiques ainsi que les problèmes soulevés par la mise en oeuvre et l'analyse statistique.

Guilmin, A. et Boisguerin, B. (2000). "Les secteurs de psychiatrie générale en 1997." Collection Etudes Et Statistiques(20): 31 , 32 ann., tabl.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports Annuels des Secteurs de psychiatrie générale de 1997. Le rapport annuel de secteur de psychiatrie générale, généralisé à l'ensemble des secteurs, est utilisé régulièrement depuis 1985. Il fournit des informations sur : le personnel médical et non médical ; l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, en référence à l'arrêté du 14 mars 1986 ; la file active définie comme « l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur », et ses modalités de prise en charge. Depuis 1989, les informations sur la file active proviennent de l'agrégation des données recueillies grâce à l'utilisation d'une fiche par patient. Il s'agit d'une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie générale.

Guilmin, A. et Boisguerin, B. (2000). "Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997." Collection Etudes Et Statistiques(21): 27 , ann., tabl.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports Annuels des Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 1997. Le rapport annuel de secteur fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, la file active et ses modalités de prise en charge. Il s'agit d'une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Guilmin, A., et al. (2000). "Bilan de la sectorisation psychiatrique." Collection Statistiques - Document De Travail - Drees(2): 58 , ann., tabl., graph., carte.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORS-RA 92REqR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La

sectorisation psychiatrique structure aujourd'hui l'organisation des soins dans la presque totalité du dispositif public de psychiatrie. La reconnaissance législative de la politique de sectorisation psychiatrique a eu lieu en 1985. 15 ans après, ce rapport établit un premier constat et s'efforce, avec les données disponibles, de mettre en évidence les tendances actuelles. La première partie présente des données de cadrage sur l'ensemble du dispositif de soins, sur les publics concernés et les besoins : prévalence des troubles de santé mentale, recours aux soins, perception de la maladie mentale. La seconde partie est directement centrée sur la sectorisation psychiatrique, présentant les principales caractéristiques de l'offre de soins et des clientèles en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

1999

Le Pape, A. et Lecomte, T. (1999). "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997." Questions D'economie De La Sante (Credes)(21): 6 , 1 tabl., 5 graph., 2 enc.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 1996 - 1997. Les auteurs analysent la prévalence et la prise en charge médicale de la dépression selon deux méthodes (la déclaration spontanée et le questionnaire) et également selon divers profils socio-économiques (variables géographiques, activité professionnelle, revenu, situation familiale, âge, sexe...)

Le Pape, A. et Lecomte, T. (1999). Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997. Rapport Credes. Paris Credes : 106 , 132 tabl., 116 graph.
<http://irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1277.pdf>

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 1996 - 1997. Les auteurs analysent la prévalence et la prise en charge médicale de la dépression selon deux méthodes (la déclaration spontanée et le questionnaire) et également selon divers profils socio-économiques (variables géographiques, activité professionnelle, revenu, situation familiale, âge, sexe...)

Lecomte, T., et al. (1999). Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Rapport Credes. Paris Credes : 133 , tabl., fig.

Le dispositif de soins psychiatriques, fondé sur la politique de sectorisation, présente, en France, des variétés de modes d'organisation. Cette étude est destinée à concevoir une méthodologie d'évaluation médico-économique d'un secteur psychiatrique. Les auteurs proposent une analyse sur l'ensemble des patients schizophrènes de la file active. Les résultats sont évalués à l'aide d'échelles cliniques, de qualité de vie et de satisfaction des besoins.

ORS Poitou-Charentes (1999). Analyse des "files actives" des secteurs de psychiatrie publique de trois départements de la région Poitou-Charentes : principaux résultats. Poitiers ORSPEC: 32 , tab., ann.

Une convention pluriannuelle a été conclue entre l'Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes et l'Association Régionale Poitou-Charentes pour l'Information Médicale et l'Epidémiologie en Psychiatrie (ARPCIMEP), dont l'objet était de valoriser le système d'information médicalisé dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes ayant une activité psychiatrique. Le programme de travail mis en place en 1996 se proposait dans un premier

temps d'évaluer l'apport du système d'information existant sur un plan épidémiologique à partir des données de 1995, puis 1996. Ce rapport propose donc une étude de la file active en psychiatrie pour cette période-là. Après une présentation de la méthodologie de l'enquête et du taux de participation, il commente les principaux résultats obtenus : étude des diagnostics, modalités et durées de prise en charge, caractéristiques démographiques, profil de synthèse des principales caractéristiques des secteurs. En conclusion, des propositions sur les suites à donner.

1997

Arnaudo, M. et Faivre, A. (1997). Etude sur les disparités régionales et départementales en matière d'offre de soins en psychiatrie. Malakoff ENSAE: 62, ann., carte, tabl.

Cette étude a été réalisée par l'Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique (ENSAE) - Junior pour le Ministère de la Santé - Direction des Hôpitaux dans le cadre de la réflexion relative au système d'information sur l'organisation des soins en psychiatrie. Le but de ce rapport est d'examiner la pertinence et la faisabilité de vingt-deux indicateurs, construits afin d'objectiver les moyens, l'activité et la diversification des secteurs, services, hôpitaux, départements et régions. Dans la première partie du rapport, les auteurs exposent les problèmes de construction posés par les indicateurs afin de définir une liste définitive d'indicateurs utilisés dans la suite de l'étude. La deuxième et la troisième partie sont consacrées à l'étude des disparités régionales et départementales à partir des indicateurs retenus.

1996

Le Pape A. et Lecomte, T. (1996). Aspects socio-économiques de la dépression : évolution 1980-81/1991-92. Rapport Credes. Paris Credes : 83 , 23 tabl., 18 graph.

Réalisée à partir des données des enquêtes décennales : "Santé et soins médicaux" de 1980 et 1991, cette étude fait une analyse socio-économique de la dépression dans la population générale française. Elle analyse aussi la consommation médicale de malade dépressifs par types de soins.

L'ACCES AUX SOINS : DISPARITES GEOGRAPHIQUES ET INEGALITES SOCIALES

2023

Bergonzoni, A., Legendre, B. et Richet, J. (2023). "Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs." Etudes Et Resultats (Drees)(1262): 7 , graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1262.pdf>

En 2017, 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées ; elles représentent un séjour hospitalier en médecine sur 40. Près de la moitié de ces hospitalisations potentiellement évitables (HPE) avaient pour motif une insuffisance cardiaque. Quatre personnes hospitalisées de manière évitable sur cinq ont 65 ans ou plus, et une sur trois 85 ans ou plus. Les HPE touchent fréquemment les mêmes patients : 26 % des personnes concernées en 2017 avaient déjà connu un événement de ce type au cours

des cinq années précédentes et 14 % ont connu plusieurs HPE cette même année. 80 % des HPE sont prises en charge par des établissements publics, alors qu'ils ne prennent en charge que 55 % de l'ensemble des séjours de médecine.

2022

Fayet, Y., Drouet, A., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2022). "Analyse et enjeux de la métropolisation des soins de cancer en France." *Cybergeo : European Journal of Geography* **1015**.

<https://doi.org/10.4000/cybergeo.38959>

Dans un contexte de rationalisation progressive de l'offre de soins hospitaliers en France, les progrès enregistrés en cancérologie depuis plusieurs décennies ont permis une amélioration significative de la survie des patients mais ont aussi favorisé une centralisation des soins dans les établissements spécialisés. À partir de données hospitalières, nous proposons une analyse géographique de l'évolution de l'accessibilité spatiale des soins et de l'activité de chirurgie en cancérologie. Si le temps moyen pour accéder au centre de chirurgie le plus proche a augmenté de 5 minutes en moyenne entre 2005 et 2018, 2,1 % de la population française est concernée par une hausse de plus de 30 minutes de ce temps. Alors que l'activité de chirurgie des cancers entre 2005 et 2012 a augmenté de 9,1 % dans les aires urbaines équipées d'un Centre Hospitalier Universitaire ou d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, celle-ci a très légèrement diminué (-0,3 %) dans les autres communes françaises. Cette forte dynamique de concentration spatiale de l'activité de chirurgie des cancers depuis le début des années 2000 confirme l'hypothèse d'une métropolisation des soins de cancer, qui voit les plus grandes aires urbaines de France métropolitaine assurer aujourd'hui, dans le cas des parcours de soins en cancérologie, les fonctions de commandement et d'expertise spécifiques aux métropoles. Ces résultats traduisent aussi un recours de plus en plus fréquent aux centres spécialisés, dont les effets sur les patients et leurs territoires d'origine devraient être plus largement évalués.

Gaudiaut, T. (2022). Combien d'habitants vivent à un quart d'heure d'un hôpital en France ?, Paris : Statistica

L'expression de « déserts médicaux », popularisée par les médias, est fréquemment utilisée pour désigner les régions où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins, en raison du manque de professionnels de santé ou d'infrastructures à proximité. « Cette question du déficit d'offre dans certains territoires renvoie à la question plus large et ancienne de l'inégale répartition spatiale de la ressource médicale en France, qui date au moins du XVIII^e siècle », comme le rappelle une étude parue dans Cairn. Ce sujet constitue de nos jours une préoccupation majeure pour les Français et les pouvoirs publics. Si l'on se penche uniquement sur l'accessibilité des infrastructures hospitalières, un indicateur d'Eurostat permet de dresser un état des lieux de la proximité des établissements par département en France métropolitaine. Il indique la part de la population qui vit à moins de 15 minutes en voiture d'un hôpital. Naturellement, ce sont les territoires urbains avec une forte densité de population qui affichent les taux les plus élevés. La totalité (ou presque) des habitants d'Île-de-France se trouvent à moins d'un quart d'heure d'un hôpital, 99,6 % dans le Rhône, 99,0 % en Loire-Atlantique et 98,2 % dans le Nord et les Bouches-du-Rhône.

Nordman, J. P. (2022). "L'impact du vieillissement sur la variabilité des flux hospitaliers." *Gestions Hospitalières*(613): 90-92.

Le vieillissement démographique conduit à une augmentation de la variabilité des flux urgents. L'hôpital, par sa structure et ses missions, ne dispose pas de la souplesse nécessaire pour y faire face dans cette ampleur. Si ce constat est juste, même en réduisant la létalité du Covid, la France ne serait qu'au début de l'explosion de son système de santé hospitalocentré

Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2022). "Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(271): 1-8.
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/271-profils-de-consommation-de-soins-et-couverture-complementaire-des-beneficiaires-de-l-allocation-aux-adultes-handicapes.pdf>

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social qui assure un revenu de 956 € par mois aux personnes en situation de handicap âgées de plus de 20 ans, compte 1,2 million de bénéficiaires en France. Moins couvertes que la population française (96 %), 87 % de ces personnes ont une complémentaire santé en 2018, mais seulement 11 % en disposent par la Couverture maladie universelle (CMU), et 13 % par l'Aide à la complémentaire santé (ACS) [Cabannes, 2022]. Depuis 2019, la Complémentaire santé solidaire (CSS) a pris le relais de ces dispositifs afin d'accroître la diffusion de la couverture publique et compte tenu de leurs ressources, les bénéficiaires de l'AAH sont le plus souvent éligibles à la CSS avec participation financière. Pour autant, le non-recours persiste. Pour identifier les caractéristiques des personnes ne profitant pas du bénéfice de cette couverture, cette étude se focalise sur la population exhaustive des 35 000 bénéficiaires de l'AAH restés dans le dispositif entre 2014 et 2018 sans jamais bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si cette population ne représente que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, elle a des spécificités et est potentiellement exposée à un risque de reste à charge important.

Vilard, L. (2022). "L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière : un système dérogatoire." Gestions Hospitalieres(620): 597-600.

L'accès effectif à la protection maladie s'impose au nom du droit de tous à la protection de la santé proclamé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946. Les établissements publics de santé sont les premiers acteurs de cette protection, notamment s'agissant du traitement des situations d'urgence au titre de leur mission de service public hospitalier. Selon l'article R.1112-13 du Code de la santé publique, « si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement? ». Le manquement à cette obligation ayant causé un préjudice est constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement public hospitalier.

2021

Conti, B., Baudet-Michel, S. et Le Neindre, C. (2021). "Réformes hospitalières et crise pandémique de la Covid-19 : depuis 2008 les inégalités spatiales d'équipement en lits de réanimation ont-elles augmenté ?" Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires (Rfst): En ligne.
<https://journals.openedition.org/rfst/909>

Les lits de réanimation ont été particulièrement mobilisés lors de l'épidémie de Covid-19 pour les malades les plus critiques. Cet article propose d'analyser l'évolution de la

géographie de cet équipement en France à deux échelles d'espace et pour deux types de situations : aux échelles régionale et interurbaine et en périodes de crise sanitaire (année passée) et de réforme hospitalière (10 dernières années). Sur les 10 années passées de réforme sanitaire (2008-2018), des indicateurs courants de stock et densités de lits sont utilisés pour mettre en valeur la dynamique d'équipement en lits de réanimation. Les résultats montrent une stabilité du nombre de lits, mais une baisse des densités, en raison notamment de la croissance de la population. Par ailleurs, une redistribution spatiale des lits de réanimation s'est effectuée tant au niveau des aires urbaines que des régions. Elle a abouti à une concentration des lits dans un plus petit nombre d'aires urbaines et à une convergence des densités de lits au niveau des régions. Pour la situation de crise sanitaire, une mesure inédite de potentiel théorique de transformation de certains lits hospitaliers en lits de réanimation est proposée à partir de la dernière date de recensement des lits hospitaliers (2018). Cette mesure permet d'observer que les aires urbaines et les régions disposent de potentiels distincts. Les régions les moins équipées en lits de réanimation par habitant possèdent les potentiels de transformation les plus élevés.

Firdion, L., Feron, V., Mangeney, C., et al. (2021). Hospitalisations pour Covid-19 en Île-de-France : déterminants socio-spatiaux de la morbidité sur la période de mars à mai et octobre à décembre 2020. Paris Orsif: 20.

https://www.orsif.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2021/hospitalisation/ORS_FOCUS_HOSPI_PM_Sl_MCO_vd.pdf

[idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2021/hospitalisation/ORS_FOCUS_HOSPI_PM_Sl_MCO_vd.pdf](https://www.orsif.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2021/hospitalisation/ORS_FOCUS_HOSPI_PM_Sl_MCO_vd.pdf)

À partir des données d'hospitalisation du PMSI-MCO, cette étude décrypte les inégalités socio-spatiales de morbidité face à la Covid-19 à partir des caractéristiques liées aux patients hospitalisés pour Covid-19 en Île-de-France. Il s'agit ici d'appréhender les différences de morbidité hospitalière à des niveaux infradépartementaux. Les taux d'hospitalisation et de réanimation sont analysés en comparant les évolutions à l'échelle communale au cours des deux périodes considérées.

Frances, P., Fernandez-Roda, M., Chevrier, J., et al. (2021). "La discrimination au sein des « Lits halte soins santé »." *Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques* **17**(3): 126-130.

La discrimination autour des sans-abri (SDF) peut se rencontrer au sein de structures assurant leur hébergement : les lits halte-soins santé (LHSS). Il peut s'agir du racisme développé au sein de ces communautés, mais aussi d'une incompréhension du mode de vie de ces populations par les professionnels de santé. Les sans-abris véhiculent trop souvent une image négative auprès de la population française, élément les marginalisant d'autant plus.

OFII (2021). Procédure d'admission au séjour pour soins : rapport au Parlement. Paris Ofii: 116.

<https://www.ofii.fr/procedure-dadmission-au-sejour-pour-soins-rapport-au-parlement/>

Au terme de la cinquième année de mise en œuvre de la procédure d'admission au séjour pour soins dite « Etranger Malade », le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration publie le quatrième rapport au Parlement. Document de référence sur la procédure d'admission au séjour pour soins depuis 2017, le rapport 2020 comporte des suggestions d'évolutions de la procédure, ainsi que l'analyse des principales pathologies et des données générales de santé publique recueillies lors de l'instruction des dossiers. Ce dispositif, complémentaire de l'aide médicale d'État (AME), reste une exception française dans le monde et permet chaque année depuis sa création à des dizaines de milliers de personnes étrangères éligibles de se faire soigner, même dans des secteurs en tension. En

2020, 26.000 personnes ont demandé un visa spécifique, essentiellement des Africains, mais aussi quelques ressortissants japonais, saoudiens, émiratis, canadiens et américains.

Souris, M. et Gonzales, J. P. (2021). "Covid-19 : analyse spatiale de la létalité hospitalière en France durant la première vague épidémique." Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires (Rfst): epub.

<https://journals.openedition.org/rfst/779>

L'objectif de cet article est d'analyser les variations spatiales de la létalité hospitalière due à la Covid-19 en France métropolitaine pendant la première vague de l'épidémie. Les résultats montrent une corrélation positive significative entre niveau de morbidité et taux de létalité. Cependant, l'ampleur de cette augmentation ne peut expliquer l'ampleur des variations des taux reportés par pays qui ne peuvent provenir que des systèmes de déclaration des cas et des décès, très inégaux selon les pays. En conclusion, il semble que la létalité élevée observée dans certains départements soit essentiellement due à la surcharge du système de soins dans les départements sous tension hospitalière. Les départements présentant un faible taux d'hospitalisation mais une létalité élevée se trouvent essentiellement dans des zones de faible densité de population, et ce phénomène pourrait être liée à des problèmes d'accès ou de recours aux soins.

Uribelarrea, G. (2021). "Pallier les discriminations sans les nommer ? Le cas de l'accès aux soins hospitaliers des sans-abri." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **17**(3): 122-125.

À partir d'une enquête ethnographique dans une équipe mobile hospitalière dédiée à l'accès aux soins des sans-abri, cet article explore le travail de tiers des infirmiers de ce dispositif lorsqu'ils accompagnent les patients à l'hôpital. La description de leurs pratiques invite à interroger la catégorie de « discrimination » quand bien même elle n'est pas employée par ces professionnels.

2020

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France." International Journal of Environmental Research and Public Health **17**(10): 1-17.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3367#cite>

Individuals with severe mental illnesses (SMI) face a striking excess and premature mortality which has been demonstrated in several national contexts. This phenomenon, which constitutes a red-flag indicator of public health inequities, can be hypothesized to result from healthcare access issues which have been insufficiently documented so far. In this context, our objective was to explore patterns of general somatic healthcare use of individuals treated for SMI in comparison to those of the general population in France using national health administrative data and a matched case-control study. Differences in the use of general and specific somatic preventive care services, primary care, routine specialized somatic care and admissions to non-psychiatric hospital departments for somatic causes were described between cases and controls after adjustment on differing clinical needs, socio-economic status, and living environment. Our results show a lower use of general preventive care services and of routine specialized somatic care in the SMI population, despite more frequent comorbidities, and a higher occurrence of avoidable hospitalizations, despite higher contacts with primary care physicians. These findings suggest that the health

system fails to address the specific needs of this vulnerable population and support the development of measures aimed at reducing this gap.

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(250): 8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

Heidet, M., Da Cunha, T., Brami, E., et al. (2020). "EMS Access Constraints And Response Time Delays For Deprived Critically Ill Patients Near Paris, France." *Health Affairs* **39**(7): 1175-1184.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00842>

Increased emergency medical services (EMS) response times and areas of low socioeconomic status are both associated with poorer outcomes for several time-sensitive medical conditions attended to by medical personnel before a patient is hospitalized. We evaluated the association between EMS response times, area deprivation level, and on-scene access constraints encountered by EMS in a large urban area in France. We conducted a multicenter prospective cohort study of EMS dispatches occurring in the forty-seven cities in a region southeast of Paris. We fit multilevel mixed-effects linear regression models for multivariate assessment of the predictors of EMS response times and then used multivariate logistic regression on outcomes among a subgroup of patients presenting with out-of-hospital cardiac arrest. We found evidence that access constraints were more frequently encountered by EMS in the most deprived areas compared to less deprived ones, and were associated with increased EMS response times until patient contact and with poorer outcomes from cardiac arrest. Strategies to anticipate and overcome access constraints should be implemented to improve outcomes for emergent conditions attended to by prehospital medical teams.

2017

Bonastre, J., et al. (2017). "L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(221): 8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/221-l-acces-aux-soins-en-cancerologie-evolution-de-l-offre-et-recours-aux-soins-entre-2005-et-2012.pdf>

Avec près de 355 000 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers représente un défi tant en termes médical qu'économique. Au cours des dix dernières années, l'offre de soins en oncologie a connu une importante restructuration, d'une part sous l'effet de la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des hôpitaux, d'autre part à la suite de la mise en place de seuils d'activité minimale, sans que l'on ne connaisse aujourd'hui les répercussions en termes de redistribution des activités de cancérologie sur le territoire, d'accès géographique et de qualité des soins. L'évolution de l'offre de soins hospitaliers en oncologie entre 2005 et 2012 est décrite ici pour les structures pratiquant la chirurgie des cancers et la chimiothérapie. Les effets de la recomposition de l'offre en oncologie sont examinés à partir de l'évolution des distances d'accès et des taux de recours départementaux.

Pinaire, J. (2017). Explorer les trajectoires de patients via les bases médico-économiques : application à l'infarctus du myocarde, Université de Montpellier. Montpellier. FRA. **Thèse de doctorat en Biostatistique**: 247, fig., tabl.

Avec environ 120 000 personnes atteintes chaque année, 12 000 décès suite à la première crise et 18 000 décès après une année, l'infarctus du myocarde est un enjeu majeur de santé publique. Cette pathologie nécessite une hospitalisation et une prise en charge dans une unité de soins intensifs de cardiologie. Pour étudier cette pathologie, nous nous sommes orientés vers les bases hospitalières du PMSI. La collecte des données hospitalières dans le cadre du PMSI génère sur le plan national des bases de données de l'ordre de 25 millions d'enregistrements par an. Ces données, qui sont initialement recueillies à des fins médico-économiques, contiennent des informations qui peuvent avoir d'autres finalités : amélioration de la prise en charge du patient, prédiction de l'évolution des soins, planification de leurs coûts, etc. Ainsi émerge un autre enjeu : celui de fournir des outils d'explorations des trajectoires hospitalières des patients à partir des données issues du PMSI. Par le biais de plusieurs objectifs, les travaux menés dans le cadre de cette thèse ont pour vocation de proposer des outils combinant des méthodes issues de trois disciplines : informatique médicale, fouille de données et biostatistique. Nous apportons quatre contributions. La première contribution concerne la constitution d'une base de données de qualité pour analyser les trajectoires de patients. La deuxième contribution est une méthode semi-automatique pour la revue systématique de la littérature. Cette partie des travaux délimite les contours du concept de trajectoire dans le domaine biomédical. La troisième contribution est l'identification des parcours à risque dans la prédiction du décès intra-hospitalier. Notre stratégie de recherche s'articule en deux phases : 1) Identification de trajectoires types de patients à l'aide d'outils issus de la fouille de données ; 2) Construction d'un modèle de prédiction à partir de ces trajectoires afin de prédire le décès. Enfin, la dernière contribution est la caractérisation des flux de patients à travers les différents événements hospitaliers mais aussi en termes de délais d'occurrences et de coûts de ces événements. Dans cette partie, nous proposons à nouveau une alliance entre une méthode de fouille de données et de classification de données longitudinales.

2016

Com-Ruelle, L., et al. (2016). "Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(219): 8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>

En France, l'offre de soins médicaux se situe dans la moyenne de celle des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Les professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Les inégalités d'offre de soins de ville sont très marquées lorsqu'elles sont mesurées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui estime, au niveau communal, l'adéquation entre offre et demande de soins. Menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie, cette étude met en évidence des différences de recours aux soins ambulatoires en termes de taux de recours, de recours au professionnel de santé le plus proche et de distances supplémentaires parcourues par les patients. L'analyse tient compte des caractéristiques individuelles des patients ainsi que de trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins. Les résultats montrent qu'une offre de soins de proximité peu disponible conduit les patients à plus souvent se déplacer, c'est-à-dire à moins souvent recourir à l'offre de soins la plus proche. En revanche, ils sont moins enclins à parcourir des distances supplémentaires au-delà du professionnel de santé le plus proche lorsque ce dernier est éloigné du domicile, ce qui limite leur liberté de choix.

Le Bail, M./ dir et Or, Z. éd. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 2016, Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>

Premier Atlas français des variations de pratiques médicales, cet ouvrage, élaboré grâce à une collaboration entre la DGOS, l'Irdes et les membres du groupe technique national Pertinence des soins, notamment l'ATIH, la Cnamts et la HAS, propose un panorama de dix interventions chirurgicales parmi 33 thématiques déclarées prioritaires par les pouvoirs publics en termes de pertinence et de qualité des soins, d'équité d'accès à l'offre de soins sur le territoire et d'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières. Ces interventions chirurgicales ont été sélectionnées car elles sont identifiées dans la littérature internationale comme sensibles à l'offre de soins et parce que leurs prises en charge varient selon les patients. Cet Atlas permet d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et d'interroger leurs causes afin de réduire celles qui ne correspondent pas aux besoins. Il s'adresse tant aux professionnels de santé qu'aux usagers du système de soins, aux institutions de santé et aux chercheurs : les premiers pour les inciter à comparer et questionner leurs pratiques, les deuxièmes pour leur apporter des informations transparentes, les derniers pour les encourager à alimenter la réflexion par la production de données objectives afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences des variations observées.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins. Les rapports de l'Irdes ; 564. Paris Irdes : 98.
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, nous avons analysé les consommations de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour. Cette étude a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du

Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique : PMSI-MCO). Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et territoriale à l'offre de soins.

2015

Mercier, G., et al. (2015). "Variations géographiques des taux d'hospitalisations potentiellement évitables en France." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(3): 161-174, tabl., fig., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA rHA8R0xE. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) sont une mesure indirecte de l'accès et de l'efficacité des soins primaires. La compréhension de leurs déterminants éclaire la qualité et l'équité du système de soin. Peu de données sont disponibles sur les HPE en France, et aucune sur leur variation géographique. L'objectif était de décrire la variation géographique des taux d'HPE en France et d'analyser ses déterminants. Méthodes : Les HPE ont été définies par la méthode de Weissman. Des taux d'HPE pour 1 000 habitants et par an, standardisés sur le sexe et l'âge, ont été calculés à partir de la base nationale PMSI MCO 2012. Les déterminants des variations étaient disponibles au niveau départemental ou communal via l'INSEE ou la base EcoSanté de l'IRDES. Les taux d'HPE ont été modélisés par une méthode mixte multi-niveaux. Résultats : Le nombre d'HPE était égal à 742 474 soit 11,4 séjours pour 1 000 habitants. Au niveau du code géographique, le taux variait de 0,1 à 44 séjours pour 1 000 habitants. Après ajustement, il était associé positivement à l'état de santé et négativement avec la densité de lits de court séjour, la densité d'infirmiers libéraux, le revenu médian et le niveau éducatif. Aucune association n'a été retrouvée avec la densité de médecins généralistes ou spécialistes ambulatoires. Discussion : Ce travail met en évidence d'importantes variations géographiques du taux d'HPE en France. Les caractéristiques de l'offre de soins primaires semblent expliquer en partie ces variations, même après prise en compte des effets socio-économiques et d'état de santé de la population. Ceci plaide en faveur d'une analyse systématique des variations géographiques d'HPE en France.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques

ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

2014

(2014). La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé. Paris Fédération Hospitalière de France: 70.

Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention. La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours œuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis. Il y a donc urgence à agir alors que l'impact de la crise économique sur l'aggravation de la précarité est de plus en plus tangible. Il y a surtout urgence à agir pour inventer un nouveau modèle de prise en charge des personnes vulnérables dans les hôpitaux. L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité conjuguée à l'évolution des organisations hospitalières conduit les établissements et les professionnels à repenser et à réaffirmer leur vocation d'hospitalité afin d'assurer à chacun la meilleure prise en charge possible. L'hospitalité est en effet un sujet majeur et pleinement d'actualité, recouvrant des aspects aussi bien humains, techniques, économiques, que de recherche. Conscient de la responsabilité de l'hôpital public, et dans le souci de maintenir un dispositif d'accès aux soins pour tous, la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde ont décidé d'unir leur force. À l'heure où se construit la future stratégie nationale de santé, la FHF et Médecins du monde n'acceptent pas la fatalité, ne se résolvent pas à l'inaction et unissent leurs voix pour améliorer concrètement la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital. Les propositions portées par la FHF et Médecins du Monde visent à nourrir le débat public d'aujourd'hui et à se transformer, dès demain, en actes. Pour cela, les pouvoirs publics et tous les acteurs de la santé doivent prendre leurs responsabilités, et mettre la question de la santé des personnes les plus fragiles au cœur des politiques publiques.

(2014). "Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France." *European Journal of Public Health* **24**(6): 904-909.
The number of maternity units has declined in France, raising concerns about the possible impact of increasing travel distances on perinatal health outcomes.

Kervasdoué, J. d. (2014). Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers, Paris : Ministère des Affaires Etrangères

Réalisé à la demande du Ministère des Affaires étrangères et du Ministère des Affaires sociales, ce rapport rassemble des recommandations concernant la valorisation de l'accueil des patients étrangers en France. Le rapport avance que, ces dernières années, plusieurs pays se sont dotés de stratégies de promotion internationale de leurs équipes médicales avec des conséquences significatives en termes de soutien à la recherche médicale (développement de spécialités de pointe), de création d'emplois et d'entrées de devises.

Avec un système de soins et une recherche clinique mondialement reconnus, l'auteur du

rapport estime que la France est demandée et attendue sur la scène internationale et que le pays possède les atouts pour répondre à cette demande au bénéfice des établissements de santé. En se basant sur les conclusions de ce rapport, un groupe de travail sera chargé d'approfondir la réflexion sur la promotion à l'étranger de l'excellence de la prise en charge hospitalière française et de préciser les conditions d'organisation éventuelle, dans certains établissements, du parcours de patients non-résidents.

Or, Z. et Verboux, D. (2014). France : Geographic variations in health care. Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, Paris : OCDE: 221-243.

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care/france-geographic-variations-in-health-care_9789264216594-10-en

In France, awareness about practice variations has been growing in recent years due to the harsh economic context and changes in regional governance. This chapter provides information on variations in the use of eight specific hospital procedures and activities across departments for 2005 and 2011. It then provides an overview of the major policy instruments used in France for tackling variations in medical practice.

2013

Vigneron, E. et Haas, S. (2013). Les séjours longs du court-séjour. Une approche territoriale. Paris Fehap: 133, cartes, fig., tabl.

Ce travail réalise une observation approfondie des séjours longs en MCO, de leur nombre, proportion et répartition selon les disciplines, établissements et territoires. Son premier résultat est de faire émerger des caractéristiques inattendues, particulièrement stimulantes au regard des présupposés associés à la notion de séjour long en milieu hospitalier. Naturellement, le cheminement de cette étude conduit à s'interroger sur la construction des bornes hautes qui, aujourd'hui, sont une composante discrète mais importante du fonctionnement de la tarification à l'activité (T2A). Il y a lieu de souligner à cette occasion que la T2A a été longtemps, et demeure pour une large part encore, une tarification à la durée moyenne de séjour. Le caractère adapté de ce mode de tarification pour de nombreuses activités hospitalières est aujourd'hui en débat dans le cadre des travaux du « pacte de confiance ». Par une approche territoriale, l'étude développe ensuite des analyses sur la dimension plus globale des parcours de soins et d'accompagnement des patients, le séjour long pouvant constituer également un clignotant de difficultés tant internes qu'externes aux établissements de santé publics, privés non lucratifs et de statut commercial, selon leurs activités, implantations et environnements.

2012

Evain, F., et al. (2012). "Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile." Insee Première(1397): 4 , tabl., fig.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1397/ip1397.pdf>

En 2010, une personne sur six a été hospitalisée en court séjour. La moitié des patients ont été accueillis à moins de 20 minutes de leur domicile. Les temps d'accès sont plus courts pour les interventions les plus fréquentes, comme la chirurgie orthopédique, les endoscopies

digestives ou encore les accouchements. D'un territoire de santé à l'autre, ces temps peuvent différer selon l'importance et la diversité de l'offre hospitalière. Certains territoires accueillent plus souvent que d'autres des populations résidant hors de leur périmètre. Réciproquement, la part des patients hospitalisés hors de leur territoire de résidence est variable selon les zones géographiques. En croisant ces deux dimensions, quatre profils de territoires de santé se dessinent.

Mazzege, A. (2012). Le rôle des SSR dans la fluidification des filières de prise en charge des affections neurologiques en Seine-Saint Denis : étude à partir du cas de la Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation du Bourget. Rennes EHESP, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA. **Master EHESP Pilotage des politiques et des actions en santé publique - PPASP: 58.**

Les affections du système nerveux, de type accident vasculaire cérébral et traumatisme crânien, sont traitées dans le cadre de filières soins structurées, dont la fluidité détermine la qualité de la prise en charge. La phase de rééducation en soins de suite et de réadaptation (SSR) se situe entre la prise en charge initiale dans les services aigus, et le relais avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS) permettant la réadaptation/réintégration des patients. Les services de SSR jouent ainsi un rôle pivot dans la continuité du parcours du patient. Ils rencontrent cependant d'importantes difficultés à accueillir des personnes lourdement dépendantes, et à mettre en place des solutions d'aval pertinentes. En particulier, dans un contexte de précarité socio-économique comme la Seine-Saint-Denis, l'accès des ESMS spécialisés adaptés est particulièrement restreint. Des propositions sont faites pour permettre la levée de ces deux obstacles majeurs, et favoriser la qualité de vie des patients (résumé d'auteur).

Merliere, J., et al. (2012). "Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du Régime général." *Points De Repere*(38): 14 , 12 tabl., 16 fig., 12 cartes.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/points_repere_n_38.pdf

En 2008, la CNAMTS a dénombré, au sein de la population couverte par le Régime général, environ 370 000 personnes exonérées du ticket modérateur au titre de leur insuffisance cardiaque ou hospitalisées dans l'année avec ce diagnostic, soit 0,7 % de la population couverte par le Régime général et 11 % des plus de 85 ans. Âgées de 77 ans en moyenne, elles sont souvent concernées par plusieurs ALD. Leur taux de décès en 2008 s'élève à 16,6 %. Leur suivi médical est régulièrement réalisé par les médecins généralistes, mais peu par les cardiologues. Les hospitalisations représentent 63 % des dépenses de santé remboursées pour les patients en ALD pour insuffisance cardiaque.

Roussot, A., et al. (2012). "Analyse spatiale des trajectoires de prise en charge des patients atteints de cancer primitif du poumon en Bourgogne." *Journal D'economie Medicale* **30**(2): 96-109.

[BDSP. Notice produite par ORSRA BmC89R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail s'inscrit dans les champs de la recherche en santé publique et en géographie de la santé et propose une approche multi-niveau d'analyse des trajectoires de prise en charge de patients bourguignons atteints de cancer du poumon. Alors que les établissements sanitaires sont soumis à des seuils d'activité pour pratiquer certaines interventions chirurgicales dans le cadre de prise en charge oncologique, il était nécessaire de mettre au point une méthode d'analyse de ces trajectoires. De plus, les flux de patients qui accompagnent ces trajectoires en cancérologie engagent souvent des déplacements qui répondent à certaines logiques spatiales. A partir de la base nationale du PMSI, on a sélectionné 416 patients atteints de cancer du poumon en région Bourgogne dont les trajectoires de soins ont été classifiées via

des analyses cartographiques et statistiques. Les trajectoires débutent avec un acte chirurgical majeur et correspondent à une succession d'épisodes de prise en charge sur une durée d'un an. La répartition spatiale de la patientèle suit les grands foyers de peuplement bourguignons et les grands axes de polarisation. Les flux de patients s'affranchissent des multiples découpages institutionnels et sanitaires et créent des liens entre les territoires de la région d'étude et les pôles sanitaires bourguignons, franciliens et lyonnais. Pour conclure, les bases PMSI sont un matériel précieux pour l'étude des trajectoires des patients et la mise en lumière des dynamiques interterritoriales engendrées par le recours aux soins. Les flux et l'orientation des trajectoires sont autant d'observations utiles pour l'élaboration d'une gouvernance sanitaire pragmatique.

2011

Bocquier, A., et al. (2011). "Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers pour l'étude des variations spatiales de santé à partir des données du PMSI. Étude de faisabilité dans trois régions françaises." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **59**(4): 243-249, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSLR ssGBsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 2001, les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comportent un numéro de chaînage anonyme permettant de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Sous réserve d'une qualité de chaînage suffisante, ces données pourraient contribuer à l'évaluation de la prévalence de certaines pathologies à l'échelle territoriale où peu de données de morbidité sont disponibles. Cette étude analyse le lien potentiel entre la qualité du chaînage et les taux de personnes hospitalisées dans trois régions françaises (Bretagne, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Cette analyse porte sur des séjours hospitaliers (hors séances) en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur la période 2004-2005 (ensemble des séjours, séjours avec mention de cancer ou d'asthme). Pour étudier la qualité du chaînage, le pourcentage des séjours chaînables (pas d'erreur lors de la procédure d'anonymisation) a été calculé au niveau des régions et des territoires infrarégionaux utilisés par les décideurs régionaux dans le champ sanitaire. L'intervalle interquartile (troisième quartile-premier quartile) du pourcentage de séjours chaînables a été calculé et le lien entre ce dernier et le taux standardisé de personnes hospitalisées au moins une fois en 2004-2005 testé à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman. Toutes causes confondues, les pourcentages de séjours chaînables étaient de 94,4%, 96,6% et 97,0% respectivement en Picardie, Paca et Bretagne. Les variations infrarégionales étaient plus élevées en Picardie (intervalle interquartile de 4 à 6) qu'en Bretagne et Paca (1 à 2). Le pourcentage de séjours chaînables était significativement corrélé au taux de personnes hospitalisées pour l'ensemble des séjours et ceux avec mention de cancer, en Picardie uniquement. Les résultats incitent à utiliser avec prudence les données du PMSI antérieures à 2006 et à analyser la qualité du chaînage avant d'effectuer des comparaisons géographiques ou des évolutions temporelles du taux de personnes hospitalisées. Celles-ci ne sont pas toujours envisageables. De nouvelles analyses devraient être conduites dans les autres régions et sur les évolutions récentes du taux de chaînage. (R.A.).

Coldefy, M., et al. (2011). "Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine." Etudes Et Resultats (Drees)(764): 8 , graph., tabl., cartes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xJFIGG. Diffusion soumise à autorisation]. La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur

le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géo-localisation des principales spécialités. 95% de la population française accède à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Pour les soins hospitaliers courants, ils sont à moins de 45 minutes pour 95% de la population française, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

Coldefy, M., et al. (2011). "Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 : rapport : annexes." Serie Sources Et Methodes - Document De Travail - Drees(22): 2vol. (124 137), annexes, cartes.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE m78EER0x. Diffusion soumise à autorisation]. La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

Evain, F. (2011). "À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?" Etudes Et Resultats (Drees)(754): 6.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GJsR0xrk. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude de la fréquentation des hôpitaux de court séjour montre que près de 30% des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50% à moins de 20 minutes. Ces distances apparaissent plutôt faibles au regard de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation. Ce sont logiquement les prises en charge fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Les disparités interrégionales apparaissent quant à elles inférieures aux disparités infrarégionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Tallet, F. (2011). "Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?" Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(161): 121-153, tabl., graph., fig.

L'intérêt de l'analyse territoriale du système de santé s'accroît depuis plusieurs années et notamment depuis l'adoption en 2009 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). La recherche à un niveau décentralisé de la meilleure adéquation de l'offre aux besoins de santé nécessite de renforcer l'information géographique disponible. Plus concentrée que celle de soins de ville, l'offre hospitalière de court séjour (concernant les soins de médecine, chirurgie et obstétrique) est regroupée dans certains pôles et les patients se déplacent pour accéder aux établissements fournisseurs de soins. Plusieurs études ont montré que si les temps d'accès sont globalement limités, ils varient cependant sensiblement selon les

communes de résidence des patients et les types de soins fournis. Cette étude développe deux axes nouveaux. À partir d'une analyse des flux intercommunaux, sont dessinées les aires d'influence des centres hospitaliers et précisés les temps d'accès aux services hospitaliers selon certaines caractéristiques des communes de résidence, des établissements et du type de soins hospitaliers fournis.

Tuppin, P., et al. (2011). "Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France." European Journal of Health Economics (the) **21**(5): 560-566, tabl.

Complementary Universal Health insurance (CMUC) providing free access to health care has been available in France, since 2000 for people with an annual income <50% of the poverty threshold. Data were derived from the French national health insurance reimbursements and short-stay admissions database for 2007 (80% of subjects under the age of 60 years in France, including 4.8 million CMUC beneficiaries). Rate ratios were calculated by dividing the rate of CMUC beneficiaries by that of other beneficiaries standardized for the sex and age distribution of CMUC beneficiaries. Results: The hospitalization rate of CMUC beneficiaries was 17.2% and the standardized rate for non-CMUC beneficiaries was 13.2% (ratio: 1.3). It was equally raised regardless of gender and age of CMUC beneficiaries. The hospital mortality rate was 0.61% for CMUC beneficiaries and the adjusted rate for non-CMUC beneficiaries was 0.35% (1.8). The hospitalization ratio for CMUC beneficiaries was >1 for all of the 22 major diagnostic categories, including psychiatry, toxicology and alcohol (3.7), HIV (3.3), infectious diseases other than HIV (1.9), burns (2.6), trauma (1.7) and female genital tract tumours (1.6) but not breast tumours (0.8). Hospitalizations for investigations such as endoscopies were also more frequent, as well as stays of <48 h for radiotherapy (1.6), chemotherapy (1.5) and dialysis (2.2). Conclusions: In this low-income population with free access to health care, hospitalization and hospital mortality rates were higher for many diseases that are known targets for prevention and screening actions.

Yilmaz, E. et Raynaud, D. (2011). Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? Le panorama des établissements de santé, Paris : DREES: 14 , tabl., graph. fig.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cette étude a pour but de mesurer l'influence de la précarité sur la durée de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle fait suite à une enquête spécifique sur la précarité dans les établissements de santé participant à l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) qui a été menée en novembre et décembre 2008. Quatre dimensions ont été retenues pour définir la précarité : isolement social, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits.

2009

(2009). "Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions." Point D'information (Cnamts): 11.

De nombreuses études de l'assurance Maladie ont montré la variabilité des comportements et des pratiques de soins selon les régions. Une hétérogénéité qui existe aussi bien dans la pratique de la chirurgie de la cataracte, la réalisation d'actes de kinésithérapie, que pour la chirurgie ambulatoire. Une analyse plus globale a été réalisée sur les différences régionales de recours aux soins, comprenant les soins de ville et les soins hospitaliers de court séjour. La

consommation de soins de ville est mesurée à partir des dépenses remboursées par l'assurance Maladie. Pour les soins hospitaliers, la dépense a été reconstituée en valorisant les séjours hospitaliers avec les mêmes tarifs de GHS, qu'ils soient réalisés dans le secteur public ou dans le secteur privé. Ainsi les écarts mis en évidence ne résultent pas de différences de tarification, mais bien de différences de volume de recours aux soins. Il s'agit du recours des habitants de la région, qu'il ait lieu dans leur région de résidence ou dans d'autres régions : les disparités observées sont donc des disparités régionales de consommation médicale.

Holstein, J., et al. (2009). "Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **57**(3): 205-211, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA FCs8R0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'un lien entre situations de précarité, durée de séjour et coûts de l'hospitalisation. Or, actuellement, les situations de précarité ne sont pas prises en compte par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Notre objectif était donc d'extraire des indicateurs de précarité disponibles en routine dans le système d'information hospitalier et d'évaluer leur relation avec la complexité médicale et la durée des séjours. Méthode : Nous avons croisé les données 2007 du PMSI du secteur de court séjour des patients de plus de 16 ans de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris avec des données administratives reflétant un état de précarité : couverture maladie universelle de base et complémentaire, aide médicale d'état, aide médicale d'état - soins urgents et absence de domicile fixe. Nous avons comparé la durée des séjours associés à un indicateur de précarité à celle des autres séjours, après ajustement sur la pathologie, l'âge et le sexe des patients. Résultats : Parmi 352721 séjours, la prévalence des indicateurs de précarité variait de 0,71% pour "sans domicile fixe" à 6,24% pour "couverture maladie universelle complémentaire". Les séjours associés à un indicateur de précarité étaient caractérisés par des pathologies spécifiques et par un taux plus élevé de comorbidités ou complications associées. Après ajustement, la durée moyenne des séjours associés à un indicateur de précarité était majorée par rapport à celle de la population globale, de 5% pour l'indicateur "couverture maladie universelle" à 48% pour l'indicateur "aide médicale d'état - soins urgents". Conclusion : L'extraction en routine d'indicateurs de situations de précarité depuis les systèmes d'information hospitaliers est faisable. À pathologie égale, ces indicateurs sont associés à des situations médicales plus complexes et à des durées de séjour majorées. Il importe d'introduire la prise en compte des situations de précarité dans le modèle de tarification à l'activité.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (2009). "Mesures des inégalités géographiques d'accès aux soins hospitaliers : la densité répartie appliquée à la France 2006." Bibliographie Argsges(47): 15. http://argsges.free.fr/textes/47_mesure_de_lacces_aux_soins_hospitaliers_France_2006.pdf

Avec la volonté de rationaliser la production hospitalière, le problème de l'accès à l'hôpital apparaît particulièrement central. C'est pourquoi il nous a semblé utile d'appliquer le modèle de la densité répartie, préparé pour le Numéro de « Villes en parallèles » sur la santé, au cas de la France pour en montrer les implications. Le texte présenté ici est une application de ce modèle et est appelé à remplacer l'annexe qui avait été publié en première intention (Cf. http://argsges.free.fr/textes/46_densite_repartie.pdf);

2008

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (2008). "Morbidity et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger."

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Journal D'economie Medicale **26**(3): 159-176, tabl., graph.
http://argses.free.fr/textes/41_Morb_et_CM_etrangers_2006.pdf

[BDSP. Notice produite par ORSRA BIFDR0xD. Diffusion soumise à autorisation]. Peu de données nationales sont disponibles sur la situation sanitaire et médicale des étrangers en France : les auteurs ont cherché à regrouper les informations mobilisables sur ce thème. Les données utilisées proviennent de trois sources nationales : l'enquête décennale auprès des ménages sur la santé et les soins médicaux - ESSM (2003, et 1970,1980,1991), l'enquête permanente auprès des ménages sur les soins et la protection sociale - ESPS (2000 et 2002 regroupées), l'enquête sur les hospitalisés (EH) de 1991. Sont analysés quelques résultats sur la morbidité des étrangers comparée à celle des Français, puis la couverture maladie, et enfin la consommation médicale (médecine de ville et hospitalisation).

2003

Bastianelli, J. P., et al. (2003). Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003. Paris IGAS: 95 , tab., ann.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000738/0000.pdf>

Ce rapport sur les fermetures de lits hospitaliers en France se situe dans le cadre d'une mission spécifique demandée à l'IGAS, suite au rapport d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule d'août 2003. L'analyse s'appuie sur trois sources d'information : enquête réalisée auprès d'établissements hospitaliers de trois régions particulièrement affectées par la crise sanitaire (Ile-de-France, Centre, Bourgogne), relevé systématique d'écarts entre prévisions et réalisations de fermetures de lits auprès de tous les établissements hospitaliers de ces régions concernées, recueils d'information de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins). La première partie de ce rapport montre que l'existence de fermetures de lits plus importantes que prévues ne constitue pas le facteur principal d'engorgement des services d'urgence pendant la canicule. La deuxième partie rassemble des propositions pour améliorer la filière des urgences. En conclusion se trouve une synthèse des missions susceptibles d'être confiées aux ARH pour améliorer la procédure de fermeture prévisionnelle des lits et optimiser les flux dans les services d'urgence.

Doisneau, L. (2003). "Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile." Insee Premiere(903): 4 , 3 tabl., 2 graph., 1 carte.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip903.pdf

En France, la quasi-totalité des naissances a lieu dans 520 communes, qui disposent d'un ou plusieurs établissements spécialisés, maternités, hôpitaux, etc. Une mère sur trois accouche dans sa commune de domicile, et trois sur quatre à moins de 15 kilomètres. En moyenne, une femme accouche à 14 kilomètres de son domicile. Les mères résidant dans une agglomération possédant une maternité accouchent à 9 kilomètres en moyenne, contre 23 kilomètres sinon. Les accouchements hors maternité, peu nombreux, concernent plus souvent les mères jeunes ou habitant en zone rurale. Un enfant sur quatre naît dans la commune où sa mère est elle-même née ; si les deux parents sont nés dans la même commune, leur enfant y naît également presque une fois sur deux (résumé d'auteur).

Perronnin, M. et Sourty-Le Guellec, M. J. (2003). "Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital." Questions D'economie De La Sante (Credes)(71): 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum71.pdf>

Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Un des objectifs de cette enquête, menée auprès d'établissements hospitaliers et de patients, est d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. A partir des données de l'enquête, cette étude présente l'influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital pour plusieurs gestes chirurgicaux précis. Elle fait suite à une première analyse qui détaille les résultats pour deux gestes : la chirurgie de la cataracte et la chirurgie du canal carpien (Thévenon, 2003).

Thevenon, M. O. (2003). Etude des déterminants individuels de la variabilité du mode de prise en charge et de la durée des séjours hospitaliers. Paris Université de Paris 1 - Paris 11, Paris CreDES. **Mémoire de stage DEA Santé publique, option Economie de la santé.**: 48 , tabl., graph.

Dans un contexte de hausse de la demande des soins et des coûts, les séjours de longue durée en établissements de court séjour représentent un problème de gestion tant médicale qu'administrative. La volonté d'optimiser les durées d'hospitalisation dans ces établissements pose la question des facteurs explicatifs de la durée de séjour. L'objectif de l'étude est de mesurer, pour la chirurgie de la cataracte et la décompression du nerf médian au canal carpien, l'impact des caractéristiques médicales et psycho-socio-environnementales du patient sur le mode de prise en charge (chirurgie ambulatoire vs. hospitalisation complète) et sur la durée de séjour en hospitalisation complète. Les données sont issues d'une enquête rétrospective, sur un échantillon de patients hospitalisés pendant le mois de juin 2001 (environ 4000 patients pour chacun des deux gestes étudiés). Les informations ont été traitées par geste, au moyen d'analyses des données et de régressions logistiques.

2001

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2001). Les soins de proximité : une exception française ? Rapport CreDES. Paris CreDES : 92 ,10 tabl.

Pour éclairer le débat sur les soins de proximité survenu à l'occasion de la planification de l'offre hospitalière, cette étude a recensé au niveau international les travaux empiriques sur le dilemme proximité/concentration. Pour l'accessibilité et le recours aux soins, il apparaît que l'utilisation des services est plus faible pour les personnes éloignées des services, et que l'effet de l'accessibilité semble plus marqué pour les soins préventifs que sur le plan curatif. Pour l'effet du volume sur la qualité (la pratique améliore-t-elle les performances ?), il est difficile de conclure car de nombreuses études ne tiennent pas compte des facteurs de confusion (sévérité du diagnostic). Après avoir considéré l'approche des soins de proximité dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Québec, Catalogne), il semble que l'importance accordée aux soins de proximité est une forme d'exception française car dans aucun pays n'apparaît explicitement ce concept comme axe directeur de l'organisation du système de soins.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2001). "Les soins de proximité : une exception française ?" Questions D'economie De La Sante (CreDES)(39): 4 , 2 tabl., 2 enc., 1 schéma.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes39.pdf>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Pour éclairer le débat sur les soins de proximité survenu à l'occasion de la planification de l'offre hospitalière, cette étude a recensé au niveau international les travaux empiriques sur le dilemme proximité/concentration. Pour l'accessibilité et le recours aux soins, il apparaît que l'utilisation des services est plus faible pour les personnes éloignées des services, et que l'effet de l'accessibilité semble plus marqué pour les soins préventifs que sur le plan curatif. Pour l'effet du volume sur la qualité (la pratique améliore-t-elle les performances ?), il est difficile de conclure car de nombreuses études ne tiennent pas compte des facteurs de confusion (sévérité du diagnostic). Après avoir considéré l'approche des soins de proximité dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Québec, Catalogne), il semble que l'importance accordée aux soins de proximité est une forme d'exception française car dans aucun pays n'apparaît explicitement ce concept comme axe directeur de l'organisation du système de soins.

La qualité des soins : performance, efficience, satisfaction des usagers, accréditation

L'ACCREDITATION ET LA CERTIFICATION

➤ [Consulter le site de la Haute Autorité de santé \(HAS\) sur cette thématique](#)
Méthodes et manuels d'accréditation (Établissements et professionnels de santé)

2023

Aubert, I. et Kletz, F. (2023). "03. Le gouvernement de la santé à l'ère de l'audit : ce que nous enseigne l'étude de la certification des comptes sur la régulation hospitalière." *Politiques & management public* 1(1): 51-77.

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2023-1-page-51.htm>

L'introduction de la certification des comptes dans les hôpitaux publics a souvent été analysée comme un dispositif de nature purement technique, destiné à fiabiliser le jugement porté par le régulateur sur la situation comptable et budgétaire des établissements. Pourtant, loin de se réduire à l'instauration d'un nouveau contrôle sur les hôpitaux, cette réforme s'inscrit dans un mouvement plus profond d'évolution des techniques de gouvernementalité (Foucault, 2004) de la santé. À partir d'une étude qualitative, le présent article analyse ce processus de transformation et met en lumière la consolidation d'une politique de régulation des hôpitaux de plus en plus distante, dé-spécifiée et médiatisée par des intermédiaires. Notre étude permet ainsi d'enrichir la grille d'analyse des régimes de gouvernementalité dans le champ hospitalier (Lenay, 2001, Cazin, 2017), et interroge les limites de ce modèle, notamment en termes d'équilibre et d'articulation entre les logiques de conformation et d'apprentissage. © 2023 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

2022

Millat, B. (2022). Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques. Paris MSSPS: 101.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_pr_millat_sur_la_generalisation_de_l_accreditation_des_medecins_et_des_equipes_medicales_de_specialites_a_risques.pdf

L'ambition médicale portée par les innovations scientifiques, la complexité des parcours liée à l'hyper spécialisation et au poids des pathologies chroniques repoussent chaque jour les limites des prises de risque. C'est dans cet environnement que doit se déployer la culture de la sécurité des soins née avec le 21ème siècle. Beaucoup d'efforts ont déjà été mobilisés et continuent à l'être. L'un d'entre eux est de prévenir les événements qui peuvent parfois modifier dramatiquement un parcours de soins et qui sont pourtant évitables. La sécurité des soins est une attente légitime des usagers et doit être une part incontournable de la formation de soignants. L'European Society for Quality in Health Care définit la culture de sécurité comme un ensemble de comportements individuels et organisationnels fondé sur des croyances et valeurs partagées*. Ce dont il s'agit relève donc bien de l'éthique professionnelle, du sens des soins et du prendre soin.

2021

(2021). "Évolutions de la certification des établissements de santé en France : améliorer la qualité et la sécurité des soins." *Revue Prescrire* **41**(457): 857-862.

La certification des établissements de santé (initialement appelée accréditation) est une procédure obligatoire permettant de porter une appréciation sur la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé (hors champ médico-social). Les procédures ont été mises en place dès 1999 d'abord par l'Anaes puis maintenant par la HAS. Plusieurs publications de la HAS ont montré que des progrès devaient être réalisés et une nouvelle procédure a été mise en place en 2020. Cet article revient sur cette réforme. **2020**

HAS (2020). Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis HAS: 27. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf

Publication du nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins avec une première phase de diffusion des documents et outils utiles aux équipes des établissements et aux représentants des usagers. L'objectif est de partager des repères actualisés, clairs et centrés sur le soin pour orienter l'amélioration continue de la qualité dans les hôpitaux et cliniques

2013

(2013). Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Étude pilote sur les données de la certification. *Études et Rapports*. Saint-Denis La Plaine HAS: 54. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1554666/fr/quel-est-limpact-des-decisions-de-la-certification-des-etablissements-de-sante-etude-pilote-sur-les-donnees-de-la-certification-fevrier-2013

[BDSP. Notice produite par HAS 9AmR0xCI. Diffusion soumise à autorisation]. Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Résultats d'une étude pilote sur 4000 décisions et 600 établissements. Que deviennent les recommandations et les réserves de la certification des établissements de santé ? Les acteurs des établissements s'en

emparent-ils ? Sont-elles suivies par les établissements et débouchent-elles sur des améliorations de l'organisation des établissements et de la prise en charge des patients ? L'étude pilote "impact des décisions de la certification" aborde la question des effets des décisions de la certification en s'appuyant sur les données de la certification. Cette étude propose de suivre le devenir sur 4 ans de 4 109 décisions (réserves et recommandations), issues des procédures de certification "V2".

2011

(2011). Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé. *Etudes et Rapports*. Saint Denis HAS: 60.

<http://www.has-sante.fr/>

[BDSP. Notice produite par HAS R0x9jJ8q. Diffusion soumise à autorisation]. La certification des établissements de santé est aujourd'hui appelée : 1-à répondre aux interrogations des pouvoirs publics, des usagers et des professionnels de santé sur son utilité et sa pertinence ; 2-à évoluer en fonction notamment des résultats d'études d'impact. Afin de répondre à cette exigence de reddition des comptes et à cette attente d'évaluation, la Haute Autorité de Santé a souhaité disposer d'un bilan des études d'impact déjà existantes : que nous apprennent la littérature scientifique et les études empiriques sur les effets de la certification, sur ses bénéfices et sur ses limites ? Quelles sont les méthodologies pertinentes pour évaluer l'impact de la certification ?

2010

(2010). Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé. St Denis La Plaine HAS: 59 , tabl., annexes.

La certification des établissements de santé est aujourd'hui appelée à répondre aux interrogations des pouvoirs publics, des usagers et des professionnels de santé sur son utilité et sa pertinence ; à évoluer en fonction notamment des résultats d'études d'impact. Afin de répondre à cette exigence de reddition des comptes et à cette attente d'évaluation, la Haute Autorité de Santé a souhaité disposer d'un bilan des études d'impact déjà existantes : que nous apprennent la littérature scientifique et les études empiriques sur les effets de la certification, sur ses bénéfices et sur ses limites ? Quelles sont les méthodologies pertinentes pour évaluer l'impact de la certification ?

(2010). Culture de sécurité : du concept à la pratique : 16.

[BDSP. Notice produite par HAS R0xB8HAH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce document a pour objectif de sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la culture de sécurité, une des exigences de la procédure de certification des établissements de santé V2010. Il s'est appuyé notamment sur les travaux du projet européen EUNetPaS. (European Network for Patient Safety).

2006

Bousquet, F. et Burnel, P. (2006). "Indicateurs et certification. Nouvelle donne pour la troisième version." *Revue Hospitalière De France*(513): 31-34.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

[BDSP. Notice produite par EHESP J8CEIROx. Diffusion soumise à autorisation]. Les indicateurs s'imposent dans un grand nombre de pays développés comme de nouveaux outils incontournables de l'amélioration de la qualité en santé. Relativement récent et assez spectaculaire, ce développement cherche à renforcer les méthodes plus traditionnelles (accréditation, recommandations de bonnes pratiques...) et à accroître la transparence du système de soins en matière de qualité. Les modalités d'utilisation de ces indicateurs sont diverses. Certaines, comme leur diffusion publique afin d'informer les usagers, font encore débat. En revanche, le consensus est fort sur leur utilité en matière de pilotage de la performance qualité au sein des établissements. La procédure de certification ne pouvait donc ignorer leur intérêt. La direction de l'accréditation de la Haute Autorité de Santé étudie deux pistes : l'intégration des indicateurs comme éléments d'information supplémentaire et suivis dans le temps, et leur utilisation à des fins de reconfiguration de la procédure.

Daucourt, V., et al. (2006). "Les établissements de santé sont-ils égaux devant la procédure d'accréditation ?" Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **54**(5): 463-468, fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA a1e8R0x5. Diffusion soumise à autorisation]. Les objectifs de cette étude étaient, d'une part, de déterminer les caractéristiques des établissements associées aux résultats de la procédure d'accréditation et, d'autre part, d'identifier les références et critères du manuel d'accréditation les plus souvent relevés par le Collège d'Accréditation pour les établissements ayant complété la première procédure d'accréditation. L'analyse a porté sur l'ensemble des établissements accrédités pour lesquels un compte rendu d'accréditation avait été publié sur le site web de la Haute Autorité de Santé. La date de point des inclusions était le 16 février 2006. Les facteurs étudiés étaient les suivants : le statut de l'établissement, l'activité principale de l'établissement, sa taille, l'année du premier compte-rendu d'accréditation, la répartition géographique.

2003

Bruneau, C., et al. (2003). "Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé." Gestions Hospitalieres(422): 13-17.

[BDSP. Notice produite par ENSP vzR0xPeC. Diffusion soumise à autorisation]. Pour mieux connaître l'impact des démarches qualité et d'accréditation, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) a commandé une enquête en juillet 2002 auprès de 900 professionnels de santé, médecins, soignants et directeurs provenant d'établissements ayant achevé la procédure d'accréditation ou d'établissements non encore visités. Cet article nous présente la méthodologie de l'enquête et les résultats aux questionnaires. Ces résultats révèlent une évolution positive des établissements de santé dans la structuration de leurs démarches qualité et de gestion de risques entre 2001 et 2002 concernant la précision et la formalisation des politiques, la mise en place de comités dédiés à la qualité et à la gestion des risques, la fréquence des actions de formation et de communication de tableaux de bord aux instances et au personnel. Cette évolution est plus importante dans les établissements ayant achevé leur procédure. Par ailleurs, les résultats confirment un intérêt soutenu des professionnels pour ces démarches, avec cependant, un intérêt moins marqué de la part des médecins.

2002

Quaranta, J.-F., et al. (2002). "ANAES - Collège de l'accréditation : deux ans d'activité au service des établissements de santé et de la démarche d'amélioration continue de la qualité." Gestions Hospitalieres(421): 765-770, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP bR0xRo7C. Diffusion soumise à autorisation]. Le Collège de l'accréditation, installé fin 1999, a poursuivi son travail d'analyse des dossiers. Il a publié deux rapports annuels d'activité, accessibles à tous sur le site de l'ANAES (www.anaes.fr). Le Collège s'est aussi progressivement préparé, avec les autres structures de l'Agence, et notamment la direction de l'accréditation, à la montée en charge de la procédure d'accréditation, sans en altérer la philosophie générale.

2001

Bertrand, D. c. (2001). "Accréditation et qualité des soins hospitaliers." Actualite Et Dossier En Sante Publique(35): 61, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP 3R0xwbt5. Diffusion soumise à autorisation]. Le système de soins hospitaliers est confronté à une triple problématique, avec tout d'abord, la prise en charge assurantielle des dépenses de santé dans un souci d'égalité d'accès aux soins, ensuite, la croissance des dépenses impliquant la recherche constante d'une optimisation de la production, et enfin, la qualité des prestations fournies dans un objectif d'efficacité. La prise en charge des dépenses hospitalières est couverte essentiellement par l'assurance maladie (environ 90% en 2000), la Sécurité sociale et l'Etat sont donc garants de l'efficacité et de l'efficience des hôpitaux. Ce dossier consacré à l'accréditation en milieu hospitalier est articulé en quatre parties : les principes généraux de la qualité ; l'approche de la qualité des soins à l'hôpital ; la procédure d'accréditation ; des comparaisons internationales de l'accréditation et des programmes qualité. Des tribunes complètent le dossier. (Résumé adapté du texte).

Matillon, Y., et al. (2001). "L'accréditation en France." Actualite Et Dossier En Sante Publique(35): 44-55, tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ENSP bam4R0xK. Diffusion soumise à autorisation]. La procédure d'accréditation s'inspire des modèles anglo-saxons développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé soucieux de promouvoir la qualité des services rendus aux patients, tout en veillant à les adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire français. En France, l'ANAES est chargée de la mise en oeuvre de l'accréditation ; elle établit avec les acteurs du système de santé, des référentiels conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. (Résumé adapté du texte).

Quaranta, J.-F., et al. (2001). "Comment réussir votre accréditation. Méthodologie d'élaboration des rapports d'accréditation." Revue Hospitaliere De France(483): 36-39.

[BDSP. Notice produite par ENSP NntR0xFs. Diffusion soumise à autorisation]. L'accréditation prévue par les ordonnances d'avril 1996 est aujourd'hui une réalité. Les professionnels des premiers établissements ayant terminé la procédure peuvent consulter les rapports d'accréditation. Les comptes rendus d'accréditation sont consultables par le public auprès des établissements concernés et téléchargeables sur le site Internet de l'ANAES.

2000

(2000). A propos de l'accréditation. Paris ANAES: 16.

Réalisé sous la direction du Pr Yves Matillon, directeur général de l'ANAES, et validé par le Conseil scientifique et le Conseil d'administration de l'ANAES lors de la rédaction du manuel d'accréditation dans sa version de février 1999, ce document, publié dans sa troisième version : - résulte de l'analyse des textes officiels (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et décret n° 97-311 du 7 avril 1997) et des expériences étrangères ; - dresse l'état actuel de la réflexion sur l'accréditation conduite par l'ANAES ; - précise les objectifs et les principes de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation des établissements de santé publics et privés ; - réunit quelques références bibliographiques utiles à une meilleure compréhension de la démarche d'accréditation.

1998

Seguin, C. d. (1998). L'accréditation des établissements de santé : de l'expérience internationale à l'application française, Paris : Assistance Publique ; Vélizy : Doin

L'accréditation (niveau de conformité d'un producteur de soins à un ensemble de critères explicites de moyens, de procédures et/ou de résultats) devient obligatoire pour les établissements d'hospitalisation en France ; elle est une source d'inquiétude et d'interrogations pour les professionnels hospitaliers. Cet ouvrage, qui s'appuie sur l'analyse des pratiques étrangères et du contexte français, a pour ambition de leur donner des éléments de comparaison et de réflexion. L'éclairage porte sur quatre points principaux : les liens entre qualité, accréditation et évaluation, les démarches d'accréditation dans d'autres pays (Amérique du Nord et Europe) et la future démarche française analysée à partir des textes existants, les implications pour l'hôpital de la mise en place d'une démarche d'accréditation et de son application en France, les contenus des manuels d'accréditation et les logiques de cotation.

LA PERFORMANCE

2023

Nabet, N., Faucon, F., Joly, A. S., et al. (2023). Les nouveaux chemins de la performance en santé : Les idées des acteurs. Paris Craps ; Paris Anap: 170.

<https://www.thinktancraps.fr/les-nouveaux-chemins-de-la-performance-en-sante/>

Avec la crise sanitaire, la notion de performance du système de santé a été remise au cœur du débat. Auprès des décideurs, des collectivités, des professionnels de santé, mais aussi des citoyens. Cette pandémie a, s'il en était encore besoin, mis en lumière la solidarité, l'agilité et la réactivité qui caractérisent notre système de santé. Elle nous a montré que le système français par son universalité, son reste à charge, sa couverture territoriale et son degré technologique, offrait à la population une prise en charge de grande qualité. Cette crise nous invite toutefois à repenser et élargir les enjeux de performance afin d'en offrir une approche plus globale, dans laquelle la performance économique n'est qu'un point d'entrée parmi l'ensemble des leviers de performance, voire la conséquence d'une performance globale. Alors, plutôt que de considérer que le système de santé français ne serait pas performant, que tout serait à changer, le Craps et l'Anap proposent à une quarantaine d'acteurs de

partager leurs idées innovantes pour améliorer notre système et in fine le rendre encore plus universel, efficace et humain.

2018

Huguet, M., Joutard, X., Ray-Coquard, I., et al. (2018). What underlies the observed hospital volume-outcome relationship? Documents de travail; WP 1809. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique: 20, tabl.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3186407

Studies of the hospital volume-outcome relationship have highlighted that a greater volume activity improves patient outcomes. While this finding has been known for years in health services research, most studies to date have failed to delve into what underlies this relationship. This study aimed to shed light on the basis of the hospital volume effect by comparing treatment modalities for epithelial ovarian carcinoma patients. Hospital volume activity was instrumented by the distance from patients' homes to their hospital, the population density, and the median net income of patient municipalities. We found that higher volume hospitals appear to more often make the right decisions in regard to how to treat patients, which contributes to the positive impact of hospital volume activities on patient outcomes. Based on our parameter estimates, we found that the rate of complete tumor resection would increase by 10% with centralized care, and by 6% if treatment decisions were coordinated by high volume centers compared to the ongoing organization of care. In both scenarios, the use of neoadjuvant chemotherapy would increase by 10%. As volume alone is an imperfect correlate of quality, policy makers need to know what volume is a proxy for in order to devise volume-based policies.

2017

Laroche, F. (2017). "La performance hospitalière à l'épreuve du "care"." Gestions Hospitalières(566): 307-311.

[BDSP. Notice produite par EHESP A8R0x7n9. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de certification et de maîtrise des dépenses de santé, l'idéologie de la performance s'est invitée à la table de l'hôpital public. Elle s'appuie sur des indicateurs chiffrés qui permettent d'évaluer et classer patients, unités de soins et établissements de santé. Si "les chiffres parlent d'eux-mêmes", que nous disent-ils des singularités humaines et organisationnelles ? Le cadre de santé peut contribuer à maintenir l'équilibre entre deux formes de rationalité - formelle et substantielle-comme le montre ici l'exemple d'une unité de médecine ambulatoire du CHU de Montpellier. (R.A.).

2016

Moret, L., et al. (2016). Performances du système hospitalier. Traité de santé publique., Paris : Lavoisier Médecine Sciences: 585-594.

Ce chapitre vise à définir ce que sont les performances hospitalières et sur quels cadres conceptuels elles s'appuient, avant d'envisager les différentes approches permettant leur mesure. Enfin, sont traités les usages des indicateurs de performances.

2015

Arandelovic, A., Acampora, A., Federico, B., et al. (2018). "The use of preventable hospitalization for monitoring the performance of local health authorities in long-term care." *Health Policy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.008>

Preventable hospitalization as an indicator for quality performance is proposed. The quality performance improvement may help to reduce preventable hospitalization. Comparing and reporting local health authorities performance could improve quality.

Fermon, B. (éd.), et al. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris : Dunod

La performance est un concept qui a envahi le monde de la santé à tous les niveaux. Ce concept est cependant difficile à appréhender : la performance comporte de multiples dimensions dont chacune n'éclaire qu'un aspect de la question. En outre, il fait — entre autres — référence à la dimension économique du soin qui n'est pas spontanément ancrée dans le secteur. Une approche globale portant non seulement sur chacune des dimensions, mais également sur le produit de leurs interactions, est nécessaire pour rendre compte du concept. Un éclairage selon les points de vue des différentes parties prenantes du système de santé est également à considérer pour comprendre toute la complexité du déploiement et du pilotage de la performance au niveau macro et microéconomique.

Laborde, C. et Rodwin, V. (2015). Hospitalisations potentiellement évitables : quel apport dans un diagnostic territorial ? *Rapports et Enquêtes*. Paris ORSIF: 62 , tab., graph., fig.

Ce rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France se penche sur l'apport de l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) dans un diagnostic territorial. Cet indicateur est utilisé par d'autres pays de l'OCDE comme un marqueur de défaillance des parcours de soins. En France, cet indicateur est en cours d'appropriation et ses modalités sont actuellement discutées. Des études précédentes ont estimé que 5% des hospitalisations sont potentiellement évitables en Île-de-France. Leurs résultats montrent qu'il existe de fortes inégalités territoriales face aux HPE en Île-de-France qui ne s'expliquent pas uniquement par des inégalités de précarité et de morbidité. L'objectif de cette nouvelle étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire.

2013

Angele-Halgand, N. et Garrot, T. (2013). Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital : une approche par les biens communs. Nantes LEMMA: 16.

http://hal.archives-ouvertes.fr/view_by_stamp.php?&halsid=n13am0q0f1tjtrv49tn6lvif2&label=LEMMA&langue=fr&action_todo=view&id=hal-00829936&version=1

Dans le champ des valeurs publiques, la santé apparaît un peu particulière. En effet, s'il est admis en France que la santé devrait bénéficier à tous, il se trouve que la valeur de cette dernière est propre à chaque individu. Comme le note Bozeman (2007) les valeurs privées sont simples à exprimer et n'ont pas besoin de légitimation alors que les valeurs publiques

requièrent une agrégation fondée notamment sur des droits sociaux communs. Dans ce contexte, la production des services publics s'avère complexe et la création de valeur est difficilement mesurable avec la nécessité d'arbitrages souvent complexes : quand un établissement public cherche à satisfaire une partie des bénéficiaires, il crée bien souvent de l'insatisfaction pour une autre partie des usagers (Kelly J., 2005). Il y a donc au-delà de la recherche de la performance de l'organisation publique, qui consiste à assumer non seulement la définition des besoins auxquels elle doit répondre, mais aussi à mettre en oeuvre le couple 'valeur-coût' jusque dans les plus fins rouages de son organisation (Lorino, 1999), à envisager la santé comme un élément dépassant la seule fonction de production des soins et à rechercher la meilleure performance du système de santé. La performance hospitalière est aujourd'hui une question brûlante car les réformes financières et organisationnelles véhiculées par le Nouveau Management Public viennent percuter les valeurs médicales et soignantes au coeur même de l'activité professionnelle. Cet aspect est notamment clairement mis en évidence par Francis Fellingner, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers de l'époque dans son audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat, le 7 mars 2012 : " La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. Il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, mais une concurrence s'est établie entre pôles. " (Le Menn J. et Milon A. (2012), p. 206). La réforme de financement des établissements hospitaliers, dit de la T2A (tarification à l'activité) met au coeur du fonctionnement des services le contrôle de l'efficacité, au sens où les résultats obtenus sont jaugés à l'aune des moyens employés pour les obtenir. Cette démarche est intégrée par les équipes de direction et se diffuse au sein de l'organisation par l'intermédiaire des équipes de pôle, au premier rang desquels se trouvent les " chefs de pôles ", les acteurs que Francis Fellingner désigne sous le vocable de " responsables médicaux ". Les pôles issus de la réforme de la " Nouvelle Gouvernance " (NG) conduisent à une restructuration de l'hôpital public sous forme de centres de responsabilité pour lesquels les données produites par la T2A permet un contrôle par les résultats avec tous les attributs techniques connus dans l'entreprise privée et directement transposés aux établissements de santé publics. Le chef de pôle, médecin hospitalier, voit sa responsabilité engagée sur la production d'un résultat comptable dans le centre dont il assume la direction. Chacun des centres étant soumis à la même démarche de comparaison entre pôles, des mises en concurrence tirent le médical vers l'économique remettant en cause du même coup des valeurs fondatrices du service public hospitalier. Commençant par une illustration approfondie des différents conflits existant entre la performance économique et les valeurs publiques dans les hôpitaux, cette étude propose de reverser complètement le paradigme actuellement porté par la T2A et la NG en

Bonastre, J., et al. (2013). "Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(186): 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>

Introduite en 2004-2005, la tarification à l'activité (T2A) permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin d'améliorer l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier. Pour autant, le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité, de la productivité hospitalière et de la qualité des soins restait partiel à ce jour. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle

évalué ?

Busse, R., et al. (2013). "Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals ?" British Medical Journal : 1-7.

Dormont, B. et Milcent, C. (2013). "Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire." Economie Et Statistique(455-456): 143-173.

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3967

Cet article a pour but de comprendre les différences de productivité observées en France entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) et les cliniques privées. Nous examinons s'il existe une influence de la composition de la patientèle et des séjours sur la productivité des hôpitaux. Si tel est le cas, introduire de la concurrence entre les hôpitaux sur la base de la Tarification à l'Activité ne promeut pas seulement l'efficacité, mais crée aussi de fortes pressions au sein des établissements en faveur d'une réorientation de l'offre de soins. La base de données utilisée est un panel d'hôpitaux proche de l'exhaustivité pour les soins aigus : 1 604 hôpitaux sont observés sur la période 1998-2003. L'analyse couvre les six années précédant l'introduction de la T2A en France afin d'observer la situation qui préexistait avant la mise en place de nouvelles incitations (résumé d'auteur).

Minvielle, E. (2013). "Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ?" Quaderni(82): 82-98.

Dans le système de santé, la régulation de la qualité des soins vise à garantir un niveau de qualité égal quelles que soient les conditions d'accès. Fortes de ce principe, les vingt dernières années ont été le théâtre d'un développement important de cette régulation, principalement à l'hôpital. L'objectif de cet article est d'établir une mise en perspective historique de ce développement et d'en déduire une analyse critique. Si cette régulation était peu affirmée dans les années 90, essentiellement fondée sur des formes d'autoévaluation menées par les professionnels, le début des années 2000 a marqué un virage avec l'émergence de régulations externes (diffusion publique de l'information, paiement à la qualité, renforcement des normes) fondée sur les indicateurs. Sur cette base, nous tentons de préciser le statut de la régulation de la qualité dans des systèmes professionnels de ce type : entre contrôle et autonomie encadrée.

Studer, N. (2013). "Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?" Economie Et Statistique(455-456): 175-202.

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3967

Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, leur efficacité fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation sur la période 2003-2007 d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. L'indicateur d'activité retenu est la somme des séjours ou actes par groupe homogène de malades (GHM), pondérés par les coûts observés dans un échantillon hôpitaux en 2002-2003. Il s'agit donc essentiellement d'un indicateur d'activité, à qualité des soins supposée constante. On cherche à rendre compte de cette activité par la composition du personnel, ainsi que d'autres caractéristiques observables des établissements, dont la taille et un indice de plateau technique. L'indice de productivité correspond à la part de l'activité qui n'est pas

expliquée par le niveau de ces différents facteurs explicatifs (résumé d'auteur).

2012

Bras, P. L. (2012). "Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(35): 29-41.

La tarification à l'activité adresse aux établissements de santé une incitation puissante à rechercher la performance économique. Celle-ci est mesurée et sanctionnée. Il est à craindre que la focalisation sur les résultats économiques incitent les équipes de direction et les autorités de tutelle à privilégier l'exigence économique au regard des exigences de qualité. Il est donc nécessaire de se donner les moyens de mesurer et de gérer la performance qualité des établissements au même titre que leur performance économique. Cette démarche est engagée à l'étranger. La France en ce domaine souffre d'un certain retard. Il importe de le combler pour équilibrer le système de gestion de l'hôpital. Par ailleurs, mesurer et gérer la qualité permet d'informer les patients et constitue un élément de motivation des équipes à améliorer leurs pratiques (résumé de l'éditeur).

Clarge, F. et Gless, P. (2012). La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

L'ouvrage démontre que la performance globale intégrée dans le management des établissements sanitaires et médico-sociaux est essentielle pour une gouvernance collective et responsable, facteur d'efficacité pour tous. Il donne tous les outils pour mettre en œuvre de manière pratique la performance globale dans son établissement. La première partie définit le concept de performance globale mais également les enjeux pour un établissement dans sa mise en œuvre, comme un véritable outil de management. La seconde partie analyse l'existant dans le secteur de la santé et montre que, si la performance globale est encore peu présente dans le secteur de la santé, elle est centrale dans tous les textes et les évolutions actuelles visant la performance. La troisième partie de cet ouvrage propose un outil d'autodiagnostic et définit de manière très concrète les actions à mettre en place dans un établissement pour atteindre un management responsable et performant (4e de couverture).

Evain, F. et Yilmaz, E. (2012). "Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé." Economie Publique(28-29): 317-349, tabl., graph.

L'objet de cette étude est d'identifier les déterminants de la rentabilité et, par-là, de comprendre l'hétérogénéité des situations financières des établissements de santé à travers une approche multivariée, en intégrant des facteurs structurels (activités, facteurs de production) et contextuels. Plusieurs sources, à la fois comptables, administratives et médicales ont été mobilisées. L'échantillon retenu est constitué d'hôpitaux publics et de cliniques privées à but lucratif ayant une activité de court séjour entre 2005 et 2009 ; Les résultats mettent en évidence, outre l'importance des facteurs organisationnels (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel), l'impact de la spécialisation sur la performance économique.

Gobillon, L. et Milcent, C. (2012). Spatial Disparities in Hospital Performance. IZA Working Paper; 6936. Bonn IZA: 55, tabl.

<http://ftp.iza.org/dp6936.pdf>

Using a French exhaustive dataset, this paper studies the determinants of regional disparities in mortality for patients admitted to hospitals for a heart attack. These disparities are large, with an 80% difference in the propensity to die within 15 days between extreme regions. They may reflect spatial differences in patient characteristics, treatments, hospital characteristics, and local healthcare market structure. To distinguish between these factors, we estimate a flexible duration model. The estimated model is aggregated at the regional level and a spatial variance analysis is conducted. We find that spatial differences in the use of innovative treatments play a major role whereas the local composition of hospitals by ownership does not have any noticeable effect. Moreover, the higher the local concentration of patients in a few large hospitals rather than many small ones, the lower the mortality. Regional unobserved effects account for around 20% of spatial disparities.

Gomez, M. L., et al. (2012). "L'usage des indicateurs de performance sur la qualité-sécurité des soins : le cas de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **30**(7-8): 455-468, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA CR0xrp8l. Diffusion soumise à autorisation]. Les indicateurs de qualité se multiplient à l'hôpital. Ils ont pour objectif affiché par les pouvoirs publics d'améliorer les pratiques médicales et maîtriser les risques. Or, la recherche en gestion montre que l'usage réel des indicateurs diffère souvent de la doctrine et que leur déploiement n'implique pas nécessairement appropriation. Dans cette perspective, l'article analyse l'usage d'un indicateur de tenue du dossier anesthésique (DAN). Il s'appuie sur une étude qualitative menée dans quatre hôpitaux ainsi qu'à la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR). Les résultats révèlent que le périmètre d'appropriation de l'indicateur dans les établissements est limité mais qu'il a des répercussions sur l'ensemble des équipes, notamment par la modification de la structure du dossier anesthésique. On note aussi des pratiques émergentes comme l'utilisation de l'indicateur dans la négociation de moyens par les services, et au niveau de la SFAR dans le réinvestissement pour la recherche. Cette étude contribue à une meilleure compréhension de la façon dont les professionnels de santé s'emparent des outils de pilotage de la qualité, en créant parfois des usages non prescrits par les concepteurs. Elle apporte également un éclairage sur le rôle des sociétés savantes dans le déploiement des politiques publiques. (résumé d'auteur).

Mason, A., et al. (2012). "How well do diagnosis-related groups for appendectomy explain variations in resource use ? An analysis of patient-level data from 10 european countries." Health Economics **21**(suppl. 2): 30-40.

Nobre, T. (2012). "De la mesure de la performance au pilotage stratégique." Gestions Hospitalieres(520): 563-565.

[BDSP. Notice produite par EHESP CG7R0xsj. Diffusion soumise à autorisation]. Le Balanced Scorecard (BSC), ou tableau de bord prospectif (TBP) a connu un très vif succès parmi les techniques de management et outils de gestion. Développé au début des années 90, il a suscité de nombreux débats, dont le premier concerne la nature même de l'outil. Deux phases principales peuvent être définies : un approfondissement de la mesure de la performance ; une instrumentation du pilotage stratégique.

Street, A., et al. (2012). "How well do diagnosis-related groups explain variations in costs or length of stay among patients and across hospitals ? Methods for analysing routine patient data." Health Economics **21**(suppl. 2): 6-18.

Studer, N. (2012). "Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?" *Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(114)*: 53 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0x9InFI. Diffusion soumise à autorisation]. Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. Notre étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans ce secteur entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.

2011

Cezenave, J. C. (2011). "Performance économique des pôles et contribution à l'ENCC. Deux logiques à réconcilier." *Journal D'economie Medicale* **29**(4): 131-135.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9R0xICC8. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article fait un point sur la recherche de performance au sein des pôles hospitaliers, puis sur les pistes de réconciliation entre les organisations plus performantes des pôles et la contribution fiable de l'ENCC (réforme du fichier structure, unité de charge en soins et les SIIPS, ratio).

Gobillon, L. et Milcent, C. (2011). Innovative procedures: the key factor for hospital performance. *Working Paper ; 2011-42*. Paris Ecole d'Economie de Paris: 14 , tabl.

The role of innovative procedures in the mortality differences between university, non-teaching public and for-profit hospitals is investigated using a French exhaustive administrative dataset on patients admitted for heart attack. Mortality is roughly similar in the three types of hospitals after controlling for case-mix. For-profit hospitals treat the at-risk oldest patients more often with innovative procedures. Therefore, additionally controlling for innovative procedures makes them having the highest mortality rate. Non-teaching public hospitals end up having the lowest mortality rate.

Vergnenegre, A., et al. (2011). "Dossier. La performance." *Gestions Hospitalieres*(502): 15-43.

[BDSP. Notice produite par EHESP Go8nR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Jusqu'où peut aller la recherche de la performance ? La course à l'activité ne sera pas la réponse à l'objectif d'équilibre des comptes hospitaliers. Dans une enveloppe fermée, elle conduit à la baisse des tarifs, à la segmentation et à la multiplication des actes non pertinents. Il peut donc y avoir confusion, ou plutôt opposition, entre la recherche de la performance économique et la quête de la qualité, voire de l'opportunité des soins. Au sommaire du dossier : Tarification à l'activité : jusqu'où peut-on aller ? - Dossier de soins informatisé : stratégies de déploiement - Organisation : optimiser la demande d'imagerie diagnostique - Fonction publique hospitalière : le règlement des frais de déplacement - Dossier patient : une informatisation clinique réussie - Médecine légale : coût des autopsies et des levées de corps.

2010

Gerber, S. L. (2010). "Y a-t-il des marges d'efficience à l'hôpital ?" *Note De Veille (La)*(181): 12 , fig. <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/note-de-veille-n%C2%B0-181-juin-2010-y-t-il-encore-des-marges-d%E2%80%99efficience-l%E2%80%99hopital.html>

Le chef de l'État a fixé à tous les hôpitaux publics un objectif de retour à l'équilibre financier d'ici à 2012. Cette perspective impose une forte contrainte d'efficience aux établissements hospitaliers, en particulier aux grands centres comme ceux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette contrainte sera exacerbée par la nécessité de s'adapter à l'évolution des besoins de santé de la population (vieillesse, augmentation des pathologies chroniques, démographie médicale en baisse). Le plan Hôpital 2012 lancé en 2007 ainsi que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 s'inscrivent déjà dans cette recherche d'efficience accrue. On est fondé à penser qu'ils ne seront pas suffisants au vu des contraintes qui pèsent sur les hôpitaux. Des travaux sur les évolutions françaises passées et des expériences menées à l'étranger dessinent cependant des pistes. La redéfinition du périmètre de l'hôpital et l'évitement des hospitalisations non pertinentes (développement des alternatives à l'hospitalisation, du secteur médicosocial, meilleure régulation des urgences) ainsi qu'une conduite raisonnée des recompositions hospitalières permettraient de conjuguer qualité des soins et économies. Ces éléments mériteraient d'être confortés par des études et données complémentaires. Sur le plan organisationnel, même s'il est encore tôt pour identifier l'impact des réformes récemment engagées sur l'efficience, on pourrait : déterminer le mode de développement souhaité pour la chirurgie ambulatoire ; améliorer la permanence des soins (par exemple en encourageant la pratique de l'exercice regroupé des professionnels de santé) afin de désengorger les urgences hospitalières ; mettre en place des outils de pilotage des recompositions hospitalières ; conditionner la conduite des fusions hospitalières à l'existence d'un projet médical fort et explicite ; préciser les conditions de coordinations entre les ARS et les Conseils généraux dans le domaine médicosocial ; encourager le développement à l'hôpital de modes d'organisation accueillants pour les personnes âgées.

Grand, A., et al. (2010). *Régionalisation & performance du système de santé*, Paris : John Libbey Eurotext
http://books.google.fr/books/about/R%C3%A9gionalisation_et_Performance_du_Syst.html?id=Ea6hWsOLYu8C&redir_esc=y

Cet ouvrage rassemble les communications données aux 11 e journées d'économie de la santé sur le thème de la régionalisation et de la performance du système de santé. Ces communications se rassemblent autour de trois axes la promotion de la santé en région, l'organisation des soins en région, les outils régionaux de régulation. Sur le premier axe, Alain Grand expose son point de vue sur les objectifs de santé à fixer au sein des Agences régionales de santé. Dominique Surles s'est appuyée sur son expérience pour décrire les moyens d'action et de mobilisation des usagers afin de peser sur les orientations de politique de santé au niveau régional. Enfin, Sylvie Mansion a présenté les outils dont sa région peut disposer pour mener ces politiques de santé publique. Sur le deuxième axe, Michel Combier a développé les nombreuses attentes des médecins. Pour Alain Corvez, l'inscription dans la durée est extrêmement importante. Pierre-Jean Lancry a présenté son expérience sur le terrain en évoquant les responsabilités d'un directeur d'ARS, les moyens dont il dispose et sa priorité : la permanence des soins. Sur le dernier axe, Gérard de Pouvourville est intervenu sur les aspects internationaux en s'appuyant sur l'exemple du Royaume-Uni. Pierre-Louis Bras a montré les nouvelles conditions de la régulation pour l'hôpital. Enfin, Jean-Marc Aubert s'est attaché à montrer comment s'articule précisément la transmission et la répartition des rôles entraînées par la création des ARS et a montré que les ARS ne seront pas juste un moyen de rapprocher la ville de l'hôpital, mais aussi un moyen progressif de

rapprocher les logiques de planification et de régulation.

2009

Amalric, F., et al. (2009). Hospitalisations évitables et soins primaires. Paris IMS Health: 32 , tabl.
<http://www.leem.org/sites/default/files/1431.pdf>

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer la qualité des soins ambulatoires en France en comparaison à celle au Royaume-Uni au travers des « hospitalisations évitables ». La comparaison avec le Royaume-Uni est pertinente du fait que les deux pays sont comparables en termes de niveaux économiques et d'offre de soins, et en même temps différent en termes d'organisation des soins. Dans un deuxième temps, cette étude a essayé de comprendre l'origine des différences observées, et pour ce faire, a comparé la prise en charge de patients atteints de pathologies à hospitalisation évitable au travers d'une étude rétrospective longitudinale. Cette étude apporte plusieurs éléments nouveaux au débat actuel sur l'organisation des soins en France. Premièrement, elle souligne la qualité des soins ambulatoires en France par rapport à son voisin outre-manche. La différence entre les deux pays en termes hospitalisations évitables est significative, et apparaît même importante lorsque sont prises en compte les différences de prévalence de plusieurs pathologies. L'étude de prise en charge des patients suggère que cette différence provient d'un accès plus facile et rapide des malades à leurs médecins en France qu'au Royaume-Uni, soulignant ainsi les problèmes des longs délais d'attente Outre-Manche.

2008

Contandriopoulos, A. P., et al. (2008). "Le privé concilie mieux que le public performance économique et qualité" : Tables rondes sur les idées reçues." *Sante Societe Et Solidarite : Revue De L'observatoire Franco-Quebecois*(2/2007): 43-57, 43 fig.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/issue/oss_1634-8176_2007_num_6_2

Les tables rondes permettent d'analyser une idée reçue sous ses différentes manifestations et de débattre de ses fondements. Les intervenants de cette table ronde ont commenté les aspects particuliers des trois idées reçues : Le secteur privé, soumis à la double pression de ses investisseurs et de sa "clientèle" est obligé de présenter des résultats sur les deux plans ; La concurrence est nécessaire pour améliorer la qualité ; Le privé provoque des inégalités d'accès et une médecine "à deux vitesses".

De, Chambine., S., et al. (2008). "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière." *Gestions Hospitalieres*(479): 585-593, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xBB9oq. Diffusion soumise à autorisation]. L'Assistance publique-Hôpitaux (AP-HP) de Paris organise régulièrement pour ses cadres des conférences intitulées "Rencontres du management". Celle du 21 février 2008 portait sur les indicateurs de mesure de la performance hospitalière. Pour en rendre compte, ce cahier n°216 prend en considération tous les aspects de la performance hospitalière, attachant une attention particulière mais non exclusive à la performance médicale. Certes, la réflexion sur l'évaluation qualitative et quantitative des acteurs de santé a toujours été menée mais l'effort accompli ces dernières années est notable, même s'il est parfois dispersé entre les grands acteurs nationaux (HAS, Dhos, Drees, CHU notamment). Il est important de se poser la question sur l'utilisation de ces indicateurs par les financeurs et l'opinion publique, dans un

contexte de plus en plus exigeant et concurrentiel, en prenant garde que l'activité ne finisse pas pour autant par être organisée en fonction des indicateurs mis en place. Reste à savoir si l'utilisateur n'est pas principalement la collectivité hospitalière dans une optique de comparaisons et de reporting internes ? Plus précisément, au sommaire de ce cahier n°216 : Performance médicale et outils de mesure ; Opinion des usagers. L'enquête de satisfaction Saphora ; Perception des services publics. Le baromètre de l'institut Paul-Delouvrier/BVA ; Palmarès des hôpitaux. L'enquête annuelle du Point ; Les indicateurs de performance. Utilisation au CHU Saint-Antoine ; Performance et pôles.

Lombrail, P., et al. (2008). Performance du système hospitalier. Traité de santé publique., Paris : Médecine Sciences Flammarion: 51-58.

Polton, D., et al. (2008). "Classements d'établissements : pour quoi faire et comment ? résumé des discussions." Sante Societe Et Solidarite : Revue De L'observatoire Franco-Quebecois(2/2007): 83-85.

Ritter, P. (2008). Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Paris Ministère de la santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.: 46.

Par lettre du 30 juillet 2008, la ministre a confié une mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui de la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Le présent rapport est issu de la consultation des différents acteurs concernés : plus de 50 entretiens menés, discussion du projet au sein du comité de pilotage de la mission. Le rapport présente : un projet stratégique pour l'agence , une proposition d'organisation , des recommandations pour sa mise en place.

2007

(2007). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007. Paris HCAAM: 144 , tabl.

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements très élevés montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le

Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficience. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

2006

Duclos, A., et al. (2006). "Du PMSI à la gestion des pôles : une analyse critique sur l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS)." Journal D'economie Medicale **24**(2): 71-82, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA Hq8YR0x1. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Démontrer la nécessité de valider une approche comparative sur l'IP-DMS, avant d'utiliser cet indicateur pour fixer des objectifs de performance contractualisés aux pôles d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Méthode : Nous avons suivi une séquence d'approche simple comprenant trois étapes : 1-Identification d'un GHM traceur (GHM 04M13Z - oedème pulmonaire et détresse respiratoire), 2-Estimation du nombre de journées théoriquement puis réellement perdues sur ce GHM pour l'année 2004,3-Caractérisation de ses principales filières de prises en charge. A partir des informations extraites de la base PMSI de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et des statistiques par GHM de la base PMSI nationale, nous avons effectué des comparaisons sur une batterie de variables médico-économiques (résumé d'auteur).

2005

HAS (2005). La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Etudes et Rapports. Saint Denis HAS: 69.

[BDSP. Notice produite par HAS R0x8AsBk. Diffusion soumise à autorisation]. La revue des expériences étrangères de diffusion publique d'indicateurs et de résultats sur la qualité des prestations de soins fait apparaître la diversité des objectifs poursuivis, souvent peu ou mal explicités (démocratie sanitaire, amélioration de la qualité et de l'efficience, repérage des "déviant"). La littérature scientifique ne permet pas de conclure à un impact de la diffusion publique sur les comportements des usagers, qui ont tendance à recourir à d'autres sources d'information pour s'orienter dans le système. En revanche plusieurs études, essentiellement américaines permettent de penser que la diffusion publique d'indicateurs et de résultats sur la qualité des prestations de soins a un impact positif mais modeste sur les comportements des professionnels de santé et la mise en place d'améliorations. Certaines études pointent les risques d'effets adverses : sélection des patients les plus légers et éviction des plus lourds, crainte de la perte de confiance des patients, apparition de comportements déviants. D'une manière générale, la littérature met en évidence la difficulté à mesurer l'efficacité finale (problèmes de fiabilité et d'imputation des résultats observés).

Leleu, H. et Dervaux, B. (2005). "Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité." Dossiers Solidarite Et Sante(3): 49-66.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.

Leteutre, H. et Mallea, P. (2005). Performance et gouvernance hospitalières, Paris : Berger Levrault

Depuis la loi hospitalière de 1970 et parallèlement à une augmentation continue des dépenses de santé, la réglementation hospitalière a connu une croissance exponentielle. Dans un contexte de restrictions budgétaires sévères et de "juridicisation" accrue de son exercice, l'hôpital se trouve contraint de s'interroger sur sa performance et sur ses modes de gouvernance s'il veut optimiser ses prestations et améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur avec les moyens financiers et humains dont il dispose. C'est au moment précis où ces exigences d'efficacité hospitalière se font pressantes qu'Hervé Leteutre et Patrick Malléa proposent, à partir des deux concepts émergents de performance et de gouvernance, un modèle d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital qui respecte la diversité de ses structures tout en offrant une méthode et des outils de management. À travers la présentation d'un modèle conceptuel, cet ouvrage vous donne des outils pratiques afin que vous puissiez maîtriser l'ensemble des processus d'optimisation des prestations hospitalières. Il est indispensable à ceux qui, soucieux de comprendre le management de l'hôpital, souhaitent participer à l'amélioration de son fonctionnement. L'ouvrage est à jour de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Minvielle, E. (2005). "Classement des hôpitaux : jusqu'où ?" Revue Hospitalière De France(505): 34-38.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBvRSo. Diffusion soumise à autorisation]. Le classement des hôpitaux est un sujet sensible et complexe. Sensible car il renvoie à des débats de société souvent médiatisés dans lesquels professionnels, politiques, citoyens/usagers/patients expriment des attentes différentes. Complexe car la notion de classement est elle-même ambiguë : doit-on y voir un rangement du premier au dernier ou des catégories distinguant des "bons" et des "mauvais" ? Doit-on classer l'hôpital dans son ensemble ou distinguer des thèmes spécifiques ? En outre, l'objectif poursuivi n'est pas univoque. Il est fréquent d'associer le classement à une diffusion publique de l'information. Mais un classement peut aussi s'inscrire dans des démarches où seul l'établissement connaît son positionnement. Dans le cas d'une diffusion publique de l'information, il est habituel d'y associer une vertu de transparence. Mais n'y a-t-il pas d'autres effets de cette diffusion publique ?

2004

Baubeau, D. et Pereira, C. (2004). "Mesure de la performance dans le domaine de la santé." Dossiers Solidarité Et Santé(3): 47-56, 43 tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Pourquoi et comment mesurer la performance dans le domaine de la santé ? Si cette

question du " pourquoi de la mesure " s'avère évidente car légitime, il est plus difficile de donner une seule et unique réponse à la question ; " comment la mesurer " ? En effet, il s'agit là d'une entreprise difficile qui fait écho à la complexité des déterminants de santé, à la multiplication des intervenants ainsi qu'à la nécessité de procéder par comparaison. Quel est le champ considéré ? Parle-t-on du système de santé avec l'ensemble de ses composantes, du seul système de soins ou encore du système hospitalier ? Cette étude met en évidence cette difficulté en présentant à la fois des travaux de l'OMS qui aboutissent à des indicateurs de performances " globales " permettant un classement des systèmes de santé par pays, mais également des programmes menés au niveau européen (projet " ECHI " [European Community Health Indicators] ou Euroreves) et les travaux menés par la Drees sur la performance des établissements de soins (résumé d'auteur).

Bounekkar, A. et Lamure, M. (2004). "Indicateurs de performances dans les établissements hospitaliers." Journal D'economie Medicale **22**(7-8): 393-402, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA gehcR0xt. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail rentre dans le cadre d'un projet régional concernant l'aide à la décision pour le regroupement, la mutualisation et le pilotage de plateaux médico-techniques. Nous avons donc défini et mis en place des indicateurs de performances, en collaboration avec les médecins des établissements concernés. Les salles de chirurgie sont au centre du plateau médico-technique, tel qu'il est défini dans le cadre de ce travail. Les salles d'opération ne sont pas utilisées en continu en raison de plusieurs facteurs. Nous avons mis au point des indicateurs de "fragmentation" du temps relatifs au temps de débordement, de non-utilisation, de perte, etc. (résumé d'auteur).

2001

Ghadi, V. et Naiditch, M. (2001). "L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. Revue bibliographique." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(13): 25, ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par ORSRA OslkR0xw. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude s'intéresse à la diffusion auprès du grand public de données d'évaluation de la qualité des soins. Cette démarche, encore peu courante en France, existe depuis plus de 15 ans aux Etats-Unis et dans d'autres pays. L'objectif de ce rapport est, à partir d'une analyse bibliographique, d'identifier les différents arguments développés par ceux qui militent en faveur de cette démarche, de décrire les principales expériences de diffusion publique d'information sur le système de soins, d'évaluer l'impact de ce type de publication sur les professionnels, sur les consommateurs mais aussi l'usage qui en a été fait par les financeurs et les régulateurs.

Lombrail, P. (2001). "Lien entre hits-parades, indicateurs de performances et qualité." Actualite Et Dossier En Sante Publique(35): 68-70.

[BDSP. Notice produite par ENSP 3I7ER0xL. Diffusion soumise à autorisation]. Les classements des hôpitaux présentés dans la presse sont basés sur des critères incomplets et controversés. La qualité des établissements repose en grande partie sur l'organisation du travail et la capacité d'adaptation.

Lombrail, P., et al. (2001). "Qu'appelle-t-on performances hospitalières ?" Dossiers Solidarite Et

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Sante(2): 13-19, 11 graph., 12 enc.

Mais "Qu'appelle-t-on performances hospitalières ?". Cet article en détaille les divers champs et en propose une approche pragmatique selon trois directions : l'atteinte des buts, l'utilisation optimale des moyens et la capacité d'adaptation aux changements.

Minvielle, E. et Grenier Sennelier, C. (2001). "Une mesure régulière de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades est-elle possible ?" Journal D'economie Medicale **19**(3): 131-146, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA Qs2R0xDK. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un premier temps, nous rappelons le caractère forcément multidimensionnel de la "performance hospitalière en matière de qualité du service rendu". Nous dressons également le constat du caractère embryonnaire des travaux menés en France sur le sujet en regard des pays anglo-saxons. Nous restituons ensuite les premiers enseignements d'une recherche engagée dans le domaine en collaboration avec l'Union Hospitalière Privée. Nous y identifions trois écueils à surmonter : des dimensions de la qualité qui ne renvoient à aucun indicateur opérationnel, des indicateurs pour lesquels les moyens nécessaires à une utilisation routinière sont absents, et des indicateurs développés empiriquement, mais sans précaution méthodologique. (R.A.).

2000

Borella, L. (2000). "Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? Intérêts et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière." Gestions Hospitalieres(395): 287-295, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP SNSBR0xZ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le secteur de la santé, la recherche de systèmes de mesure de l'activité médicale et soignante, à l'hôpital comme en ville, et surtout des coûts générés par cette activité, est un exercice difficile. Cette difficulté tient d'abord à la très grande spécificité des prises en charge qui dépendent autant de la pathologie du patient, objective, que de l'état général de celui-ci, de sa capacité à accepter un traitement, voire de son environnement familial. Cela génère autant de solutions individuelles différentes.

1999

Beye, S. (1999). L'économie et la santé dans une perspective managériale, Paris : Editions l'Harmattan

Ce manuel sur l'économie de la santé appliquée au système de soins français est destiné à un public appelé après une formation initiale ou complémentaire à prendre part de façon directe ou indirecte au jeu des acteurs opérationnels et/ou décisionnels dans le champ de la protection sociale de la santé. Il s'attache principalement à familiariser le public cible avec la culture sinon la philosophie sous-jacente à la question de la production et de la distribution inhérente à la résolution des besoins sociaux, et d'autre part avec les outils d'aide à la décision indispensables dans un contexte critique de régénération des ressources financières dans le secteur sanitaire. Les connaissances sont réparties en dix chapitres : - l'économie : une forme de science ; - la progression pédagogique de la pensée économique ; - le système de santé français, genèse et fondements théoriques ; - la santé entre nécessité et obligation ; - la santé dans la perspective du « sanitaire et social » ; - l'économie de la santé en question

dans une perspective disciplinaire ; - la demande ; - l'analyse économique de la qualité des soins ; - l'accréditation ; - l'évaluation médico-économique des dépenses de santé.

Lombrail, P., et al. (1999). "Les éléments de la "performance" hospitalière. Les conditions d'une comparaison." *Etudes Et Resultats*(42): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les indicateurs souvent utilisés pour mesurer et comparer la qualité des soins dispensés par les hôpitaux (volume d'activité, mortalité hospitalière, attractivité de l'établissement, durée moyenne de séjour, taux de césariennes et d'infections nosocomiales) font ici l'objet d'une analyse critique. Cette analyse de leurs conditions d'utilisation et de leur validité est issue des travaux d'un groupe d'experts et de scientifiques. Elle met en évidence le caractère pluridimensionnel des notions de qualité et de performance hospitalières, ainsi que la nécessité de les mettre en perspective avec les missions et l'environnement propres aux différents types d'établissements. La recherche de meilleurs indicateurs et de modes de comparaison adaptés passe alors par une forte implication des professionnels. La démarche statistique consisterait, dans ce cadre, à envisager un ensemble large et pluriel d'indicateurs pour des établissements "homogènes" en termes d'activité, de contraintes et d'environnement.

Naiditch, M., et al. (1999). "Faut-il classer les hôpitaux ?" *Recherche (La)*(324): 64-78.

Un groupe de chercheurs travaillant dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins reprend les termes du débat sur le classement des hôpitaux. Ce dossier aborde cette pratique, ancienne de plus de dix ans aux Etats-Unis. Bien que le contexte social et politique y soit différent, les auteurs tirent des leçons de l'expérience américaine, et notamment d'un projet mené à New York pour l'amélioration de la qualité générale des soins. Les auteurs s'intéressent également à la méthode utilisée par le journal « Sciences et Avenir » en 1997 et 1998 pour élaborer un classement des hôpitaux et mettent en lumière la faiblesse des indicateurs utilisés à cet effet, tout en reconnaissant les limites d'exploitation du seul fichier disponible, celui du PMSI. Pour conclure, les auteurs affirment que l'activité médicale n'est pas réductible à des indicateurs de performance. L'heure n'est plus au fonctionnement cloisonné, mais aux réseaux, à la coopération entre praticiens à la ville et à l'hôpital, au partage de l'information entre tutelles, professionnels et usagers.

1998

(1998). Mesure de l'efficacité des hôpitaux et recherche de ses déterminants. Paris MIRE: 126, tabl.

Ce rapport s'inscrit dans l'appel d'offres MIRE « la rationalité économique des acteurs publics et privés », et plus spécifiquement, au sein de ce thème, dans la problématique « définition et mesure de la productivité des services de soins ». Il propose certains développements méthodologiques relatifs à l'estimation de frontières de production à l'aide de techniques d'enveloppement des données ainsi que deux applications empiriques à partir de bases de données complémentaires : une enquête réalisée par l'Echelon Régional du Service Médical près la CRAM Nord-Pas-de-Calais/Picardie sur les services de médecine générale et de spécialités médicales d'hôpitaux de la région et une enquête nationale, menée par l'Assurance maladie, sur l'activité chirurgicale des secteurs opératoires.

Nicolas, G. et Duret, M. (1998). Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, réanimation, gynécologie, obstétrique, psychiatrie et radiologie. Paris MSSPS:

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

51 , tabl., ann.

La démographie médicale se caractérise en France par une forte augmentation des effectifs du milieu des années 1970 à la fin des années 1980. La croissance globale des effectifs va se poursuivre jusqu'aux années 2008/2010. Cette situation n'est cependant pas exempte de fortes disparités : disparités géographiques entre les régions, disparités entre activité libérale et hospitalière, disparités entre les différentes spécialités médicales. Ces disparités, si elles se maintenaient, pourraient devenir source de tension importante dans les disciplines considérées moins attractives, avec l'augmentation du nombre de départs à la retraite. Pour le présent rapport, l'étude a uniquement porté sur les quatre spécialités faisant parti de la mission relative aux quatre disciplines pour lesquelles existent aujourd'hui des insuffisances d'effectifs dans les hôpitaux publics : anesthésie, obstétrique, radiologie, psychiatrie. Les problèmes qui ont été perçus lors de l'étude : vieillissement de la population, inadéquation de la répartition géographique des médecins, féminisation et vieillissement du corps médical, plaident pour une amélioration de la connaissance des besoins de santé de la population et donc de l'élaboration d'un instrument d'évaluation de ces besoins au niveau régional. La méthodologie utilisée pourra être appliquée à l'étude démographique d'autres spécialités.

1997

Sauze, L., et al. (1997). "Analyse de l'activité hospitalière : production/performance des indicateurs dérivés du PMSI." Journal D'economie Medicale **15**(7-8): 517-527, rés., tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA iG1XR0xT. Diffusion soumise à autorisation]. En complément de la description de la production médicale fournie par le PMSI, nous proposons ici des indicateurs de performance basés sur la combinaison des trois variables disponibles représentées par : le nombre de séjours, leur durée et la lourdeur des cas traités. Les mesures s'effectuent à partir des références qui peuvent être nationales, locorégionales ou internes aux établissements. La coopération des différents acteurs du système est indispensable à l'interprétation fine de ces indicateurs.

PERTINENCE ET QUALITE DES SOINS

A consulter :

- [Site du ministère de la santé](#)
Fiche sur les indicateurs de qualité des soins
- [Site de la Drees](#)
Parcours et qualité des soins
- Les synthèses documentaires de l'Irdes
 - [Les indicateurs de qualité des soins en France et à l'étranger](#)
 - [La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations](#)
 - [Les outils de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger](#)
- Le dossier documentaire de l'Ehesp
 - [Sécurité des soins en établissement sanitaire et médico-social, 2023](#)
 - [Développement durable et RSE en établissement sanitaire et médicosocial, 2023](#)

- Site de l'ATIH
 - [Résultats Ifaq](#)

2023

(2023). "Établissements et services sociaux et médico-sociaux : un nouveau dispositif d'évaluation de la qualité." *Revue Prescrire* **43**(473): 222-225.

En France, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Essms) délivrent des prestations à diverses catégories de personnes, à domicile ou en établissement : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, enfants protégés, personnes en situation de grande précarité, etc. Depuis 2019, la Haute autorité de santé (HAS) est chargée d'organiser la procédure d'évaluation de la qualité des prestations et services de ces établissements. Le nouveau dispositif d'évaluation a été publié en mars 2022, avec une procédure unique pour tous ces établissements. Ce dispositif s'inspire de celui de la certification des établissements de santé, avec la mise à disposition d'un référentiel national accompagné d'un manuel d'évaluation de la qualité. Le référentiel comporte 18 critères "impératifs", dont le respect de la dignité et de l'intimité de la personne ; la prévention de la maltraitance ; la gestion des plaintes et réclamations ; la liberté d'aller et de venir de la personne. Ce dispositif est présenté comme un levier destiné à faire progresser ces établissements dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cela dépendra pour beaucoup des moyens supplémentaires qui leur seraient donnés. Un recul suffisant sera nécessaire pour mesurer la réelle portée de ce dispositif dont les exigences sont fortes, dans un contexte de manque de personnel et de dysfonctionnements graves révélés dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Daniau, C., Paumier, A., Blanchard, H., et al. (2023). Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé. *Saint-Maurice : Santé publique France*: 25p.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/enquetes-etudes/principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-s>

Comme lors des enquêtes antérieures, l'enquête nationale de prévalence (ENP) 2022 a pour objectif de mesurer et de décrire la prévalence nationale des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. Avec 1 155 établissements de santé participants (taux de participation de 42,5 %), 151 676 patients ont été inclus dans l'ENP 2022. La prévalence des patients infectés en 2022 (5,71 % IC95 % [5,45-5,99]) a augmenté par rapport celle mesurée en 2017 (4,98 % IC95 % [4,62-5,36]). Cette augmentation est notamment liée à la prise en compte des cas de COVID-19 nosocomiaux dans l'ENP 2022 qui représentaient la moitié de l'augmentation de la prévalence des patients infectés entre 2017 et 2022. Après exclusion des COVID-19 nosocomiaux, la prévalence des patients infectés en 2022 augmentait toujours (+7,5 %) mais de manière non significative par rapport à celle estimée en 2017. Globalement, l'augmentation de la prévalence des patients infectés s'observait à la fois chez les patients présentant au moins un facteur de risque d'infection (être âgé de 65 ans et plus, avoir eu une intervention chirurgicale depuis l'admission, avoir une affection engageant le pronostic vital à 1 ou 5 ans, être immunodéprimé, avoir une affection maligne) et chez les patients ne présentant pas de facteur de risque d'infection. La prévalence des patients traités par antibiotique (ATB) à usage systémique en 2022 (16,24 % IC95 % [15,66-16,84]) a augmenté par rapport à 2017 (15,12 % IC95 % [14,22-16,06]). Ce

constat est observé dans toutes les catégories d'âge, de sexe ou relatives à l'état de santé du patient. Ces résultats incitent à poursuivre les actions de prévention des infections associées aux soins en les ciblant sur les infections les plus fréquentes (infections urinaires, pneumonies, infections du site opératoire, bactériémies) ainsi qu'à renforcer les actions pour le bon usage des antibiotiques.

2022

(2022). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis HAS: 121.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

Ce rapport présente les déterminants transversaux de la qualité et de la sécurité des soins en quatre familles : les ressources matérielles, les ressources humaines, l'organisation des équipes de soins et la coopération des équipes de soins. Pour chaque famille, des déterminants principaux ont été identifiés à partir d'une recherche bibliographique et des expériences nationales et internationales.

Michel, P., Quenon, J. L., Daucourt, V., et al. (2022). "Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3)? : quelle évolution dix ans après."

Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)(13): 229-236.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_2.html

L'étude Eneis 3 visait à suivre l'évolution de l'incidence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins dans les établissements de santé entre 2009 et 2019. Conformément aux études antérieures, l'objectif principal de l'enquête visait à estimer l'incidence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins de deux types : ceux qui causent les hospitalisations et ceux qui sont identifiés pendant l'hospitalisation. Les objectifs associés étaient de définir la gravité et la part évitable de ces événements, de décrire les causes immédiates et les facteurs contributifs. En 2019, nous avons de plus mesuré la proportion des événements indésirables graves déclarés à l'Agence régionale de santé (ARS) par l'établissement de santé parmi les événements identifiés lors de l'enquête.

Penneau, A. (2022). Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des séniors. Paris Université Paris Dauphine. **Doctorat en sciences économiques ; PSL University: 185**, tab., graph., fig.

Cette thèse examine le lien entre l'offre et le financement des soins médico-sociaux avec l'efficacité du système de santé pour les séniors en France, en mobilisant des données et méthodes économétriques originales. Elle montre qu'il existe de fortes inégalités d'accessibilité à l'offre et aux financements médico-sociaux en fonction des territoires et que ces inégalités sont directement liées aux dépenses médicales des personnes atteintes de démence. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les soins réalisés par une équipe mobile hospitalière améliorent la qualité des soins en réduisant les transferts hospitaliers et en développant les soins palliatifs sans augmenter les coûts. Enfin, les prix d'hébergement en Ehpad sont peu liés aux indicateurs de qualité des soins. Ces résultats montrent la forte interdépendance entre le secteur médico-social et sanitaire, le besoin d'améliorer l'adéquation des financements ainsi que la mesure de la qualité.

2021

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., et al. (2021). "A Conceptual Framework to Develop a Patient-Reported Experience Measure of the Quality of Mental Health Care: a Qualitative Study of the PREMIUM Project in France." *Journal of Market Access & Health Policy* 9(1): 1-15.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20016689.2021.1885789>

The objective of this study was to develop a conceptual framework to define a domain map describing the experience of patients with severe mental illnesses (SMIs) on the quality of mental health care.

HAS (2022). Pratiques en psychiatrie - Périmètre « ambulatoire en CMP" : Rapport des résultats des mesures volontaires de la qualité proposées en 2021 : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Paris HAS: 24.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3299865/fr/dossier-patient-en-sante-mentale-pour-adulte-perimetre-hospitalisation-a-temps-plein

En 2019, la Haute Autorité de santé a validé de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale, à partir du dossier patient, relatifs à la prise en charge somatique pour le périmètre « ambulatoire en CMP ». Ces indicateurs portent sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, les évaluations cardio-vasculaire et gastro-intestinale, l'évaluation et la prise en charge des addictions et la qualité de la lettre de liaison à la sortie. En 2021, les indicateurs ont été recueillis de façon volontaire, pour la première fois. Ce rapport présente les résultats de cette première campagne.

Jusot, F., Wittwer, J., Dormont, B., et al. (2021). Accroître la qualité des soins et la coordination des acteurs. In : Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ?

Or, Z., Rochaix, L., Sirven, N., et al. (2021). Quelles politiques de santé pour améliorer la qualité des soins ? Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Paris : Éditions Eska: 223-251.

Ce chapitre offre une analyse économique de la qualité des soins, portant majoritairement sur le cas français et avec une mise en perspective internationale. Le but est de clarifier la définition de la qualité, sa relation directe avec la performance du système de santé et d'analyser les principaux leviers pour l'améliorer. La connaissance des développements importants en matière de définition et de mesure de la qualité doit en effet permettre d'adopter une vision plus englobante et plus pertinente de la qualité, perçue comme une variable stratégique d'ajustement par les producteurs, qui doit être rigoureusement encadrée, voire régulée. Ces éléments sont développés successivement dans ce chapitre autour des questions de définition et de mesure de la qualité puis des politiques visant son amélioration (résumé d'auteur).

Or, Z., Toure, M. et Rococo, E. (2021). Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France. Document de travail Irdes ; 85. Paris Irdes: 27.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/085-impact-de-la-concurrence-sur-la-qualite-des-soins-hospitaliers-exemple-de-la-chirurgie-du-cancer-du-sein-en-france.pdf>

Les conséquences de la concurrence entre les hôpitaux sur la qualité des soins font débat. D'une part, la théorie économique suggère que lorsque les prix sont réglementés, la qualité des soins augmente dans les marchés compétitifs. A l'inverse, les économies d'échelle et l'existence d'une relation positive entre le volume d'activité et la qualité des soins plaident en faveur de la concentration de l'offre de soins hospitaliers. En utilisant des données individuelles du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur deux années (2005 et 2012), nous suivons l'évolution de la concurrence entre les hôpitaux pratiquant la chirurgie du cancer du sein en France. Nous utilisons la pratique de deux techniques chirurgicales innovantes comme une mesure de la qualité des soins : la Reconstruction mammaire immédiate (RMI) après une mastectomie et la technique du Ganglion sentinelle (GS)... (résumé d'auteur).

2020

(2020). Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Saint-Denis HAS: 90.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf

Publié pour la troisième année consécutive, ce rapport présente le retour d'expérience de la Haute Autorité de santé sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Il s'appuie sur les 2.007 EIGS déclarés par les professionnels de santé entre 2017 et 2019, dont 1.187 en 2019.

Bertillot, H. (2020). "Expertise, indicateurs de qualité et rationalisation de l'hôpital : le pouvoir discret de la « nébuleuse intégratrice »." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 425-441.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-425.htm>

Dans l'ombre du déploiement d'instruments inspirés des logiques du New Public Management, des indicateurs conçus pour évaluer la qualité hospitalière se sont généralisés depuis une quinzaine d'années. Cet article est centré sur le travail de légitimation de ces indicateurs par divers experts : chercheurs en gestion, experts au sein des fédérations hospitalières, de sociétés savantes médicales ou d'organismes régionaux d'évaluation. Situés à l'interface de l'administration hospitalière et des mondes hospitaliers locaux, ces experts constituent une nébuleuse interconnectée d'acteurs multi-positionnés, qui a contribué activement à l'intégration institutionnelle du secteur.

Bertillot, H. (2020). "Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification." *Revue Française de Socio-Économie Hors-série*(en lutte): 149-170.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2020-en-lutte-page-149.htm>

Depuis le début des années 2000, les pouvoirs publics français déploient des instruments d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé. En procédant à la déconstruction sociotechnique des « indicateurs de qualité », cet article analyse une discrète entreprise de quantification. Mesurant des dimensions peu conflictuelles de la qualité, nourris de savoirs pluriels, équivoques dans leurs usages, les indicateurs de qualité sont suffisamment doux pour ne pas brusquer les professionnels, tout en étant suffisamment robustes pour instiller

discipline et auditable. Au nom de la qualité, cette technologie de gouvernement est ainsi équipée pour rationaliser l'hôpital en douceur.

Lescher Cluzel, M. (2020). "La diffusion de l'information sur la qualité des hôpitaux en France." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 4(4): 253-274.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-253.htm>

En France, la politique publique du marché des soins ambitionne de transformer le système actuel en un système optimisant la qualité à coûts constants. Parmi les différentes mesures mises en place afin d'améliorer la qualité globale sur le marché des soins, la principale concerne la diffusion de l'information sur la qualité qui devrait favoriser la mise en concurrence des hôpitaux. La relation patient-hôpital est replacée dans le cadre de la théorie de l'agence afin d'analyser les canaux de l'offre et de la demande par lesquels doit s'opérer cette amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail est d'analyser les récentes politiques publiques à travers leurs effets théoriques et empiriques potentiels. L'efficacité de la diffusion dépend avant tout de l'utilisation par les patients des indicateurs mis à leur disposition. La littérature montre des effets contrastés: si les patients ne sont pas de véritables aiguillons du système, la pression de la demande pourrait cependant au moins s'exercer par le canal de la réputation et ainsi induire une évolution de la qualité des soins des hôpitaux de moins bonne qualité, tandis que les meilleurs d'entre eux pourraient être incités à favoriser leur « effet d'image » seulement. Afin d'inciter les hôpitaux à améliorer la qualité des soins, l'incitation financière à la qualité (IFAQ) a donc été introduite par les autorités françaises, comme support de la précédente réforme et pourrait, selon la littérature, avoir un impact positif sur l'amélioration de la qualité. JEL codes : H11, H30, I12.

Moison, J.-C. (2020). "Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire." Journal De Gestion Et D'economie De La Sante 4(4): 275-287.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-275.htm>

En France les incitations à l'amélioration de la qualité des soins dans les organisations de santé s'appuient majoritairement sur les écarts aux processus attendus, malgré de nombreuses critiques. Le modèle de gestion instrumental utilisé peut en effet être trop éloigné des pratiques concrètes des unités de soins. Un modèle alternatif, le modèle culturel de la sécurité, mettant davantage l'accent sur les dimensions informelles et relationnelles, s'est développé notamment à partir de recherches sur les HROs (High Reliability Organizations) et est maintenant fortement promu par beaucoup de responsables du système de santé, mais reste peu appliqué dans les faits. Une comparaison avec le secteur nucléaire montre qu'il en est de même dans ce dernier, ce qui peut paraître paradoxal, car les installations nucléaires sont considérées comme des HROs. En fait, dans un cas comme dans l'autre la validité et l'usage du modèle culturel posent problème. L'article plaide pour la mise en place de dispositifs d'apprentissage plus modestes et plus réalistes sur la gestion locale de la qualité des soins.

Or, Z., Rococo, E., Toure, M., et al. (2020). "Impact of Competition Versus Centralisation of Hospital Care on Process Quality: A Multilevel Analysis of Breast Cancer Surgery in France." International Journal of Health Policy and Management(En ligne): 1-11.

https://www.ijhpm.com/article_3920_1dbd25cafadff17218ba347302112577.pdf

The implications of competition among hospitals on care quality have been the subject of considerable debate. On one hand, economic theory suggests that when prices are regulated, quality will be increased in competitive markets. On the other hand, hospital

mergers have been justified by the need to exploit cost advantages, and by evidence that hospital volume and care quality are related.

Sanchez, M. A. (2020). "Impact de la durée moyenne de séjour sur les réadmissions, analyse préliminaire des pratiques dans le cadre des expérimentations article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale, projet Épisode de soins." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **68**: S16. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762020300420>

Introduction La mise en place des paiements au parcours de type épisode de soins (EDS), dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 est susceptible d'impacter la qualité des soins, et notamment le taux de réadmissions des établissements de santé. L'objectif est d'étudier le lien entre durée moyenne séjour (DMS) et réadmissions permettant d'estimer l'impact sur le coût global du parcours. Méthodes Une étude observationnelle a été réalisée à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) sur la période de 2014–2016 ayant servi à la définition des parcours et au calcul des forfaits par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Nos analyses portent sur l'ensemble des séjours composant le parcours EDS colectomie. L'analyse comporte deux volets. Le premier représente la relation entre la DMS et le taux de réadmission, à l'aide d'une régression segmentée. Le second permet de calculer le ratio coût marginal du séjour de réadmission sur coût marginal du séjour inaugural. Résultats La durée moyenne de séjour était de 12,5 jours (valeurs comprises entre 0 et 321 jours). Nous traduisons l'effet d'une journée d'hospitalisation supplémentaire lors du séjour inaugural, sur la diminution de la probabilité de réadmission et sur le coût total du parcours. L'effet compensatoire varie de 8,15 % dans la base complète à 12,29 % dans le sous-échantillon. Pour des durées de séjours très courtes (entre 1 et 5 jours), l'effet est majoré, allant de 7,7 à 30,5 %. Discussion/Conclusion Ce travail s'inscrit dans l'évaluation des modes de tarification innovants des expérimentations EDS. Il donne un éclairage de l'impact de la DMS sur les réadmissions, ainsi que sur la dépense globale du parcours. Ce nouveau mode de paiement pourrait permettre une modification des pratiques visant à diminuer les réadmissions.

2019

(2019). Les préoccupations des français en cas d'hospitalisation : la qualité des soins, un enjeu prépondérant, Boulogne-Billancourt : Santéclair https://www.santeclair.fr/fr/sites/default/files/2019-06/190607_ObservatoireParcoursSoins-VoletHospitalisation_DossierPresseSanteclair-RapportEtudeHarrisInteractive_0.pdf

Il existe aujourd'hui un consensus parmi les acteurs intervenant au sein de notre système de santé : sa complexité confronte de plus en plus de Français à de réelles difficultés pour comprendre leur parcours de soins et être en mesure d'y intervenir pour le faciliter, l'optimiser... en bref pour avoir accès facilement et rapidement aux soins dont ils ont besoin. Or, une plus grande fluidité des parcours serait probablement une source de gains d'efficacité importante pour notre système de santé dont on pourrait tous bénéficier tant d'un point de vue individuel que collectif. Pour illustrer et documenter cette intuition de complexité pour nos concitoyens à appréhender leurs parcours de soins, nous souhaitons les interroger afin de dresser un état des lieux de leurs perceptions, leurs comportements et leurs attentes vis-à-vis de différents épisodes de soins parmi les plus fréquents dans la vie de chacun et qui, réunis, constituent leurs parcours de soins respectifs. Le premier volet de cette enquête étudie le rapport à l'hospitalisation, un rapport propre à chacun selon sa situation... mais avec un réel besoin d'informations partagé par une majorité de patients.

Bricard, D. et Or, Z. (2019). "Impact of early primary care follow up after discharge on hospital Readmissions." *The European Journal of Health Economics* **En ligne**: 1-13.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-018-1022-y>

Reducing repeated hospitalizations of patients with chronic conditions is a policy objective for improving system efficiency. We test the hypothesis that the risk of readmission is associated with the timing and intensity of primary care follow-up after discharge, focusing on patients hospitalized for heart failure in France. We propose a discrete-time model which takes into account that primary care treatments have a lagged and cumulative effect on readmission risk, and an instrumental variable approach, exploiting geographical differences in availability of generalists. We show that the early consultations with a GP after discharge can reduce the 28-day readmission risk by almost 50%, and that patients with higher ambulatory care utilization have smaller odds of readmission. Furthermore, geographical disparities in primary care affect indirectly the readmission risk. These results suggest that interventions which strengthen communication between hospitals and generalists are elemental for reducing readmissions and for developing effective strategies at the hospital level, it is also necessary to consider primary care resources that are available to patients.

Com-Ruelle, L. et Julienne, K. (2019). "La pertinence des soins : dossier thématique." *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(3): 213.

La question de la pertinence de soins, qualifiée comme "le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient" par le ministère chargé de la santé, qu'il s'agisse de prévention, de diagnostic ou de traitement, est un phénomène global et se concrétise, notamment, par des variations régionales des pratiques médicales qui ne s'expliquent ni en termes d'état de santé de la population, ni en termes de préférences des patients ou des professionnels de santé. Elle interroge tant la qualité de la prise en charge du patient que l'impact économique des soins sur le financement du système de santé. Cette problématique n'est pas récente mais occupe dorénavant le devant de la scène depuis le lancement en 2018 de la stratégie de transformation du système de santé en France. Dans ce dossier, les auteurs s'attachent à étudier les déterminants des pratiques de soins en les centrant soit sur les professionnels de santé, soit sur les patients, mais aussi en analysant les interactions entre les préférences qui conduisent à des choix dont la pertinence peut être grandement être questionnée.

Gelly, M., Cristofalo, P. et Gasquet-Blanchard, C. (2019). "Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux." *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(3): 71-90.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-71.htm>

Dans un contexte d'interrogation de la pertinence des pratiques autour de l'accouchement, nous analysons le choix de la césarienne comme produit des rapports de classe et de l'offre médicale. Par une enquête qualitative dans une maternité privée de type 1 accueillant une clientèle très aisée, et pratiquant la césarienne à des taux élevés, nous explorerons les logiques professionnelles et les logiques de classe qui contribuent à rendre compte de l'offre et de la demande de césarienne. L'article analyse les conditions sociales de possibilité d'une préférence pour la césarienne, du côté des femmes comme du côté des obstétricien-ne-s, et rend compte des modalités du choix de la césarienne par les femmes et de ses modalités de légitimation, par les obstétricien.ne.s, lorsqu'elle est pratiquée en dehors des critères définis par les recommandations médicales nationales.

Girault, A., Gerves-Pinquier, C., Moisson, J. C., et al. (2019). "[Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de santé français face au paiement à la performance (P4P)]." *Health Policy* **14**(3): 78-92.

Le paiement à la performance (P4P) continue de se développer dans les systèmes de santé des pays industrialisés, malgré des preuves encore assez limitées de son efficacité. Cette étude propose de comprendre le comportement des établissements de santé face à ce nouveau mode de paiement en se basant sur l'expérimentation de P4P hospitalier conduite en France. Nous avons, pour cela, combiné une approche quantitative basée sur un questionnaire auprès des établissements participants et une analyse qualitative dans neuf établissements afin de mieux identifier les processus à l'œuvre. L'étude montre que des actions correctives ont été réalisées dans certains établissements mais que les effets du programme sur l'organisation restent en fait assez limités puisqu'ils s'opèrent davantage à la marge. Les comportements semblent être essentiellement le reflet d'une volonté de conformation des organisations aux attentes de la tutelle, sans transformations organisationnelles majeures. Il sera toutefois intéressant de voir comment des perceptions différentes structurent ces comportements sur le long terme.

Revue Prescrire (2019). "Le dispositif français de déclaration des événements indésirables en 2019." Revue Prescrire **39**(431): 694-698.

Les autorités sanitaires françaises ont modernisé le dispositif des "vigilances sanitaires". En pratique, les modalités d'accès aux déclarations d'événements indésirables associés aux soins sont simplifiées par un portail internet d'accès public (signalement.social-sante.gouv.fr) qui oriente soignants et patients et distribue les déclarations électroniques aux autorités et organismes compétents. Beaucoup d'événements indésirables peuvent être déclarés par les patients sur signalement.social-sante.gouv.fr en fonction de leur origine supposée. En août 2019, les différentes origines listées sur le site sont les suivantes : un produit à usage médical : médicament ou vaccin ; matériel ou dispositif médical ; médicament à usage vétérinaire ; un autre produit : produit ou substance de la vie courante ; produit cosmétique ; produit ou complément alimentaire ; produit de tatouage ; produit ou substance psychoactive ; un acte médical ou un examen : don de sang ou transfusion de sang ; don de gamètes, FIV, insémination artificielle, préservation de la fertilité ; examen d'imagerie médicale exposant à des rayonnements ionisants ; don ou greffe de moelle, don d'organe ou don de lait maternel ; radiothérapie ou curiethérapie ; autre soin ou examen. Des pics de déclaration tels ceux concernant le dispositif intra-utérin Mirena® à base de lévonorgestrel, dès le lancement du site, ou encore à la suite de la révélation du changement de formule du Lévothyrox® (lévothyroxine), montrent que les patients et leur entourage savent s'en saisir, ce qui demande aux équipes gérant ces signalements de s'adapter à ces afflux massifs.

2018

Cash, R. et Kervasdoué, J. . (2018). La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher. Paris Economica: 172 , tab., graph., fig.

Si les soins médicaux en France font encore partie des meilleurs du monde, ils ne sont plus les premiers. En revanche, ils sont trop souvent onéreux, inégalitaires et inefficaces. En effet, les traitements pour une même maladie varient d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein du même établissement ce qui a de lourdes conséquences médicales et économiques. Comment se fait-il qu'avec le même corpus de connaissances, le même système de paiement des professionnels de santé et des hôpitaux, l'on constate une telle hétérogénéité ? Non seulement il existe une inégalité de l'accès aux soins mais il y a aussi, et surtout, une inégalité des soins : excellents ici, plus discutables là.

Peut-on alors, en même temps, réduire cette tragique inégalité et soigner mieux pour moins

cher ? Oui, comme le révèlent les 20 exemples de cet ouvrage. Qu'il s'agisse de médicaments, d'actes chirurgicaux ou d'examen diagnostiques on constate, selon les lieux de prise en charge, des surprescriptions, des sousprescriptions et des prescriptions inadaptées au cas des patients. À partir de ces études de cas, les auteurs montrent comment interagissent à des degrés divers des forces économiques mais aussi sociologiques, éthiques, ethnologiques et politiques. Leurs influences délétères sont les signes d'un système qui n'est pas géré et qui, trop souvent, se perd dans la recherche de remèdes généraux à des questions spécifiques. Oui, on peut faire mieux pour moins cher et les économies potentielles se chiffrent en milliards d'euros.

Cour des Comptes (2017). L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs. Paris Cour des Comptes : 287 , tabl., cartes.

www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficacité, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficacité de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Daniau, C., Leon, L., Blanchard, H., et al. (2018). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017. *Etudes et Enquêtes*. Saint-Maurice SPF: 12 , tab., graph., fig., carte.

Tous les cinq ans, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé (ENP) produit une photographie des infections nosocomiales en France. Ce document rapporte les résultats de son étude conduite entre le 15 mai et le 30 juin 2017 dans 403 établissements de santé tirés au sort.

Ginon, A. S. (2018). "La pertinence de soins, nouvelle valeur du système de santé ?" *Revue De Droit Sanitaire Et Social*(3): 428-436.

L'impératif de pertinence des soins qui est déployé dans la Stratégie nationale de santé pour 2018-2022 légitime la création de normes d'objectivation et de procédures d'encadrement de la décision médicale, entendue ici comme une stratégie médicale dans laquelle le choix qu'elle exprime peut-être amélioré.

Goujard, A. (2018). France: improving the efficiency of the health-care system. OECD Economics Department Working Papers ; 1455: 51 , tab., graph., fig.

France's health-care system offers high-quality care. Average health outcomes are good, public satisfaction with the health-care system is high, and average household out-of-pocket expenditures are low. As in other OECD countries, technology is expanding possibilities for life extension and quality, and spending is rising steadily, while an ageing population requires substantially more and different services. The main challenges are to promote prevention and cost-efficient behaviour by care providers, tackle the high spending on pharmaceuticals, strengthen the role of health insurers as purchasing agents and secure cost containment. Good-quality information and appropriate financing schemes would ensure stronger efficiency incentives. Disparities of coverage across social groups and health services suggest paying greater attention to co-ordination between statutory and complementary insurance provision. Ongoing reforms to improve prevention and co-ordination among care providers are steps in the right direction. However, progress in the development of capitation-based payment schemes, which can reduce the incentives to increase the number of medical acts and encourage health professionals to spend more time with their patients, and performance-based payment schemes in primary care need to be stepped up to respond to the increasing prevalence of chronic diseases and curb supplier-induced demand and social disparities in access to care

Lefort, M., Espagnacq, M., Albert, T., et al. (2018). "Risk of Pressure Ulcers in Tetraplegic People: a French Survey Crossing Regional Experience with a Long-Term Follow-up." European Journal of Public Health(On line): 1-7.

<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurpub/cky084/5032983?redirectedFrom=fulltext>

Pressure ulcer risk assessment provides an indicator of quality of care in French health establishments. The reliability and validity of assessment tools have been shown to be lower for people with spinal cord injury (SCI). We hypothesized that skin complications would be less frequent in people with traumatic SCI and tetraplegia (TSCI), who were initially managed in French regions with a high level of specialized SCI rehabilitation experience.

Vioujas, V. (2018). "Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins : du cadre national aux réalités locales." Revue De Droit Sanitaire Et Social: 645-657.

Créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins (CAQES) sont entrés en vigueur le 1er janvier 2016. Se substituant à plusieurs autres contrats préexistants, ils ont pour objet de simplifier et d'harmoniser les relations entre les établissements de santé et les agences régionales de santé, tout en contribuant au développement de la qualité, de la sécurité et de la pertinence de soins et des prescriptions. S'ils doivent se conformer à un contrat type fixé par arrêté, leur mise en oeuvre laisse subsister des moyens de manoeuvre au niveau régional, même s'il faut déplorer une standardisation liée au peu de temps dont ont bénéficié les différents acteurs pour s'approprier le dispositif.

2017

(2017). Caring for quality in health : lessons learnt from 15 reviews of Health Care Quality. Paris OCDE: 62 , tab., graph., fig.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

Over the past four years, the OECD has conducted a series of in-depth reviews of the policies and institutions that underpin the measurement and improvement of health care quality in 15 different health systems. Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality seeks to answer the question of what caring for quality means for a modern health care system by identifying what policies and approaches work best in improving quality of care. Despite differences in health care system priorities, and in how quality-improvement tools are designed and applied, a number of common approaches and shared challenges emerged across the 15 OECD Reviews of Health Care Quality analysed. The most important of these concerns transparency. Governments should encourage, and where appropriate require, health systems and health care providers to be open about the effectiveness, safety and patient-centredness of care they provide. More measures of patient outcomes are also needed - especially those reported by patients themselves. These should underpin standards, guidelines, incentives and innovations in service delivery. Greater transparency can lead to optimisation of both quality and efficiency – twin objectives which reinforce, rather than subvert, each other. In practical terms, greater transparency and better performance can be supported by changes in where and how care is delivered; changes in the roles of patients and professionals; and employing tools such as data and incentives more effectively. Key actions in these three areas are set out in the 12 lessons presented in this synthesis report.

Bertillot, H. (2017). "Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification." *Revue Française de Socio-Économie* **19**(2): 131-152.

Depuis le début des années 2000, les pouvoirs publics français déploient des instruments d'évaluation de la qualité dans les établissements de santé. En procédant à la déconstruction sociotechnique des « indicateurs de qualité », cet article analyse une discrète entreprise de quantification. Mesurant des dimensions peu conflictuelles de la qualité, nourris de savoirs pluriels, équivoques dans leurs usages, les indicateurs de qualité sont suffisamment doux pour ne pas brusquer les professionnels, tout en étant suffisamment robustes pour instiller discipline et audibilité. Au nom de la qualité, cette technologie de gouvernement est ainsi équipée pour rationaliser l'hôpital en douceur.

Bertrand, E. et Schlatter, J. (2017). Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France - 2017, Bordeaux : LEH Édition

Depuis plusieurs années, la gestion des risques a trouvé sa place dans les organisations complexes que sont les établissements de santé en France. Il s'agit néanmoins d'une notion « ?récente? » qu'il faut encore définir, faire découvrir et surtout légitimer. Pour anticiper et agir face aux agressions potentielles, tous les acteurs, qu'ils soient ingénieurs, médecins, cadres de santé, infirmières ou directeurs, ont besoin d'outils méthodologiques pour identifier et réduire les risques liés à leur activité. Cet ouvrage se veut une cartographie de l'état actuel des risques en établissement de santé. Pour cela, il se veut très pratique et composé de deux parties principales. Une première partie est consacrée à des thématiques générales et une seconde partie aux risques vécus ou perçus directement dans des services cliniques ou médico-techniques. L'ouvrage est divisé en chapitres dont chacun est rédigé par un ou des auteur(s) spécialisés et reconnus dans leur domaine. Les thèmes abordés offrent

une vision très diversifiée, allant du risque médical aux questions épidémiques, évoquant même la cybercriminalité. Le fil conducteur du livre est la perception de chaque auteur sur les risques précis uniquement dans les établissements de santé.

De Peretti, C. (2017). "Mortalité après hospitalisation pour motif cardio-vasculaire : description et comparaison avec les causes de décès." *Dossiers De La Drees (Les)*(12): 55.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE AHFR0xkk. Diffusion soumise à autorisation]. La première étude décrit les principaux motifs cardio-vasculaires d'hospitalisation, ainsi que la mortalité à 30 jours et à un an. Parmi les patients décédés 30 jours au plus après une hospitalisation pour maladie de l'appareil circulatoire, trois sur dix avaient été hospitalisés pour maladie cérébro-vasculaire, deux sur dix pour insuffisance cardiaque et 14% pour cardiopathie ischémique. La comparaison entre le motif d'hospitalisation et la cause initiale de décès montre qu'une cause de décès cardio-vasculaire n'est retrouvée que pour deux tiers de ces patients. Ces écarts sont dus aux finalités et règles de codage propres de chacun de ces recueils.

Gobillon, L. et Milcent, C. (2017). Competition and Hospital Quality: Evidence from a French Natural Experiment. *IZA Discussion Paper;10476*. Bonn IZA: 43 , tabl., fig.

<http://ftp.iza.org/dp10476.pdf>

We evaluate the effect of a pro-competition reform gradually introduced in France over the 2004-2008 period on hospital quality measured with the mortality of heart-attack patients. Our analysis distinguishes between hospitals depending on their status: public (university or non-teaching), non-profit or for-profit. These hospitals differ in their degree of managerial and financial autonomy as well as their reimbursement systems and incentives for competition before the reform, but they are all under a DRG-based payment system after the reform. For each hospital status, we assess the benefits of local competition in terms of decrease in mortality after the reform. We estimate a duration model for mortality stratified at the hospital level to take into account hospital unobserved heterogeneity and censorship in the duration of stays in a flexible way. Estimations are conducted using an exhaustive dataset at the patient level over the 1999-2011 period. We find that non-profit hospitals, which have managerial autonomy and no incentive for competition before the reform, enjoyed larger declines in mortality in places where there is greater competition than in less competitive markets.

Proshin, A., Cazenave-Lacroutz, A., Or, Z., et al. (2018). Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France. *PSE Working Paper ; 2018 – 25*. Paris PSE: 41 , tab., graph., fig.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01812107v1>

Studying quasi-experimental data from French hospitals from 2010 to 2013, we test the effects of a considerable diagnosis related group (DRG) refinement that occurred in 2012. As a result, the reform had a direct impact on hospital-level financial incentives but did not immediately concern individual providers. Using a difference-in-differences approach, controlling for multiple patient, hospital and regional characteristics and allowing for hospital and year effects, we show that introducing new severity levels and clinical factors into the reimbursement algorithm had no significant effect on the probability of a scheduled C-section being performed. The results are robust to multiple formulations of financial incentives, to restricting the sample to bigger (>15%) DRG tariff incentive changes and to analyzing policy effects for individual years following the reform. Our results suggest that the DRG refinement did not lead to a transmission of hospital-level stimuli to midwives and

obstetricians. Our paper is the first study that focuses on the consequences of DRG refinement in obstetrics and develops an approach suitable for measuring monetary incentives in this setting.

Trosini-Desert, V., Similowski, T., De Kervasdoué, J., et al. (2017). "Analyse de la pertinence des séjours hospitaliers : Un exemple de recherche d'optimisation." *Gestions Hospitalieres*(566): 318-321, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP F9CJR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. L'analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation et des raisons de non-pertinence s'inscrit dans le cadre des démarches d'évaluation de la qualité et de l'organisation des soins. La nécessité d'une évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation est devenue incontournable et suscite un vif intérêt car les journées d'inadéquations hospitalières sont source de sous-qualité des soins, d'inefficience du système de santé et de coûts non maîtrisés. Une étude de revue de pertinence des journées d'hospitalisation a été menée au sein du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, dans deux services (rhumatologie et cardiologie) et a permis de montrer la faisabilité d'une revue de pertinence informatisée et quotidienne pour chaque patient. (R.A.).

Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la pertinence des soins. Paris Sénat: 62. <http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, près d'un cinquième de la dépense de santé. Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils suscitent néanmoins, chez l'ensemble des acteurs du système de santé, une prise de conscience accrue. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente en effet un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité de notre système de santé. Renvoyant au « juste soin », approprié, adapté aux besoins des patients, conforme aux meilleurs standards cliniques, la pertinence médicale conduit à conjuguer l'exigence de qualité et de sécurité des soins et l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé, souvent pensées de manière antagoniste. Si des actions ont été engagées par l'État et l'assurance maladie, leurs résultats plafonnent. De l'avis général, l'organisation cloisonnée de notre système de santé et ses modes de financement peu incitatifs sont un frein à des avancées plus substantielles. Une vision stratégique et des évolutions structurelles, au-delà de la logique de rabot, sont aujourd'hui indispensables.

2016

Lapostolle, B., et al. (2016). "L'approche par processus : Un mode de management qualité transversal." *Gestions Hospitalieres*(559): 463-465, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP pR0xrBG7. Diffusion soumise à autorisation]. Les procédures de certification des établissements de santé se succèdent et affinent toujours davantage l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins. Avec la V2014, la Haute Autorité de santé s'inscrit dans une approche de processus inspirée des normes ISO et du développement des "audits de processus". Une telle approche a pour objectif de permettre un pilotage par le suivi d'indicateurs et la responsabilisation des acteurs concernés, et de

décloisonner les secteurs en favorisant une compréhension et une gestion des activités comme des processus corrélés constituant un système cohérent. Dans le cadre de son projet d'établissement 2013-2017, le CHU de Nantes a choisi d'en faire un élément structurant de son système de management de la qualité et de la gestion des risques. Il a ainsi procédé à une généralisation de cette démarche de manière complémentaire au management de proximité mis en place au niveau de chaque pôle hospitalo-universitaire. Un an après, le bilan est très positif et l'intérêt de l'analyse collégiale des processus réellement perçu par les professionnels.

Nestrigue, C. et Or, Z. (2016). "Le surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital." *Soins* **61**(804): 23-25.

<http://www.em-consulte.com/en/article/1048292>

La qualité et la sécurité des soins fournis à l'hôpital font l'objet d'une attention croissante dans nombre de pays. Le célèbre rapport de l'Institut de médecine américain précisant que près de 100 000 Américains meurent chaque année à cause d'événements indésirables associés aux soins (EIS) – pour lesquels le coût est estimé à près de 29 milliards de dollars par an – a suscité la volonté de mieux comprendre ces EIS afin d'en réduire l'occurrence.

Savey, A. et Machut, A. (2016). Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte. Réseau REA-Raisin, France. Résultats 2014, Saint-Maurice : Institut de veille san

[BDSP. Notice produite par InVS 8I9qR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. La surveillance des infections nosocomiales (IN) est prioritaire en réanimation, secteur à haut risque du fait de l'état critique des patients et de leur exposition aux dispositifs invasifs. Depuis 2004, la surveillance nationale REA-Raisin, coordonnée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN, cible en réanimation adulte les infections associées à un dispositif invasif pour lesquelles une démarche de prévention est essentielle : pneumonie (PNE), colonisation ou infection ou bactériémie (COL/ILC/BLC) liée au cathéter veineux central (CVC) et bactériémie (BAC).

2015

(2015). "Pertinence des soins et variations des pratiques médicales. Dossier." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(92): 9-58.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

[BDSP. Notice produite par EHESP 78R0xIAp. Diffusion soumise à autorisation]. La pertinence (en prévention, diagnostique, thérapeutique, réadaptation) contribue fortement au respect du premier principe de l'exercice médical : primum non nocere. La sous-utilisation des soins, définie comme la non-réalisation d'actes médicalement justifiés, est en grande partie la cause des dommages pour les patients associés aux soins. Les retards et absence de diagnostic et de traitement concernent une proportion élevée des prises en charge de patients porteurs de maladie chronique. Le chiffre de 50% est souvent avancé. "D'abord ne pas nuire" dans les pays développés. Cette sous-utilisation est la conséquence d'erreurs par omission qui sont à peu près aussi fréquentes que les erreurs par commission. Les conséquences en termes de perte de chance et de dommage pour les patients n'ont pas été estimées à large échelle. La surutilisation des soins, définie comme la réalisation d'actes non médicalement justifiés, peut également créer des dommages aux patients, soit directement par les complications des tests diagnostiques ou des traitements, soit indirectement en générant des résultats positifs (vrais positifs ou faux-positifs) nécessitant la poursuite

d'explorations, voire des diagnostics en excès, conduisant à terme à des erreurs et des événements indésirables associés aux soins. De surcroît, l'annonce de résultats faussement positifs peut avoir des conséquences psychologiques importantes pour les patients. Enfin, sont incluses dans cette liste les prises en charge agressives au regard des effets attendus, dans les maladies graves comme en fin de vie, qui détériorent la qualité de vie des patients, ou plus simplement qui ne tiennent pas compte des préférences de patients.

(2015). Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire ». Saint-Denis HAS: 10.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage

Le développement des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), fondés sur l'analyse du parcours du patient –avant-pendant-après- permet d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. L'objectif pour la HAS est de proposer un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui mesure, dans le cadre d'une démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge.

(2015). Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins, Saint-Denis: HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035927/fr/dossier-de-presse-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins

Un patient hospitalisé sur 10 subirait un événement indésirable lors de ses soins. Contrairement aux idées reçues, l'erreur individuelle du professionnel n'est pas la cause principale de tels événements. En effet, les données recueillies à ce jour mettent en cause d'autres dysfonctionnements. Dans 1 cas sur 3, c'est le travail en équipe dont la communication (entre professionnels et vers le patient) qui en est la cause. La HAS dresse aujourd'hui un bilan et dévoile sa stratégie pour que l'équipe et le patient soient les acteurs clefs de la diminution des risques associés aux soins (résumé d'auteur).

Abad, M. et Johanet, S. (2015). "Synchroniser les temps des acteurs autour du patient pour conjuguer qualité des soins, bien-être au travail et efficacité économique." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(2): 107-108.

[BDSP. Notice produite par ORSRA mkIROxlq. Diffusion soumise à autorisation]. Pour mesurer l'impact d'une amélioration de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux autour du patient hospitalisé, les auteurs ont accompagné onze établissements de santé. Dans ces derniers, des actions de synchronisation des temps des professionnels ont été mises en oeuvre dans les structures les plus sensibles : blocs opératoires, hospitalisation conventionnelle et ambulatoire, consultations externes, etc. Les auteurs analysent les effets induits sur ces sites de production de soins par une meilleure synchronisation des temps médicaux et non médicaux. Le soin réalisé par une équipe hospitalière est l'aboutissement d'une intervention collective. Mais collectif ne veut pas dire coordonné. Pour autant si de nombreuses publications font état d'une relation entre la sécurité des soins et la qualité de la communication au sein de l'équipe hospitalière, le sujet des impacts de la synergie temporelle des soignants autour du patient paraît encore très peu exploré. Le projet d'accompagnement au développement de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux a concerné onze établissements de santé essentiellement publics. (résumé auteur).

Bertillot, H. (2015). Quand l'évaluation modifie les institutions. Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité. Paris SciencesPo - LIEPP: 6 ,fig.

Ces dernières décennies, le secteur hospitalier français a fait l'objet de nombreuses réformes, dans l'ambition affichée de rationaliser son fonctionnement. Parmi celles-ci, le déploiement de nouveaux instruments de tarification (T2A) fait l'objet de toutes les attentions et de toutes les critiques. Pourtant, dans l'ombre de ces réformes à forte visibilité, se joue depuis la fin des années 1990 un autre mouvement majeur, opérant à bas bruit autour du déploiement d'instruments d'évaluation de la qualité des soins. Ce fascicule prend pour objet le déploiement d'indicateurs qualité (IQ) dans les établissements français depuis le milieu des années 2000. Construits comme une technologie douce pour rationaliser l'hôpital sans faire de vague, ces instruments colonisent les établissements français avec discrétion. Ils y instillent pourtant des changements décisifs : traçabilité accrue du soin, enracinement local de la médecine des preuves et auditabilité croissante de l'hôpital.

Caillet, R. (2015). "Pertinence des soins : réflexions et propositions de la Fédération hospitalière de France. Tribune." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(92): 53-54.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xHI79A. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération hospitalière de France a travaillé très tôt sur la pertinence des actes de soins. Elle a impulsé ou participé activement aux travaux concernant à la fois les actes inutiles et la pertinence des soins délivrés.

Ferrua, M., et al. (2015). "Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : Résultats de l'expérimentation (2012-2014)." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **33**(4-5): 277-290, tabl., graph., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA o8R0xoCI. Diffusion soumise à autorisation]. Une expérimentation sur l'Incitation financière à la qualité (IFAQ) a été lancée en France en juin 2012 par le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé. Un groupe de travail composé des fédérations hospitalières, des administrations chargées de la santé et de l'assurance maladie a été créé. L'équipe du projet COMPAQH (EA7348-Management des Organisations de Santé, EHESP) a été missionnée pour l'élaboration de la méthode et la conduite de l'expérimentation. La construction du modèle s'est notamment appuyée sur le programme référent en termes de paiement à la performance développé aux Etats-Unis : Hospital Value Based Purchasing (VBP). L'objectif d'IFAQ est de construire un modèle approprié au contexte français permettant de classer les établissements de santé et de rémunérer les meilleurs d'entre eux en fonction de leurs résultats, mais également de leur progression. Le modèle est basé sur l'évaluation de la qualité des établissements de santé à partir d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins issus des démarches nationales, de la certification HAS et du niveau de développement de l'informatisation. 222 établissements de santé ont été retenus pour participer à l'expérimentation, 93 ont reçu une rémunération. Le montant de la rémunération dépend du classement et de la valorisation financière de son activité d'hospitalisation en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) versée par l'assurance maladie. L'expérimentation IFAQ s'est inspirée du modèle VBP mais des différences existent notamment en termes de choix des composantes, du choix de l'expression des résultats des indicateurs, de la prise en compte de l'évolution des résultats et du système d'incitation.

Cnamts (2014). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie. Paris Cnamts: 186 , tabl.

Le projet de rapport sur les charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2015, qui inspire bien souvent le gouvernement dans la rédaction du PLFSS (Projet de loi de financement pour la Sécurité sociale), présente dans son second volet, 25 propositions chiffrées, soit pas moins de 2,86 milliards d'euros d'économies afin de respecter le rebasage de l'Ondam 2014 dans le cadre du PLFRSS pour 2014. La poursuite de la maîtrise médicalisée et la recherche d'une plus grande efficacité de la prescription des médecins (700 millions d'euros) figurent en tête des postes d'économies. Pour y parvenir, la CNAM veut accentuer le contrôle du " NS ", mettre sous accord préalable la prescription de la rosuvastatine, mettre en place une nouvelle option conventionnelle (proposition qui n'est pour l'heure pas plus précise), des actions de régulation sur les transports et les prescriptions de sortie d'hôpital. Grâce à des baisses de prix de médicaments et des dispositifs médicaux, la CNAM espère gagner 680 millions d'euros l'an prochain, notamment avec un accord " prix-volume ". Le développement des génériques permettrait d'économiser 100 millions d'euros supplémentaires. Les hôpitaux pourraient réduire leurs coûts de 300 millions en optimisant leurs achats et leur logistique. Parmi les autres mesures du plan d'économie, ajoutons "un virage ambulatoire" qui englobe le raccourcissement des durées de séjour en maternité et en chirurgie orthopédique et le développement de la chirurgie ambulatoire et de la rééducation en ville, la baisse des tarifs des biologistes et radiologues, les économies sur les médicaments à l'hôpital, le renforcement de la lutte contre les fraudes et abus, et l'ajustement des dépenses médico-sociales.

HCSP (2014). Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. Paris HCSP: 84 , tabl.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>

La lutte contre les infections nosocomiales s'est considérablement développée depuis plus de trente ans en France. Le présent rapport rend compte de l'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 réalisée par le HCSP en réponse aux saisines de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de juin 2013 et de la Direction générale de la santé (DGS) de décembre 2013. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la politique publique de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) qui a élargi le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) au risque infectieux en milieu de soins. Bien que centrée sur les objectifs et les actions du Propin, cette évaluation tient compte des autres programmes dans ses analyses de cohérence externe pour apprécier l'articulation du Propin avec le plan stratégique national de prévention des IAS et avec le plan antibiotiques 2011-2016. Cette évaluation s'appuie sur une étude ad hoc réalisée auprès d'établissements de santé et d'institutions régionales visant à explorer les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures. Cette étude a été menée dans trois régions : Ile-de-France, Aquitaine et Franche-Comté auprès d'un échantillon de trente établissements sanitaires et médico-sociaux (publics et privés) et des institutions (ARS, ARLIN, CIRE) de ces régions (résumé de l'éditeur)

HCSP (2014). Infections associées aux soins : auditions sur les indicateurs de résultats à visée de diffusion publique. Collection Avis et Rapports. Paris HCSP: 23.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Afin d'améliorer l'information du public sur la performance des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) avait sélectionné début 2012 dans un rapport précédent cinq indicateurs, ciblés sur les résultats, susceptibles de faire partie d'un tableau de bord annuel des établissements de santé en complément des indicateurs existants.

Bensussan, C., et al. (2014). Évaluation de la gestion du risque maladie : rapport de synthèse définitif : fiches programmes. Rapport IGAS. Paris IGAS: 2vol. (158 160).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000568-evaluation-de-la-gestion-du-risque-maladie>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8R0xHAD8. Diffusion soumise à autorisation]. Le présent rapport évalue la gestion du risque maladie dans une triple perspective : le renouvellement du contrat Etat-Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), le bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) Etat-CNAMTS 2010-2013 et son renouvellement, enfin, la préparation du prochain programme de gestion du risque des agences régionales de santé (ARS). La gestion du risque vise à maîtriser ou infléchir la dynamique et la structure des dépenses de soins couvertes par l'assurance maladie. Elle se définit autour de trois finalités : une recherche d'efficacité (optimiser les réponses du système de soins aux besoins de santé) ; un souci de prévention (inciter la population à recourir à la prévention et aux soins de façon pertinente) ; une finalité qualitative (amener les professionnels de santé et établissements à respecter les critères de qualité et de pertinence). Ce rapport revient sur la notion de gestion du risque et son déploiement progressif, évalue la construction et la mise en oeuvre de plusieurs des programmes dans ce domaine et formule des recommandations pour en accroître l'efficacité.

Cartier, T., et al. (2014). "Hospitalisations potentiellement évitables : une responsabilité des seuls soins de premier recours ?" Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **62**(4): 225-236.

La mesure des hospitalisations potentiellement évitables est utilisée comme un indicateur de performance des systèmes de soins primaires dans de nombreux pays. Cet article s'interroge sur la validité et l'intérêt de cette mesure de manière générale et dans le contexte français en particulier. Une revue ciblée de la littérature a été effectuée en vue d'une analyse critique du concept. Les différents usages des hospitalisations potentiellement évitables ont déjà fait l'objet de deux revues systématiques récentes. Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables semblent bien plus corrélés aux caractéristiques socio-économiques des patients qu'à l'offre de soins primaires. Les rares travaux recensés en France confirment cette tendance internationale. Plusieurs faiblesses ont été identifiées dans la construction de cet indicateur : le choix des pathologies considérées comme pouvant être à l'origine d'hospitalisations potentiellement évitables, leur repérage parmi les codes diagnostiques de motifs d'hospitalisation, la qualité du codage hospitalier, le biais écologique du recueil des variables explicatives. Des pistes d'amélioration sont proposées. En particulier, nous discutons la possibilité de l'usage de cet indicateur à l'échelle globale du système de santé. L'utilisation des hospitalisations potentiellement évitables comme indicateur de la performance du système de santé serait prématurée en France, à la fois pour des raisons de pertinence et de méthodologie (Résumé auteur).

Coppoletta, R. et Le Palud, D. V. (2014). "Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ?" Etudes Et Resultats (Drees)(866): 6.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7R0xJ98G. Diffusion soumise à autorisation]. Selon le

baromètre d'opinion de la DREES, les Français sont plutôt satisfaits de la qualité générale des soins de santé. Avis contrasté cependant selon les types de soins : en 2013, environ 80% d'entre eux ont une bonne opinion de la qualité des soins chez les dentistes et les médecins, ce taux est de 65% à l'hôpital public (hors urgence), 60% en clinique privée et 55% pour les urgences hospitalières. Ces résultats dépendent aussi de la région d'habitation, les habitants du Bassin parisien et de l'Est de la France étant plus critiques. Pour la première fois en 2012 et 2013, les Français considèrent les inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables.

De Bovisvlaovic, C., et al. (2014). "The contributions of the concept of 'high reliability organisation' to the improvement of safety and quality in French paediatric acute care services." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **32**(5-6): 333-352.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xJBtk8. Diffusion soumise à autorisation]. La quête de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une préoccupation majeure pour les organisations de santé. La qualité et la sécurité des soins dépendent principalement des pratiques concrètes de soin exercées par les personnels soignants. Dans cet article, nous proposons d'aborder les questions de la qualité et de la sécurité des soins en adoptant le regard des "organisations à haute fiabilité" (HRO) proposé par Roberts (1990). Pour ce faire, nous adoptons une démarche exploratoire qualitative, dans laquelle nous éprouvons la pertinence des caractéristiques des HRO. Nous avons réalisé 12 entretiens auprès des personnels médicaux et soignants de 2 services de soins aigus d'un centre hospitalier universitaire : un service de réanimation pédiatrique et un service d'hématologie-oncologie pédiatrique. Dans ces services de soins aigus, les situations de soins sont complexes et évolutives ce qui accroît les risques d'erreur. Les résultats mettent en évidence qu'au-delà des normes et des protocoles de soins préconisés par la Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes, la qualité et la sécurité des soins reposent sur une intelligence collective et une action collective. Nous montrons que ces dernières s'appuient sur des connaissances et des représentations partagées des soins qui se construisent au cours de différentes situations de gestion (formation, compagnonnage, réunions, simulation de soins, etc.) mais aussi au cours d'échanges informels entre les différentes catégories de personnel. Si elles sont essentielles, ces situations de gestion n'en sont pas moins fragiles, il revient alors à l'encadrement de veiller à leur maintien. (résumé auteur).

Or, Z. et Verboux, D. (2014). La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies. *Document de travail Irdes ; 59*. Paris Irdes: 20.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/059-la-pertinence-des-pratiques-d-hospitalisation-une-analyse-des-ecarts-departementaux-de-prostatectomies.pdf>

Cet article analyse les variations territoriales de pratiques de prostatectomies en France. Nous recourons à une modélisation multiniveaux permettant de distinguer la variabilité liée à deux niveaux géographiques : le département et la région. Nos résultats montrent que les taux de prostatectomies standardisés (pour 100 000 hommes) varient de manière significative entre les départements. Les écarts interdépartementaux sont expliqués notamment par la densité d'urologues libéraux dans le département ainsi que par l'offre de soins hospitaliers (disponibilité des lits de chirurgie et de personnels soignants), au niveau régional, une fois contrôlé par le revenu et les taux de mortalité par départements (résumé d'auteur).

2013

InvS (2013). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé 2012. Saint-Maurice INVS: 181 , graph., tabl.

Après quatre enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales menées de 1990 à 2006, une nouvelle enquête a été conduite en 2012 auprès de 1 938 établissements de santé et 300 330 patients. De 2006 à 2012, la prévalence des patients infectés est restée stable en court séjour et a diminué de 21 % dans les autres types de séjour. La prévalence des patients infectés à SARM a diminué de 50 % mais celle des patients infectés par des entérobactéries C3GR a augmenté de 38 %. La prévalence des patients traités par antibiotiques est restée stable mais a fortement augmenté pour certaines molécules.

Bourdillon, F. et Petit, A. (2013). "Les risques cachés à l'hôpital." Seve : Les Tribunes De La Sante(41): 69-78.

Cet article présente les risques les plus couramment rencontrés dans les établissements de santé et les mesures de politique publique qui sont mises en oeuvre pour assurer la meilleure qualité des soins possible dans les meilleures conditions de sécurité.

2012

(2012). Indicateurs de qualité généralisés en MCO - Campagne 2011 - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Etudes et Rapports. Saint-Denis HAS: 60.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipagss_rapport_mco_2011.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS 8CA8qR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2011, la HAS a coordonné la quatrième campagne de recueil généralisée des cinq indicateurs du dossier du patient (Qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre) impliquant les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2011. Il permet notamment d'analyser l'évolution des résultats sur 4 années consécutives.

Alves, D., B., Or, Z., Com-Ruelle, L., et al. (2012). "Revue de la littérature internationale sur l'évaluation économique des politiques de réduction des événements indésirables - Rapport final." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(116): 45.

Des politiques de réduction des événements indésirables graves associés aux soins (EIG) existent en France depuis une quinzaine d'années. Elles n'ont jamais été évaluées dans leur ensemble, en particulier avec une approche économique. Une telle approche se trouve légitimée en France depuis 2001, avec la publication de la nouvelle Loi organique sur les lois de finances. Elle est par ailleurs beaucoup plus commune dans d'autres pays occidentaux, où elle est considérée un outil important d'aide à la décision. L'objectif de ce rapport a été de poser les bases méthodologiques pour une évaluation économique de la politique de réduction des EIG en France. Notre travail identifie les principales méthodes d'évaluation économique des politiques de réduction du risque associé aux soins actuellement appliquées et fait une description et une analyse critique des travaux les appliquant.

Dos Santos, C. (2012). La gestion du risque dans les établissements de santé : vers une nouvelle démarche de responsabilité sociale ? Clermont-Ferrand Ecole supérieure de commerce: 24.

L'objectif de cette contribution est de mettre en exergue les besoins des établissements de santé à l'endroit de méthodes nécessaires à l'opérationnalisation d'une stratégie de gestion de responsabilité sociale qui soit à la fois une priorité et une réussite. Elle s'appuiera sur la littérature traitant des établissements de santé, mais également sur une synthèse des règlements et lois afférents à la gestion des risques sanitaires comme actions déployées dans le cadre du volet environnemental ainsi que sur les résultats d'une étude de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) réalisée auprès de 1575 cas en 2009.

Exertier, A., et al. (2012). "Estimation du coût de prise en charge de neuf événements indésirables associés aux soins." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(24): 15-17.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE mR0x7D9n. Diffusion soumise à autorisation].

Jiang, S., et al. (2012). "The rationale for the french hospital experiment with P4P (IFAQ) : lessons from abroad." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **30**(7-8): 435-453, rés., tabl., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qGR0xClr. Diffusion soumise à autorisation]. Une initiative relative au paiement à la performance (P4P) a été lancée en 2012 pour les hôpitaux français. Le projet COMPAQ-Hpst a été chargé d'élaborer la méthodologie de cette expérimentation. L'analyse des initiatives étrangères, de leurs forces et faiblesses, a permis de proposer un programme, tenant compte des spécificités françaises, qui a fait l'objet d'une concertation avec les représentants du Ministère de la Santé (Direction Générale de l'Offre de Soins-DGOS), de la Haute Autorité de Santé et les quatre fédérations hospitalières. Cet article présente les leçons tirées de l'étranger, et comment elles ont été ou non adoptées dans le design du P4P français. (Résumé d'auteur).

Michel, P., et al. (2012). "Événements indésirables liés aux soins de premier recours (étude EVISA) : contexte et facteurs contributifs." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(24): 18-20.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cet article rend compte d'une étude sur les événements indésirables graves associés aux soins de premier recours et causant une admission hospitalière. L'un des objectifs principaux était d'étudier le contexte et les facteurs contributifs de la survenue d'un événement indésirable grave.

Nacu, A. (2012). "Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires : étude EvolEneis-Socio." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(117): 63.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Cette étude sociologique analyse la perception que les acteurs de la sécurité des soins ont des politiques mises en place pour prévenir et prendre en charge les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins. Les professionnels interrogés invitent notamment à un décentrage par rapport à un ensemble de postures et de routines médicales, impliquant une remise en question du rôle traditionnel du professionnel de santé et une réorganisation de ses activités afin de faire place à la formalisation des règles de sécurité. Ils appellent de leurs vœux une réflexion partagée sur la question de la

responsabilité juridique. Ils attendent une politique de gestion des risques décloisonnant les approches en matière de sécurité du patient et intégrant les organisations et dispositifs existants pour une meilleure efficacité.

Nestrigue, C. et Or, Z. (2012). Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France. Document de travail Irdes ; 44. Paris IRDES: 24.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>

Les événements indésirables associés aux soins (EIS) représentent non seulement un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients, mais également un problème économique puisque leurs conséquences financières peuvent être importantes. Cependant, jusqu'ici en France, il n'y avait aucune étude de coût à l'échelle nationale regardant l'impact économique des événements indésirables associés aux soins. Notre étude exploite les données hospitalières collectées en routine afin d'établir l'importance et les conséquences économiques de neuf EIS à l'hôpital. Nous avons suivi la méthodologie développée aux Etats-Unis pour construire des indicateurs de sécurité des patients (PSI) et dénombrer les EIS à l'hôpital. Les surcoûts et allongements de durées de séjour liés aux EIS sont mesurés selon deux méthodes : la méthode de stratification et l'analyse de régression.

2011

(2011). "Améliorer la pertinence des actes : exemples de l'appendicectomie et de la césarienne programmée." Point D'information (Cnamts): 12.

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie déploie des programmes d'actions d'ampleur pour favoriser le respect des recommandations sanitaires et un recours approprié aux soins. Avec cette étude, elle a souhaité analyser le recours à deux interventions chirurgicales fréquentes en France, qui représentent chaque année près de 150 000 séjours en établissements de santé. Les données de l'Assurance Maladie montrent, pour chacune d'elles, une importante hétérogénéité dans les pratiques des établissements et des professionnels de santé.

(2011). Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final. Paris Ministère chargé de la santé: 245 , ann.

Ce rapport présente les résultats d'une première étude nationale sur les inadéquations hospitalières menée au printemps 2010 par le cabinet Sanesco, avec le soutien méthodologique de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Elle a concerné 11 régions, 73 établissements, qui représentent 4234 lits de médecine-chirurgie, ou encore 3445 dossiers patients, et mobilisé une soixantaine de médecins-conseils de l'Assurance maladie et médecins de santé publique. Elle visait à chiffrer les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire les lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée, dans les services de médecine et de chirurgie, lesquelles représentent 10,3 % des lits occupés. Ce taux d'inadéquation est plus important dans les services de médecine (17,5 %) que dans les services de chirurgie (5 %). Il est inférieur aux taux habituellement avancés dans la littérature, de l'ordre de 20 % à 30 %. L'étude distingue les inadéquations liées aux admissions, soit 3,8 % des hospitalisations, de celles liées au nombre de journées inadéquates (séjours trop longs 12,5 %). Pour ce qui est de l'inadéquation lors de l'admission, elle est due, dans près de 40 % des

cas, à la demande expresse des médecins de ville. Les soins auraient dû être réalisés au domicile des patients - HAD (45 % des cas), en service de soins de suite et de réadaptation (27%) ou en structures de soins de longue durée. Les journées non pertinentes s'expliquent avant tout par un défaut de lits en aval. Au final, l'étude chiffre, avec une précision époustouflante, à 2,3523 milliards d'euros le coût de ces inadéquations. Ce montant est en fait un ordre de grandeur qui ne tient pas compte notamment du coût de la prise en charge adéquate. La DGOS souhaite réduire de 50 % les lits occupés de manière inadéquate sur la durée des prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle préconise notamment de poursuivre la fluidification des filières de prise en charge d'aval : développement des coopérations entre structures, organisation des parcours territoriaux via les ARS. Une réflexion sera aussi menée sur l'amont de l'hospitalisation pour améliorer l'adressage par les médecins de ville (en particulier les généralistes). L'Assurance maladie pourrait aussi apporter sa contribution grâce à ses expérimentations sur la gestion des sorties d'hospitalisation. Une étude nationale sur les inadéquations en SSR pourrait voir le jour probablement courant 2012.

(2011). La diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité de soins 2010 sur les sites platines : jeudi 22 septembre 2011, Paris : Ministère chargé de la santé
<http://www.has-sante.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 9pR0xDmA. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier présente les résultats des indicateurs de qualité issus du dossier du patient et les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales par l'intermédiaire d'un site Platines plus accessible au grand public. En annexe, on trouve les 12 indicateurs généralisés obligatoires et diffusés, le calendrier de généralisation des indicateurs, les résultats 2010 des indicateurs de qualité de prise en charge du patient (QUALAS) ainsi que la présentation du site Platines.

Herreros, G. et Milly, B. (2011). La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique, Paris: L'Harmattan

Cet ouvrage analyse les conditions de pérennisation et de valorisation de la démarche-qualité en milieu hospitalier. Des points d'accords se manifestent : l'objectif d'une amélioration du soin, l'idée que cette amélioration passe par une mise en tension entre l'élaboration de procédures et leur application d'une part, une meilleure coopération interprofessionnelle d'autre part. La démarche de certification est décisive dans les dynamiques de la qualité, mais elle provoque parfois des effets contre-dynamiques.

Januel, J.-M. (2011). "Développement d'Indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières : rapport final." Serie Sources Et Methodes - Document De Travail - Drees(20): 87.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE m7IROxjo. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet de développement des indicateurs PSI a trois objectifs successifs : 1) Estimer les PSI à partir de la base nationale du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en utilisant les codes de la 10ème version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ; 2) Évaluer la performance (validité et fiabilité, en testant notamment la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives) des PSI à mesurer la survenue des événements indésirables liés aux soins (EIS) ; 3) Adapter au contexte français cette sélection de PSI en améliorant la structure de leurs algorithmes de construction. Ces objectifs ont été atteints en grande partie.

Januel, J.-M. (2011). "Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière : Étude descriptive." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(112): 101.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xnC7I9. Diffusion soumise à autorisation]. Ce rapport décrit les méthodes et modèles d'estimation et d'ajustement de la mortalité hospitalière identifiées dans la littérature. Il en ressort que, d'une manière générale, trois questions méthodologiques majeures préoccupent les épidémiologistes, les chercheurs et les décideurs : premièrement, sur l'opportunité d'établir l'indicateur de mortalité hospitalière à partir de groupes de population de patients homogènes définis par des pathologies et/ou des procédures médicales/chirurgicales cibles ; deuxièmement, sur le type d'approche analytique et de l'intérêt de prendre en compte plusieurs niveaux dans l'analyse statistique ; enfin troisièmement, sur le choix des variables d'ajustement permettant de contrôler les différences de case-mix entre plusieurs établissements ou groupes de patients pour réaliser des comparaisons.

Lalande, F. et Lepine, C. (2011). Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Tome 1 et 2. Rapport Igas ; RM2011-071P. Paris Igas: 2 vol. (134;166), tabl., graph., cartes.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000287/0000.pdf>

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a enquêté sur les nombreux accidents (fugues, agressions, parfois meurtres ou viols) intervenant dans les hôpitaux psychiatriques. Elle a repéré, au-delà des cas individuels, des problèmes d'organisation récurrents qui favorisent leur survenue. Dans le même temps, certains établissements ont mis en œuvre des méthodes et des procédures pour prévenir la violence. Le rapport décrit les accidents, analyse les facteurs de risque et présente les bonnes pratiques. Il propose des solutions opérationnelles pour éviter la reproduction des accidents.

Leleu, H., et al. (2011). "Developing and Using Quality Indicators in French Health Care Organisations : A new area of health services and management research. Lessons from the COMPAQ-HPST Project." Journal D'economie Medicale **29**(1-2): 37-46, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA Bn7qlR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est de décrire le processus d'intégration des indicateurs de qualité des soins dans le domaine du management des organisations de santé.

Michel, P., et al. (2011). "Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité." Etudes Et Resultats (Drees)(761): 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7oR0xljp. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) rééditée en 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs, 4,5% des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6% par un EIG évitable. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population. Enfin, une étude complémentaire portant sur l'acceptabilité des risques en population générale et chez les médecins montre que les EIG

sont mieux acceptés par les médecins, qui ont une meilleure connaissance des risques. Cette étude contribue à interroger les dispositifs d'information et les réponses institutionnelles pour réduire les risques à un niveau acceptable.

Michel, P. et Quenon, J.-L. (2011). "Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins : description des résultats 2009 : rapport final." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(110): 212.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xEA897. Diffusion soumise à autorisation].
L'enquête ENEIS avait pour objectif d'estimer l'incidence des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) pris en charge dans les établissements de santé publics et privés et d'en connaître la part évitable. La densité d'incidence calculée à partir des EIG évitables survenus au cours de l'hospitalisation était de 2,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation. Près de 50% des EIG évitables était associé aux actes invasifs, la même proportion aux produits de santé et un tiers aux infections (catégories non mutuellement exclusives). Les événements indésirables graves évitables ont causé 2,6% (IC à 95%) de l'ensemble des séjours hospitaliers. Les médicaments étaient à l'origine de plus de 40% de ces EIG. Chaque année, au niveau national, 160 000 à 290 000 hospitalisations, et 95 000 à 180 000 EIG pendant l'hospitalisation, peuvent être considérés comme évitables.

Nestrigue, C. et Or, Z. (2011). "Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(171): 8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

Cette étude fournit de premières estimations nationales du coût de prise en charge d'une partie des événements indésirables associés aux soins qui surviennent à l'hôpital, en exploitant les données hospitalières collectées en routine. Neuf indicateurs de sécurité des patients, permettant d'identifier les événements indésirables nécessitant une attention particulière et sur lesquels il est possible d'intervenir en amont, ont été retenus. Les résultats montrent que 0,5 % des séjours hospitaliers sont associés à l'un ou l'autre de ces neuf événements indésirables. Il existe toutefois de fortes disparités de surcoûts, ceux-ci pouvant varier d'un peu plus de 500 euros pour les traumatismes obstétricaux à environ 20 000 euros pour les septicémies. Ces surcoûts sont étroitement corrélés avec la durée des séjours et l'intensité des soins. En 2007, le coût total de prise en charge de ces neuf événements indésirables est estimé à 700 millions d'euros, concentré à 90 % sur quatre événements indésirables (désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies postopératoires, escarres et embolies pulmonaires postopératoires). Les événements indésirables examinés dans cette étude sont associés à une augmentation significative du coût et de la durée de séjour à l'hôpital. Cette question nécessite donc d'être explorée dans la perspective d'améliorer la qualité des soins tout en renforçant le rapport coût-efficacité des établissements.

Or, Z., et al. (2011). France : implementing homogeneous patient groups in a mixed market. Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals., Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill: 221-241.

Or, Z., et al. (2011). DRGs and quality : for better or worse ? Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals., Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill: 115-129.

2010

Bras, P. L., et al. (2010). Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé. Paris la documentation française ; Paris Inspection générale des affaires sociales: 88.

L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Ce rapport se concentre sur l'information apportée aux usagers. Dans la première partie est proposée une appréciation des informations diffusées, en France, en direction des usagers, qu'elles soient d'origine publique ou privée. Dans la deuxième partie, est décrit la politique conduite en Angleterre en ce domaine. Dans la troisième partie, sont examinés diverses questions posées par les politiques qui visent à développer l'information des usagers : effets sur les choix des usagers, effets sur les comportements des équipes, nature et forme de informations à diffuser, place à donner aux indicateurs de process et de résultats ainsi qu'aux enquêtes auprès des patients, effet sur les inégalités d'accès aux soins. Sur la base de ces constats, des recommandations sont formulées en quatrième partie.

Parneix, P. et Stingre, D. (2010). Les infections nosocomiales et associées aux soins, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

Fréquemment favorisées par la situation médicale du patient, elles sont favorisées par les actes invasifs nécessaires au traitement de la pathologie et leur prévention nécessite l'application rigoureuse des recommandations de bonnes pratiques. La lutte contre les infections nosocomiales relève d'un dispositif national mis en place en France depuis 1988. Des structures nationales de coordination et de surveillance sont associées à des centres interrégionaux de lutte contre ces infections. Dans chaque établissement de santé un comité de lutte a en charge la politique de surveillance, de prévention et de formation des personnels hospitaliers. À l'heure de la diffusion du nouveau programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2009-2013, cette troisième édition revue et actualisée aborde leurs aspects épidémiologiques et cliniques. Elle décrit l'organisation de la lutte contre ces infections et apporte les informations les plus récentes concernant l'évaluation du dispositif de maîtrise et de prévention (signalement, accréditation...). Les grands principes d'hygiène hospitalière sont abordés dans les aspects « prévention ». Les conséquences juridiques des infections nosocomiales sont analysées dans leurs aspects jurisprudentiels les plus récents. L'incidence législative née de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est intégralement traitée.

Rome, F., et al. (2010). Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients. Paris HCSP: 68.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100701_anabibsecupatients.pdf

L'objectif de ce rapport est de nourrir la réflexion des experts de la Commission spécialisée Sécurité des patients du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur les stratégies à adopter pour améliorer la sécurité patient. Il s'appuie sur l'analyse des expériences de cinq pays (le Royaume-Uni, le Danemark, les Etats-Unis, l'Australie et le Canada) en matière de développement des politiques et programmes concernant la sécurité des patients. Cette analyse a été assez brève, et ne prétend aucunement à une description détaillée, et encore moins exhaustive de l'existant. Elle propose au contraire un regard plutôt global, externe et transverse, guidé par l'expertise multidisciplinaire des auteurs en matière de gestion de la sécurité, appuyée sur une connaissance de la santé, mais également sur une grande

expérience des domaines aéronautique, ferroviaire, nucléaire civil et industriel. Pour accéder aux expériences étrangères, il a été procédé à l'analyse de références documentaires nationales et internationales, et un corpus d'experts étrangers en sécurité patient a été sollicité, par le biais d'un questionnaire puis d'interviews téléphoniques. On a cherché à dégager à travers ces démarches un cadre de lecture commun, une grille de problématiques systématiquement rencontrées dans l'élaboration de politiques pour la sécurité patient et à en déduire des recommandations pour leur développement en France. Les paragraphes suivants résument les résultats obtenus, autour de quatre questions clés : l'émergence et la délimitation du concept de sécurité patient, les stratégies d'action, le rôle des systèmes de signalement et la posture du régulateur.

2009

DHOS (2009). Bilan de la mise en oeuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative à la mise en oeuvre d'un programme de gestion des risques en établissements de santé (Rapport DEDALE). Paris DHOS: 161 , tabl.

Afin d'assurer la sécurité des soins, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fait la promotion d'une politique de gestion globale et coordonnée des risques par les établissements de santé. Les établissements de santé, publics et privés, sont guidés dans leur démarche de gestion et de prévention globale des risques par la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé. La circulaire aborde successivement : la problématique et les enjeux du management des risques, les conditions de développement d'un programme de gestion au sein des établissements de santé (ES) et le rôle d'accompagnement des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Elle est complétée par des annexes à visée opérationnelle. Son objectif est d'impulser le développement, dans chaque ES, d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques, comportant des objectifs et actions en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation. Les risques considérés correspondent au champ de la « prise en charge du patient », avec les risques spécifiques et génériques liés aux activités, processus et produits, et à celui de la « vie hospitalière » qui regroupe les risques afférents aux personnes et à l'ensemble des fonctions et systèmes en place dans l'établissement de santé.

Berard, E., et al. (2009). "Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé." Journal D'economie Medicale **27**(1-2): 5-20, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA pBj78R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Actuellement les indicateurs de qualité se multiplient au sein des établissements de santé. Au niveau national, les régulateurs de soins souhaitent en généraliser l'usage, dans le cadre de procédures de traitement annuelles avec publication de résultats comparatifs. Ainsi que nous l'expliquons, les indicateurs sont associés à une "doctrine d'usage" : ils sont censés produire certains effets. Pour les régulateurs de soins, les indicateurs qualité ont vocation à être utilisés comme outils de reporting, permettant d'avoir une vue d'ensemble de la situation des établissements de santé. Pour les établissements, les indicateurs ont vocation à être utilisés comme des supports pour le diagnostic et pour l'action, dans un objectif d'amélioration de la qualité. La question à laquelle cet article s'intéresse est de savoir quelles sont les pratiques d'usage de ces indicateurs, au sein des établissements de santé. L'article cherche à établir si les outils font l'objet d'une pratique bureaucratique, ou bien d'un usage à

des fins de pilotage pour l'action. Les résultats de l'étude de cas font apparaître que les mêmes indicateurs peuvent faire à la fois l'objet d'un usage bureaucratique, et être effectivement utilisés de manière opérationnelle par l'établissement. Par ailleurs, il est difficile de déterminer quel rôle joue l'utilisation des indicateurs par les pouvoirs publics. Enfin, la légitimité de l'indicateur comme artefact ne détermine pas l'usage qui sera fait de cet outil de gestion. En revanche, il semble que la nature des résultats obtenus constitue une incitation directe à l'action de la part des établissements.

Drosler, S., et al. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. OECD Health Working Paper; 47. Paris OCDE: 105 , tabl., graph.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_220112312723

Ce document présente l'état d'avancement de la recherche et du développement d'un ensemble d'indicateurs en matière de sécurité des patients dans le cadre du projet sur les indicateurs de la qualité des soins (HCQI). Un groupe d'experts a recommandé l'utilisation des indicateurs présentés ici pour les comparaisons internationales sur une dimension clé de la qualité des soins : la sécurité. Les indicateurs ont été sélectionnés par un consensus d'experts, leur validité et leur comparabilité ont été testées. Bien qu'il reste quelques problèmes quant aux différences de codage et de déclaration venant des bases de données administratives hospitalières, la rigueur du travail sur les indicateurs a permis d'améliorer la capacité des pays à rendre compte de la qualité des soins. Le développement des indicateurs de la sécurité des patients met l'accent sur les progrès techniques réalisés dans la construction de mesures et le besoin récurrent d'améliorer la méthodologie. Les indicateurs présentés ici ne doivent pas donner lieu à des conclusions quant à la situation de la sécurité des patients dans les pays, mais visent plutôt à poser des questions pour une meilleure compréhension des différences observées.

Duhamel, G., et al. (2009). Evaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 306-314.

Ferragut, E. (2009). Penser l'hôpital autrement. Qualité de soin et contraintes économiques, Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson

Durant ces trente dernières années nous avons assisté à une transformation profonde de l'hôpital dans son organisation, son fonctionnement et ses objectifs. Gestion du personnel, management des équipes soignantes, économies demandées, l'hôpital public, comme les médecins libéraux, se retrouvent confrontés et soumis aux mêmes défis qu'une entreprise avec comme impératifs supplémentaires la nécessité de maintenir le système de soins français à un niveau de qualité satisfaisant et de répondre aux transformations de la société. L'ouvrage aborde la problématique de la difficile gestion qualité de soin-contraintes économiques à travers des thèmes tels que : le vieillissement de la population ; la gestion des unités de soins palliatifs ; la gestion et promotion du don d'organe ; l'équilibre à trouver entre réponse technique et écoute ; les nouvelles formes d'accompagnement et de responsabilisation de l'individu à sa santé ; l'importance de la décision thérapeutique. Cet ouvrage, fruit d'une méthodologie raisonnée, se base notamment sur l'expérience de l'équipe de l'Unité de psychosomatique et psychopathologie de la douleur de Montpellier pour proposer des réponses concrètes et adaptées à ces changements irréversibles : comment concilier éthique, échelle de valeurs, qualité d'écoute et de soin avec les plans comptables, comment gérer les ressources humaines et encourager la pluridisciplinarité (4è de couv.)

Januel, J.-M. (2009). "Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières : évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs." *Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(93)*: 28.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 8R0xklpH. Diffusion soumise à autorisation]. Les Patient Safety Indicators (PSI) sont des indicateurs de la sécurité des patients construits sur la base d'algorithmes de codes CIM (diagnostics médicaux) et de codes CCAM (actes médicaux) issus de la base du PMSI. Le projet de développement de ces PSI en France repose sur trois objectifs majeurs : - Estimer, dans le cadre d'une collaboration au projet Health Care Quality Indicators (HCQI) de l'OCDE, les PSI dans la base nationale du PMSI en utilisant les codes CIM-10 adaptés par un consortium international ; - Valider selon différentes approches une sélection de ces PSI ; - Adapter au contexte français cette sélection de PSI en améliorant la structure de leurs algorithmes de construction. La première étape d'estimation des PSI dans la base nationale du PMSI pour les années 2005 et 2006 a été réalisée sur l'année 2008. Les résultats ont montré la faisabilité des PSI en utilisant les bases de données médico-administratives hospitalières en France et a mis en évidence un certain nombre de limites à leur utilisation. Aussi, les résultats obtenus ont pu être comparés avec ceux d'autres pays. Avant de proposer leur usage en routine, une étape de validation des PSI demeure néanmoins nécessaire. Cette deuxième partie du projet est en cours. Le projet HCQI a pour ambition de produire un rapport proposant un panorama des systèmes de santé des pays de l'OCDE basé sur la présentation des résultats d'une cinquantaine d'indicateurs collectés (dont les PSI) si possible annuellement par les pays participants.

Or, Z. et Renaud, T. (2009). "Impact du volume d'activité sur les résultats de soins à l'hôpital en France." *Economie Publique(24-25)*: 187-219.

Cette étude contribue à la littérature sur le lien entre le volume d'activité et les résultats de soins en exploitant pour la première fois les données hospitalières françaises à l'échelle nationale. Elle teste l'existence et l'ampleur de la corrélation volume-résultats afin de répondre à une question majeure pour l'organisation des soins hospitaliers : est-ce que les résultats de soins sont meilleurs dans les établissements lorsque l'activité consacrée à ces soins est plus élevée ? Les résultats montrent que le volume d'activité constituerait un bon critère de régulation pour améliorer les résultats dans certains domaines mais qu'il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité hospitalière au-delà d'un certain point.

Or, Z. et Renaud, T. (2009). "Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?" *Questions D'economie De La Sante (Irdes)(149)*: 1-6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf>

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, aucune étude, à ce jour, ne vérifie le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude fournit des éléments quantitatifs nouveaux sur la relation entre volume et résultats des soins en exploitant les données hospitalières françaises. Pour six prises en charge hospitalières sur les huit étudiées, les résultats montrent que la probabilité de réadmission et de mortalité est plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité. L'impact du volume sur les résultats diffère selon la technicité des soins et semble s'atténuer au fur et à mesure que l'activité augmente. L'intensité de la relation entre le volume et les résultats varie d'une intervention à l'autre mais ce lien n'est linéaire pour aucune prise en charge. Le volume d'activité constituerait donc un levier d'action pour améliorer les résultats dans certains

domaines, mais il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.

Or, Z., et al. (2009). "Focus sur quatre pathologies et actes courants : l'appendicectomie, l'accouchement, l'angine de poitrine et l'AVC." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(9): 16-48. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce chapitre approfondit l'analyse du coût de prise en charge de deux actes courants : l'appendicectomie et l'accouchement par voie naturelle et de deux pathologies fréquentes : l'angine de poitrine et l'AVC dans les établissements hospitaliers publics. L'objectif principal de ces focus est de fournir une analyse descriptive détaillée des différents éléments déterminant le coût hospitalier, et d'identifier leur contribution respective à la variabilité des coûts observés, à la fois au niveau du patient et au niveau institutionnel. Plus spécifiquement, l'objectif est de séparer dans la variabilité des coûts ce qui est imputable à un effet « établissement hospitalier » et ce qui est imputable à un effet « patient ».

2008

Com-Ruelle, L., et al. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature. Rapport Irdes ; 1734. Paris Irdes: 152. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1734.pdf>

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers dans de grandes unités est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens et l'ampleur de la relation entre volume d'activité et qualité des soins font toujours l'objet de débats. Ce rapport dresse un examen complet et systématique de la littérature portant sur la relation entre le volume d'activité dans les établissements de santé et les résultats des soins. Au total, 175 articles ont été évalués selon un protocole standard. Par ailleurs, ce rapport étudie également les concepts d'économie industrielle pour en comprendre les mécanismes sous-jacents du lien entre volume d'activité et résultats.

Corriol, C., et al. (2008). "COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **56**: 179-188, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA DAR0xmGp. Diffusion soumise à autorisation]. Trois années d'existence du programme Coordination de la mesure de la performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH) permettent d'en tirer les premiers enseignements et d'évaluer ses perspectives de développement jusqu'en 2009. Quels indicateurs sont utilisés ? Comment sont-ils testés ? Quelles différences de qualité peut-on révéler ? Quel emploi pratique envisager au sein des établissements de santé ? Quel équilibre établir entre initiatives propres aux établissements et incitations externes, tels que le développement des classements ou les incitations financières ? Enfin, quelle cohérence donner à ce mouvement d'évaluation par la mesure de la qualité des soins ? Autant de questions auxquelles ce programme cherche à répondre.

Duhamel, G. (2008). "De la sécurité sanitaire à la sécurité des soins en établissement de santé." Techniques Hospitalieres(712): 23-25.

[BDSP. Notice produite par EHESP AolR0xq8. Diffusion soumise à autorisation]. En réponse à de nombreuses défaillances du système (contamination par le VIH et l'amiante), une politique de sécurité sanitaire a progressivement été mise en place depuis quinze ans : des institutions ont été créées, des outils mis au point, des normes édictées... Au niveau des

établissements de santé, une politique de sécurité des soins s'est également développée. Quelles sont les composantes d'une politique de gestion du risque à l'hôpital ? La réponse dans cet article qui reproduit une des interventions de la première Journée nationale de la Société française de gestion des risques en établissement de santé (Sofgres), journée qui s'est tenue le 29 juin 2007 à l'Université Paris I Sorbonne-Panthéon.

Or, Z. et Com-Ruelle, L. (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Document de travail Irdes ; 19. Paris Irdes: 18.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

Or, Z. et Com-Ruelle, L. (2008). "La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?" Journal D'economie Medicale **26**(6-7): 371-385.

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

Saillour-Glenisson, F., et al. (2008). "Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(20): 85-96.

Cette étude a pour objectif de sensibiliser les professionnels des établissements de santé à la dimension économique de la qualité, de fournir des informations sur le coût de la qualité et de la non-qualité et de proposer des fiches outils opérationnelles de mesure du coût de la non-qualité et de la qualité. A partir d'une revue approfondie de la littérature, on a identifié les défauts de qualité les plus fréquents et recensé les données de coûts de non-qualité disponibles. Pour pallier le manque d'information sur le coût de la non-qualité, des fiches outils opérationnelles ont été construites, ciblées sur quatre domaines d'application principaux que les établissements sont incités à utiliser dans le cadre d'une politique qualité orientée sur les interventions ayant le meilleur impact médico-économique (résumé auteur).

Silber, D. (2008). Mesurer la qualité des soins. Paris Institut Montaigne: 47.

<http://www.institutmontaigne.org>

Il y a encore quelques années, les Français étaient convaincus de bénéficier du meilleur système de santé au monde. Aujourd'hui, leur sentiment est plus mitigé. En fait, ils sont incapables de se prononcer en toute objectivité. Et pour cause : l'évaluation de la qualité des soins, en France, n'en est encore qu'à ses balbutiements. Or les conséquences en termes de santé publique sont graves : erreurs de soins, prévention mal conçue, suivis négligés, accidents trop nombreux, décès évitables. Dans cette note de l'institut Montaigne, Denise Silber, après avoir dressé un état des lieux aussi complet qu'alarmant de la situation, formule sept propositions concrètes pour mesurer efficacement la qualité des soins en France et pour en diffuser largement les résultats. En gardant à l'esprit que l'objectif n'est pas de clouer au pilori les professionnels de santé mais, au contraire, de les aider à progresser afin de satisfaire à un impératif majeur : soigner les Français le mieux possible.

2007

(2007). Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé. Saint Denis Haute Autorité de santé: 19.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

Ce document a pour vocation d'enrichir le débat sur la qualité de notre système de santé. Engagée depuis trois ans au service de l'amélioration de la qualité en santé, la Haute Autorité de santé (HAS) considère que sa mission est aussi, au-delà de son action quotidienne, de susciter le débat public et la réflexion sur l'avenir du système de santé. L'amélioration de la qualité en santé est une exigence qui porte ses fruits depuis une quinzaine d'années déjà. Pourtant, son impact est encore trop limité et la diffusion d'une culture partagée de la qualité rencontre certaines difficultés. Ce document analyse ces difficultés et identifie les choix collectifs que nous devons effectuer pour les dépasser. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de limites pratiques : des choix de fond s'imposent pour définir ensemble dans quel but et avec quels outils nous voulons défendre demain la qualité de notre système de santé. Pour dynamiser la réflexion collective, la HAS en appelle à la contribution de tous les acteurs concernés : patients et usagers du système de santé, professionnels et pouvoirs publics. Ce document propose des éléments d'analyse pour favoriser le débat public sur une série de sujets. La HAS pose ainsi les premiers jalons de débats qui seront lancés dans le courant de l'année 2008. Les thèmes identifiés pour ces échanges sont présentés en annexe. Certains débats pourront avoir lieu dès les prochains mois, d'autres demanderont le temps de la recherche. Cette concertation approfondie nous permettra de définir avec vous de nouveaux horizons pour améliorer, ensemble, la qualité en santé.

2006

(2006). Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN 2004. Paris Ministère de la Santé et des Solidarités. DHOS/DGS: 71.

Le tableau de bord des infections nosocomiales et son premier indicateur ICALIN marque le début de cette démarche. L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Le tableau de bord est une façon de présenter un certain

nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il vise à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Garcia-Armesto, S. (2006). Health care quality indicators project. Patient safety data systems in the OECD : a report of a joint irish department of health - OECD conference. Paris OCDE: 35 , tabl., fig.

<http://www.oecd.org/dataoecd/12/4/38705981.pdf>

Dans ce rapport sont présentées les conclusions de la première réunion du sous-groupe sur la sécurité des patients du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI), qui a eu lieu les 29 et 30 juin à Dublin (Irlande). Cette conférence a été organisée conjointement par le ministère irlandais de la Santé et de l'Enfance et l'OCDE. Elle a rassemblé des représentants des administrations nationales et des experts internationaux qui ont examiné et analysé la situation actuelle concernant les systèmes de données sur la sécurité des patients dans l'ensemble de la zone de l'OCDE, et les obstacles qui s'opposent à leur amélioration (Résumé d'auteur).

Kelley, E. et Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project : conceptual framework paper. OECD Health Working Papers ; 23. Paris OCDE: 36 , 37 ann., 32 graph., 55 tabl.

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>

Ce document a pour objet de présenter le cadre conceptuel du projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (projet HCQI). Deux grandes questions y sont traitées : quels concepts, ou aspects, de la qualité des soins convient-il d'évaluer et comment ceux-ci doivent-ils en théorie être évalués. La nécessité d'élaborer un cadre conceptuel pour le projet a été exprimée par un grand nombre de pays participants. Les pays ont indiqué que ce cadre devait : a) être fondé sur l'expérience des pays et b) pouvoir être utilisé pour éclairer les travaux actuels et futurs de l'OCDE dans le domaine de l'évaluation et du suivi de la qualité des soins de santé. Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé a été lancé en 2001. Son objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui rendent fidèlement compte de la qualité des soins de santé en se prêtant à des comparaisons fiables entre pays grâce à l'utilisation de données comparables. Le projet HCQI s'appuie sur deux activités internationales préexistantes de coopération, organisées respectivement par le Commonwealth Fund of New York (cinq pays) et le Groupe de travail du Conseil nordique des ministres sur l'évaluation de la qualité (six pays). Vingt trois pays participent à présent au projet. Ce document vise à fournir des orientations pour la réalisation du projet HCQI en mettant en évidence les éléments techniques sur lesquels faire reposer dans l'immédiat et ultérieurement les travaux qui s'y rapportent.

Kelley, E. et Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project : initial indicators report. OECD Health Working Papers ; 22. Paris OCDE: 151 , 152 graph., 155 tabl.

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>

Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) a été lancé en 2001. Son objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puissent être utilisés pour déterminer de nouvelles pistes de recherche sur la qualité des soins dans les pays de l'OCDE. Les indicateurs devant finalement être recommandés pour faire partie de cet ensemble d'indicateurs doivent en principe être pertinents du point de vue scientifique et importants sur le plan clinique et stratégique, et leur collecte réalisable dans la pratique au sens où les données y afférentes doivent être disponibles et comparables à l'échelon

international. Ces indicateurs ne sont pas non plus censés permettre de porter un jugement sur la performance globale des systèmes de santé dans leur intégralité. Ils devraient essentiellement être utilisés comme point de départ pour comprendre pourquoi des différences existent et par quels moyens les réduire et améliorer les soins de santé dans tous les pays. Le projet est divisé en deux phases. La première, dont le présent rapport présente une synthèse, a été axée sur 17 indicateurs importants et facilement accessibles de l'efficacité des soins. Les indicateurs qui seront pris en compte dans la deuxième phase des travaux porteront sur un éventail plus large d'affections cliniques et d'aspects de la qualité des soins de santé. La première partie du rapport présente l'objet et l'historique du projet, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. La deuxième partie fait une synthèse des conclusions des analyses approfondies réalisées par l'OCDE au cours du printemps et de l'été 2005 sur un ensemble de cinq questions posées par les experts nationaux lors de la réunion qu'ils ont tenue en décembre 2004 à Paris. Ces questions concernant les données portent sur des problèmes de comparabilité entre les pays pour des indicateurs particuliers. La troisième et dernière partie du rapport présente des informations détaillées sur la pertinence scientifique et l'importance des indicateurs dont l'inclusion dans l'ensemble initial d'indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE a été recommandée, la disponibilité des données y afférentes et leur comparabilité au niveau international. Le document examine aussi en détail les indicateurs dont l'intégration dans cet ensemble initial n'est actuellement pas recommandée. Ces derniers ne sont pas pour autant définitivement écartés. Plusieurs d'entre-eux sont généralement considérés comme pertinents sur le plan scientifique, mais pour le moment, la disponibilité et la comparabilité des données qui s'y rapportent ne sont pas nécessairement tout-à-fait satisfaisantes. Par conséquent, ces indicateurs ne se prêtent pas actuellement à la comparaison internationale (tiré du résumé d'auteur).

Minvielle, E. (2006). "COMPAQH. Recherches sur le développement des indicateurs qualité." Revue Hospitaliere De France(513): 19-22.

[BDSP. Notice produite par EHESP H8CR0x8t. Diffusion soumise à autorisation]. Trois années d'existence du programme COMPAQH permettent d'en tirer les premiers enseignements et d'évaluer ses perspectives de développement jusqu'en 2009. Quels indicateurs sont utilisés ? Comment les tester ? Quelles différences de qualité peut-on révéler ? Quel emploi pratique envisager au sein des ES ? Quel équilibre établir entre initiatives propres aux établissements et incitations externes, telles que le développement des classements ou les incitations économiques ? Enfin, quelle cohérence donner à ce mouvement d'évaluation par la mesure de la qualité des soins ? Autant de questions auxquelles ce programme cherche à répondre.

Salomon, V. et Nadal, J.-M. (2006). "Icalin et les indicateurs de qualité des soins." Revue Hospitaliere De France(513): 29-30.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x8nIB7. Diffusion soumise à autorisation]. Produire et diffuser des indicateurs de qualité relève, pour les pouvoirs publics, d'une démarche à la fois scientifique et pragmatique : il s'agit de transmettre des informations sur la qualité du système de santé pertinentes, valides, de compréhension facile mais non simplistes. En février 2006 a eu lieu la première diffusion d'un indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin). Lui sera associée, prochainement, la mise en ligne d'une plateforme Internet présentant les données issues du PMSI et de la SAE 2004. Cette diffusion, nationale et publique, répond au souci d'une transparence accrue.

2005

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

(2005). COMPAQH : rapport d'étape 2004. Paris Cregas (Inserm): 66, 65 graph., 62 tabl.

Ce document est un rapport d'étape du projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière). Il a pour objectif de décrire les travaux réalisés en 2004 (mars 2003 - mars 2006). Le projet COMPAQH poursuit les objectifs suivants : (1) Sélectionner une batterie d'indicateurs de qualité hospitalière ; (2) Tester la qualité métrologique de ces indicateurs ; (3) Etablir une comparaison inter-hospitalière ; (4) Définir les modes de gestion des indicateurs comme aide à l'amélioration de la qualité. 36 établissements de statuts différents participent à ce projet, qui est soutenu par la DHOS, en collaboration avec l'HAS. Il est également porté par les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNMF), la branche hospitalière de l'assurance-maladie (UGECAM), et les associations d'usagers (CISS). Le maître d'œuvre est l'INSERM (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé, unité mixte Inserm-Cnrs), avec une participation du CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine). En 2004, l'objectif a été de mettre en œuvre la batterie d'indicateurs sélectionnés (25 en MCO, 25 en CLCC, 19 en Psychiatrie, 20 en CLCC, soient 42 au total). Des outils nécessaires à la collecte de données ont été élaborés, des indicateurs ont été lancés au test, et le document présente quelques résultats obtenus, à la fois au niveau de l'établissement et entre établissements. Une revue de la littérature sur les méthodes de comparaison a été engagée à cette occasion. Enfin, un dispositif spécifique visant à tester la faisabilité de cinq indicateurs d'infections nosocomiales a été conçu.

(2005). Les évènements indésirables graves liés aux soins : étude ENEIS 2004, Paris : DREES
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Ce document présente sous forme de fiches la méthodologie et les premiers résultats de l'étude ENEIS (Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins) réalisée en 2004 et ayant pour objectifs d'estimer la fréquence des événements indésirables graves évitables observés en milieu hospitalier et d'analyser les causes et facteurs contributifs des événements évitables.

Ellenberg, E. (2005). "L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent." Sante Publique **17**(3): 471-474.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xz32qW. Diffusion soumise à autorisation]. Un nouvel adjectif semble avoir fait son apparition récemment dans les médias français : celui de "nosocomial". Il ne faut cependant pas croire que l'histoire des maladies nosocomiales ne débute qu'avec l'épidémie de légionellose à l'hôpital Pompidou ou celle du xenopi à la clinique du sport loin de là en vérité, mais il est vrai qu'elle rebondit tragiquement depuis quelques années. En fait, l'adjectif "nosocomial" est utilisé depuis au moins le XVIIIe siècle comme nous le confirment de nombreux dictionnaires de médecine.

Grenier-Sennelier, C., et al. (2005). "Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **53**(1): 1S22-21S30, tabl.

[BDSP. Notice produite par MRPS 60R0xxjm. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet COMPAQH - COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière - coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, a pour objectif de sélectionner une batterie d'indicateurs de la qualité de la prise en charge du patient par les établissements de santé, afin de les tester et de les valider. Les indicateurs

sélectionnés associent majoritairement des mesures de processus à des mesures de résultats. Le principal critère de sélection est la faisabilité du recueil de données.

Labernadie, M., et al. (2005). "Démarches qualité : ombres et lumières. Comment pérenniser la démarche qualité dans les établissements de santé ?" Gestions Hospitalières(442): 65-75.

[BDSP. Notice produite par ENSP e0R0xN70. Diffusion soumise à autorisation]. Suite et fin des communications de la sixième journée régionale du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Certaines interventions abordent le management de la qualité en général tandis que d'autres font part d'expériences et d'outils mis en place dans le cadre d'une démarche qualité : gestion du risque transfusionnel au département des urgences du CHU de Bordeaux, élaboration par le CCLIN Sud-Ouest du manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux et généralisation de cet outil à l'ensemble des établissements de la région Aquitaine, méthode du chemin clinique dans le cadre de la prise en charge chirurgicale des cancers du sein utilisé au centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux, mise en place d'un tableau de bord en anesthésie au centre hospitalier de Pau, utilisation de l'outil IGEQSI pour évaluer la qualité des soins infirmiers à la clinique Pasteur de Toulouse.

Vayre, P. (2005). "La lutte contre les infections nosocomiales." Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine **189**(6): 1285-1288.

[BDSP. Notice produite par INIST-CNRS CSPr0x2v. Diffusion soumise à autorisation]. Les infections nosocomiales restent en France un grand enjeu de Santé Publique malgré une législation contraignante et de nombreux règlements concernant la prévention dans le respect des recommandations européennes et des principes reconnus depuis la création du Conseil de l'Europe. L'Académie nationale de médecine a émis à plusieurs reprises depuis vingt ans des avis en accord avec les recommandations du Conseil de l'Europe à propos "des infections contractées à l'hôpital" dont la dernière en date R (84) 20 reste, à quelques nuances près, le texte de base de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. Constatant que le risque en France ne diminue ni en fréquence ni en gravité l'Académie nationale de médecine estime devoir mettre en exergue les causes du danger persistant et les modalités les plus appropriées d'une lutte efficace de prévention. Après étude approfondie des connaissances étiopathogéniques, physiopathologiques et anatomocliniques, elle considère qu'une amélioration de la situation est possible à court terme par application convenable des recommandations existantes sans accroître la législation. L'Académie nationale de médecine envisage successivement : la définition et les caractéristiques des infections nosocomiales. Les facteurs de risque et les moyens sécuritaires de prévention, en insistant sur l'application réelle des règles d'hygiène et d'organisation (en particulier sur la conception et l'organisation du bâtiment hospitalier), sur la surveillance des infections nosocomiales et leur déclaration obligatoire et enfin sur l'information contrôlée des professionnels de santé, des citoyens et des médias.

2004

(2004). Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. Saint-Denis ANAES: 155 , tabl., graph.

<http://www.has-sante.fr/>

Ce document réalisé par l'Anaes réactualise un premier rapport intitulé " Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital ", réalisé en 1998 et qui avait pour but d'analyser la relation

entre la qualité des soins et les coûts associés. Le présent document s'articule autour de cinq chapitres : le premier chapitre définit le concept de coût de la qualité ; le second chapitre propose une synthèse des travaux internationaux réalisés entre 1990 et 2003 ; le troisième chapitre propose une synthèse des données françaises sur le coût de la qualité ; la quatrième partie liste les besoins en information en France en termes de coût de la qualité et les pistes de recherche permettant d'avancer dans la réflexion autour du thème du coût de la qualité des soins en établissement de santé. Enfin, des fiches outils sont proposées dans la dernière partie. Elles sont déclinées en quatre domaines d'application : les infections à bactéries multirésistantes, l'antibioprophylaxie inadaptée, les escarres et les radiographies inappropriées.

D'Alche-Gautier, M.-J., et al. (2004). Revue des pertinence des soins : application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. St Denis La Plaine HAS: 91 , 93 ann., 96 graph.

<http://www.has-sante.fr/>

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Cette méthode a été plus particulièrement utilisée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans un établissement de santé. C'est pourquoi ce guide développe la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation, qui permet d'améliorer la qualité par le repérage des admissions ou des journées non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. L'identification des admissions ou des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères techniques simples regroupés dans une grille. Ainsi, le guide décrit, dans une première partie, l'outil AEPf (version française de l'AEP ou Appropriateness Evaluation Protocol) appliqué aux admissions ou aux journées d'hospitalisation, en insistant sur l'intérêt de l'outil et ses limites. La deuxième partie sera consacrée à la mise en œuvre pratique de la méthode revue de pertinence des soins en utilisant l'outil AEPf. Les auteurs illustrent le caractère dynamique de la démarche dans laquelle s'inscrit l'outil AEPf sous forme d'un PDCA : PLAN correspondant à la mise en place de la gestion de projet, DO à la mise en œuvre de l'AEPf, CHECK à l'analyse des résultats et ACT à la mise en place des plans d'action et à la réévaluation. La troisième partie ouvre sur des expériences concrètes d'utilisation d'autres grilles et permet de donner quelques conseils si l'on envisage l'extension de l'outil AEPf. Enfin, les annexes présenteront une revue de la littérature dans différents pays (anglo-saxons et européens, dont la France) et mettront à la disposition des professionnels de santé les grilles AEPf pour les admissions et les journées d'hospitalisation ainsi que leurs guides d'utilisation (tiré de l'introduction).

Vallet, O., et al. (2004). "Élaboration d'un outil de mesure de la mortalité post hospitalière. Tome 1 : Étude de faisabilité. Tome 2." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(40): 2vol. (74 52), tabl., graph., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA sR0x2kJK. Diffusion soumise à autorisation]. Un travail est mené actuellement par la DREES pour réfléchir à l'élaboration de nouveaux indicateurs permettant d'évaluer et de comparer les performances du système de santé français. Parmi les indicateurs de résultat, le décès constitue un événement objectif majeur dont la prise en compte dans l'évaluation des prises en charge, notamment hospitalières, paraît incontournable. Ce travail envisage la mise en place en France d'un système d'information permettant d'apparier une base de morbidité hospitalière à une base de mortalité, compte-tenu des contraintes réglementaires et techniques en vigueur. Le premier tome présente les

résultats d'une recherche documentaire sur les systèmes d'anonymisation et de chaînage développés en France et à l'étranger, et sur l'intérêt et les limites de l'indicateur "mortalité post-hospitalière" utilisé par plusieurs pays étrangers. Le second tome explore comment en pratique pourrait être mis en place un système d'information mettant à disposition la mortalité post-hospitalière.

2003

Amalberti, R. et Pibarot, M.-L. (2003). "La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique." Gestions Hospitalières(422): 18-25.

[BDSP. Notice produite par ENSP f9vR0xm4. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion des risques dans les organisations génère de nombreux paradoxes et devient un objet difficile à manier qui ne peut plus être géré sans une réflexion approfondie. L'hôpital n'échappe pas à ces constats, à ceci près que le défi est encore plus grand pour plusieurs raisons : 1-la pression pour l'amélioration du service est de plus en plus forte 2-le risque est particulièrement protéiforme et les investissements sont devenus critiques 3-le risque patient est un parent pauvre de tous les risques traités à l'hôpital 4-le secteur hospitalier est morcelé. Dans ces conditions, la mise en place d'une réflexion globale sur la sécurité à l'hôpital est encore plus urgente, avec trois priorités étudiées tour à tour. La première priorité est le passage d'une vision locale à une vision systémique de la sécurité. L'analyse systémique fonde une culture commune, qui décrit à terme une série de droits et de devoirs pour tous les acteurs du système. La deuxième priorité est le poids de la dynamique du système et le poids de l'oral dans l'acquisition d'une culture distribuée de sécurité. En effet, les systèmes ne sont pas stables et les migrations de pratique (ou écarts) doivent être surveillés et évalués de façon continue. Enfin, la troisième priorité réside dans le pragmatisme et la construction sur l'existant. La condition à l'amélioration durable reste le développement d'une culture de sûreté reposant sur un changement des attitudes plus que sur un changement des outils.

Borges Da Silva, G. (2003). "La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de la littérature et perspectives." Sante Publique **15**(2): 213-222.

[BDSP. Notice produite par ENSP yK5IR0xl. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les établissements hospitaliers, l'existence de référentiels de bonne pratique pourrait permettre de construire un plan cohérent d'amélioration de la qualité des soins. Une requête sur les bases bibliographiques francophones montre une faible fréquence de publications d'audit interne sur la pertinence de soins. Pourtant notre expérience d'autre externe montre l'intérêt de l'évaluation de la qualité des soins en hôpital psychiatrique. Nos études constatent le non-respect fréquent des règles d'utilisation des psychotropes et l'importance de l'exposition aux risques iatrogènes des patients. Il existe un hiatus entre la richesse des référentiels et leur faible utilisation par les établissements, dans les plans d'amélioration de la qualité et donc dans les publications des professionnels concernés. L'analyse de la pertinence de la décision médicale est peu acceptée. La pratique clinique est considérée comme un art alors qu'elle est devenue une technique faisant appel à l'expérience collective des pairs.

Michel, P., et al. (2003). "Étude pilote pour l'estimation du risque iatrogène dans les établissements de santé en France. Rapport final - Tome 1. Annexes au rapport final - Tome 2." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(39): 2vol. (63 219), tabl., graph., ann.

<http://www.has-sante.fr/>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xzQ61Q. Diffusion soumise à autorisation]. La Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont souhaité la réalisation d'une étude pilote, avec l'appui de la DREES, sur la mesure du risque iatrogène dans la région Aquitaine. Le but de cette étude était de comparer plusieurs méthodes (prospective, rétrospective et transversale) de mesure du risque et de faire des recommandations pour l'enquête nationale. Les trois méthodes ont été appliquées à un même échantillon de patients. Le coût total de chaque méthode a été calculé. L'acceptabilité, en termes de charge de travail et de crédibilité des résultats de chaque méthode, a été appréciée lors de séances de restitution des résultats dans les services participants. Le tome 1 présente la méthodologie et les résultats. Les annexes (questionnaires, guide de remplissage, supports de formation...) figurent dans un tome 2.

Obrecht, O., et al. (2003). "Rendre compte de la qualité du service médical rendu au patient : l'enjeu de la seconde procédure d'accréditation." *Gestions Hospitalières*(428): 517-520.

[BDSP. Notice produite par ENSP SqR0xgwh. Diffusion soumise à autorisation]. Des enquêtes et un travail de réflexion engagés par l'ANAES ont permis de dégager des constats de la première procédure d'accréditation. Est apparu notamment, de la part des professionnels et des établissements, le souhait de voir évoluer l'accréditation dans le sens d'une simplification de certains éléments de la procédure tout en renforçant le regard porté sur les activités cliniques. Ces constats ont servi de point d'appui pour définir les axes de développement de la deuxième procédure d'accréditation, sous-tendus par trois principes : - maintien de référentiels transversaux portant sur l'ensemble de chaque établissement, renforçant en particulier le regard porté sur la dimension managériale ; - déclinaison des référentiels plus directement liés à l'activité de soins selon les différents types de prise en charge, intégrant l'interface extrahospitalière avec les professionnels libéraux et les réseaux de soins ; - renforcement d'une évaluation des pratiques professionnelles pour les activités ou pathologies dominantes par type de prise en charge. Ces réflexions vont conduire à la réalisation d'un nouveau manuel d'accréditation courant 2004, après une validation par les instances de l'ANAES prévue en novembre 2003, et au lancement d'une deuxième phase d'expérimentation avec des établissements volontaires ayant engagé très tôt leur première démarche d'accréditation.

2002

Tabuteau, D., et al. (2002). *La sécurité sanitaire*, Paris : Berger-Levrault

Les risques sanitaires ont pris dans nos sociétés une place considérable, et la sécurité sanitaire est devenue, en dix années, une préoccupation première du public, des professionnels comme des autorités sanitaires. Elle constitue une composante majeure des politiques de santé. L'auteur propose dans cette nouvelle édition une analyse de cette évolution et une doctrine de la sécurité sanitaire fondée sur quatre principes : le principe d'évaluation, le principe de précaution, le principe d'impartialité et le principe de transparence. A partir d'une analyse des processus de décision dans le système de santé, il présente les enjeux et les perspectives de la sécurité sanitaire, les principales réglementations applicables et les conséquences économiques des actions menées. Il met en lumière le lien qui existe entre l'émergence de la sécurité sanitaire, le développement des droits des malades et la transformation des politiques de santé.

2001

Fourcade, A., et al. (2001). "La qualité des soins à l'hôpital." Actualite Et Dossier En Sante Publique(35): 29-43, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP sR0x0pzM. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, les hôpitaux ont l'obligation de rentrer dans une procédure d'accréditation où la qualité de l'établissement sera appréciée par un organisme externe. Les ARH ont élargi les critères d'attribution des budgets pour mieux prendre en compte la qualité des soins offerts aux patients. La sécurité et la qualité constitueront ainsi un des objectifs des contrats pluriannuels conclus avec les ARH. De nombreuses initiatives se sont ainsi développées dans nos hôpitaux sans qu'il soit possible d'en établir réellement un inventaire exhaustif. L'article propose d'établir un cadre d'analyse de ces démarches en fonction de leurs objectifs, des méthodologies utilisées et des conséquences de leur diffusion dans les établissements. Il évoque dans un second temps la place de la formation continue dans l'installation et le développement d'une culture qualité dans les établissements de santé. Enfin il évalue les obstacles et les résistances aux changements liés à la mise en oeuvre de programmes qualité tant au niveau technique, que stratégique ou relationnel. (Résumé adapté du texte).

Gaultier-Gaillard, S. et De Marcelin Warin, N. (2001). Gestion des risques iatrogènes : une étude comparative en milieu hospitalier entre la France et l'Etranger. Paris Ministère chargé de la Santé, DHOS: 76 , 78 ann.

<http://www.has-sante.fr/>

La gestion du risque iatrogène en milieu hospitalier suscite interrogations et réflexions depuis quelques années en France. La définition même du risque iatrogène ne fait pas l'objet d'un consensus et elle évolue au fil des débats internationaux sur cette question. Il semble évident qu'aucun pays étranger ne fonctionne comme la France et l'idée n'est pas de copier un modèle à l'étranger mais de rechercher des pratiques de gestion de risques qui soient adaptables à notre système de santé. Par conséquent cinq pays ont été retenus sur le critère de leur mode de gestion : Etats-Unis, Canada (Province de Québec), Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas. Dans ces cinq pays, la iatrogénie n'est pas gérée comme une entité à part entière mais fait partie d'une plus vaste gestion des risques concernant les événements indésirables. L'intérêt grandissant pour la prise en compte et la gestion des événements indésirables, s'explique par la mortalité, la morbidité, la prolongation du séjour hospitalier et l'augmentation des coûts inhérents qu'ils engendrent. L'étude fournit des éléments de réponse pour la gestion du risque iatrogène en milieu hospitalier en France à travers la comparaison de ces cinq systèmes. Le système français est mixte en ce sens qu'il est réglementé pour certains aspects de la gestion des risques (infections nosocomiales, vigilances) et incitatif (recommandations issues de groupes d'experts, d'agences ou autres institutions). La recherche d'une régulation équilibrée entre l'État, les professionnels de santé et les usagers peut s'appuyer sur les modes d'organisation expérimentés à l'étranger.

2000

Kervasdoué, J. (éd.) (2000). La qualité des soins en France, Paris : Fédération Nationale de la Mutualité Française ; Editions de l'Atelier ; Editions ouvrières

Depuis plus de dix ans, le thème de la qualité des soins est au cœur de toutes les réflexions et mesures visant à améliorer notre système de santé. Mais en dépit des intentions affichées, la

France accuse encore un retard important en la matière, telle en témoigne la mortalité occasionnée à l'hôpital par les infections nosocomiales. Ce livre se veut d'abord un plaidoyer pour la mise en oeuvre des procédures de qualité. Il met cependant en garde contre une certaine conception des politiques de qualité de soins qui pourrait mener à une bureaucratisation et une déshumanisation des pratiques médicales. Il propose des mesures opérationnelles susceptibles d'être développées rapidement. Ecrit par l'un des meilleurs spécialistes de la question, cet ouvrage n'hésite pas à bousculer tous les conservatismes et à avancer des solutions audacieuses.

1997

(1997). "La qualité à l'hôpital." Technologie Et Sante(32): 94.

Fourcade, A., et al. (1997). La démarche qualité dans un établissement de santé, Velizy : Doin Editeurs

Ce guide multidisciplinaire est destiné à apporter les bases méthodologiques et à présenter des exemples concrets pour l'application de la démarche qualité dans le domaine des soins hospitaliers. Il présente les concepts nécessaires à la compréhension de la démarche, les différentes étapes qui devront conduire une structure de soins (service, hôpital) à ce que l'on appelle l'assurance de qualité, les outils qui peuvent être utilisés. Il offre une opportunité aux professionnels de santé, susceptibles de s'engager dans cette démarche, d'avoir enfin accès, à un premier cadre méthodologique général, illustré par des exemples issus d'expériences hospitalières. (Résumé d'auteur).

1996

Leteurtre, H. et Patrelle, I. (1996). La qualité hospitalière, Paris : Berger-Levrault

Cet ouvrage traite de la qualité hospitalière. Il comprend trois parties. La première nous amène à nous interroger sur la démarche de qualité totale hospitalière ainsi que sur une approche de la qualité organisationnelle. La seconde partie est consacrée à des fonctions transversales de l'hôpital (communication, formation, services offerts aux malades). La troisième partie ouvre des perspectives sur la qualité des soins infirmiers.

LA SATISFACTION DES USAGERS

2023

Donnet-Descartes, E. et Dujardin, D. (2023). Evaluer avec les usagers. Rennes : Presses de l'Ehesp

Innovante il y a vingt ans, la prise en compte des usagers dans l'évaluation a d'abord connu un développement expérimental reposant sur des théories contrastées. Elle est aujourd'hui expressément recommandée dans le cadre légal et réglementaire. Cet ouvrage tire les enseignements de programmes participatifs d'évaluation centrés sur les points de vue des usagers, impliquant des publics vulnérables des trois secteurs : sanitaire, social et médico-social. Il expose en détail une méthode qui donne à l'utilisateur une place d'expert, coopérant à l'ajustement d'une offre adaptée à ses attentes et à ses besoins. Outre qu'elle met en débat

savoirs professionnels et savoirs d'expérience des usagers, cette méthode contribue efficacement à l'amélioration des réponses professionnelles et des dispositifs spécialisés.

2022

Assmann, K., Gloanec, M. et May-Michelangeli, L. (2022). Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis. Saint-Denis HAS: 82.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/iqss_rapport_analyse_commentaires_e_satis_2022.pdf

Cette première étude nationale recueillant l'expérience des patients dans le cadre du dispositif e-satis a porté sur un volume particulièrement important de verbatim : 2 457 823 verbatim, recueillis entre 2016 et 2020 dans deux des enquêtes e-Satis : e-Satis +48h Médecine Chirurgie Obstétrique et e-Satis Chirurgie Ambulatoire. Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse en deux étapes : Un traitement automatique des langues (TAL) qui a permis d'identifier les thèmes prédominants cités par les patients ; Puis une analyse textuelle afin de décrire et d'analyser finement les thèmes identifiés par le TAL.

(2022). Crise de l'hôpital. Témoignages et retours d'expériences des patients et usagers. Paris France Assos santé: 16.

https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/crise-de-lhopital-a-leur-tour-les-patients-temoignement-dune-situation-critique/

France Assos Santé a réalisé une enquête exclusive auprès de 655 patients et représentants d'usagers, avec le relais de ses associations membres et délégations régionales. Les résultats de cette enquête réalisée en juin apportent un éclairage de l'intérieur sur les problèmes à l'hôpital. Ils confirment l'extrême mise en tension des personnels soignants et de ses conséquences délétères sur la prise en charge des patients à toutes les étapes de leur parcours.

2020

Cabarrot, P., Coniel, M., Haniquaut, F., et al. (2020). "La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? – Analyse des déclarations d'événements indésirables en lien avec la Covid-19 déclarés dans la base de l'accréditation des médecins et revue critique de la littérature." *Risques Et Qualité* **17**(4): 195-204.

<https://www.hygienes.net/boutique/risques-qualite/la-crise-covid-a-t-elle-submerge-les-barrieres-de-securite-du-systeme-de-sante-analyse-des-declarations-devenements-indesirables-en-lien-avec-la-covid-19-declares-dans-la-base-de/>

La pandémie de Covid-19 s'est avérée être une épreuve très difficile pour les systèmes de santé, notamment au niveau local. Nous avons analysé 186 événements indésirables associés aux soins (EIAS) en lien avec cette crise sanitaire, qui ont été déclarés dans la base d'accréditation des médecins de la Haute Autorité de santé. Nous avons confronté cette analyse à une revue critique de la littérature afin d'en tirer expérience. Cette analyse révèle un triple impact : sur les organisations, les professionnels de santé et bien sûr les patients. La plupart des barrières habituellement mises en œuvre pour éviter la survenue d'EIAS ont été débordées. Dans ce contexte parfois critique, le principal îlot de résilience a tenu à la capacité des équipes à travailler ensemble afin de faire face à d'importantes charges de

travail en mode souvent dégradé. Pour maintenir la sécurité des patients au meilleur niveau, les facteurs humains ont été des éléments clefs : communication, coopération, coordination, adaptation, et aussi leadership, objectifs partagés, gestion des conflits. Les professionnels de santé ont été soumis à rude épreuve du fait de la sévérité des pathologies, de la fatigue, du manque de temps, du contexte d'incertitude et d'un sentiment de forte insécurité. Leur souffrance a aussi été psychologique avec un sentiment de ne pouvoir délivrer des soins optimaux notamment pour leurs patients « non-Covid ». Tous ces éléments sont de nature à entraîner une diminution des performances et à contribuer à des défaillances telles que diagnostics erronés, retards de prises en charge, événements indésirables... autant de pertes de chances pour les patients. Un tel retour d'expérience, très attendu par les professionnels, apporte de riches enseignements pour appréhender la reprise de l'activité et adapter les modes de défense collective et individuelle pour mieux affronter, à l'avenir, ce type de crise.

Dauwe, V., Poitras, M.-È. et Roberge, V. (2020). "Quels sont le fonctionnement, les caractéristiques, les effets et les modalités d'implantation des équipes d'intervention rapide ? Une revue de la littérature." *Recherche en soins infirmiers* **143**(4): 62-75.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-4-page-62.htm>

Introduction : les patients hospitalisés sont à risque d'événements indésirables suite à une non-reconnaissance de la détérioration clinique de leur état de santé. Contexte : les équipes d'intervention rapide (ÉIR) ont été mises en place à travers le monde pour améliorer la sécurité des patients hospitalisés. Objectif : explorer le fonctionnement, les caractéristiques, les effets et les modalités d'implantation des ÉIR. Devis : revue de la littérature. Méthode : consultation des banques de données CINAHL, MEDLINE, PUBMED, COCHRANE library, SCOPUS et PROQUEST dissertation and theses. Mots-clés : health care team et rapid response team. Résultats : 121 articles ont été retenus. Les données explorées ont été divisées en cinq volets : 1) la composition et le fonctionnement des ÉIR ; 2) les bénéfices et les lacunes des ÉIR ; 3) les effets perçus des ÉIR par les équipes de soins, les organisations et les patients ; 4) les stratégies d'implantation ; 5) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation. Discussion : bien que les articles en lien avec les ÉIR soient nombreux, nous avons constaté que : 1) il y a peu d'études qui s'intéressent à la variabilité des résultats chez les patients hospitalisés en fonction de la composition de l'ÉIR ; 2) il y a peu d'études qui décrivent de façon détaillée le fonctionnement idéal d'une ÉIR ; 3) il est nécessaire de mener davantage d'études sur les retombées de l'ÉIR chez les patients hospitalisés ; 4) les effets perçus des ÉIR par les organisations et les patients sont peu étudiés ; 5) il y a un manque d'études sur les modalités d'implantation d'une ÉIR. Conclusion : les résultats obtenus font ressortir le manque d'études en lien avec les retombées des ÉIR selon leur composition, le fonctionnement des ÉIR, les résultats des ÉIR chez les patients hospitalisés, la perspective des organisations et des patients par rapport aux ÉIR et les facteurs reliés au succès ou à l'échec de l'implantation d'une ÉIR.

Gross, O., Agostini, B., Belleval, P., et al. (2020). "La sécurité liée aux soins : écarts entre l'expérience et la satisfaction de patients hospitalisés à partir d'entretiens menés par des représentants d'utilisateurs." *Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique* **68**(6): 337-346.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.004>

Résumé Introduction Cet article vise à rendre compte des résultats d'une enquête qualitative menée par des représentants d'utilisateurs (RUs) dans le but de connaître l'expérience de la sécurité des soins des patients hospitalisés. Il s'agissait de repérer les facteurs associés à la sécurité des soins et en particulier les événements porteurs de risques, dont les patients peuvent rendre compte. Méthodes Après avoir été formés à cet effet, huit RUs de l'AP-HP ont mené des entretiens semi-directifs auprès de quatorze patients hospitalisés dans onze

services hospitaliers distincts répartis sur neuf hôpitaux. Résultats Huit types de facteurs composés de 30 facteurs contributifs pouvant être repérés par des patients ont été identifiés : 1) des facteurs liés aux besoins élémentaires des patients ; 2) à la personnalisation des soins ; 3) des facteurs professionnels ; 4) organisationnels ; 5) liés à la communication ; 6) à la réactivité des soignants ; 7) aux risques infectieux ; 8) à la continuité des soins. Le sentiment général des patients sur leur hospitalisation reste excellent malgré des expériences plus nuancées, voire parfois négatives. Conclusion Ce résultat paradoxal montre que l'expérience des patients est bien plus riche d'enseignements que leur satisfaction. Enfin, au vu de cette étude, l'acceptabilité de ce type de recherche, à savoir une recherche menée par des RUs, est excellente et nous concluons sur sa faisabilité, en dépit de quelques limites principalement d'ordre organisationnel. Introduction The purpose of this article is to present the results of a qualitative survey conducted by user representatives (URs) focusing on the health care safety experience of hospitalized patients. The authors wished to identify factors associated with safety of care and, more specifically, with the possibly ominous medical events reported by patients. Methods After being trained with these objectives in mind, eight URs conducted semi-directive interviews with fourteen patients hospitalized in eleven separate hospital units in nine different hospitals. Results Eight types of factors consisting in 30 contributing factors liable to be reported by patients were identified: 1) factors related to patients' basic needs; 2) personalization of care; 3) professional factors; 4) organizational factors; 5) communication factors; 6) caregiver responsiveness; 7) infectious risks; 8) continuity of care. Patients' overall feelings about their hospitalization remained excellent notwithstanding more tempered, even negative experiences. Conclusion This paradoxical result shows that the patients' actual experience is far more instructive than their degree of satisfaction. In light of this study, the acceptability of this type of research (i.e. research conducted by URs) is excellent and it also appears highly feasible, whatever the limitations imposed by organizational considerations.

2019

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., et al. (2019). "The Patient-Reported Experience Measure for Improving qQuality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy." *Patient Preference and Adherence* **13**: 165-177.
<https://www.dovepress.com/the-patient-reported-experience-measure-for-improving-quality-of-care-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

Mesurer la qualité et la performance des soins de santé est un défi majeur pour améliorer l'efficacité d'un système de santé. L'expérience du patient est une mesure importante de la qualité des soins de santé, et l'utilisation de mesures de l'expérience rapportée par le patient (PREM) est recommandée. Les objectifs de ce projet sont de développer des banques de PREM évaluant la qualité des soins de santé dispensés aux patients adultes souffrant de troubles psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire et dépression) et de valider le test adaptatif informatisé (CAT) à l'appui de l'utilisation courante des PREM ; d'analyser la mise en œuvre et l'acceptabilité du CAT parmi les patients, les professionnels et les autorités de santé.

HAS (2019). Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis. Développement et validation du dispositif. Saint-Denis HAS: 52.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3106392/fr/iqss-2019-methode-de-validation-du-dispositif-national-de-mesure-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-patients

Ce guide méthodologique décrit les étapes clés de développement et de validation scientifique appliquées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour produire un indicateur de résultats mesurant la satisfaction et l'expérience patient. Les critères de validation de ce type d'indicateurs sont : la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques du questionnaire et l'ajustement des résultats. La méthodologie décrite est générique et reproductible pour les futurs développements de questionnaires prévus dans le dispositif national e-Satis. Le document reprend en détails les étapes successives de développement : environ 18 mois sont nécessaires pour aboutir à un indicateur fiable. La méthode décrite dans ce rapport a été utilisée pour la mesure de la satisfaction et de l'expérience : des patients hospitalisés plus de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique : e-Satis +48h MCO

Raymackers, C., Kouevi, A., Marquis, J. G., et al. (2019). "L'expérience patient : nouvelle clé de transformation des établissements ?" *Gestions Hospitalières*(582): 37-43.

2017

de Labrouhe, D., Plancke, L., Amad, A., et al. (2017). "[Hospitalization in French forensic units: Results of a patient satisfaction survey]." *Rev Epidemiol Sante Publique* **65**(4): 285-294.

BACKGROUND: In France, special full-time inpatient hospital units (UHSA) have been created for inmates with psychiatric disorders. Since they were established in 2010, the quality of care in such units has not been studied. Particularly, no patient satisfaction survey has been conducted yet. The main objective of this study was to assess the patients' satisfaction about their hospitalization in UHSA. METHODS: A descriptive study has been performed in two hospitals (UHSA of Villejuif and UHSA of Lille-Seclin). From February to May 2015, 125 adult patients were included, at the end of their hospitalization (voluntary or involuntary psychiatric care) in UHSA. The patient's satisfaction was assessed by a psychiatrist who did not participate in patient care with a 16-item scale exploring three areas (quality of care, quality of information provided and UHSA functioning and organization). The items were evaluated with a visual numeric scale (1 to 10). RESULTS: The average score of overall satisfaction was 7.3+/-1.9 (average+/-standard deviation) for this sample. For the care area, the average score was 7.6+/-2; for the quality of information provided, it was 7.5+/-2.5 and for UHSA functioning and organization, 7.0+/-2. Furthermore, 84.8 % of patients reported their wish to continue psychiatric care in prison and 77.6 % after release. CONCLUSION: This study demonstrates that patients hospitalized in UHSA are satisfied. Given the relationship between patient satisfaction and compliance, these structures could therefore have an important medical interest for inmates with psychiatric disorders. However, these results need to be replicated in a study involving all the UHSA of France.

2016

(2016). Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et clinique en France, Saint-Denis: HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731463/fr/dossier-de-presse-satisfaction-des-patients-hospitalises-et-resultats-2016-qualite-et-securite-des-soins-dans-les-hopitaux-et-cliniques-en-france

Pour la 1ère fois, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mesuré cette année la satisfaction des patients hospitalisés en France. Plus de 56 000 patients ont ainsi répondu à un questionnaire

de satisfaction détaillé, permettant à la HAS de calculer un score de satisfaction par établissement. Cette information vient compléter les dispositifs de mesure de la qualité et de sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques, déjà mis en place par la HAS depuis plusieurs années. Ce document présente les résultats et identifie les thématiques qui présentent de bons résultats – gestion de la douleur, satisfaction des patients sur leur prise en charge – ou celles sur lesquelles des progrès doivent être réalisés en priorité – organisation de la sortie de l'hôpital, prise en charge médicamenteuse, bloc, identité-vigilance (résumé de l'éditeur).

Cauterman, M., et al. (2016). "Patients citoyens, patients convoités ?" Revue Hospitaliere De France(568): 42-75.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xBmm78. Diffusion soumise à autorisation]. Le renforcement de la place de l'usager dans notre système de santé est une tendance de fond. Réalisé en partenariat avec l'Institut pour la démocratie en santé (IPDS), ce dossier explore ce mouvement, mettant en lumière l'évolution de la participation des citoyens, des usagers et des patients dans le système de santé en général et dans les établissements de santé en particulier. Les contributions abordent les points suivants : - Présentation des missions et objectifs de l'IPDS créé en mai 2015 par le Collectif Interassociatif sur la santé (CISS), la Fédération Hospitalière de France et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) ; - Réflexions sur la terminologie utilisée (démocratie sanitaire, démocratie en santé.) et sur l'évolution de la démocratie sanitaire au cours des dernières années ; - Zoom sur des initiatives permettant la participation des personnes hospitalisées ou accueillies en établissement, notamment la mise en place d'un pôle des usagers au Centre hospitalier Esquirol de Limoges ; - Retour sur l'essor des services publics personnalisés en santé et proposition d'un cadre d'analyse dédié à la dimension organisationnelle de la personnalisation : la "care customization" ; - Présentation du dispositif mis en oeuvre par le Ministère de la santé : le label et concours "Droits des usagers de la santé" ; - Regards croisés sur les expériences françaises et québécoises et ouvertures sur les projets européens.

Genot-Pok, I., et al. (2016). "Place de l'usager à l'hôpital : Vers un véritable partenariat ?" Revue Hospitaliere De France(572): 10-12.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xIGHA8. Diffusion soumise à autorisation]. La "place de l'usager à l'hôpital" fait référence à deux dimensions. L'une, individuelle, vise la relation de soin. L'autre, collective, concerne la place de ses représentants au sein des établissements de santé. Cette dernière a toujours eu plus de mal à s'imposer. Pour autant, leurs attributions n'ont cessé de se renforcer, comme en témoignent la loi du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 1er juin 2016. Ainsi, le représentant des usagers voit son rôle renforcé au sein de la nouvelle commission des usagers (CDU) qui devient une véritable partenaire des instances hospitalières dans l'élaboration de la politique qualité et sécurité des établissements de santé.

2015

Demanet, Q., et al. (2015). "L'information du patient : État des lieux et perspectives." Gestions Hospitalieres(542): 47-51.

[BDSP. Notice produite par EHESP nFR0xJnH. Diffusion soumise à autorisation]. L'information du patient, donnée capitale de tout système de santé, peut s'apparenter à toute information adaptée, donnée par les professionnels de la santé à un patient, avant, pendant et après sa

prise en charge dans son parcours de soin. Sa délivrance, qui incombait à l'origine aux seuls médecins, s'est étendue progressivement à tous les professionnels. Sur le fond, elle se rapporte aux investigations nécessaires pour découvrir les sources de la maladie, le diagnostic de celle-ci et les traitements mis en place ainsi que leurs effets. Sur la forme, elle doit être transmise de façon "adaptée, loyale et appropriée" afin de mieux considérer l'usager. Seules trois exceptions à la libre information du patient sont autorisées par les textes : l'urgence, l'impossibilité et la contre-indication thérapeutique. À cette règle de droit s'opposent cependant aujourd'hui des réalités bien différentes. Si la description de cette fracture n'est pas nouvelle, interroger cet état de la situation en rapport avec la mise en place d'un Institut de l'usager au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) apparaît plus novateur.

Georges-Tarragano, C., et al. (2015). Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût, Rennes : Presses de l'Ehesp

Le système de santé français est confronté à une crise multiforme : contraintes financières sans précédent, spécialisation et pression à la productivité des équipes... À cette approche quantitative s'ajoutent les exigences croissantes des patients en matière de qualité et de sécurité des soins et une montée en puissance des aspirations à plus de démocratie sanitaire. Tels sont les défis auxquels doit faire face l'offre de soins. Loin des discours incantatoires ou d'une vision « hors-sol » du sujet, médecins, travailleurs sociaux, économistes de la santé, directeurs d'hôpital, personnalités de la santé publique et de l'éthique et chercheurs en sciences sociales livrent leur réflexion et explorent une nouvelle voie pour tenter de relever ces défis : l'humain. Ils proposent des solutions concrètes tirées des expériences de terrain de professionnels œuvrant auprès des plus démunis dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Dans ces dispositifs, l'approche du soin s'adapte aux situations complexes et se révèle à la fois qualitative, performante et complémentaire du soin technique et spécialisé (extrait 4ème de couv.)

2014

(2014). La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services. Recueil des pratiques et participation des acteurs : rapport et synthèse. Saint-Denis ANESM: 108 , ann.

Menée auprès de 33 structures dans les domaines social et médico-social, cette étude qualitative détaille les pratiques professionnelles développées au sein des structures pour permettre la participation. Elle analyse le regard des professionnels et des usagers, qu'ils soient impliqués directement ou non dans les dispositifs de participation collectifs mis en œuvre.

2012

Arcos, C., et al. (2012). "Usagers : quelle place dans le système de santé ? Spécial Hôpital Expo 2012." Revue Hospitalière De France(545): 16-29.

[BDSP. Notice produite par EHESP FR0x788A. Diffusion soumise à autorisation]. A l'occasion de la période anniversaire de la loi du 4 mars 2002 consacrée aux droits du malade, ce dossier fait le point sur l'évolution de la place des usagers au sein des établissements de santé. La Fédération Hospitalière de France revient sur les résultats de son enquête menée auprès de 2500 établissements de santé ainsi que sur ses propositions concrètes au travers

de sa plateforme politique 2012-2017. Deux établissements (AP-HP, CHRU de Lille) présentent également leurs démarches et outils mis en oeuvre afin de mieux intégrer la parole de l'utilisateur. Enfin, un point particulier est consacré à la problématique de la place de l'utilisateur dans l'évaluation des dispositifs de soins palliatifs.

Llosa, S. (2012). "Quatre manières de contribuer à la satisfaction du patient hospitalisé : les éléments Basiques, Plus, Clés et Secondaires." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **30**(6): 367-377, rés., fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA IkR0x87t. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la construction de la satisfaction des patients hospitalisés en cliniques privées. Elle souhaite constater et vérifier qu'il existe quatre modes de contribution des éléments d'un séjour hospitalier à la satisfaction des patients. Elle se réfère au modèle Tétraclasse de Llosa utilisé largement dans d'autres catégories de services. A côté de l'attention et de l'information donnée au malade et à ses proches qui sont déterminants et prioritaires, l'étude souligne le rôle particulier des critères hôteliers et notamment de la restauration comme élément de différenciation. Cette analyse pragmatique permet aux dirigeants d'établissement de mieux exploiter l'information contenue dans les enquêtes de satisfaction et de hiérarchiser les actions à entreprendre pour améliorer la satisfaction. (résumé d'auteur).

Merdinger-Rumpler, C. (2012). "La satisfaction du patient hospitalisé. Les logiques de contribution." Gestions Hospitalieres(519): 503-507, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP DGR0xp99. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et celle du 13 août 2004 instaurant la Haute-Autorité de santé, les établissements de santé ont dû approfondir la connaissance de leurs publics pour adopter en conséquence activités et prestations. Les dispositifs adoptés se fondent essentiellement sur deux types d'outils de mesure de la satisfaction des patients : le questionnaire de sortie et l'enquête de satisfaction.

2011

Giorgi, D. (2011). Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale. Paris IGAS: 77 , annexes. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000159/0000.pdf>

Le présent rapport vise à analyser les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale, et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus. Les enquêtes de satisfaction diligentées depuis une dizaine d'années dans chacune des quatre « branches » de la sécurité sociale - assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales et recouvrement des cotisations - répondent aux exigences des conventions d'objectif et de gestion conclues avec l'Etat. Elles sont néanmoins différentes dans leur méthodologie, leur pilotage, leur exploitation, et leurs répercussions au sein des branches. La mission a jugé indispensable d'établir des comparaisons avec d'autres opérateurs de services (La Poste, France Télécom, Pôle Emploi, le service public hospitalier, le baromètre du service public promu par la direction générale de la modernisation de l'Etat) rompus aux techniques d'appréciation de la satisfaction de leurs usagers ou clients, et mettant en oeuvre des politiques de qualité de service adossées à leurs résultats.

2010

Grimaldi, A., et al. (2010). "La place du patient : dossier." Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique(49): 9-76.
http://www.pratiques.fr/IMG/pdf/sommaire_Pratiques_no_49.pdf

Plus on parle de la place théorique du patient dans le système de soins et plus la réalité met en évidence le recul de ses droits réels. En témoignent dans ce dossier patients, soignants, mais aussi observateurs et chercheurs qui s'interrogent au chevet de notre système de santé. De multiples réformes se sont succédé durant les trente dernières années sans que les acteurs aient le recul ni la visibilité suffisants pour s'y retrouver. De la fermeture des hôpitaux publics de proximité aux créations d'usines de réparation laissant une large part aux entreprises privées, des progrès thérapeutiques à la responsabilisation, voire la culpabilisation des patients, de multiples enjeux se révèlent derrière des dispositifs de plus en plus contraignants et inégalitaires. Les patients seraient-ils mes grains de sable qui contrarient la bonne marche de la machine à soigner ? Les soignants ne se retrouvent plus dans des missions qui les éloignent de leurs valeurs et, à terme, de leurs compétences. Il est donc urgent de redéfinir des places pour chacun qui redonnent à ces lieux leur fonction : soigner (4e de couverture).

2007

Lopez, A. et Remy, P. L. (2007). Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail. Rapport IGAS ; 2007 045. Paris Igas: 130.

Le présent rapport de l'IGAS a pour objectif à la fois de faire un état des lieux de la situation dans les établissements hospitaliers publics et privés, et aussi de s'interroger sur l'usage de ces éléments de mesure, les problèmes méthodologiques liés aux mesures, les stratégies d'acteurs, avant de formuler quelques propositions. Dans une première partie, la mission fait le point de l'existant, en ce qui concerne la mesure de la satisfaction, dans les établissements de santé français, en le complétant d'un éclairage sur ce qui se passe dans les pays étrangers. Elle examine également les problèmes de méthode qui se posent. Dans une seconde partie, elle aborde les questions liées à l'usage de ces mesures et la place de la prise en compte de la satisfaction des usagers dans la gestion des établissements et du système de soins. Enfin, la mission fait des propositions sur les conditions de nature à développer les mesures de la satisfaction des usagers et la prise en compte de leurs résultats. Elle préconise des solutions pour améliorer le degré d'information des usagers sur le système de soins et ses performances.

2006

Merdinger Rumpler, C. (2006). "Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français." Journal D'economie Medicale **24**(7-8): 349-361, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA AkR0x9I5. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article explore la façon dont les hôpitaux publics français répondent à l'obligation de prise en compte de la satisfaction du patient contenue dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Une enquête nationale réalisée auprès des hôpitaux publics de plus de cent lits avant la mise en

place de la deuxième version de l'accréditation qualité fait le point sur l'état des pratiques dans ce domaine. Les résultats montrent un intérêt croissant des établissements pour ce thème. Si les méthodologies adoptées sont très homogènes et reposent essentiellement sur la diffusion du questionnaire de sortie et la réalisation d'enquêtes de satisfaction, les outils sont hétérogènes puisque chaque hôpital a tendance à les développer en interne. Ceci met en cause la validité de leurs résultats et empêche la comparaison inter-établissements. Nous constatons par ailleurs une distanciation marquée du corps médical par rapport à la prise en compte et au suivi de la satisfaction du patient ainsi qu'une faible utilisation des informations produites pour les décisions et les actions effectivement mises en oeuvre par les hôpitaux. (Résumé d'auteur).

2005

Moschetti, K. (2005). Quelle place pour les préférences des patients dans la régulation du système hospitalier ? Aix-Marseille Université de la Méditerranée, Université de la Méditerranée. Faculté des Sciences Economiques. Groupement de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille. (G.R.E.Q.A.M.). Aix Marseille. FRA. **Doctorat ; Sciences économiques.**: 302.

L'objectif de cette thèse est de s'interroger sur les outils de régulation utilisés à l'hôpital pour réguler la demande de soins hospitaliers en France. En se démarquant des travaux antérieurs qui portent essentiellement sur l'offre, l'analyse porte sur la place à accorder aux préférences des patients dans la régulation hospitalière dans une double perspective : la mise en place d'une nouvelle tarification des établissements de santé (T2A) et l'allocation spatiale des ressources hospitalières. La première partie constitue une large revue de la littérature à la fois théorique et empirique, notamment sur le système de paiement prospectif mis en place aux Etats-Unis. La deuxième partie propose une méthode économétrique originale pour estimer l'élasticité de la demande en qualité des patients. La troisième partie porte sur les choix d'allocation/localisation des soins hospitaliers traités par le recours à des modèles de simulation multi-agents (SMA).

2003

Boyer, L., et al. (2003). "Évaluation de la satisfaction des patients : quels enjeux ?" Journal D'economie Medicale **21**(7-8): 445-447.

[BDSP. Notice produite par ORSRA ESkUmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Compte-tenu de la difficulté à mesurer les résultats des soins, la solution actuelle est de remplacer les résultats par la satisfaction des patients. Ceci est notamment illustré par la procédure d'accréditation. Mais la satisfaction du patient reflète le vécu des soins, donc l'image créée autour du soin, et non la qualité du soin lui-même. Le fait de lutter contre l'asymétrie informationnelle entre les patients et les prestataires de soins notamment grâce au développement de la culture médicale et une meilleure information du malade devrait permettre de réduire la subjectivité de la satisfaction.

Boyer, L., et al. (2003). "Relation entre la satisfaction des patients hospitalisés et la qualité des soins." Journal D'economie Medicale **21**(7-8): 407-418, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 4R0xJepL. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre de pathologies ciblées (diabète, cancer du poumon), nous avons étudié les relations entre la satisfaction des patients et l'appréciation, par les équipes soignantes, de la qualité des soins,

mesurée à l'aide d'indicateurs objectifs conformes aux référentiels existants. La satisfaction est évaluée par le Questionnaire de Satisfaction des Hospitalisés (QSH) validé en français. La qualité des soins est appréciée à partir des dossiers patients sur la base du référentiel choisi. Aucune relation simple entre satisfaction et qualité des soins n'est mise en évidence dans cette étude pilote incluant 119 sujets. (résumé d'auteur).

Nguyen Thip, L., et al. (2003). "Qui répond aux questionnaires de satisfaction des soins ?" Journal D'economie Medicale **21**(3): 151-166, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 2LR0xABV. Diffusion soumise à autorisation]. Cette étude a pour but d'identifier les facteurs influençant le taux de réponses et le taux de réponses nominatives dans une enquête de satisfaction des patients hospitalisés. 9504 (12,3%) patients tirés au sort parmi les sorties du CHU de Nancy ont reçu un questionnaire de satisfaction des soins (PJHQ adapté en français) par courrier deux semaines après leur sortie. Les facteurs influençant la réponse ont été identifiés par régression logistique hiérarchique. Les résultats montrent que la réponse est influencée par les modalités offertes aux patients et par des facteurs identiques à ceux influençant le niveau de satisfaction, notamment l'âge et le sexe.

Pourin, C., et al. (2003). "Validation d'un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés." Journal D'economie Medicale **21**(3): 167-181, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 6sR0xw7B. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cet article est de présenter la validation du questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés en court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique conduite en région Aquitaine (SAPHORA-MCO). L'élaboration du questionnaire a comporté une revue de la littérature, le recueil des attentes des professionnels et la vérification de l'acceptabilité du questionnaire par les patients. L'enquête a été conduite dans 17 établissements de santé. L'échantillon de répondants était constitué de 1299 patients.

2002

Deslex, S., et al. (2002). "Les enquêtes de satisfaction des patients : Un outil de gestion à maîtriser." Gestions Hospitalieres(415): 251-256, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP dKR0xx07. Diffusion soumise à autorisation]. Les enquêtes de satisfaction peuvent constituer des outils efficaces d'évaluation et de pilotage pour améliorer les prestations hospitalières. Le CHU de Dijon a fait le pari de la simplicité de l'outil et de la rigueur méthodologique pour aboutir à cet objectif.

2001

Amar, L., et al. (2001). "Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital." Etudes Et Resultats(115): 8, 2 enc., 1 ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Un ensemble de travaux a été engagé depuis deux ans sous l'égide de la DREES par un groupe d'experts pour réfléchir à un cadre scientifique approprié d'analyse de la performance de l'hôpital et proposer des méthodes et des indicateurs utilisables et pertinents. Pour que cette mise au point ne s'appuie pas uniquement sur des points de vue

d'experts, ce groupe a également exploré la manière dont les usagers perçoivent la notion de performances hospitalières et leurs attentes en matière d'informations sur le sujet.

1999

Pourin, C., et al. (1999). "La mesure de satisfaction des patients hospitalisés - 1e partie : Aspects conceptuels et revue des travaux. 2e partie : Aspects méthodologiques." Journal D'economie Medicale **17**(2-3): 101-132.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0x6DIq1. Diffusion soumise à autorisation]. La réforme de l'hospitalisation prévoit que chaque établissement procède à une évaluation régulière de la satisfaction de ses patients, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) mis en place à l'initiative des hôpitaux publics d'aquitaine, a proposé à ses établissements adhérents la mise en place d'une démarche de mesure de celle-ci. L'objectif de cet article premier d'une série de deux, est de présenter la revue de la littérature conduite par le CCECQA préalablement à l'élaboration d'un questionnaire régional. Le concept de satisfaction et une revue des principales études conduites en France et à l'étranger sont présentés ici. Résultats : Très peu d'études ont été réalisées et publiées en France. Les problèmes les plus fréquents concernent la communication de l'information données aux patients, l'éducation du patient sur ses médicaments et ses examens, la gestion de la douleur et la planification de la sortie. Des facteurs pouvant influencer l'opinion de ceux-ci (caractéristiques sociodémographiques, processus technique des soins, état de santé perçu par le malade) sont rapportés. Conclusion ; Le concept de satisfaction est multidimensionnel. La satisfaction et la qualité technique des soins sont des approches complémentaires. Dans un second article, les difficultés méthodologiques rencontrés dans la mise au point d'enquêtes de mesure seront présentés.

1996

(1996). La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : revue de la littérature. Paris ANAES: 55 , graph.

La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé se situe dans les priorités définies par les ordonnances du 26 avril 1996. Bien que partie intégrante du résultat thérapeutique, la satisfaction et sa mesure sont difficiles à objectiver. A la demande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, l'ANDEM a réalisé une revue de la littérature médicale et professionnelle. Elle permet par la clarification du concept et par l'analyse critique des méthodes utilisées, de formuler des recommandations pratiques pour une mesure plus appropriée et utile de la satisfaction des patients. L'analyse plus objective des causes des satisfactions et insatisfactions doit permettre de guider les professionnels qui conduisent des actions d'amélioration de la qualité des soins et des services au sein des établissements de santé. En effet, cette analyse permet de prioriser les actions à mettre en oeuvre et ainsi de répondre de la manière la plus appropriée aux attentes des patients. Comme toute méthode d'évaluation de la qualité, la mesure de la satisfaction ne peut être justifiée que dans le contexte explicite d'une politique d'amélioration continue des soins et des services.

Le parcours de soins ville – hôpital

2022

Libault, D. (2022). Vers un service public territorial de l'autonomie. Paris Ministère de la transformation et de la fonction publique: 108 , annexes.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/284509-vers-un-service-public-territorial-de-lautonomie>

Ce rapport, fruit d'une mission confiée à Dominique Libault par le Gouvernement en janvier 2021, pose une ambition nouvelle afin de garantir un parcours simplifié et des services de meilleure qualité pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. Afin d'y parvenir, ce rapport préconise un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie : du sanitaire et du social d'une part, et des collectivités territoriales, de l'État, des ARS et de la Sécurité sociale d'autre part. L'objectif est ainsi de mieux coordonner l'ensemble de ces acteurs pour assurer une véritable continuité de l'accompagnement, en proximité.

Vialard Arbarroti, L. (2022). Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer. Paris Ligue Nationale contre le cancer: 83 , tabl., fig.

Cette enquête s'intéresse à l'accès aux soins de support et à l'accompagnement social dans et en dehors de l'Hôpital, sur le temps long du parcours de soins et de l'après-cancer. Une attention particulière est portée au rôle de la coordination sur la qualité de la prise en charge des conséquences du cancer. Avec l'appui de l'Institut IPSOS, 7 709 personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer ont participé à l'étude, avec des en France métropolitaine et dans les DROM COM. Les données ont été collectées via un questionnaire auto-administré en ligne et en format papier, entre le 4 janvier et 15 avril 2021. En parallèle de cette enquête par questionnaire, des focus qualitatifs ont été réalisés sur 4 départements : la Gironde, la Guadeloupe, le Loiret et la Martinique. En comparant ces 4 territoires, l'objectif était de mesurer en quoi l'organisation territoriale influence l'accès à des soins coordonnés et à une prise en charge optimale des personnes atteintes de cancer. En partenariat avec les Comités de la Ligue dans ces départements, 21 entretiens avec des professionnels de santé ont été réalisés ainsi que 8 entretiens avec des personnes atteintes de cancer.

2021

Anap (2021). Parcours, coordination et outils numériques. Paris Anap: 26.

<https://ressources.anap.fr/numerique/publication/2792>

Cette publication souligne les opportunités apportées par les outils et services numériques pour accompagner les pratiques de coopération et de coordination entre professionnels, les partages d'information dans le parcours des usagers, et leur articulation avec les initiatives du plan national « Ma santé 2022 », à travers l'illustration de quatre cas d'usages.

Cour des Comptes (2021). Parcours de soins en psychiatrie. Paris Cour des comptes: 189.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de patients concernés par

les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients

El Raish, A., Aflak-Kattar, M. et Bleistein, L. (2021). Parcours hospitaliers des patients atteints de la Covid-19 de mars 2020 à janvier 2021. Paris Drees: 79.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/DD79.pdf>

f

Cette étude a pour objet d'analyser les parcours des patients avec Covid-19 hospitalisés en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, regroupant les services d'hospitalisation conventionnelle comme les soins critiques) entre le 1er septembre 2020 et le 1er février 2021, désignés par la suite comme « deuxième cohorte » de patients hospitalisés avec la Covid-19, et de les comparer aux parcours de la « première cohorte », constituée des patients hospitalisés entre le 1er mars et le 15 juin 2020 (voir Dossier de la DREES, n° 671). Le choix de ne prendre que les patients entrés jusqu'au 1er février 2021 provient de la nécessité de conserver un délai suffisant entre la dernière admission dans la cohorte et la date d'extraction des données afin de conserver l'ensemble des informations sur les parcours de ces patients. C'est aussi une date qui situe l'analyse avant le fort développement des nouveaux variants du virus (notamment ceux dit « britannique », « sud-africain » et « brésilien »).

Felix, J., Huguet, A., Belja, M., et al. (2021). "Financement, qualité et parcours patient : dossier." Gestions Hospitalières(603): 94-124.

Gautier, A. et Dru, A. (2021). Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. Paris Cese: 85.

<https://www.lecese.fr/actualites/parcours-de-soin-en-psychiatrie-lavis-du-cese-adopte>

En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux. Plus d'un quart de la population consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères. Les maladies psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail. Aucune catégorie de la population n'échappe à ces pathologies dont la prévalence s'accroît de façon inquiétante. Les soins de santé mentale et de psychiatrie forment le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, qui y consacre 23 milliards d'euros chaque année. Le coût économique et social global des troubles mentaux pour la société est évalué à 109 milliards d'euros par an.

Vigneron, E. (2021). "L'hôpital de proximité, un allié dans la guerre." Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(36): 5.

https://cahiersdesante.fr/editions/36/lhopital-de-proximite-un-allie-dans-la-guerre/?utm_source=sendinblue&utm_campaign=les_cahiers_de_sant_publicque_et_de_protection_sociale_n36_mars_2021_est_en_ligne!&utm_medium=email

Avec sa vision de géographe et d'historien, l'auteur montre que la lutte contre l'actuelle pandémie de Covid-19, pour réussir, nécessiterait un véritable maillage du territoire par un réseau de soins gradué et coordonné et la mise en place de véritable système de prévention et d'éducation à la santé.

2020

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Anap (2020). Développer la coordination de proximité pour les situations complexes : Retour d'expériences des territoires Paerpa. Paris Anap: 46.

<http://ressources.anap.fr/parcours/publication/2746>

Cette publication analyse les modalités de mise en œuvre des coordinations cliniques de proximité déployées dans le cadre du programme « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » ainsi que les modalités d'appropriation des différents acteurs qui y participent.

ATIH (2020). Analyse de l'activité hospitalière 2018. Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus. Lyon ATIH: 42 ., tabl., fig.

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2018-focus-sur-les-patients-ages-de-80-ans-et-plus>

Dans le cadre de l'analyse annuelle de l'activité hospitalière, l'ATIH réalise un focus sur les hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus. L'objectif est de décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018, d'étudier les parcours de soins hospitaliers de ces patients, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps. En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients. Parmi eux, 1 patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus soit 1,6 million de patients. Dans cette classe d'âge, 40% de la population a eu recours à au moins une hospitalisation en 2018.

HCSP (2020). Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge à domicile ou en structure de soins. Paris HCSP: 20.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=793>

Dans la majorité des cas, les patients atteints de Covid-19 sont pris en charge par un spécialiste en médecine générale. Les signes cliniques le plus souvent rapportés en médecine de ville, mais aussi les signes atypiques (anosmie ou agueusie, particularités chez la personne âgée...), sont précisés. Les critères pouvant nécessiter une prise en charge hospitalière doivent être recherchés d'emblée. La réponse sanitaire en ambulatoire doit faire appel à la coordination des acteurs des structures de prise en charge (cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé, réseaux de soins de première ligne, Ehpad et hospitalisation à domicile [HAD]).

HCSP (2020). Covid-19 : délai de transfert dans un service de soins de suite ou un Ehpad. Paris HCSP: 26.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Groupe?clef=4286>

Dans cet avis, le Haut Conseil de la santé publique actualise ses recommandations relatives au délai de transfert et maintien des mesures de prévention en services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) des patients atteints de Covid-19. Ce délai dépend de la gravité clinique et de l'existence ou non d'une immunosuppression.

(2020). "Diminuer les réhospitalisations des patients âgés polymédiqués : une expérimentation prometteuse en Meurthe-et-Moselle." *Revue Prescrire*(435): 57-61.

Cet article rend compte d'une expérimentation menée à Luneville par des professionnels de santé pour réduire la réhospitalisation des personnes âgées polymédiqués. Au sein d'un

programme dénommé Médisis, les patients bénéficient d'un parcours de soins comportant notamment une conciliation médicamenteuse à l'entrée d'une hospitalisation, l'évaluation de la pertinence des prescriptions ainsi que des séances d'accompagnement thérapeutique à l'hôpital et en ville. Au moyen de différents indicateurs, les professionnels de ce programme ont mesuré l'impact sur la qualité des soins.

Courtejoie, N. et Dubost, C. L. (2020). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. Paris Drees: 39.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd67.pdf>

Cette étude a pour objet d'analyser les parcours de 90 800 patients hospitalisés en MCO (hospitalisation conventionnelle ou soins critiques) pour motif Covid-19 entre le 1er mars et le 15 juin 2020.

Or, Z., Bricard, D. et Penneau, A. (2020). "Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(252): 1-8.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, est un programme visant à faire progresser la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau local. Le nombre et la diversité des dispositifs proposés et des acteurs impliqués dans la mise en place des projets rendent cette expérimentation et son évaluation complexes. Cet article dresse un bilan des résultats et des principaux enseignements de l'évaluation d'impact de l'expérimentation, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Globalement, l'expérimentation a un effet modeste, mais significatif, pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences, sans pour autant en avoir sur les hospitalisations des personnes âgées. La faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa explique en partie ces résultats. Les analyses par territoire montrent que les résultats globaux sont portés par quelques territoires dont les contextes locaux ont permis une plus forte adhésion des professionnels de santé. Si les Plans personnalisés de santé (PPS), visant à renforcer la prise en charge globale des personnes âgées, ont permis d'enclencher une prise en charge médico-sociale au domicile des personnes âgées les plus fragiles avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur le recours à l'hôpital et la polymédication. Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il semble nécessaire de créer des passerelles plus formalisées entre les professionnels de ville, y compris les médecins spécialistes, les soignants à domicile et les acteurs hospitaliers.

Mossé, Philippe, M. et Grenier, Corinne (2020). "Les équipes mobiles : des entrepreneurs institutionnels en faveur des « territoires » du care et du parcours." Sciences Sociales Et Sante **38**(4): 75-84.

https://www.jle.com/fr/revues/sss/e-docs/les-equipes-mobiles-des-entrepreneurs-institutionnels-en-faveur-des-territoires-du-care-et-du-parcours_319214/article.phtml

Le constat est largement partagé selon lequel le défaut majeur du système de soins français est son extrême cloisonnement, la multiplicité de ses frontières intérieures et des espaces professionnels, véritables chasses gardées. Si ce constat a été établi de longue date par les chercheurs en sciences sociales et par les acteurs de la santé eux-mêmes, il est désormais central dans les attendus des réformes en cours ou projetées (cf. Ma Santé en 2022).

Trimaille, H., Mathieu-Nicot, F., Cornet, C., et al. (2020). "Trajectoires de personnes âgées hospitalisées de façon non pertinente." *Gerontologie Et Societe* **42 / 163**(3): 47-62.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-3-page-47.htm>

Certaines hospitalisations de personnes âgées sont qualifiées de « non pertinentes » parce qu'elles y reçoivent une prise en charge médicale, paramédicale et sociale qui pourrait être rendue à domicile ou dans des structures plus efficaces et mieux adaptées à leurs besoins ou à leurs situations. L'étude PAGE a pour objectif de comprendre les raisons des hospitalisations non pertinentes des personnes âgées ayant des troubles cognitifs légers à modérés et de décrire les conséquences sur la fin de leur vie. Comment penser, anticiper et adapter leurs besoins en aide et en soins relatifs à cette période de vie selon leurs souhaits ? 17 entretiens individuels semi-directifs ont été effectués auprès de personnes âgées, leur entourage personnel (n = 8) et professionnel (n = 14). Pour explorer leurs trajectoires, les entretiens ont été réalisés à leur entrée à l'hôpital puis renouvelés à chaque étape de leur parcours durant 6 mois. Les hospitalisations non pertinentes cristallisent la dénégation de la perte d'autonomie fonctionnelle. Alors que les personnes vivent des pertes, les discussions et prises de décisions pérennes quant à leur choix de fin de leur vie sont repoussées. Les hospitalisations non pertinentes surviennent lorsque ce quotidien n'est plus adapté et obligent l'entourage ou la personne âgée à prendre des décisions urgentes et contraires à leurs souhaits et besoins.

2019

(2019). *Modèle de plan personnalisé de parcours de santé*, Paris : HAS
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Ce travail s'inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé qui prévoit l'intégration des établissements et services médico-sociaux dans la prise en charge des usagers, l'unification des dispositifs d'appui à la coordination et l'accélération du virage numérique, avec notamment le programme e-parcours.

Bourgueil, Y. (2019). "Soins de proximité : quels enjeux ?" *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(107): 18-21.

Réorganiser les soins de premiers recours passe par une transformation des modes de rémunération, la création de nouveaux métiers et la mise à la disposition d'outils permettant la coordination des soins et l'accompagnement des patients. Cet article porte une analyse sur l'ensemble de ces aspects.

Malléjac, N. et Or, Z. (2019). "Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins." *Journal De Gestion Et D'economie De La Sante* **5**(5): 431-465.
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-431.htm>

La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé. Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus promus et employés dans les établissements de santé. Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (Raac) en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins dans différentes cliniques privées. Les données mobilisées viennent du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (PMSI-MCO) concernant les patients ayant séjourné pour pose de prothèse de hanche ou de genou. Nous analysons l'impact de la Raac sur les durées de séjours, les modes de sortie (Soins de suite et de réadaptation (SSR) ou domicile) et la probabilité de réadmission à 30 jours. A partir de régressions en doubles différences, nous comparons les résultats des patients opérés dans les établissements labellisés Raac avec ceux des patients pris en charge dans des cliniques témoins comparables. On isole l'effet de la Raac en prenant en compte l'impact potentiel d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe du patient, son état de santé et l'offre de soins environnante à son domicile. Les patients opérés dans un service de chirurgie qui pratique la Raac ont, en moyenne, une durée de séjour plus courte que ceux qui sont opérés dans un service de chirurgie classique (-0,4 jour). Ces patients ont une probabilité plus élevée de retour à domicile (+15 %), sans avoir un plus grand risque de réadmission à 30 jours. La Raac semble également induire une augmentation du volume des interventions chirurgicales pour les prothèses de hanche ou de genou, le label semble donner un signal de qualité aux patients.

Nestrigue, C. Com Ruelle, L. et Bricard, D. (2019). Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC). Document de travail Irdes ; 82. Paris Irdes: 32 , tabl., graph.

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/082-analyse-sequentielle-et-determinants-des-parcours-de-soins-en-phase-post-aigue-d-un-accident-vasculaire-cere-bral-avc.pdf>

La complexité des parcours de soins des victimes d'un primo-Accident vasculaire cérébral (AVC), au cours des trois mois suivant la sortie de la phase aiguë hospitalière, est analysée à partir des données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS). L'étude s'appuie sur une méthode originale de construction des parcours individuels par analyse séquentielle basée sur l'identification et la chronologie des lieux de prise en charge à l'hôpital ou en ville et, pour la ville, sur les types de professionnels de santé intervenant. Les déterminants des parcours sont analysés en mesurant les effets propres de l'âge et du sexe, des caractéristiques cliniques, de la prise en charge médicale et de l'offre de soins locale. A la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation (en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)), six patients sur dix ont un parcours comprenant une prise en charge majoritairement à domicile, un patient sur quatre bénéficiant d'actes de rééducation en ville. Seulement un patient sur 20 bénéficie d'une prise en charge en ville avec des actes infirmiers en plus des actes de rééducation. A l'inverse, un patient sur trois, à la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation après un AVC, présente ensuite un faible recours aux soins. Moins de trois patients sur dix empruntent des parcours majoritairement en établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), le plus souvent pour des durées supérieures à deux mois. Les parcours où interviennent majoritairement les structures d'hébergement médico-sociales ne concernent qu'une minorité de patients (3 %). Enfin, 6 % des patients décèdent dans les trois mois suivant la sortie de l'hospitalisation en court séjour. Ces parcours de soins s'expliquent notamment par l'intensité des soins requis liée à des facteurs cliniques et démographiques (gravité de l'état de santé, âge, sexe). Cependant, les facteurs d'offre jouent aussi un rôle déterminant. La rééducation dans un SSR est plus fréquente quand la densité de lits de SSR est plus forte. Lors d'une prise en charge majoritairement à domicile, la rééducation semble

initiée souvent tardivement suite au premier contact avec le médecin généraliste, alors qu'elle aurait dû répondre à une prescription hospitalière de sortie de MCO. En ville, la rééducation s'accompagne parfois d'interventions d'infirmiers, surtout quand l'offre libérale en soins infirmiers est importante. Nos travaux soulignent enfin l'importance des structures Unités neuro-vasculaires (UNV) dans la réduction de la mortalité. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les patients pris en charge dans une structure UNV lors de leur hospitalisation initiale préalable en phase aiguë décèdent moins souvent au cours des trois mois suivants (résumé d'auteur).

Varroud-Vial, M., Bourgueil, Y., Rivet, E., et al. (2019). "Soins de proximité : vers un exercice d'équipe." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(107): 9-47.

Garantir l'accès aux soins, c'est permettre aux habitants d'un territoire, quel qu'il soit, de bénéficier de services pertinents et de qualité. Chacun doit pouvoir avoir un médecin traitant, avoir accès à une consultation spécialisée dans des délais appropriés ; bénéficier d'un suivi et d'une orientation en cas de de pathologie chronique. Un réel trait d'union entre médecine de ville et établissements de santé renforcera la qualité et l'efficacité de la prise en charge en proximité. Ce dossier présente les organisations mises en place pour favoriser le travail d'équipe.

2018

Amine, A., Bonnemaizon, A. et Joision-Portail, M. (2018). Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés, sl : Halshs archives ouvertes

Cette recherche a pour objectif d'explorer une relation de service encore mal connue : la prestation de soins aux patients en milieu hospitalier. Au travers d'une étude qualitative menée auprès du personnel soignant d'un service de gériatrie en Ile de France, nous mettons à jour un phénomène de résistance ordinaire aux normes prescrites, né de deux niveaux de tensions : tensions entre le temps du patient et le temps de l'organisation, d'une part, et entre prescription du pouvoir d'agir du patient et la perception de sa vulnérabilité limitant potentiellement ses capacités à agir. Cette résistance ordinaire s'exprime dans du bricolage et des ruses amenant les soignants à hybrider leurs pratiques quotidiennes pour assurer leur mission de soins. Au fil du temps, ces pratiques hybridées se diffusent et s'institutionnalisent

Aubert, J. M. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé: 15.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence. Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en œuvre en 2020 et 2021.

Baud, C., Lehericey, H., Xerri, J.-G., et al. (2018). Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui. *Mettre en oeuvre et partager.*: 56 , fig.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-2-mise-en-oeuvre-des-missions-et-organisation-dune-plateforme-territoriale-dappui/>

[BDSP. Notice produite par EHESP q9jtCROx. Diffusion soumise à autorisation]. Pour répondre aux défis de la coordination des parcours et des prises en charge, différentes modalités d'appui aux professionnels de premier recours se sont développées. Parmi celles-ci, figurent les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, structurés autour d'une Plateforme territoriale d'appui (PTA). Le présent document, à vocation opérationnelle, aborde la mise en oeuvre des missions et de l'organisation de ces dispositifs d'appui à la coordination de type PTA, en proposant des solutions organisationnelles. Il traite, à partir des enseignements issus du retour d'expériences des cinq projets TSN, des sujets-clés et des points de vigilance à prendre en considération pour le fonctionnement efficient d'un tel dispositif. Le présent tome est à mettre en lien avec les autres productions issues du retour d'expériences des projets TSN, et particulièrement le Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes.

Bricard, D., Or, Z. et Penneau, A. (2018). "Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(235): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/235-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf>

Les expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants en faisant progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social au niveau local. L'évaluation des impacts médicaux et économiques des projets pilotes, prévue dans le cahier des charges Paerpa, renvoie à des enjeux méthodologiques multiples en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués, de la variété des interventions déployées dans chaque territoire, et de l'hétérogénéité des territoires sélectionnés parmi un ensemble de territoires volontaires. Les premiers résultats observés à partir des données 2015 et 2016, années correspondant à la montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir un effet moyen significatif propre à Paerpa sur les indicateurs de résultats retenus lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires. Néanmoins, les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans quelques-uns d'entre eux, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires.

Com-Ruelle, L., Nestrige, C., Le Guen, N., et al. (2018). "Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(234): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/234-parcours-de-soins-des-personnes-hospitalisees-pour-un-accident-vasculaire-cerebral.pdf>

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par la perte d'une ou plusieurs fonctions du cerveau liée à un arrêt soudain de la circulation du sang. C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes, et un grand pourvoyeur de handicap. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014 avait pour but notamment d'améliorer le parcours de soins des patients, lors de la phase aiguë par l'accès facilité à l'imagerie diagnostique (IRM et scanner) et le développement d'unités hospitalières spécialisées, les Unités neurovasculaires

(UNV), et ensuite lors de la phase de rééducation et réadaptation, afin d'éviter décès et pertes de chance de récupération des séquelles. Grâce à l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance maladie entre 2010 et 2014, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge sont observées plus finement qu'auparavant. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin, les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

Cour des Comptes (2018). Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. Paris Cour des Comptes: 175-, tab., graph., fig.
www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics français ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance. Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital. Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé. Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital.

Cour des Comptes (2018). Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. Paris Cour des Comptes: 175-, tab., graph., fig.
www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics français ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance. Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital. Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé. Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital.

Gandre, C. (2018). "Analyse de réseau pour l'étude des réseaux de professionnels et d'établissements de santé (Sunbelt 2018)." *Analyse De Reseaux Pour Les Sciences Sociales*: 1-14.
https://arshs.hypotheses.org/files/2018/10/2018_actu03_gandre.pdf

L'analyse de réseau est une approche méthodologique qui peut être mobilisée dans de nombreux domaines de recherche. Néanmoins, elle n'est que peu développée dans le champ de la recherche sur les services de santé, bien que les phénomènes relationnels à étudier y soient nombreux. Par ailleurs, les données nécessaires à l'étude de ces phénomènes, telles qu'en particulier les données de consommation de soins ou de prise en charge sanitaire, sont de plus en plus recueillies en routine et mises à disposition des chercheurs et chercheuses. Elles présentent en outre l'avantage d'être rapidement mobilisables à moindre coût et à grande échelle, ce qui les distingue fortement des données d'enquête très souvent utilisées dans d'autres champs d'application de l'analyse de réseau. Ces données nouvellement disponibles sont majoritairement de deux types : d'une part, les données des dossiers médicaux électroniques (electronic medical records, EMR) partagées entre plusieurs professionnels de santé et d'autre part, les données de remboursement de soins (health claims data). Ces données peuvent notamment être mobilisées pour étudier les réseaux de professionnels et d'établissements de santé. Il peut s'agir de réseaux formels dans le cadre desquels les professionnels et établissements collaborent selon un cadre défini. C'est par exemple le cas des modèles de soins intégrés ou des accountable care organisations (ACO) aux États-Unis qui sont des organisations sous contrat avec des financeurs publics ou privés qui coordonnent plusieurs producteurs de soins intervenant dans différents secteurs. Il peut également s'agir des réseaux informels, tels que des réseaux de partage d'informations et de collaboration entre professionnels. L'application de l'analyse de réseau pour l'étude de ce type de réseaux a fait l'objet de deux sessions lors de la 38ème conférence Sunbelt qui s'est tenue à Utrecht aux Pays-Bas du 26 juin au 1er juillet 2018.

Mesnier, T. (2018). Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris Ministère chargé de la santé: 84, tab., graph., fig.
<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

Or, Z., Bricard, D., Le Guen N., et al. (2018). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats et Annexes. Paris Irdes: 62 , 15.
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-paerpa.pdf>
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/567bis-indicateurs-de-recours-et-de-consommation-de-soins-suivis-dans-le-cadre-de-l-evaluation-paerpa.pdf>

Les expérimentations Paerpa (Parcours santé des aînés), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour

améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Irdes vise à porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport intermédiaire présente les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et dévoile les premiers résultats sur les données 2015-2016. Le document annexe propose une description des indicateurs qui sont suivis dans le cadre de l'évaluation d'impact Parcours santé des aînés (Paerpa). Ces indicateurs sont calculés sur la période 2010 à 2017 par l'Irdes pour suivre la consommation des personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires Paerpa et dans les territoires témoins.

Rousseau, A. et D'Autume, C. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé: 26.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_evolution_des_metiers.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes du système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

2017

Bertrand, P. (2017). "Trois déclinaisons du lien ville-hôpital : Expérience du groupe hospitalier Artois-Ternois." *Revue Hospitalière De France*(579): 20-22.

[BDSP. Notice produite par EHESP D9R0x7Aq. Diffusion soumise à autorisation]. Le groupe hospitalier Artois-Ternois (GHAT) a fait de l'ouverture sur la ville un enjeu prioritaire de son projet médical partagé. Il a aussi fait le choix d'impliquer des médecins libéraux dans ses instances et développé une application qui leur est dédiée, téléchargeable sous n'importe quel système d'exploitation mobile. (R.A.).

CNSA (2017). Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Paris CNSA: 5 vol. (123; 133; 128; 157; 129), tabl., fig.

Tout en tenant compte de la diversité des territoires et des contextes institutionnels dans lesquels se déploient les dispositifs MAIA , l'évaluation devait permettre :de bien comprendre le fonctionnement des dispositifs MAIA qui ont été généralisés en 2011 et confortés par le plan Maladies neurodégénératives ainsi que par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ; d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins pour un meilleur parcours des personnes âgées et éclairer les effets de la coopération à l'échelle territoriale. Le dossier se compose du rapport final et de 4 annexes : l'analyse documentaire, l'enquête exhaustive auprès de l'ensemble des MAIA et élaboration d'une typologie MAIA, l'enquête qualitative auprès des agences régionales de santé et de conseils départementaux ; l'enquête transversale sur le dispositif de la gestion de cas.

Delpont, B., Blanc, C., Mariet, A. S., et al. (2017). "Efficacité des filières dédiées à l'Accident Vasculaire Cérébral. Moyens de mesure. Expérience en Bourgogne." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(1): 18-31.

Introduction : L'AVC reste une maladie fréquente et grave en France (première cause de handicap, deuxième cause de déclin cognitif, troisième cause de décès) malgré des avancées thérapeutiques majeures, expliquant le rôle structurant de sa prise en charge sur le plan hospitalier et inter-hospitalier. Les filières de soins pour AVC décloisonnées permettent au patient de bénéficier d'une prise en charge optimale de son domicile jusqu'à l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV). Les recommandations nationales ont préconisé la mise en place de filières pluridisciplinaires avec un numéro téléphonique unique (le 15), transfert par SAMU, prise en charge dans un Service d'Urgences assurant une imagerie cérébrale prioritaire puis passage en Unité Neuro-Vasculaire pour réalisation d'une fibrinolyse et/ou d'une thrombectomie. L'objectif de cette revue est de rapporter les évaluations successives en pratique courante de la filière AVC mise en place en Bourgogne depuis 2003, les réponses apportées aux attentes des patients et des tutelles, et leur transposition aux autres régions sanitaires. Méthodes : Grâce à l'outil unique en France représenté par le Registre Dijonnais des AVC, qui recense depuis 1985 les AVC des résidents de la ville de Dijon intramuros de façon prospective, spécifique et exhaustive, nous avons évalué le rôle du suivi téléphonique des patients victimes d'un AVC par une infirmière clinicienne sur l'évolution des taux de récurrences et de ré-hospitalisation, l'effet de la prise en charge des AVC en UNV sur la mortalité, l'efficacité de la prévention primaire sur l'évolution des taux d'incidence, le rôle des disparités médico-sociales sur les taux d'incidence et de mortalité des AVC, l'efficacité et la sécurité apportée par la télé-fibrinolyse, et les défis organisationnels face à l'augmentation du nombre d'AVC à traiter dans les années à venir. Résultats : Il a été démontré que le suivi téléphonique par les infirmières-cliniciennes permettait de diminuer le taux de récurrences et de ré-hospitalisation, l'UNV a fait disparaître la surmortalité observée le week-end, la Télé-fibrinolyse était aussi efficace et sécuritaire que la fibrinolyse effectuée dans l'UNV du CHU de Dijon, la prévention primaire permettait un allongement de l'espérance de vie sans AVC, l'incidence et la mortalité par AVC à trois mois étaient plus élevées dans la population à bas revenu, et le nombre d'AVC allait être multiplié par 1.4 dans les dix ans à venir. Conclusion : L'organisation de filières AVC a un coût humain et logistique qui restera à identifier, mais leur efficacité en pratique courante, sur le plan de la prévention et de la prise en charge aiguë est réelle. Les méthodes déployées en Bourgogne, et qui ont démontré leur efficacité, sont sans doute applicables dans les autres régions qui doivent planifier la prise en charge des AVC dès la phase aiguë jusqu'à la phase chroni

Dogimont, R. (2017). "La responsabilité populationnelle de l'hôpital : L'expérience hors des murs du CH de Douai." Gestions Hospitalieres(571): 615-618, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9pR0xHkC. Diffusion soumise à autorisation]. Face à la désertification médicale, au renoncement aux soins pour raisons financières, de mobilité et de délai, aux relations parfois complexes avec la médecine de ville, l'hôpital doit-il rester dans ses murs ? Comment peut-il travailler différemment avec la ville pour fluidifier les parcours de santé ? Peut-il jouer un rôle majeur dans la réduction des inégalités sociales et territoriales à travers la prévention ? L'auteur, directeur du centre hospitalier de Douai, rapporte ici la démarche "hors des murs" de son établissement. Cette démarche s'est basée autour de deux axes : - favoriser le décloisonnement et l'interconnection entre professions de santé hospitaliers et de ville - renforcer l'accès aux soins pour les populations vulnérables des quartiers prioritaires.

Drees (2017). "Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital." Etudes Et Resultats (Drees)(1034): 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xoC9Jq. Diffusion soumise à autorisation]. Le nombre de patients atteints d'un cancer progresse et les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge. Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie.

Gallet, B. et Mattei, J. F. p. (2017). Les coopérations en santé, Rennes : Presses de l'EHESP

La loi de modernisation de notre système de santé (2016), dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé. Des problèmes spécifiques comme les déserts médicaux, ou la continuité de prise en charge entre les acteurs sanitaires et les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne trouveront de solutions que par le développement de partenariats basés sur des outils et méthodes recensés dans cet ouvrage. Ce guide pratique permet aux professionnels de la santé de disposer de repères techniques dans leur action de terrain et aux étudiants de mettre en perspective les problématiques propres à ce domaine en vue de réussir les concours administratifs. Ils trouveront dans cet ouvrage les connaissances de base nécessaires pour analyser les grandes problématiques de ce secteur (notamment sur la gestion des personnels, les détentions d'autorisations d'activité, les GHT...) ainsi que les définitions essentielles des notions fondamentales.

Gand, S., Bloch, M.-A. et Periac, E. (2017). Évaluation qualitative PAERPA : rapport final. Série Etudes et Recherche ; 135. Paris Drees: 172 , tab., graph., fig.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, et 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie. Ainsi, les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimenté dès 2013, ont pour objectif que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût. L'évaluation de l'expérimentation PAERPA, en plus d'un suivi d'indicateurs, s'articule autour de deux démarches complémentaires : évaluation qualitative et évaluation d'impact. Portée par l'équipe des chercheurs de Mines Paris Tech-EHESP-CNRS, l'évaluation qualitative s'est appuyée sur des diagnostics territoriaux et des entretiens pour analyser les facteurs clefs de succès, voire d'échec, des dispositifs PAERPA. Le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives (perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours, déclioisonnement des différentes parties prenantes), certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile, etc.).

Gaye, C. (2017/09). "L'hôpital de proximité, maillon structurant du parcours de santé." Techniques Hospitalieres(765): 39-40.

L'hôpital de proximité intégré dans son territoire pérennise et aide à structurer un bassin de vie pour l'organisation de la santé, aussi bien dans le domaine curatif que préventif, de l'éducation et de la formation. Il est un point d'appui et d'expertise pour les autres établissements quant au parcours de soin. Mots-clés : premier recours ; ambulatoire ; bassin

de vie ; parcours de santé.

Jaffiol, C., Bringer, J., Laplace, J. P., et al. (2017). "Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **201**(7-8-9): 973-982.

Le nombre des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique en France a été multiplié par trois entre 2006 et 2014. Cet engouement ne doit pas faire oublier que plus de la moitié de ces patients sont perdus de vue malgré le risque de graves complications post-opératoires et de séquelles souvent sous-estimés. Dans cet article, l'Académie nationale de médecine propose une démarche pragmatique et des pistes concrètes de solutions.

Léandre, C. (2017). Le parcours de soins des victimes d'Accident Vasculaire Cérébral : l'apport des bases médico-administratives dans le repérage des facteurs de risque et dans l'analyse des éléments déterminants de la gravité lors d'un premier épisode en phase aiguë: 200 pages.

Ourabah, R. (2017). "Les réseaux de soins informels." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **200**(4-5): 771-777.

Le médecin généraliste construit autour de lui un réseau informel de soins composé de correspondants spécialistes, de structures d'hospitalisation, d'auxiliaires médico-sociaux. Les déterminants du choix de tous ces correspondants sont la réputation, l'accessibilité géographique et temporelle, la qualité de la communication et du retour d'information, l'absence de concurrence et la collaboration décisionnelle. A ces éléments, il faut rajouter les désirs des patients et la qualité de la relation que ceux-ci nouent avec les correspondants. Cet article analyse ce réseau informel, qui fait la qualité et l'originalité de chaque praticien.

Panel, M.-P., Varnier, F. et Veran, O. p. (2017). Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP mHFpBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le virage ambulatoire ne se résume pas à une réforme de l'hôpital. C'est une réforme totale dont la réussite est conditionnée à des évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours. Cette réforme correspond à une volonté de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation qui répondent aux besoins et aux attentes de nos concitoyens. Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. Cet ouvrage trace les contours d'une nouvelle organisation de notre système de santé en illustrant la réflexion au travers de notions concrètes, telles que le rôle des médecins généralistes, la promotion des parcours de soins et leurs modes de financement. S'adressant aux étudiants comme aux professionnels, cet essai propose une synthèse et une mise en perspective utile de l'ensemble des nouveautés législatives et réglementaires, adoptées depuis la loi de modernisation de notre système de santé. (4ème couv.).

Schmidt, T., Djedai, M. et Huguet, M. (2017). "Consultations avancées hors les murs de l'hôpital : L'expérience du CH Sud-Francilien Corbeil-Essonnes - Evry." Gestions Hospitalieres(571): 612-614.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xs8Dno. Diffusion soumise à autorisation]. Les auteurs décrivent ici l'intérêt, les modalités, conditions et enseignements de l'expérience "hors les

murs" conduite depuis 2017 par le centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF) en lien avec de nombreux partenaires sur le territoire de Grigny, en Essonne. Avec l'aide de la collectivité territoriale et avec le soutien des professionnels libéraux, le CHSF a ouvert des consultations externes de médecine générale.

Sulter, B., Lafrogne, V., Lacour, M., et al. (2017). "Parcours de soins en phase aiguë de la personne âgée en Ehpad : L'expérience de la région Grand Est." *Gestions Hospitalières*(571): 619-628, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP oR0xF97F. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins qui a impacté tous les segments hospitaliers, une mission de modernisation de l'offre de soins en Moselle-Est (Mismoe) a été mise en place en janvier 2012 par l'agence régionale de santé pour réfléchir au parcours de la personne âgée. La loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a éclairé la réflexion du groupe de recherche, notamment sur l'aspect "adaptation des politiques publiques", qui s'est ainsi centré sur la personne âgée résidant en Ehpad et a choisi de formaliser une modélisation du parcours de soins en phase aiguë afin qu'il puisse être transposable. Démonstration en trois temps. (R.A.).

Warnier, M., De Chambine, S. et Requillard, C. (2017). "Ville/hôpital : Construire aujourd'hui les partenariats pour préparer l'hôpital de demain." *Gestions Hospitalières*(571): 592-593.

[BDSP. Notice produite par EHESP kH9R0xBF. Diffusion soumise à autorisation]. Les actions conduites par le groupe des Hôpitaux Paris Nord Val-de-Seine pour renforcer ses relations avec les professionnels de ville ont principalement consisté à se rapprocher de structures d'exercice collectif pour construire des partenariats et renforcer l'offre de soins primaires. Une convention a été signée en juillet 2017 entre le centre municipal de santé (CMS) de Gennevilliers et l'AP-HP. La création d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur le site de Bichat-Claude Bernard a été également actée à l'horizon 2018.

2016

Anap (2016). Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA. Paris ANAP: 30 , fig.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

Les retours d'expériences des neuf territoires expérimentateurs PAERPA ont permis d'identifier des enseignements en matière de méthode de mise en place de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) dans le cadre d'un projet Parcours à destination des personnes âgées. Ces retours d'expériences sont basés sur le Cahier des charges national 2013 (CCN 2013) dont l'évaluation est en cours.

HCAAM (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 9 : Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. Paris HCAAM: 37 , tabl., fig.

Le HCAAM en 2010 et 2011 a conduit des travaux sur le vieillissement et la dépendance. Ces travaux ont permis d'établir, au vu des données disponibles, un premier diagnostic des besoins en santé des personnes âgées et des modalités de leur prise en charge, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Sur la base de ce diagnostic le HCAAM a formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours

coordonnés de soins et d'accompagnement afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens ; parcours coordonnés auxquels devraient être associés les différents professionnels intervenant auprès des personnes concernées qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants,...) ou encore du secteur social (assistants sociaux, auxiliaires de vie, aides ménagères,...). Cette fiche complète le diagnostic en s'appuyant sur les dernières études disponibles. Elle illustre la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la dépendance en s'appuyant sur quatre constats : - La frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est ténue ; - Certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance ; - A domicile, les dépenses de soins spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie sont du même ordre de grandeur que les dépenses prises en charge par l'APA ; - A domicile, la prise en charge des personnes âgées pour leurs soins de toilette et d'hygiène peut être assurée

HCSP (2016). Évaluation de la politique de lutte contre le cancer. Paris HCSP: 259.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=557>

À partir de l'analyse des 6 axes clés de la politique de lutte contre le cancer (Recherche, Observation, Prévention, Dépistage, Soins, Qualité de vie), le HCSP s'est, plus particulièrement, attaché à répondre aux 4 questions principales suivantes : Quel a été l'impact des deux premiers Plans cancer en termes de réduction des inégalités de santé ? Dans quelle mesure un plan thématique et un opérateur dédié (Institut national du Cancer – INCa) ont-ils constitué un progrès ? L'expérience acquise dans ce champ est-elle extrapolable à d'autres maladies chroniques ? Quels enseignements peut-on tirer d'une comparaison avec les expériences étrangères, notamment sur l'organisation des dépistages ? Cette évaluation a conduit à formuler 60 recommandations visant à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers, à garantir des soins personnalisés et efficaces, à améliorer la qualité de vie des patients pendant et après le cancer, et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer. Il s'agit aussi de renforcer la recherche et le recueil des données en cancérologie et d'optimiser le pilotage et la gouvernance concernant cette maladie.

CISS (2016). Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée. Paris CISS: 6 , tab.

L'Observatoire citoyen des restes à charge* livre les résultats d'une étude menée par le Cabinet Asterès sur les réseaux de soins. Cette étude s'appuie notamment sur des données récoltées auprès des différents acteurs œuvrant dans le domaine. Elle apporte un éclairage étayé sur le rôle que jouent les plateformes animant ces réseaux et l'intérêt que ces derniers présentent autant en matière de maîtrise des tarifs que d'encadrement de la qualité des soins. Les réseaux de soins sont mis en œuvre par différentes complémentaires santé depuis le milieu des années 1990 via des plateformes qui contractualisent avec certains professionnels de santé dans le but de proposer des tarifs inférieurs à ceux du marché tout en garantissant aux patients une qualité des soins maîtrisée. On compte aujourd'hui 7 plateformes distinctes pour un total de personnes assurées estimé à environ 40 millions.

Bourgueil, Y. D. (2016). L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé. Les rapports de l'Irdes ; 565. Paris Irdes : 63.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/565-l-evaluation-economique-et-la-recherche-sur-les-services-de-sante.pdf>

Ce rapport présente les actes du colloque international organisé par la Direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), à Paris, le 1er décembre 2014. Les acteurs en situation de gérer les ressources collectives en santé doivent effectuer de multiples choix : priorités d'actions, programmes de prévention, allocation de ressources, modes d'organisation, de rémunération... L'objectif de ce colloque a été de présenter des méthodes et des travaux d'évaluation qui permettent d'éclairer la décision publique et l'engagement dans les processus de changement des organisations de soins. La nette amélioration de la finesse des données de santé collectées ainsi que le développement des méthodes d'analyse transforment la façon de répondre à ces problématiques. L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé apportent des éléments d'objectivation et d'analyse qui sont à même d'enrichir les débats et de renforcer la légitimité de décisions publiques souvent au cœur d'intérêts contradictoires. Cette journée s'est inscrite dans la perspective d'un renforcement des démarches d'évaluation. Elle a visé à apporter des repères méthodologiques et à développer les échanges au travers d'expériences internationales et françaises. Ces expériences, aussi bien nationales que régionales, permettront des regards croisés sur les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'utilisation pour l'action publique de travaux d'évaluation économique et de recherche sur les services de santé.

Gueri, C. et Garnier, Q. (2016). "Déploiement des parcours de santé hospitaliers : Retour d'expérience du GHU Paris Ouest." *Gestions Hospitalières*(561): 621-624.

[BDSP. Notice produite par EHESP FIE8R0xG. Diffusion soumise à autorisation]. C'est l'idée du moment, aussi pertinente sur le principe que difficile à réaliser sur le terrain : les parcours de santé. Les hôpitaux universitaires Paris Ouest (HUPO) ont créé un outil original "la démarche parcours patient" qui emprunte aux méthodes de la qualité et de la gestion des risques pour mobiliser les professionnels et les patients afin d'améliorer concrètement des parcours ciblés. L'outil a été testé sur le parcours patient cardiopathie congénitale adulte puis déployé sur d'autres prises en charge. Cet article revient sur les différentes étapes de construction de ce parcours patient (mise à plat des processus, analyse des bonnes pratiques clinique, analyse des risques, mise en œuvre du plan d'action, évaluation avec le patient traceur. . . .) et dessine trois éléments de bilan et de perspective.

2015

HAS (2015). Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. *Note de cadrage*. Saint-Denis HAS: 15.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage

La finalité du projet « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins. La contribution de la HAS consistera à identifier des dispositifs de coordination éprouvés, pertinents pour les professionnels, répondant aux attentes des patients et de leur entourage, et à les promouvoir. Ce projet s'inscrit dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Le projet est décliné en deux volets : Volet 1 : rapport « socle de connaissances » dont l'objectif est de mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers l'état des lieux des pratiques et la synthèse des

données scientifiques sur la coordination et la communication interprofessionnelles dans la prise en charge des troubles mentaux. Le second volet exprime des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, l'objectif étant de promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux.

HAS (2015). Mise en oeuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. Saint-Denis HAS: 30.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2583405/fr/mise-en-oeuvre-du-plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa-bilan-a-6-mois

Dans le cadre de la mise en oeuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), la Haute Autorité de santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS). Ce document PPS formalise un plan d'action partagé qui s'adresse en priorité aux professionnels de la coordination de proximité, en concertation avec la personne. Son élaboration est placée sous la responsabilité d'un coordinateur référent du PPS, le plus souvent le médecin traitant. Le document proposé est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. Au printemps 2013, avant que le programme Paerpa ne soit officiellement lancé, la HAS a diffusé la première version du document PPS, et a prévu de suivre son appropriation par les acteurs des projets Paerpa. Au printemps 2014, une consultation des utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et du domaine social ou médico-social a permis d'adapter le document PPS et de proposer un questionnaire d'aide à la décision de mise en oeuvre d'un PPS chez des patients de plus de 75 ans, ces documents étant mis à disposition pour le lancement opérationnel des premières expérimentations en septembre 2014. Au printemps 2015, deux ans après l'élaboration de la première version du document PPS, 6 mois après la signature des premiers PPS, la Has a désiré tirer des enseignements de leur mise en oeuvre opérationnelle. À cet effet, elle a adressé un questionnaire à des professionnels de santé des territoires participant aux expérimentations Paerpa. En 2015, l'Agence nationale de d'appui à la performance (Anap) poursuit sa mission de capitalisation à des fins de diffusion et en lien avec d'autres sujets Paerpa : coordination territoriale d'appui (CTA), liens ville-hôpital, systèmes d'information. En complément du questionnaire de la HAS, l'Anap a concomitamment questionné les pilotes Paerpa des ARS au sujet des modalités de déploiement de la démarche PPS dans les territoires participant aux expérimentations. Ce rapport fait la synthèse de ces deux retours d'expérience.

(2015). "Parcours de soins, parcours de santé." *Risques & Qualite En Milieu De Soins* **12**(3): 88 , tab., graph., fig.

<http://www.hygienes.net/boutique/risques-qualite/risques-qualite-volume-xiii-n3-septembre-2015-parcours-de-soins-parcours-de-sante/>

Ce numéro spécial de la revue Risques & Qualité rassemble une série d'articles sur la thématique du parcours de soins, fruit de la contributions d'une quarantaine de rédacteurs. Les articles portent sur des programmes de parcours de soins mis en oeuvre par la Cnamts, le ministère chargé de la santé, la Has... mais aussi sur des expériences régionales ou locales. Ils couvrent des situations médicales complexes : les soins aux aînés, la cancérologie, l'insuffisance cardiaque...et plus généralement la sortie de l'hôpital et le retour à domicile, la coopération ville-hôpital, l'organisation territoriale.

Bauduret, J. F. (2015). Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche. Paris ANAP: 19.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des->

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

[personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/](#)

La notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est récente et elle est peu encore usitée. L'ANAP a voulu mettre en exergue cette dimension du « prendre soin », qui implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social. Ce travail a pu se faire en identifiant 5 portes d'entrée dans le parcours, qui impliquent et interrogent l'ensemble des acteurs : L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; Les hospitalisations inadéquates ; L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; L'accès aux soins somatiques ; La prévention et la gestion des situations de crise. Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés, dont par exemple : La régulation séparée des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours ; La non-demande de nombreux patients ; Le handicap psychique est une réalité encore méconnue des professionnels du sanitaire et médico-social ; La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu. Des propositions ont été élaborées qui permettent aussi bien de tenir compte de la complexité des problématiques, que d'aider au questionnement concret des acteurs. Ce document est complété par les outils créés lors de l'accompagnement des ARS pilotes (résumé de l'éditeur).

Delabriere, I., Delzenne, E., Gaxatte, C., et al. (2014). "[Discharge from hospital into nursing home: Conditions and quality of transmissions]." *Presse Med* **43**(1): e1-e7.

CONTEXT: Nursing home residents are very old, with multiple comorbidities and disabled for activities of daily living (ADLs). Therefore, they have a higher risk of accidents as falls or fractures or acute diseases as infections, which require hospitalization. Care's coordination and sharing of informations between hospitals and nursing homes are often insufficient even with agreements. Thus, discharge to nursing homes after hospitalization may be difficult for old patients because of incomplete oral or written transmissions. OBJECTIVE: To examine both protocols and the quality of the return to the nursing homes after an hospitalization for old residents. METHOD: A prospective multicenter study done by collecting data about consecutive returns into their nursing home after an hospitalization of more than 24hours of nursing home residents aged 65 years and more. RESULTS: Twenty-eight nursing homes of the North of France were enrolled in the study. During the 3 months period of the study, 246 discharges after an hospitalization of 24hours or more were registered. 225 residents (165 women and 60 men), mean age 85.0+/-7.2, were concerned. Most of them were ADLs disabled, with a dementia for 47.1% of them. The average length of hospitalization was 11.6 days. At the end of hospitalization, the notification of return, which was made only in 82% of cases, was announced in average 1.3 days before the discharge. Unfortunately, in 32% of cases, the notification was made the day of the discharge. Residents went back home indifferently any day of the week but more often the Friday and less often the weekend. The day and the hour of the planned discharge were respected in 79.1% of cases. In most cases, nursing home caregivers have considered that the clinical status was stable or improved compared to the previous one. However in 28% of cases, a loss of autonomy was found. Medical doctors wrote a letter of discharge in 85.8% of cases. Nurses gave written transmissions only in 41.9% of cases. CONCLUSION: Many points concerning discharge from hospital, about old people living in nursing home, have to be improved: oral transmissions about patient's status, notification of the return, discharge's letter, nurse's transmissions and assessment of the loss of autonomy

Despatin, J., et al. (2015). "Gouvernance et développement des réseaux de santé. Le cas de la télétransmission en électroencéphalographie." *Journal De Gestion Et D'economie Medicales* **33**(7-8): 395-407, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA F8DGR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. La littérature sur la gouvernance des réseaux de santé montre le rôle essentiel joué par les acteurs de terrain dans l'émergence de ces réseaux. Elle fait également apparaître un paradoxe entre la liberté de ces acteurs et la nécessaire intervention d'un régulateur pour la normalisation des pratiques. Notre objectif de recherche est d'étudier ce paradoxe à travers un cas pratique et d'interroger la place respective des acteurs de terrain et de l'Etat dans la gestion des réseaux de santé. La présente étude s'intéresse au cas des réseaux de télétransmission des électroencéphalogrammes (EEG), au coeur d'un projet de développement national porté par des médecins. Notre analyse s'appuie sur des entretiens avec les responsables du projet et sur l'exploitation d'un questionnaire envoyé aux praticiens. L'analyse détaillée de ces réseaux montre leurs difficultés de fonctionnement et la nécessité de faire appel à une plus grande normalisation des processus. Certains acteurs de terrain en ont pris conscience et leur action, qui est à l'origine de notre étude, confirme le caractère essentiel de l'implication des professionnels de santé dans les transformations de l'organisation des soins. Nous montrons que l'établissement de ces normes suppose une contribution de l'Etat dans un effort de normalisation des pratiques, essentiel à la pérennité des réseaux de santé. Nous concluons que la gouvernance des réseaux de santé nécessite que l'Etat dépasse son rôle de prescripteur des normes, pour endosser le rôle d'État-partenaire, capable d'accompagner les besoins du terrain, résolvant ainsi le paradoxe entre liberté des acteurs de terrain et normalisation.

Fermon, B. (éd.), et al. (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris : Dunod

La performance est un concept qui a envahi le monde de la santé à tous les niveaux. Ce concept est cependant difficile à appréhender : la performance comporte de multiples dimensions dont chacune n'éclaire qu'un aspect de la question. En outre, il fait — entre autres — référence à la dimension économique du soin qui n'est pas spontanément ancrée dans le secteur. Une approche globale portant non seulement sur chacune des dimensions, mais également sur le produit de leurs interactions, est nécessaire pour rendre compte du concept. Un éclairage selon les points de vue des différentes parties prenantes du système de santé est également à considérer pour comprendre toute la complexité du déploiement et du pilotage de la performance au niveau macro et microéconomique.

Grzunov, F. (2015). Le pharmacien d'officine dans le dispositif Paerpa : expérimentation du pilulier électronique en Lorraine sur la communauté urbaine du Grand Nancy. Toulouse Université Paul Sabatier, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Pharmacie.**: 126 , tab., graph., fig.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2015_GRZUNOV_FANNY.pdf

Le dispositif PAERPA est un projet expérimental ayant pour but l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie afin d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs aidants et d'éviter une dégradation de leur état de santé entraînant d'éventuelles hospitalisations. Le projet est expérimenté sur plusieurs territoires pilotes dont la région du Grand Nancy (CUGN) et est dirigé par leurs ARS respectives. Il est mis en place pour une période de 3 ans, de 2014 à 2016. Ce document explique dans un premier temps la mise en place du projet PAERPA avec notamment les différents acteurs impliqués (triade médecin traitant - pharmacien d'officine - infirmier au coeur du projet) et les moyens mis en place pour améliorer la communication et la coordination entre les professionnels de santé (messagerie sécurisée, plateforme d'échanges, coordination clinique de proximité, coordination territoriale d'appui). Dans un second temps, le travail s'oriente

sur un des enjeux du projet PAERPA principalement destiné au pharmacien d'officine : le pilulier Do-Pill. Ce pilulier électronique, dit « intelligent », donne au professionnel de santé le suivi précis d'un traitement-patient. Il permet de juger de son observance médicamenteuse. Dans le cadre du projet PAERPA, le pilulier trouve sa place chez des personnes âgées présentant une inobservance à leurs traitements. L'objectif de cette deuxième partie de thèse est de rendre compte des neuf premiers mois d'expérimentation du pilulier Do-Pill. Suivi des prescriptions, enquête auprès des pharmaciens et de leurs patients Do-Pill, évaluation du taux d'observance chez ces patients ont permis de suivre l'évolution du projet.

Hardy-Bayle, M. C. (2015). Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Versailles Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale: c, 261 , annexes.

http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

Ce rapport met l'accent sur comment améliorer le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Selon le cahier des charges établi, il présente l'état de l'art sur la base de l'analyse des données de la littérature (établir un état de l'art hiérarchisé intégrant l'ensemble des données utiles à l'amélioration des pratiques), interpréter ces données à la lumière de la pertinence clinique, et confronte ces données à l'état réel des pratiques.

Hervouet, L. (2015). "Coordonner pour faire évoluer la relation thérapeutique : étude des "rapports sociaux d'usage" dans les réseaux de santé." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(6): 335-345, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xF98nD. Diffusion soumise à autorisation]. La question de l'évaluation des réseaux de santé a été documentée par des travaux qui étudient les effets de la coordination principalement auprès des professionnels de santé. Cet article propose de se placer du point de vue des malades, en se demandant dans quelle mesure les réseaux de santé contribuent à la mutation de la relation thérapeutique vers un modèle "partenarial et équilibré" (Routelous, 2005) incarné par la figure de l'usager. Pour ce faire, nous nous intéressons au cas des réseaux de santé en cancérologie et nous adoptons une démarche qualitative, mobilisant des entretiens semi-directifs (54) auprès de membres professionnels de réseaux de santé, de malades atteints de cancer et de proches de malades. En nous appuyant sur l'approche en termes de "rapports sociaux d'usage" proposée par M. Chauvière, nous montrons que l'usager n'est pas une catégorie administrative neutre. La relation d'usage est fondée sur un échange : le réseau contribue à l'autonomisation de l'usager en lui octroyant des ressources notamment informationnelles et, en retour, l'usager est une source de légitimation pour le réseau lorsque ce dernier s'exprime au nom du bien-être de l'usager. L'ambiguïté de la référence à l'usager est finalement mise en évidence, entre source d'émancipation d'une part et contrôle social à travers la norme de participation de l'usager d'autre part.

Huzar, C. (2015). Le concept Paerpa : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA.

Thèse de Doctorat en Médecine.: 240 , tab., graph., fig.

http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/DOSAAT/PAERPA/2015/THESE_LE_CONCEPT_DE_PAERPA.pdf-http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_HUZAR_CLOTILDE.pdf

En l'absence d'étude qui explorait les attentes des personnes âgées envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie, il semblait intéressant, dans le cadre du projet PAERPA, de mener une étude pour connaître les perceptions des personnes âgées sur les thèmes de perte d'autonomie, prévention de perte d'autonomie et place des professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. La question de recherche de cette thèse était la suivante : « Que signifie pour une personne âgée d'être à risque de perte d'autonomie ? ». L'objectif principal était de comprendre la perception des personnes âgées concernant le risque de perte d'autonomie. L'objectif secondaire était de comprendre leurs attentes, envers les professionnels de santé dans la prévention de la perte d'autonomie. L'étude s'inscrit dans le travail d'amélioration du PPS (Projet personnalisé de soins), organisé par l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées. Les résultats de l'étude devaient permettre d'ajuster le PPS au plus près des attentes des personnes âgées.

Moisi, L. (2015). Place du réseau AGEF dans le territoire de santé de l'Est parisien. Etat des lieux et évolutions futures. Paris Université Pierre et Marie Curie, Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine. Paris. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine.**: 166 , tab., graph., fig.

<http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/moisi-these.pdf>

La prévention des hospitalisations intempestives et de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes impose une réflexion sur de nouveaux modes d'organisation des soins. Le premier objectif était d'établir les fonctions actuelles du réseau AGEF, qui intervient auprès des patients de plus de 60 ans sur l'Est parisien, de manière régulière ou ponctuelle lors des sorties d'hospitalisations précaires. Le second était d'en étudier les évolutions futures en s'appuyant sur les directives officielles et les avis des intervenants du réseau.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Prot, M. (2015). Ressenti et attentes des aidants naturels de personnes âgées prises en charge par le réseau de santé du Sud-Meusien. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine.**: 330 , tab., graph., fig.

https://petale.univ-lorraine.fr/advanced-search.html?submenuKey=advanced&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValue=PAERPA&search=true&menuKey=all

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis

socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

Vayssette, P. (2015). "Sorties d'hospitalisation : des outils et des actions pour éviter les ruptures." Reseaux Sante & Territoire: 11-17.

Les professionnels de santé exerçant en ville sont en demande d'informations sur ce qui s'est déroulé lors de l'hospitalisation de leurs patients pour assurer la continuité des soins et éviter les ruptures de prise en charge. Ce souci est aussi partagé par les équipes hospitalières. Différents outils se mettent en place dans les établissements de santé et plusieurs expérimentations sont en cours et abordent ce volet spécifique de la sortie d'hospitalisation.

Vayssette, P. et Bloch, M.-A. (2015). "Sur le chemin des parcours intégrés. Entretien avec Marie-Aline Bloch." Reseaux Sante & Territoire(64): 20-23.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xCrD9. Diffusion soumise à autorisation]. Professeure à l'EHESP, Marie-Aline Bloch compte parmi les rares personnes à mener des recherches sur la coordination des soins, l'intégration et les parcours en France. Elle est aussi membre du comité national des projets Paerpa. (introd.).

2014

(2014). Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Saint-Denis HAS: 2 vol. (8;37), fig., annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764284/fr/integration-territoriale-des-services-sanitaires-medico-sociaux-et-sociaux

L'intégration vise à réduire la fragmentation des dispositifs sanitaires et sociaux, pour permettre un accès facilité aux différentes prestations sanitaires et sociales au niveau du territoire. Elle peut recourir à des modifications de financement, de fonctionnement des organisations de soins et de collaboration entre les acteurs. C'est une dynamique qui s'inscrit

dans le temps et non un état stabilisé. Les invariants sont au minimum: L'harmonisation des politiques publiques au niveau régional et territorial ; Une concertation organisée à tous les niveaux : macro pour harmoniser les politiques publiques, meso pour organiser sur le territoire les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, micro pour faciliter le travail en équipes pluri-professionnelles ; L'animation par un pilote reconnu comme légitime par l'ensemble des acteurs et des institutions du territoire ; La mise en place d'un guichet intégré utilisant un outil commun d'évaluation et d'orientation des personnes ; Un retour d'information régulier à la gouvernance sur les difficultés et les besoins non satisfaits. L'enjeu de cette fiche est de définir l'intégration dans le contexte français, de situer les différents niveaux de la démarche d'intégration, d'identifier les publics pouvant en bénéficier le plus, et de proposer une stratégie à appliquer par les ARS pour la mettre en œuvre. (résumé de l'éditeur).

(2014). La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé. Paris Fédération Hospitalière de France: 70.

<http://fichiers.fhf.fr/documents/rapport-FHFMDMbd.pdf>

Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités. Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention. La prise en charge des publics en situation de vulnérabilité est une mission consubstantielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers ont toujours œuvré avec humanité, conviction et détermination. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument avec quelques associations dont Médecins du Monde cette mission de prise en charge des plus vulnérables. Pour les équipes hospitalières, la fragilité des moyens et des dispositifs d'accompagnement se révèle source de malaise. C'est le constat que font aujourd'hui un grand nombre de professionnels qui, face à la nécessité d'adapter le parcours de soins aux caractéristiques de ces publics, se sentent souvent démunis. Il y a donc urgence à agir alors que l'impact de la crise économique sur l'aggravation de la précarité est de plus en plus tangible. Il y a surtout urgence à agir pour inventer un nouveau modèle de prise en charge des personnes vulnérables dans les hôpitaux. L'apparition de nouvelles formes de vulnérabilité conjuguée à l'évolution des organisations hospitalières conduit les établissements et les professionnels à repenser et à réaffirmer leur vocation d'hospitalité afin d'assurer à chacun la meilleure prise en charge possible. L'hospitalité est en effet un sujet majeur et pleinement d'actualité, recouvrant des aspects aussi bien humains, techniques, économiques, que de recherche. Conscient de la responsabilité de l'hôpital public, et dans le souci de maintenir un dispositif d'accès aux soins pour tous, la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde ont décidé d'unir leur force. À l'heure où se construit la future stratégie nationale de santé, la FHF et Médecins du monde n'acceptent pas la fatalité, ne se résolvent pas à l'inaction et unissent leurs voix pour améliorer concrètement la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital. Les propositions portées par la FHF et Médecins du Monde visent à nourrir le débat public d'aujourd'hui et à se transformer, dès demain, en actes. Pour cela, les pouvoirs publics et tous les acteurs de la santé doivent prendre leurs responsabilités, et mettre la question de la santé des personnes les plus fragiles au cœur des politiques publiques.

(2014). Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Saint-Denis HAS: 73 , fig., annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/rapport_art70_2014_05_22_collegefinal_sdc.pdf

Les parcours sont devenus depuis lors une priorité politique : lancement en décembre 2012

du « pacte territoire-santé » par le gouvernement, présentation en janvier 2013 de la Stratégie Nationale de Santé par le gouvernement. Les projets relatifs au parcours des personnes âgées à risque de dépendance retenus dans le cadre de l'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 s'inscrivent dans cette même priorité. Ils visent à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2). La HAS a la responsabilité de l'évaluation de ces projets, mission, s'inscrivant dans son engagement à promouvoir des parcours de soins adaptés aux besoins des patients afin de concilier, au mieux, qualité des pratiques soignantes et efficacité du système de santé. ». L'objectif de ce rapport 2013 est de présenter l'état d'avancement de la mise en place des projets, les facteurs clés de succès et les freins identifiés par les porteurs des projets, les principaux enseignements et les perspectives

Blanchard, P., et al. (2014). Evaluation de la coordination d'appui aux soins. Rapport Igas ; 2014-010R. Paris Igas: 123.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

A la demande de la ministre en charge de la santé, l'IGAS a été chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées ». Cette mission a été envisagée dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS). Après un diagnostic de la situation, le rapport propose une nouvelle organisation de la coordination d'appui aux soins, reposant sur l'initiative des médecins. La coordination d'appui aux soins proposée est ainsi destinée à éviter toute rupture dans la prise en charge globale des patients grâce à la mobilisation de l'ensemble des professionnels qui peuvent y concourir. Concrètement, la mission propose que ce soit le médecin de premier recours, et lui seul, qui puisse la déclencher en concertation avec le patient. Le médecin de premier recours pourrait ainsi choisir de recourir à différentes modalités en fonction de sa pratique et de ses habitudes.

Genisson, C. et Milon, A. (2014). Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers. Rapport d'information du Sénat ; 318. Paris Sénat: 57.

<http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.pdf>

L'amélioration de la qualité des soins et l'enrichissement des fonctions des professionnels de santé sont des objectifs premiers et concordants pour le système de santé français et une aspiration forte des professionnels du secteur. L'un des ressorts pour atteindre ces objectifs est l'évolution des formes de prises en charge des malades au travers d'une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. C'est l'objet des coopérations prévus par l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui permettent de déroger aux règles de compétences qui s'imposent à eux. Les coopérations entre professionnels de santé recouvrent une réalité plus vaste que le cadre de ce seul article 51. D'autres dispositions législatives ou réglementaires sont utilisées par les professionnels de santé et des coopérations anciennes, principalement dans le monde hospitalier, se sont développées en dehors de tout encadrement juridique. Si l'étude des conditions d'application de l'article 51 de la loi HPST a paru essentielle, c'est que celui-ci représente la tentative la plus aboutie pour amorcer la nécessaire évolution des professions et des prises en charge. L'enjeu, cependant, dépasse la simple question de l'application de cet article. Le rapport de la commission des affaires sociales s'articule donc en deux temps. La première partie permet de dresser un bilan de la mise en oeuvre de l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). La seconde, dans une perspective plus large, permet de mesurer le dispositif au regard des attentes en matière d'évolution du système de

soins.

Grumillier, M. A. (2014). Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien. Nancy Université de Lorraine, Université de Lorraine. Nancy. FRA. **Thèse de Doctorat en Médecine.**: 330 , tab., graph., fig.

<https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-24985?lightbox=true>

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socioéconomiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique.

L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

Tavassoli, N., et al. (2014). "Dossier âge, handicap : quelle coordination du parcours ?" Revue Hospitalière De France(557): 60-70, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP nEn8rR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier met en lumière des actions d'amélioration du parcours de soins en direction des personnes âgées ou handicapés. Sont notamment présentés : le travail de l'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance (ERVPD) créée au sein du Gérontopôle de Toulouse dont l'action est ciblée sur le repérage des personnes âgées fragiles et la préservation de leur autonomie, le projet médical et médico-social du centre hospitalier de Montfavet pour mieux accompagner le handicap psychique, le programme d'amélioration de la continuité des soins du sujet âgé (PACSA) lancé par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) et suivi par dix-huit services de soins de suite et de réadaptation et six établissements d'hospitalisation à domicile.

2013

(2013). Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale. Paris Institut Montaigne: 73 , tabl., fig.

<http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/acces-aux-soins-en-finir-avec-la-fracture-territoriale>

Très onéreux, d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins

français pêche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisé par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé. Au-delà des problèmes évidents de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la question est sans doute plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays. Face à ces défis et dans un contexte de finances publiques contraint, comment adapter notre système de santé ? C'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour des besoins des patients qu'il faut s'orienter. Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.

(2013). Construire un parcours de santé pour les personnes âgées. Paris ANAP: 42 , tabl, fig.
<http://anap.fr>

Cette publication vise à présenter les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. Rédigée pour les Agences régionales de santé (ARS), organisatrices et pilotes des actions de santé sur les territoires, elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La constitution d'un parcours de santé nécessite en effet d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS. Issu des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011, ce document est constitué de fiches thématiques. Chacune des six fiches constitue l'une des étapes de la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées et est composée de deux parties : d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations. Ces fiches synthétiques ont donc pour ambition de répondre aux questions pratiques auxquelles sont confrontés les acteurs concernés et de les aider à appréhender aussi bien les principes que l'outillage opérationnel.(résumé de l'éditeur).

(2013). Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque, Paris : CNAMTS

Ce dossier de presse fait un point de situation sur le service PRADO près de 3 ans après son lancement. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation permet au patient qui le souhaite de pouvoir retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile, et fluidifie ainsi le parcours hôpital-ville. Le service a été, dans un premier temps, mis en place dans l'objectif d'accompagner les femmes après un accouchement. Avec plus de 120 000 jeunes mères adhérentes au service depuis 2010, la CNAMTS estime que ce programme, qui bénéficie maintenant à 3 femmes sur 10 ayant eu un accouchement par voie basse, "répond véritablement aux attentes des assurées". Selon une évaluation détaillée menée par la caisse nationale, 91 % des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent ainsi très satisfaites avec un meilleur suivi de la part des sages-femmes. Les bénéficiaires du service sont également plus nombreuses à réaliser la rééducation post-natale. Mais, selon les données de l'Assurance Maladie, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées : 3,98 jours versus 4,07 jours. La réduction est faible. Le programme est aujourd'hui en cours de déploiement pour certaines interventions orthopédiques avec « Prado orthopédie » qui va être généralisé l'année prochaine (il s'agit d'optimiser la rééducation post-opératoire), et un service de suivi

d'hospitalisation à domicile pour les insuffisants cardiaques est en cours d'expérimentation depuis mai 2013. En 2014, ce service d'accompagnement sera expérimenté pour la prise en charge à domicile après une hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients souffrant de plaies chroniques (ulcères, escarres).

(2013). Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale. Paris ANCREAI: 114 , tabl., cartes.

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_0.pdf

Cette étude du réseau des CREA I concerne l'analyse au niveau national des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale (en cours de validité au 31/12/2012). Elle a permis de dresser un état des lieux des priorités retenues dans chaque département et région en faveur de cette population âgée, des problématiques identifiées, des actions retenues pour y répondre, de dégager des particularités territoriales et des actions novatrices.

Jaffiol, C. (2013). "Le réseau Diabète Narbonne : un exemple de pluridisciplinarité au service des diabétiques." *Bulletin De L'academie Nationale De Medecine* **197**(8): 1557-1558.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Le réseau AUDIAB de Narbonne dirigé par les docteurs J.P. Courèges et J.P. Olive associe médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières, podologues, diététiciens et un secrétariat. Les diabétiques acceptent librement de participer au réseau à condition de respecter certaines règles. Leur engagement se fait sans sélection préalable en fonction de leur situation socio-économique. Les séances d'éducation ont lieu en hospitalisation de jour. 126 diabétiques (67,1fi 8,9 ans, 77 H) suivis en réseau ont été comparés à 163 diabétiques (60,9 ans, 64 H) suivis hors réseau. Ont été comparées entre les deux groupes les conditions de vie socioéconomiques et alimentaires, les données de santé, les caractéristiques et la prise en charge du diabète, le vécu de la maladie. Cette comparaison a concerné l'ensemble des sujets puis spécifiquement les précaires et non précaires. Le degré de précarité a été évalué par le score EPICES. L'exploitation statistique des données a recouru aux tests paramétriques usuels et à une analyse multi variée lorsque cela était nécessaire.

Komajda, M. (2013). "Parcours de soins : Insuffisance cardiaque. Encore trop d'hospitalisations pourtant évitables." *Concours Medical* **135**(6).

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xFBoQB. Diffusion soumise ... autorisation]. On a ,crit ... propos de l'insuffisance cardiaque qu'elle constituait une ,pid,mie pour le XXIe siècle. En effet, en raison de l'am,lioration de la prise en charge d'autres pathologies cardiaques telles que les cardiopathies isch,miques, des patients qui autrefois d,c,daient d'un infarctus du myocarde survivent d,sormais grfce aux techniques de revascularisation pr,coce et d,veloppent quelques ann,es plus tard une insuffisance cardiaque. Par ailleurs, l'allongement de l'esp,rance de vie contribue ,galement de façon notable ... l'augmentation de cette pathologie dont la pr,valence s'accroËt fortement au-del... de 60 ans. C'est dire que consacrer un dossier th,matique ... la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est d'actualité, compte tenu de son importance en termes de pr,valence, de co-ts et de s,v,rit, des handicaps

Limbourg, A. (2013). "Le réseau français des hôpitaux promoteurs de la santé." *Sante En Action (La)*(424): 24.

[BDSP. Notice produite par INPES 9rIDmR0x. Diffusion soumise à autorisation]. En France, le réseau HPS est coordonné par l'Inpes qui a mis en place un comité national de coordination pour relancer la dynamique d'échanges de pratiques et la création d'outils.

Lombrail, P. (2013). "Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels." Sante Publique **25**(4): 385-388.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8DDIIROx. Diffusion soumise à autorisation]. La stratégie nationale de santé (SNS) a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années futures, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'oeuvre. L'auteur de cet article regrette que l'essentiel des recommandations porte sur le système de soins (et de protection sociale), alors qu'une seule (même si c'est la première) nomme en propre l'objectif de promotion de la santé et de prévention et qu'aucune n'est consacrée aux enjeux de santé et d'environnement (cinq lignes sont consacrées à la santé au travail, par exemple). Certes, parmi les décisions figure bien celle de renforcer l'aspect sanitaire de l'étude d'impact des projets de loi ", mais c'est, avec l'invite au "renforcement des équipes de santé scolaire et universitaire en y consacrant une part des crédits des 60 000 emplois créés dans l'éducation nationale ", une des rares allusions, selon l'auteur de l'article, à la nécessité de développer une approche intersectorielle des questions de santé.

2012

(2012). Rapport d'analyse des projets article 70. Saint-Denis HAS: 53 , tabl., annexes.

L'article 70 de la LFSS 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2). En tant qu'évaluateur de ces projets, la HAS accompagne les acteurs des projets, ARS et promoteurs. Dans ce cadre, elle a élaboré un premier Rapport d'analyse des projets article 70 qui présente l'analyse globale des onze projets tels qu'ils ont été adressés à la HAS, en s'attachant à identifier la présence des différentes activités et stratégies mises en œuvre dans les projets, leur déclinaison et leur cohérence. Cette analyse a été présentée aux acteurs de projets et discutée avec eux, afin de les aider dans leur travail de maturation des projets.

Bartoli, F., et al. (2012). Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins. Rapport IGAS ; 2012 112. Paris IGAS: 184.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000582/index.shtml>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE r7AjR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme d'activité 2011-2012, une mission d'évaluation relative aux cliniques privées commerciales. Le présent rapport s'organise autour de quatre parties : le rôle de ce secteur dans l'offre de soins et sa situation financière ; l'évolution de sa structure capitalistique et des stratégies immobilières ; les stratégies mises en oeuvre dans l'exploitation des établissements ; les enjeux pour le régulateur.

Chaux, C., et al. (2012). "Le réseau de santé du Val-de-Saône, une activité polyvalente." Medecine :

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Revue De L'unaformec **8(4)**: 182-185.

La multiplication des spécialités et des technologies, celle des intervenants qui en est résultée, aboutissent souvent à de véritables méconnaissances et cloisonnements entre l'hôpital et la ville, entre généralistes et spécialistes, entre médecins et autres professionnels de santé. Cela se fait au détriment du patient, du suivi et de la coordination des diverses interventions, de plus en plus centrées sur la seule maladie, et même sur un moment de cette maladie, en oubliant la nécessaire continuité de soins centrés sur le malade. Ce problème est particulièrement important pour les maladies chroniques, surtout quand apparaît une diversité de besoins, tant sur le plan des soins médicaux que celui des soins d'accompagnement ou de support. Ces constats ont conduit à la création des réseaux de soins. Mais à ce niveau de nouveaux cloisonnements sont survenus également, les réseaux concernant le plus souvent une maladie précise.

Gallet, B. (2012). "Parcours de soins. Une nouvelle approche de la coopération en santé." Revue Hospitaliere De France(549): 59-61.

[BDSP. Notice produite par EHESP FB7CGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le développement récent de la notion de parcours de soins se situe à la croisée de préoccupations économiques et organisationnelles, au service d'une approche globale de la personne prise en charge. Vecteur d'expérimentations ou méthode d'économie et de restructuration, elle conduit à une nouvelle conception de la coopération, plus ambitieuse.

Mazzege, A. (2012). Le rôle des SSR dans la fluidification des filières de prise en charge des affections neurologiques en Seine-Saint Denis : étude à partir du cas de la Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation du Bourget. Rennes EHESP, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA. **Master EHESP Pilotage des politiques et des actions en santé publique - PPASP**: 58.

Les affections du système nerveux, de type accident vasculaire cérébral et traumatisme crânien, sont traitées dans le cadre de filières soins structurées, dont la fluidité détermine la qualité de la prise en charge. La phase de rééducation en soins de suite et de réadaptation (SSR) se situe entre la prise en charge initiale dans les services aigus, et le relais avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS) permettant la réadaptation/réintégration des patients. Les services de SSR jouent ainsi un rôle pivot dans la continuité du parcours du patient. Ils rencontrent cependant d'importantes difficultés à accueillir des personnes lourdement dépendantes, et à mettre en place des solutions d'aval pertinentes. En particulier, dans un contexte de précarité socio-économique comme la Seine-Saint-Denis, l'accès des ESMS spécialisés adaptés est particulièrement restreint. Des propositions sont faites pour permettre la levée de ces deux obstacles majeurs, et favoriser la qualité de vie des patients (résumé d'auteur).

Pourcel, G., et al. (2012). Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse des bilans à un an des 35 sites pilotes. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Boulogne Billancourt INCA: 42 +annexes, tabl., fig.
<http://www.e-cancer.fr>

Dans le cadre du Plan cancer (mesure 18 et mesure 25), l'institut national du cancer et la Direction générale de l'offre de soins ont lancé, suite à un appel à projets, 35 expérimentations pilotes du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer ». Il s'agit d'un nouveau dispositif de prise en charge des patients atteints de cancer, appuyant sur plus de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers

coordonneurs hospitaliers (IDEC), qui inclut la dimension sociale de la prise en charge et renforce le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Un accompagnement des projets a été mis en place et un suivi régulier de leur mise en œuvre opérationnelle a été effectué au moyen d'indicateurs bimestriels. Ces expérimentations conduites sur un an dans 35 sites pilotes par des établissements de santé publics et privés, en partenariat avec médecins traitants et d'autres acteurs de proximité médicaux et sociaux, ont permis l'inclusion dans le dispositif de 9 200 patients dont plus de 2/3 ont reçu un programme personnalisé de soins. Une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32 % d'entre eux conduisant à une prise en charge sociale dans 2/3 des cas. Un programme personnalisé de l'après-cancer a été établi pour 31 % des patients des 2 800 patients en fin de phase de traitement actif. Plusieurs outils de coordination ont été élaborés et testés par les équipes pilotes (Fiche de détection de la fragilité sociale, contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer). L'expérimentation a permis également de recenser les activités des IDEC, regroupées en 4 grandes fonctions clés, évaluation des besoins et facilitation du parcours qui ont mobilisé le plus de temps, devant les fonctions d'écoute et soutien et d'information. Par ailleurs, l'intervention plus spécifique des IDEC auprès de patients ou de situations complexes sur les plans médical et/ou social a été identifiée, ainsi que l'apport de leur activité en lien avec l'assistant social pour optimiser et anticiper la prise en compte des problématiques sociales, notamment liées à l'emploi. Les principaux constats établis au terme des expérimentations menées sur les 35 sites où des organisations différentes ont été mises en place, permettent de dégager deux points forts qui sont le rôle des infirmiers coordonneurs et la mise en place de l'accompagnement social. Le programme personnalisé de soins constitue un point de vigilance en raison d'importantes variations de pratique d'un site à l'autre. Son utilisation en tant qu'outil destiné en priorité au patient dans la phase initiale de sa prise en charge nécessitera d'être reprécisée au niveau national. Enfin, la participation du médecin traitant positionné en tant que référent de proximité dans le parcours personnalisé, et la mise en place du suivi de l'après-cancer constituent des marges de progrès pour optimiser le dispositif du parcours personnalisé tout au long de la maladie. Ces résultats et constats ont été complétés par ceux plus qualitatifs de l'évaluation d'impact des expérimentations menée fin 2011 auprès des patients, de leurs médecins traitants et des équipes projets hospitalières, afin d'apporter à l'INCa et à DGOS, des éléments de décision pour les suites à donner au dispositif de parcours personnalisé en cancérologie.

Proult, E., et al. (2012). Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer : rapport d'évaluation. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Boulogne Billancourt INCA: 194 , tabl., fig.

<http://www.e-cancer.fr>

L'INCa et la DGOS ont lancé, suite à un appel à projets, des expérimentations du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer » (mesures 18 et 25 du Plan cancer). Ces expérimentations ont été menées sur un an, de septembre 2010 à septembre 2011, dans 35 sites pilotes (établissements de santé publics et privés), en partenariat avec des médecins traitants ainsi que d'autres acteurs ou structures de proximité médicaux et sociaux. Ce nouveau dispositif avait pour objectifs de : permettre une prise en charge personnalisée des patients en s'appuyant sur davantage de coordination entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonneurs hospitaliers (interlocuteurs privilégiés des patients et facilitateurs de la coordination hôpital-ville) ; mieux prendre en compte la dimension sociale tout au long de la prise en charge y compris dans l'après-cancer et pendant le suivi ; renforcer le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Au total, 9200 patients ont été inclus dans ce dispositif de parcours personnalisé. L'évaluation d'impact montre que le parcours personnalisé apparaît globalement comme un dispositif

pertinent, perçu positivement par tous les professionnels et dont l'impact sur la satisfaction des patients est élevé. L'apport des infirmiers coordonnateurs a été confirmé, en particulier par la réponse apportée en termes d'information, d'écoute et de détection précoce des problèmes sociaux. Des questionnements persistent cependant sur le rôle de ces infirmiers coordonnateurs dans l'articulation ville-hôpital. De plus, la coordination des différents acteurs de la prise en charge et la mise en place de l'après-cancer restent à approfondir. Compte tenu de ces différents constats, l'expérimentation sera prolongée par une seconde phase en 2013 afin de mieux définir les objectifs du dispositif, de mieux le cibler en particulier sur les parcours complexes des parcours plus complexes sur le plan médical et/ou psychosocial, et de préciser les rôles prioritaires des infirmiers coordonnateurs. Cette seconde phase sera accompagnée d'une approche coût-efficacité afin d'apporter aux décideurs des éléments objectifs pour proposer un dispositif de parcours personnalisé pérenne et généralisable à terme.

2011

Bonafini, P. et Nobre, T. (2011). "Un cycle de vie pour les réseaux de santé ? Le cas de la cancérologie." Journal D'economie Medicale **29**(1-2): 47-61, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA J98GR0xm. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé constituent une forme de réseaux inter-organisationnels particuliers et sont apparus il y a une vingtaine d'années dans le paysage sanitaire français. Dans le cadre de recherches visant à mieux comprendre leurs modalités de structuration, nous suggérons ici que leur développement peut être décrit dans une acception ontogénique. Nous avons retenu un modèle d'évolution décrit sous le terme générique de cycle de vie pour l'utiliser comme grille d'analyse du changement des réseaux de santé. Cette approche permet de décrire les évolutions structurelles des réseaux mais s'inscrit également dans une optique plus processuelle visant à éclairer les dynamiques de changement organisationnel. Dans ce cadre, nous citerons l'exemple des réseaux de cancérologie français, observé dans une posture particulière de "chercheur". C'est ainsi qu'après avoir rappelé les fondamentaux relatifs à la métaphore du cycle de vie, nous évoquerons le contexte spécifique des réseaux sanitaires et nos observations, issues de l'étude longitudinale de quatre réseaux régionaux de cancérologie. A partir de nos observations, nous proposons un cycle de vie réticulaire qui peut être sérié en cinq phases de préhistoire, création, développement, maturité et enfin déclin. Cette conclusion suggère une approche contingente du pilotage en fonction de ces différentes séquences et serait alors transposable à d'autres organisations en réseau. (résumé d'auteur).

Fleury, M.-J. (2011). "Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en oeuvre et opinions des omnipraticiens." Sante Publique(6): 155-159.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8FHrR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente le contexte d'émergence des réseaux intégrés de service (RIS), les fondements des RIS et certaines conditions de succès de leur mise en oeuvre. La réforme en santé mentale au Québec permet d'illustrer l'état d'implantation de l'intégration du dispositif de soins. Dans les transformations en cours, la consolidation des soins primaires et le déploiement de modèles de soins partagés ou de collaboration sont surtout visés. Les omnipraticiens sont des acteurs incontournables du succès de l'implantation des modèles d'intégration de services dont les RIS.

Fouquet, A., et al. (2011). L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport Igas ; RM2011-064P. Paris Igas: 121 , tabl., annexes.

Le présent rapport de l'IGAS explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social. La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences). La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soins de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences. A partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et réglementaire, notamment la loi HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires) et la création des ARS (Agences régionales de santé), dont l'un des objectifs est d'assurer une mission de coordination entre le secteur social et médico-social.

2010

Berland, Y., et al. (2010). "Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux." Actualite Et Dossier En Sante Publique(70): 16-35.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9DHR0xDr. Diffusion soumise à autorisation]. La situation inédite de la baisse certaine, pour les dix ans, à venir, du nombre de médecins en France a déclenché études et débats, présentés par Martine Burdillat, permettant ainsi de disposer d'informations objectives et détaillées sur la ressource humaine en santé, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cette approche très générale est complétée par une analyse de l'évolution des pratiques de terrain développée par Jean-Christophe Mino et Magali Robelet, qui s'interrogent sur la possibilité de la reconnaissance des pratiques invisibles et de leurs acteurs. Le processus en cours soulève de nombreux enjeux dépassant la seule question de la baisse du nombre de médecins. Enjeu de cadre juridique tout d'abord, comme l'expose Joël Moret-Bailly. La formation des professions de santé constitue un deuxième enjeu d'importance. Il s'agit tout d'abord, comme l'expose Jacques Domergue, de l'organisation de la formation initiale commune à plusieurs professions qui se met en place. Mais c'est également l'articulation de la formation avec les processus de qualification, et surtout de définition initiale des compétences requises, et l'adaptation au cadre du LMD européen qui font l'objet d'une véritable révolution selon les termes de Marie Ange Coudray. Enfin, l'enjeu économique et plus précisément l'analyse des conditions économiques du développement des coopérations comme leurs effets attendus, en ville comme à l'hôpital, sont présentés par Sandrine Chambaretaud.

Hammou Kaddour, A. (2010). "Coopération et territoires. L'hôpital à l'épreuve de ses territoires." Gestions Hospitalieres(500): 611-616.

[BDSP. Notice produite par EHESP n89r8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. A l'heure de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), la présente contribution vise, via les archives de notre revue, à analyser le développement de la coopération dans la politique sanitaire française. Il ne s'agit pas d'un exposé juridique sur le sujet mais de "faire parler" les acteurs mêmes de cette coopération, afin de saisir leurs innovations, leurs anticipations, leurs

craintes et leurs souhaits au fur et à mesure que les instruments d'application de cette nouvelle formule de réponse à la demande de soins des usagers se mettent en place dans le temps et dans l'espace. "Du passé bien observé, on peut facilement déduire l'avenir", écrivait Claude Henri de Saint-Simon.

Hubert, E. (2010). Rapport de la Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris La documentation française: 186.

Mme Elisabeth Hubert, ancien ministre, a été chargée par le Président de la République d'une mission portant sur la médecine de proximité, autour de trois objectifs : relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un très large échange avec les professionnels concernés et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine ambulatoire depuis de nombreuses années. Sur la base de nombreuses rencontres et de déplacements sur le terrain, l'auteur présente un état des lieux des conditions d'exercice de la médecine de proximité, et propose un ensemble de mesures : simplification des conditions d'exercice, modernisation des systèmes d'information, appui à l'exercice regroupé des professionnels, valorisation de la formation initiale de médecine générale, aide à l'installation dans les zones sous-médicalisées.

2009

Assyag, P., et al. (2009). "RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation." *Archives of Cardiovascular Diseases* **102**(1): 29-41.

<http://www.em-consulte.com/article/201927>

L'insuffisance cardiaque (IC) représente un problème de santé publique majeur, lié à sa forte prévalence, et à l'augmentation croissante des hospitalisations. Une coordination de médecins généralistes et de cardiologues de ville et hospitaliers de l'Est de Paris s'est constituée dans le cadre d'un réseau ville-hôpital afin de maintenir à domicile les patients insuffisants cardiaques graves.

Maunoury, F., et al. (2009). "Analyse coût efficacité du parcours de soins coordonnés de patients atteints de pathologie obstructive bronchique chronique." *Journal D'economie Medicale* **27**(7-8): 392-409, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xmtFqr. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude est d'évaluer, sous un angle médico-économique, l'impact du parcours de soins coordonnés de patients traités chroniquement par corticostéroïdes inhalés dans la perspective de l'Assurance Maladie (réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004). Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective fondée sur l'exploitation des données de remboursement de soins sollicités en 2007 par les assurés sociaux du régime général. 290 patients ont été inclus dans chaque groupe (un groupe ayant déclaré un médecin traitant et un groupe n'ayant pas déclaré de médecin traitant), des hommes et des femmes âgés de 16 à 50 ans traités par corticostéroïdes inhalés durant au moins trois mois consécutifs. L'étude montre que la coordination annuelle, par un médecin traitant, de patients traités par corticostéroïdes inhalés peut être considérée comme une stratégie coût-efficace au regard des seuils d'acceptabilité des stratégies de santé recommandés par l'OMS en 2009 (entre une fois et trois fois le produit intérieur brut par habitant). (résumé d'auteur).

Plu, I., et al. (2009). "Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé :

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

l'expérience d'un réseau d'accès aux soins." Sante Publique **21**(2): 173-181.

[BDSP. Notice produite par EHESP IHmokR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé dont le but est de favoriser la coordination des prises en charge doivent se faire connaître du grand public et des professionnels de santé afin de bien s'insérer dans le maillage sanitaire local. Après un rappel des obligations légales des réseaux de santé en matière de communication externe, les vecteurs de communication utilisés pour faire connaître le réseau sur son territoire sont décrits, à partir de l'exemple d'un réseau d'accès aux soins, le réseau ASDES (Accès aux Soins, accès aux Droits, Éducation à la Santé). Selon le Code de la santé publique, les premiers vecteurs de communications des réseaux sont la convention constitutive et la charte du réseau, devant être communiquées aux professionnels de santé du territoire et portées à la connaissance des patients. Le réseau ASDES a en outre informé collectivement et individuellement de ses actions les professionnels de santé du territoire, et s'est fait connaître auprès de la population lors de journées de prévention départementales et d'actions communautaires d'éducation à la santé. À partir de ce cas illustratif, s'ouvre une réflexion éthique et déontologique sur les modalités et les enjeux de la communication externe des réseaux.

Vermorel, M., et al. (2009). "Filières gériatriques : un modèle parmi d'autres. La planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes." Revue Hospitaliere De France(526): 36-39.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xG8lo8. Diffusion soumise à autorisation]. Dans la logique de la circulaire du 28 mars 2007, les filières gériatriques rhône-alpines ont vu leur schéma de développement structuré lors de la révision du SROS. Fruit de la réflexion d'un groupe de travail pluridisciplinaire, le modèle proposé dessine deux niveaux de moyens et de compétences, un niveau de proximité et un niveau de référence, et prévoit une double coordination fonctionnelle sanitaire et médico-sociale avec notamment la formalisation d'une charte de filière et l'introduction d'un correspondant sanitaire.

2008

(2008). "Les réseaux." Gerontologie Et Societe(124): 204.

[BDSP. Notice produite par FNG IAopR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Ce fascicule reprend les communications du colloque "Réseaux de santé, intégration des services gérontologiques : quel modèle d'évaluation ? Apports des expériences internationales pour la construction d'un cadre d'évaluation français". La première journée a permis la présentation d'expériences internationales dont certaines font l'objet d'un article dans cette revue : les expériences québécoises SIPA (Service intégré pour personnes âgées) et PRISMA (Programme de recherche pour intégrer les services pour maintenir l'autonomie), un réseau avec intégration des services et gestionnaire de cas adapté dans un contexte français COPA (coordination pour les personnes âgées), un projet d'implantation du modèle PRISMA en France et un projet d'implantation d'un réseau de soins coordonnés pour personnes âgées en perte d'autonomie à Genève. Le deuxième objectif de ce colloque était de faire un tour d'horizon des méthodes valides pour évaluer l'efficacité des expériences de réorganisation des soins aux personnes âgées. Co-organisée avec François Béland du groupe de recherche Solidage, ayant eu l'expérience d'évaluation du modèle SIPA, la deuxième journée a donc été consacrée à des aspects davantage méthodologiques, quantitatifs comme qualitatifs. (R.A.).

Acef, S. (2008). "Réseaux de santé et territoires : où en sommes-nous ?" Informations Sociales(147): 72-81.

[BDSP. Notice produite par APHPDOC IICIR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Ils agissent en faveur du découplage des secteurs et des interventions. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive. Pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. A partir de leur fonctionnement, il s'agit d'anticiper les changements profonds auxquels notre système de santé est actuellement confronté. (R.A.).

De, Stampa, M., et al. (2008). "FREGIF. Fédération des réseaux gérontologiques d'Ile-de-France." Gerontologie Et Societe(124): 109-117, tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG plpR0xC9. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé gérontologiques sont, en France, des innovations organisationnelles récentes et sont en cours de structuration. La FREGIF (Fédération des Réseaux Gérontologiques d'Ile de France) créé en 2007, regroupe neuf réseaux de santé franciliens et a pour objectifs de renforcer leur coordination et d'homogénéiser progressivement leurs fonctionnements tout en préservant les caractéristiques de chacun. La FREGIF a mis en place plusieurs chantiers sur l'évaluation et le dossier commun partagé, la mutualisation des formations et la rémunération des professionnels. (R.A.).

De Stampa, M., et al. (2008). "Le modèle COPA-Ancrage pour les personnes âgées fragiles. Un réseau de santé avec intégration des services et gestionnaires de cas adapté au contexte français." Gerontologie Et Societe(124): 85-93, fig.

[BDSP. Notice produite par FNG CGR0x9HI. Diffusion soumise à autorisation]. Répondre aux dysfonctionnements perçus par les professionnels intervenant auprès des personnes âgées fragiles et dépendantes au domicile est une priorité pour améliorer la qualité de l'aide et du soin de cette population au quotidien. C'est ainsi que le modèle COPA-Ancrage, qui est un réseau de santé gérontologique, a été implanté dans le XVIème arrondissement de Paris depuis 2006. Il se caractérise par un repérage de la population âgée fragile et dépendante, la mise en place d'un guichet unique, l'implantation de la gestion de cas ou les (case managers) travaillent en lien avec les médecins traitants, le renforcement des soins de première (primaires) et deuxième ligne (spécialisés et hospitaliers), la formation commune et un pilotage partagé entre les structures de ville et hospitalières. Un programme d'évaluation avec un groupe intervention et un groupe témoin est en cours pour évaluer l'impact du modèle en terme de qualité des soins, de trajectoires et de pratiques professionnelles. (R.A.).

Gayraud, P. et Harzo, C. (2008). Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins. Lyon URML: 31.

Ce travail fait un focus sur trois territoires rhônalpins aux caractéristiques différentes en termes d'offre de soins dans l'objectif de comprendre la situation avec les acteurs concernés et d'imaginer avec eux des solutions concrètes. En faisant se rencontrer sur chaque territoire un petit échantillon de médecins hospitaliers et de médecins ambulatoires et en explorant concrètement avec eux leurs satisfactions et insatisfactions concernant les collaborations ville-hôpital et les solutions pour les améliorer, l'objectif était également de permettre des échanges et d'amorcer une dynamique de progrès sur ces territoires. Cette enquête a permis de constater une forte attente des deux pôles de santé pour des échanges et un renforcement de la communication. La médecine libérale déplore l'inadaptation des sites Internet des hôpitaux et demande la simplification des échanges par une messagerie

sécurisée. Les malaises, pour les trois bassins, sont cristallisés sur l'accès à l'hôpital quasi obligatoirement par le service des urgences. Cette pratique a distendu les liens traditionnels entre médecin traitant et médecin hospitalier.

2007

Bertrand, A. d. (2007). "Filières gériatriques." Technologie Et Sante(61): 1-43, graph., tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xpAwkQ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un contexte de vieillissement généralisé, le nombre de personnes âgées fragiles va fortement augmenter. L'hôpital doit répondre à ce défi. Pour éviter des ruptures si préjudiciables dans la prise en charge du patient âgé et promouvoir un accompagnement global et cohérent de celui-ci, l'ensemble des dispositifs de soins doit être recensé. La mise en oeuvre concrète de filières gériatriques intégrées dans des réseaux spécifiques constitue donc une priorité stratégique.

Bourgueil, Y. et Elbaum, M. p. (2007). Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé : Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum., St Denis : HAS: 261-291.
<http://www.has-sante.fr/>

L'objet de cette note est d'analyser dans un laps de temps court, les enseignements en termes de coopération des professions de santé, des multiples expériences de réseaux qui se sont succédées au fur et à mesure des évolutions de la définition et de la politique des réseaux. (Réseaux villes-hôpital, puis des réseaux « Soubie » puis des réseaux de santé financés dans le cadre de la Dotation Nationale des Réseaux). La note présente trois parties distinctes. La première partie propose un cadre conceptuel global de la coopération permettant d'interroger la contribution des réseaux à la coopération mais permettant également de préciser et distinguer les leviers disponibles entre réorganisation des rôles professionnels et réorganisation des services de soins. La deuxième partie est plus spécifiquement consacrée à la description des travaux d'évaluation des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin la troisième partie discute les principaux enseignements que nous retenons de l'analyse des réseaux et des maisons de santé pluridisciplinaires et propose quelques pistes de réflexion et d'action pour renforcer les différents aspects de la coopération telle que définit initialement.

Boyer, L., et al. (2007). "Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé." Pratiques Et Organisation Des Soins **38**(2): 111-117.

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xrLOQ3. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité et les coûts d'une prise en charge dans le réseau Diabaix et de les comparer à une prise en charge habituelle des patients ayant un diabète de type 2 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, pendant l'année 2005. Elle fait apparaître que le niveau de conformité des pratiques professionnelles était supérieur dans le réseau, sans diminution des coûts par rapport à une prise en charge habituelle.

Collombet, A. et Alfandari, P. (2007). L'hôpital et les réseaux de santé : professionnalisme des consultants, Paris : Economica

Cet ouvrage reprend les communications des dix-neuvièmes journées de l'Isor sur le thème

de : l'hôpital élargi : les réseaux de santé. En effet, les établissements publics et privés de santé sont aujourd'hui confrontés à de profonds changements dans leurs systèmes budgétaires et dans leur gouvernance. Cela les amène à développer des partenariats publics ou privés avec l'hôpital, les professionnels de santé et d'autres professions concourant aux activités médicales. C'est pourquoi le positionnement stratégique des hôpitaux, ainsi que la reconfiguration de l'offre de soins, l'élargissement de l'hôpital via les partenariats secteur public/secteur privé, mais aussi les réseaux de santé sont des thèmes très actuels, abordés lors de ces journées.

Coulomb, A. (2007). "Évaluer les réseaux de santé." Revue Hospitaliere De France(516): 58-60.

[BDSP. Notice produite par ENSP JvR0xf5A. Diffusion soumise à autorisation]. Le réseau a été défini par l'article L. 6321-1 du code de la santé publique après un long cheminement. Ce mot valise recèle hélas de redoutables ambiguïtés. D'où de profonds malentendus entre promoteurs, financeurs, bénéficiaires, contrôleurs et autres acteurs du système de santé. On continue donc à entendre parler de réseaux ville/hôpital, de réseaux de soins, de réseaux expérimentaux, spécialisés, de filières... Ce qui illustre la richesse du concept mais témoigne des visions profondément diverses de leur organisation comme de leur finalité. Faut-il céder à la tentation de l'unicité simplificatrice, mais ô combien réductrice, ou assumer cette ambiguïté, quitte à évaluer ?

Escano, G. (2007). "La difficile évaluation des réseaux de santé - Bilan et perspectives 8 ans après les ordonnances "Juppé". " Notes Et Documents(47): 107.

L'auteur de ce document fait le point sur le concept et les finalités des réseaux de santé avec, au coeur du système de soins, un patient qui n'est pas nécessairement un malade car le système de santé intègre l'éducation sanitaire et la prévention. Ensuite, l'auteur replace les réseaux dans les cadres légaux et réglementaire des "ordonnances Juppé" à la loi "Kouchner" relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en passant par les lois de financement de la sécurité sociale. Il expose également d'autres modalités d'organisation innovante avec l'hospitalisation à domicile, les maisons médicales, les agents de santé, la valorisation du rôle du médecin généraliste.

Fargeon, V. et Brunat, M. (2007). "Les réseaux de santé, quelle évaluation ? Éléments d'analyse à partir d'un réseau de santé gériatrique." Journal D'economie Medicale **25**(4): 193-206, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA WpLR0x39. Diffusion soumise à autorisation]. L'organisation des prises en charge sanitaires et sociales et les réorganisations des relations entre prestataires de services sont un enjeu important des systèmes de santé. Les réseaux de santé sont apparus en France comme une voie à explorer et à promouvoir pour soutenir ces transformations. Cet article analyse, à partir d'une expérience de réseau de santé gériatrique, l'intérêt d'une évaluation inspirée de l'évaluation des politiques publiques. Une telle démarche permet de rendre compte des difficultés de définition du produit ou des attendus du réseau de santé et de la nature du réseau de santé comme espace d'action collective et d'expérimentation sociale et ainsi d'apprécier sa cohérence, son acceptabilité et sa pertinence (résumé d'auteur).

Gheorghiu, M.-D., et al. (2007). "Préparation de l'enquête COI - les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux." Serie Etudes - Document De Travail - Drees(72): 49 , ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE HlqR0xkq. Diffusion soumise à autorisation]. Les transformations politiques, sociales et économiques qui traversent le secteur de la santé et son environnement conduisent les gestionnaires des hôpitaux à mettre en oeuvre, à l'instar des gestionnaires d'entreprises, des politiques managériales modifiant en profondeur les organisations existantes et le travail des salariés. Les hôpitaux ne sont pas à l'écart de ces évolutions, ils sont l'objet de très importantes réorganisations externes et internes et d'une modernisation intense, souvent impulsées par les pouvoirs publics et la politique de santé, mais aussi parfois par des changements technologiques ou l'évolution des pathologies ou des comportements. En effet, confrontés à des questions de financement rendues aiguës par le déficit chronique de la sécurité sociale, alors que l'évolution des techniques médicales et des exigences de la société en matière de santé produit une forte pression à la hausse sur les coûts, les hôpitaux, poussés par les pouvoirs publics, ont dû, depuis une vingtaine d'années, se réorganiser fortement.

Malvy, M., et al. (2007). "Une offre au service du parcours de soins des patients." Revue Hospitaliere De France(514): 23-29.

[BDSP. Notice produite par ENSP 68BkeR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans la première partie de ce dossier : "Une offre au service du parcours de soins des patients", les sujets suivants sont abordés : Des sites de proximité garants d'une prise en charge efficace ; des établissements disposant d'une offre de spécialités médicales de chirurgie et d'obstétrique ; Des centres de références identifiés. L'organisation de l'habitat en grands pôles urbains avec une forte croissance des zones requises pour réaliser certains actes diagnostiques et thérapeutiques, la nécessité de concentrer les ressources professionnelles et techniques rares, le besoin d'une activité minimale pour garantir la qualité des pratiques conduisent à approfondir et à consolider la gradation de l'offre de soins. En effet, on observe depuis plusieurs années l'émergence d'un modèle d'organisation fondé sur trois niveaux : l'accueil de proximité, le pôle de secours et, entre les deux, un plateau technique disposant d'une offre chirurgicale, obstétricale, médicale et de réanimation. Pour chaque niveau, l'hôpital public est et demeure un élément structurant. Ainsi, il doit démontrer sa capacité à rassembler l'ensemble des compétences autour d'un plateau technique approprié aux besoins du territoire desservi et aux missions qui lui sont fixées.

Poutout, G. (2007). "Les réseaux sont-ils solubles dans le système de santé ? La genèse." Revue Hospitaliere De France(516): 61-65.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBRI5g. Diffusion soumise à autorisation]. L'exigence de coordination, de complémentarité et de continuité se fait de plus en plus pressante. Elle vient de la société civile mais aussi d'une part de plus en plus importante des professionnels de santé : il faut aller au-delà de la performance médicale segmentée, isolée, pour retrouver "l'individu global". Il faut organiser sa prise en charge continue, son accompagnement, au sein de multiples institutions, sociales, médico-sociales et sanitaires en tenant compte de son état pathologique, de sa situation et de son histoire personnelle. Il faut donner de la fluidité, de la lisibilité, de la cohérence au système. Les réseaux de santé sont les témoins et les acteurs de ce mouvement inéluctable. Leur émergence s'effectue par à-coups : adulés un jour, oubliés ou méprisés le lendemain, mis sur piédestal par les uns, suspects pour les autres. Que représentent-ils ? Quel avenir pour eux au sein du système de santé ? Sont-ils condamnés à rester "marginaux sécants" ou sont-ils solubles dans le système actuel.

Prouvost-Keller, B., et al. (2007). "Faisabilité du transfert informatisé de comptes-rendus standardisés de consultation entre les médecins d'un réseau ville-hôpital." Pratiques Et

Organisation Des Soins **38**(3): 187-195.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Reseau_ville-hopital.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xLh1w7. Diffusion soumise à autorisation]. Le réseau VIH des Alpes-Maritimes, a expérimenté entre 2003 et 2005 un transfert de comptes rendus standardisés de consultation (CRSC), informatisé, automatisé et sécurisé, des médecins généralistes vers les Médecins hospitaliers, respectant l'environnement de travail de chaque médecin généraliste et qui puisse être réalisé au décours d'une consultation de médecine générale. L'objectif était d'évaluer la faisabilité de ce type de transfert de comptes rendus standardisés de consultation entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers dans le cadre du suivi des patients infectés par le VIH.

2006

Arfeux-Vaucher, G., et al. (2006). Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile. Recherche auprès de Services d'Aide à Domicile et de Services de Soins Infirmiers à Domicile. Paris FNG: 122 , tabl., ill.

Lors de cette enquête, la FNG a cherché à évaluer et quantifier, sur une année complète (du 01/10/04 au 30/09/05) la réalité du recours aux services d'urgence et d'hospitalisation programmée chez les personnes âgées et de comparer ces données à celles extraites des fichiers EPAS et PMSI de la CNAM. Les auteurs ont analysé les situations personnelles ayant conduit à ces recours en prenant en compte les modalités de fonctionnement et les difficultés rencontrées par les services d'aide à domicile comme des services hospitaliers. Les auteurs ont tenu compte de la saisonnalité de ces recours aux urgences et hospitalisations par une comparaison des mois les uns par rapport aux autres sur une année. Cette enquête a eu lieu avec la collaboration de 27 structures (Services de Soins Infirmiers à Domicile et Services d'Aide à Domicile) représentant 110 responsables de sites. Au total, 4919 recours à l'hôpital ont été repérés : 3228 personnes sont allées à l'hôpital une fois dans l'année et 716 personnes (1691 fiches) sont allées plusieurs fois à l'hôpital dans l'année.

Bercot, R. et De Coninck, F. (2006). Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?, Paris : L'Harmattan

L'objectif de cet ouvrage rédigé en collaboration avec Frédéric De Coninck est d'analyser les modalités du travail et de la coopération au sein des réseaux de santé et ainsi de rendre compte de ce qui peut apparaître comme un signe de distinction ou de nouveauté. L'analyse s'appuie sur le travail de terrain effectué lors des enquêtes menées en 2002-2003 dans différents réseaux de santé (réseau ville hôpital et réseau ville). Sont ainsi abordées les bonnes raisons pour monter ou ne pas monter un réseau, autrement dit la question des enjeux contradictoires pour les différents acteurs concernés. Cet ouvrage est aussi l'occasion de rendre compte des évolutions du service construit pour et avec le malade.

Dominiak, G., et al. (2006). "Évaluation économique des réseaux : apport d'expériences." Journal D'economie Medicale **24**(7-8): 403-414, rés., tabl.,ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA A8ezR0xF. Diffusion soumise à autorisation]. L'évaluation des réseaux de santé est une obligation juridique. Son versant économique doit permettre d'apprécier les coûts afférents au réseau. Si des recommandations méthodologiques sont proposées par des documents de référence, les modalités de réalisation pratique sont peu documentées. Notre objectif a été de déterminer, sur la base d'analyse d'expériences

d'évaluations économiques, l'intérêt de différents choix méthodologiques. Nous avons étudié les évaluations économiques de 6 réseaux : Resalis, Action Asthme Amiens, Groupama Partenaires santé, Revediab, Tircel, Réseau Périnatalité Bourgogne. Les schémas d'études descriptifs, "avant-après", avec ou sans groupe contrôle, et ici-ailleurs ont été choisis. Conclusion : le niveau de preuve des évaluations observées est inférieur à celui attendu. Les difficultés pour obtenir des données fiables sur la consommation de soins, constituer un groupe contrôle et déterminer un critère de jugement cliniquement pertinent limitent la qualité de l'évaluation médico-économique. La formalisation d'échanges entre réseaux de thème identique pourrait aider à l'améliorer en proposant des protocoles d'évaluation méthodologiquement valides, tenant compte de la réalité du terrain. (Résumé d'auteur).

2005

Bocquet, H., et al. (2005). "Dynamique interdisciplinaire autour d'un réseau de soins : évaluer et construire en même temps." Sante Publique **17**(4): 607-616.

[BDSP. Notice produite par ENSP rkLymR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article rapporte une expérience d'évaluation du réseau de soins pour la sclérose en plaques en région Midi-Pyrénées (MIPSEP) ; il montre comment une équipe d'évaluation composée de médecins de santé publique et de sociologues, a progressivement et naturellement évolué d'un rôle d'observation externe vers un rôle d'accompagnement des acteurs du réseau de soins ; le recueil d'information a privilégié la méthode qualitative par entretien avec les acteurs, et les cadres de référence étaient constitués des textes officiels définissant les réseaux de soins et leur mission. De leur côté les acteurs du réseau de culture soignante ont eu le souci de s'organiser pour mieux répondre aux besoins exprimés par les patients.

Boyer, L., et al. (2005). "Une grille d'évaluation des réseaux de santé." Journal D'economie Medicale **23**(7-8): 425-437, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA CwlfXR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail était d'élaborer une grille pragmatique et opérationnelle d'évaluation des réseaux de santé. La grille a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des décideurs, les financeurs et des experts de santé publique, en prenant en compte les recommandations de différentes instances françaises, la littérature scientifique et le terrain d'observation. La grille d'analyse se décompose en quatre domaines après une partie introductive standardisée de présentation du réseau : évaluation de la couverture géographique, de l'organisation, des services et des activités produits, et des résultats du réseau. Pour chaque domaine sont proposés les données à recueillir, la source d'information de ces données, des indicateurs élaborés à partir de ces données et des commentaires sur l'interprétation de ces indicateurs. Cette grille n'est pas figée mais au contraire dynamique, amenée à évoluer par la prise en compte des spécificités de chaque réseau. Elle doit intégrer la réalité complexe et évolutive des réseaux dans le domaine de la santé. (résumé d'auteur).

Dovergne, V. et Parmentier, G. (2005). Réseaux et organisation de la cancérologie, Paris : UNHPC

Ce document, destiné aux adhérents de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC), a pour but de donner des points d'appui, des points de vue, des illustrations permettant de situer les logiques dans le montage des réseaux de cancérologie. La première partie introduit et forme le cadre des travaux qui ont conduit à la parution des textes de référence pour l'élaboration des SROS. Il s'agit de rappels concernant des articles des codes de la santé et de la sécurité sociale, des principales mesures du Plan cancer concernant

l'organisation des soins et d'extraits de documents de travail, de propositions ou d'analyses déjà diffusées. En rappel aussi les conclusions du rapport Bergerot. En dernière partie, on trouve, en texte intégral, le rapport du groupe de travail de la DHOS, les recommandations de quelques sociétés savantes et enfin la toute récente circulaire du 25 février 2005.

Fortanier, C., et al. (2005). "Enjeux économiques des réseaux de santé : quelle évaluation ?" Journal D'economie Medicale **23**(7-8): 415-424, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA wJ8IR0xv. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux de santé constituent une innovation organisationnelle en matière de santé et posent aujourd'hui la question de l'évaluation des effets produits, notamment en termes de retombées économiques. Nous proposons d'adapter les outils existants d'évaluation économique des stratégies sanitaires à l'étude d'objets complexes comme les réseaux de santé en précisant un certain nombre de points méthodologiques autour de la mesure des résultats et des coûts. Nous soulignons par ailleurs que la démarche évaluative de l'impact économique des réseaux de santé ne peut être complète si elle ne considère pas, au-delà des questions d'efficacité, une analyse monographique de la dynamique d'acteurs, de l'émergence de nouvelles pratiques collectives et de nouveaux modes de coordination, qui pourra s'articuler autour de réflexions récentes de la littérature économique et en économie de la santé. (résumé d'auteur).

Grimaud, O., et al. (2005). "Étude qualitative pour l'identification des facteurs influençant la qualité des l'orientation et du transfert de patients atteints d'accident vasculaire cérébral." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **53**(1): 1S12-11S21, tabl.

[BDSP. Notice produite par MRPS FcR0xAuH. Diffusion soumise à autorisation]. Au sein d'un réseau d'établissements, l'orientation et le transfert des patients sont des étapes clés pour la qualité de la prise en charge. L'enjeu est d'optimiser la trajectoire de soins, compte tenu des besoins du patient et des capacités du réseau, tout en assurant la continuité des soins. A l'issue de l'enquête Delphi, le consensus a été atteint pour les critères concernant : l'importance de la connaissance mutuelle des équipes, l'intérêt d'un recours à un médecin rééducateur pour aider les équipes de court-séjour à définir les objectifs, l'importance de la prise en compte des attentes des patients/entourage, la fiabilité des informations transmises.

2004

Amodeo, A., et al. (2004). "Analyse coût-efficacité du transfert ante natal pour les nouveau-nés de très faible poids de naissance : conséquences d'une organisation en réseau périnatal." Journal D'economie Medicale **22**(5): 227-241, tabl., rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA p4WR0xv7. Diffusion soumise à autorisation]. Un réseau périnatal a été mis en place en Bourgogne depuis 1992. Cette étude s'intéresse à la trajectoire suivie par les enfants de très faible poids à la naissance (PN<1 500 g) ayant fait l'objet d'un transfert ante natal à la maternité du CHU de Dijon en Bourgogne durant l'année 2000. L'objectif de ce travail est de comparer le coût et l'efficacité de la prise en charge de ces enfants avec celui d'une situation fictive sans réseau. Les résumés d'unité médicale du PMSI, enrichis pour permettre le recueil des indicateurs du réseau, ont été rendus anonymes et chaînés, pour déterminer la trajectoire dans le réseau de chaque couple mère-enfant. Chaque séjour a été valorisé à partir des coûts par GHM et par catégorie d'établissement issus de l'Etude Nationale des Coûts (ENC), redressés par la durée réelle de chaque séjour. La

situation sans réseau a été simulée en considérant l'absence de transferts néonataux dans cette situation et un taux de mortalité plus élevé défini par les données de la littérature. (résumé d'auteur).

Chapireau, F. (2004). "La trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement." Dossiers Solidarité Et Santé(1): 69-72, 61 tabl., 10 graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'enquête HID (Handicaps - Incapacité - Dépendance) réalisée par l'Insee fin 1998 et fin 2000, permet d'examiner la trajectoire des personnes hébergées en établissements de soins psychiatriques. Ainsi, et dans un premier temps, cet article étudie la situation des personnes qui, à la fin de l'année 1998, étaient hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques (ancienneté de présence, lieu, âge..). Dans un second temps, l'étude traite des personnes qui, à la même époque, vivaient en établissement spécialisé pour adultes handicapés, personnes âgées ou en services de soins de longue durée, alors qu'auparavant elles étaient hospitalisées en établissements de soins psychiatriques. L'étude des flux entre catégories d'établissement entre 1998 et 2000 indique que les établissements pour personnes handicapées ont continué à adresser en hospitalisation psychiatrique un nombre de patients relativement important, comparé à celui des établissements pour personnes âgées.

Jourdain Menninger, D. et Aballea, P. (2004). Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et recommandations pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis. Paris IGAS: 122 , tabl., ann.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000462/0000.pdf>

Une expérimentation de consultation sans rendez-vous a été installée en décembre 2003 au sein de l'hôpital de l'hôpital Robert Debré, auprès du service d'urgence pédiatrique. Destinée à alléger les délais d'attente et à améliorer les conditions d'accueil des usagers et les conditions de travail du personnel, cette consultation a été confiée à un Centre de santé parisien, le centre médical Europe. Il a donc été demandé à l'IGAS de procéder à l'évaluation de la consultation sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré, et de faire des recommandations concernant les dispositifs susceptibles d'alléger la charge des services des urgences lorsque le recours à ces services ne se justifie pas. La mission a placé l'ensemble de ses investigations dans le cadre de la permanence des soins, à Paris et en Seine-Saint-Denis. Compte tenu de son objet, la mission a élargi son analyse aux dispositifs apportant des réponses aux patients ayant une demande de soins non programmés par les hôpitaux, aux dispositifs de soins de ville et à leur régulation (résumé d'auteur).

Reyes, P., et al. (2004). "Mémoires d'un réseau : Résop, acte I, gestation et naissance." Gestions Hospitalières(440): 699-706.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xNgXnE. Diffusion soumise à autorisation]. Le réseau de santé en oncologie pédiatrique (Résop) des régions Paca et Corse est un réseau de soins pluridisciplinaire centré sur l'enfant malade. Son but est d'améliorer la qualité de vie de l'enfant atteint de cancer en privilégiant le maintien à domicile et organisant la continuité de la qualité des soins. Cet article relate la longue gestation de quatre ans du réseau et sa naissance en 2000.

2003

Descours, C. (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Paris MSSPS: 40 , ann.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000383/index.shtml>

Les perspectives démographiques des professionnels de santé font dès à présent apparaître un vieillissement et une diminution des effectifs avec, en filigrane, l'apparition de phénomènes de pénurie sur certains territoires, si aucune mesure n'était prise. Cette relative désertification, qui peut déjà être constatée notamment dans certaines zones rurales et périurbaines, s'inscrit dans une évolution plus générale de la société et de la place que les professionnels de santé y occupent. Ce rapport dresse d'abord un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français, puis analyse les raisons de cette inégale répartition. Il propose ensuite une panoplie de mesures incitatives s'adaptant à la diversité des situations locales.

Moison, J. C., et al. (2003). Trajectoires de patients et planification locale : bilan d'une année de fonctionnement. Rapport CreDES. Paris MIRE: 59 , tabl., graph.

Dans le cadre du programme conjoint MIRE-INSERM visant à soutenir des travaux régionaux, un réseau de chercheurs s'est constitué au courant de l'année 2002, avec l'objectif de tester l'utilisation des bases de données existantes en matière de prestations sanitaires (PMSI, Système d'information de l'assurance maladie, enquêtes diverses?) pour reconstituer des trajectoires de patients atteints d'une pathologie donnée et créer à partir de cet élément de base, de nouveaux outils d'aide à la planification locale du système de soins ville-hôpital. Ce rapport synthétise le bilan d'un an de fonctionnement de ce réseau de recherche en santé.

Triboulet, P. et Segade, J.-P. (2003). "Construire un réseau psychiatrique dans la cité." Gestions Hospitalières(423): 115-116.

[BDSP. Notice produite par ENSP jkR0xImR. Diffusion soumise à autorisation]. Extrait du dossier consacré à l'acte de construire, cet article retrace l'évolution du centre hospitalier Le Vinatier situé à Lyon. Celui-ci s'est vu confronté à une triple mutation depuis sa construction. Le centre a fonctionné tout d'abord dans une logique où la folie restait en dehors de la vie avec une équipe soignante et médicale implantée dans l'enceinte de l'hôpital. Dans une deuxième étape, qui a débuté en 1960, le centre hospitalier a développé des sites extérieurs en lien avec l'hospitalisation complète, laquelle reste le pivot autour duquel se développent d'autres activités de prises en charge dans de multiples lieux de la cité. La troisième mutation commencée vers les années 90 est celle d'un double mouvement : fin de l'hospitalisation classique et émergence de la psychiatrie sociale. Cette mutation s'accompagne de liens de plus en plus importants avec la ville dans le but d'intégrer le réseau psychiatrique dans la cité.

2002

Domin, J.-P. (2002). "Les réseaux ville-hôpital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique ?" Gestions Hospitalières(417): 449-456.

[BDSP. Notice produite par ENSP g73FR0xy. Diffusion soumise à autorisation]. La crise économique a mis en évidence la nécessité d'une réforme du dispositif de santé publique existant, articulé autour d'une forme sociale de médicalisation intensive. L'expérimentation

des réseaux depuis le milieu des années 1980 semble répondre aux attentes des malades et offre une issue à la crise du système de soins. La mise en place d'une telle logique favoriserait alors la naissance d'un nouveau mode de régulation : la médicalisation coordonnée.

Ferley, J. P., et al. (2002). Prise en charge des consultations pédiatriques non programmées dans l'agglomération lyonnaise : Enquête en médecine libérale et dans les structures d'hospitalisation publiques et privées. Grenoble CAREPS: 92 , tabl., fig.

Le projet de constitution du réseau ville hôpital Courlygones pour la prise en charge des urgences pédiatriques dans l'agglomération lyonnaise répond au constat (non spécifique à Lyon) d'une augmentation de la demande, couplée à certains dysfonctionnements dans la prise en charge se manifestant par un recours de plus en plus fréquent aux soins non programmés, un engorgement des services d'accueil des urgences et un certain désengagement de la médecine libérale en matière de garde. A partir de ce constat, les pédiatres de l'Association pour la Journée de l'Urgence Pédiatrique (JUP) ont initié le projet Courlygones, en partenariat avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Les promoteurs de ce projet ont souhaité étayer leur réflexion par une enquête transversale "un jour donné" dont la réalisation a été confiée au CAREPS. Cette enquête a reposé sur un relevé des consultations non programmées (CNP), c'est-à-dire non prévues au moins 24 heures à l'avance pour des enfants de moins de 18 ans dans l'ensemble des filières de soins de l'agglomération lyonnaise : généralistes et pédiatres libéraux (activité normale et gardes), sites d'accueil des urgences des HCL, cliniques privées.

Fournier, P. (2002). "La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile." Gerontologie Et Societe(100): 131-145, tabl.

[BDSP. Notice produite par FNG gR0xr0m8. Diffusion soumise à autorisation]. Avec le vieillissement de la population et l'arrivée des pathologies du grand âge, le recours à l'hôpital est plus fréquent. Il faut éviter au maximum les entrées catastrophes par les urgences. La filière de soins hospitalière doit développer des alternatives plus satisfaisantes et moins traumatisantes : consultation d'évaluations, hôpital de jour, hospitalisation programmée, etc.. La collaboration ville-hôpital passe par des moyens de communication pour transmettre des données médicales, sociales et environnementales. Ce partenariat est favorisé par les réseaux et doivent permettre de limiter les hospitalisations injustifiées, de réussir les sorties difficiles et d'améliorer l'état de santé de la population âgée par la transmission d'un savoir-faire gériatrique.

Lievre, P. (2002). "Réseaux et filières : des origines aux développements les plus récents." Gestions Hospitalieres(417): 412-422.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0x9E1sd. Diffusion soumise à autorisation]. La portée de l'organisation en réseaux et filières reste incertaine, d'abord en raison de la contradiction pour les acteurs de terrains entre leur libre initiative en la matière et obligation qui leur est faite de s'intégrer dans ces dispositifs. Plus encore, cette situation tient aux limites du champ de compétences actuel des des dispositifs en vigueur et de leur cadre juridique. Les réseaux et filières n'ont pas encore trouvé leur juste place dans l'organisation sanitaire.

2001

Dejarnac, E., et al. (2001). Y a-t-il une vision systémique des réseaux de soins en France ? Saint-

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Etienne CNESSS: 70 , ann.

Ce mémoire fait tout d'abord, dans une première partie, un historique de l'apparition des réseaux de soins en France, puis souligne la complexité apportée au système de santé par la mise en place des réseaux suite aux ordonnances Juppé de 1996. Il démontre, dans une deuxième partie, que la mise en place d'une vision systémique est nécessaire et passe par l'articulation entre la logique des réseaux de terrain et la logique des réseaux institutionnels.

Garcia, E. (2001). "Mise en place d'un réseau Télémedecine : enseignements et pistes de travail." Journal D'economie Medicale **19**(5-6): 391-400, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA NR0xaXVc. Diffusion soumise à autorisation]. L'objet de ce papier est de présenter un cas pratique de réalisation d'un projet à partir de la mise en place d'un réseau Télémedecine entre la ville et l'hôpital. Ce projet, ayant pour finalité l'instauration d'un système de communication reposant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication, sera approché par l'intermédiaire de ses objectifs, ses ressources, ses activités avant d'en mesurer les résultats obtenus sur le terrain, les difficultés rencontrées et les pistes de travail qui se dessinent aujourd'hui pour sa pérennisation et son développement. (R.A.).

Larcher, P. et Polomeni, P. (2001). La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital, Paris : Masson

Deux circulaires ont lancé dès 1991 le concept de « réseaux ville hôpital » et en 1994 celui de « réseaux de santé ». C'est lors de la réforme hospitalière de 1996 qu'est apparue dans la loi l'expression « réseaux de soins », autre concept qui figurait également dans l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec un sens encore différent. Cet ouvrage, faisant le lien entre la théorie et la pratique, a pour but de permettre aux professionnels des mondes médical et médico-social de retrouver leurs marques dans cette confusion sémantique pour assurer au patient une meilleure orientation, coordination, continuité des soins et une meilleure qualité des prestations dans ses allers-retours entre les professionnels des systèmes de soins de ville et l'hôpital. Sont également abordés les enjeux éthiques, techniques, financiers, et de politique de santé résultant d'une telle organisation, ainsi que l'évolution des textes pour s'adapter à cette transversalité nouvelle entre ville et hôpital.

Rey, B., et al. (2001). "Les apports des concepts économiques "d'équipe" et de "groupe" pour l'évaluation des réseaux de soins." Journal D'economie Medicale **19**(5-6): 381-389, rés., ann.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x3yOMV. Diffusion soumise à autorisation]. Les autorités sanitaires sont actuellement amenées à mesurer les performances des réseaux de soins. L'objectif de l'article est d'analyser comment la théorie économique peut apporter des éléments de réponse. Il ressort de notre réflexion que les réseaux peuvent être classés en deux catégories selon leur mode de fonctionnement : les "réseaux de type équipe" qui répondent à un effet de synergie, et les "réseaux de type groupe coopératif" qui répondent à un effet d'apprentissage. (R.A.).

2000

Le Fur, P., et al. (2000). "Les trajectoires des patients en Ile-de-France : l'accès aux plateaux techniques." Questions D'economie De La Sante (Credes)(31): 6 , 3 graph., 2 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes31.pdf>

Réalisée pour l'Union Régionale des Médecins d'Ile-de-France, cette enquête avait pour objectif de connaître les variabilités des trajectoires des patients depuis l'adressage jusqu'à la réalisation de l'acte ; de savoir quels sont les choix qui orientent ces trajectoires et également de savoir s'il existe des différences dans les prises en charge selon les trajectoires suivies par les patients. L'étude concerne trois actes : l'endoscopie digestive haute, l'IRM du genou et la cholécystectomie. L'enquête a été effectuée dans les secteurs public et privé, auprès des différents acteurs impliqués dans la trajectoire étudiée : le patient, le médecin réalisant l'acte et le médecin ayant prescrit cet acte.

Le Fur, P., et al. (2000). Les trajectoires des patients en Ile-de-France : l'accès aux plateaux techniques. Tome 1 : résultats. Rapport Credes. Paris CREDES: 187 , 150 graph., 188 tabl., 181 ann.

Réalisée pour l'Union Régionale des Médecins d'Ile-de-France, cette enquête avait pour objectif de connaître les variabilités des trajectoires des patients depuis l'adressage jusqu'à la réalisation de l'acte ; de savoir quels sont les choix qui orientent ces trajectoires et également de savoir s'il existe des différences dans les prises en charge selon les trajectoires suivies par les patients. L'étude concerne trois actes : l'endoscopie digestive haute, l'IRM du genou et la cholécystectomie. L'enquête a été effectuée dans les secteurs public et privé, auprès des différents acteurs impliqués dans la trajectoire étudiée : le patient, le médecin réalisant l'acte et le médecin ayant prescrit cet acte.

Le Fur, P., et al. (2000). Les trajectoires des patients en Ile-de-France : l'accès aux plateaux techniques. Tome 2 : annexes. Rapport Credes. Paris CREDES: 160 , carte, 163 ann.

Ce document présente les annexes de l'enquête réalisée pour l'Union Régionale des Médecins d'Ile-de-France (méthodologie de l'enquête ; réunions d'experts ; matériel d'enquête et questionnaires adressés aux médecins et aux patients). Cette étude a pour but de connaître les variabilités des trajectoires des patients depuis l'adressage jusqu'à la réalisation de l'acte ; de savoir quels sont les choix qui orientent ces trajectoires et également de savoir s'il existe des différences dans les prises en charge selon les trajectoires suivies par les patients. L'étude concerne trois actes : l'endoscopie digestive haute, l'IRM du genou et la cholécystectomie. L'enquête a été effectuée dans les secteurs public et privé, auprès des différents acteurs impliqués dans la trajectoire étudiée : le patient, le médecin réalisant l'acte et le médecin ayant prescrit cet acte.

Poutout, G., et al. (2000). "Réseaux de soins et coordination gérontologique." Revue Hospitaliere De France(5): 64-76.

[BDSP. Notice produite par FNG kT41R0x4. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier consacré aux réseaux et à la coordination gérontologique comporte cinq articles traitant successivement de la vocation de la coordination gérontologique ; des réseaux gérontologiques de la MSA ; du réseau et de la coordination gérontologique de Lunel ; du centre d'évaluation, d'orientation et de coordination gérontologique Murat-Allanche ; des objectifs et du cahier des charges des CLIC.

1999

(1999). "Réseaux de soins : mythe ou réalité ?" Technologie Et Sante(37): 100.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Ce dossier fait le point sur les réseaux de soins, en exposant les arguments en leur faveur et les témoignages probants. Les différentes contributions à ce numéro rappellent les textes, les besoins qu'il faut satisfaire, ceux des patients, des attentes des professionnels, des contraintes à respecter, celles dont les institutions assurent la responsabilité. Ainsi, une première partie du dossier commente l'émergence des réseaux. Une deuxième partie rapporte des expériences appliquées à la périnatalité, la santé mentale, la cancérologie, la gériatrie. Une troisième partie présente les actes de la convention annuelle du CNEH, consacrée aux réseaux.

Delande, G. (1999). "Filières et réseaux en santé : une approche médico-économique." Gestions Hospitalières(391): 746-755.

Confrontée au problème récurrent de la dérive des dépenses de santé, la France a été caractérisée par un refus d'évolution beaucoup plus marqué que la plupart des autres pays développés. Ce n'est en effet qu'avec les ordonnances d'avril 1996 que s'est exprimée une volonté politique plus insistante de remettre en cause la situation antérieure de « gaspillage négocié » entre de multiples corporatismes sous le regard d'un Etat bienveillant, tout au moins tant que durèrent les performances économiques exceptionnelles des Trente Glorieuses (1945-1975).

Gomas, J. M. (1999). "Quelle collaboration domicile-hôpital en gérontologie ?" Gerontologie Et Societe(90): 181-183.

[BDSP. Notice produite par FNG 2VCGR0x0. Diffusion soumise à autorisation]. Article présentant les obstacles à la collaboration ville-hôpital dans le domaine de la gérontologie.

Hecquard, P. et Dauffy, L. (1999). "Les réseaux gérontologiques de la Mutualité Sociale Agricole : l'amorce d'un processus." Technologie Et Sante(37): 81-82.

Les caractéristiques démographiques de la population agricole orientent depuis longtemps la politique de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.), deuxième régime français de Sécurité Sociale. Ainsi, l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes, l'incite à mettre en place des solutions permettant par exemple, le développement du maintien à domicile de cette population fragilisée. L'article présente le schéma d'organisation du réseau gérontologique de la M.S.A., ses objectifs, son fonctionnement, sa mise en place en Ile-de-France.

1998

(1998). "Filières et réseaux de soins : actes de la journée du 18 septembre 1998." Notes Et Documents(6): (80).

Ce document rend compte d'une journée organisée par l'URCAM de Bourgogne sur le thème : « Filières et réseaux de soins ». Après un panorama de la problématique filières et réseaux et une présentation de la commission Soubié, il analyse les différents projets en cours.

Bensoussan, A. et Pottier, I. (1998). "Les réseaux et filières de soins et la protection des données personnelles." Technologie Et Sante(33): 77-80.

[BDSP. Notice produite par ENSP q53jR0x4. Diffusion soumise à autorisation]. Qu'il s'agisse

de filières des soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ou encore de réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de pathologies plus graves, le principal objectif est d'assurer un "juste soin", c'est-à-dire un soin de meilleure qualité à un moindre coût.

Bungener, M. et Poisson-Salomon, A. S. (1998). Travailler et soigner en réseau : exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne, Paris : Editions INSERM

L'analyse des réseaux ville-hôpital mis en place dès 1991 pour la pathologie sida permet de préciser ce que peut être au quotidien un réseau, ses atouts, ses apports mais aussi ses difficultés et ses limites. A ce titre, ils constituent un modèle nécessaire pour penser de nouvelles formes des structures de soins innovants et répondre aux nouveaux défis du système de soins français. L'un des intérêts de cet ouvrage est de formuler clairement un certain nombre de questions en rapport avec les dysfonctions que les participants observent dans les réseaux, par exemple, la pertinence et l'efficacité des formations internes ou les difficultés liées au paiement à l'acte des professionnels libéraux impliqués. Il montre également la nécessité d'encadrer la création, le développement et le financement des réseaux par des exigences véritables de résultats.

Duriez, M. (1998). "Organisation des soins : les exemples étrangers." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 41-44.

[BDSP. Notice produite par CFDSP q1R0xScH. Diffusion soumise à autorisation]. Les réseaux ont pour objectif de remédier à certains dysfonctionnements du système. Les exemples étrangers, Etats-Unis, Grande-Bretagne et Pays-Bas, se situent en général dans un cadre global d'organisation des systèmes de santé. Les finances apparaissent la plupart du temps comme les maîtres d'oeuvre des réseaux. Aux Etats-Unis, on gère des produits en fonction des moyens disponibles et donc de ce que les usagers sont prêts à engager. En Grande-Bretagne, les mécanismes de marché s'insèrent dans le cadre d'une gestion budgétaire de type macro-économique assumée par les pouvoirs publics. Aux Pays-Bas, le financement est assuré par les caisses d'assurance maladie publiques ou privées. Les expérimentations de réseaux de soins en France se fixent comme objectifs, la coordination des soins, le suivi thérapeutique du malade, la prise en charge globale.

Frelot, M., et al. (1998). Filières ou réseaux de soins : vers une nouvelle organisation des prises en charges ? Saint-Etienne CNESSS. **Mémoire CNESSS, 37ème promotion : 93.**

La filière de soins s'inscrit dans une perspective de continuité des soins, de cheminement contrôlé du patient dans un système organisé. L'objectif principal poursuivi est d'améliorer le suivi des malades, de permettre l'absence de ruptures ou d'incohérences dans la prise en charge des soins, au prix, selon certains, d'un « embrigadement » du patient auquel un certain parcours est imposé. La filière sous-entend une réduction du libre accès à tous les offreurs de soins afin de limiter le nomadisme médical. Le réseau désigne une association de plusieurs personnes physiques ou morales dites « acteurs du réseau », ayant des compétences différentes et complémentaires sur une zone géographique déterminée. Ces acteurs agissent selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un groupe de malades. Les filières et réseaux de soins peuvent-ils constituer un levier efficace de la nécessaire restructuration du système de soins ? Cette étude s'attache à démontrer que ces structures innovantes peuvent potentiellement générer, d'une part des économies substantielles, et d'autre part, un accroissement notable de la sanitaire. Néanmoins, ces gains ne pourront être réalisés que

sous des conditions strictes. (extrait de l'introduction du mémoire)

Gilibert, P. (1998). "Les réseaux et l'hôpital." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 35-36.

[BDSP. Notice produite par CFDSP rQlhR0xR. Diffusion soumise à autorisation]. Le réseau a pour objectif de participer à la continuité des soins en évitant la rupture de la chaîne des soins, à la recherche de la qualité des soins, à l'optimisation des ressources tout en favorisant la proximité spatiale. Ces objectifs supposent la mise en place d'un système d'information et de moyens de communication entre les membres du réseau.

Grenier, J.-L. (1998). "Histoire d'un réseau de soins en diabétologie." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 24-.

Le Sommerpere, M. (1998). "Présentation du réseau P.A.P.A. Bouscat - Prévention Action auprès des Personnes Agées." Gerontologie(105): 40-43.

[BDSP. Notice produite par FNG Q4Q8R0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente l'association P.A.P.A. Bouscat créée en décembre 1987 dans la région de Bordeaux et regroupant les différents acteurs (professionnels ou non) concernés par les problèmes du vieillissement. Les missions du Centre, les membres du réseau gérontologique et les programmes développés depuis 1987 sont passés en revue.

Ledesert, B. (1998). Parcours de soins et devenir des patients pris en charge en urgence dans les établissements de santé du Languedoc-Roussillon. Montpellier Observatoire Régional de la Santé: 242 , tabl., ann.

A la demande de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux, l'Observatoire Régional de la Santé de Languedoc-Roussillon, a réalisé une enquête auprès des établissements de santé de cette région, afin de décrire le recours aux urgences. Ce rapport publie l'essentiel des résultats obtenus. Il décrit les caractéristiques sociodémographiques de la population accueillie, détaille le circuit de soins des patients en amont de l'accueil dans l'établissement, ainsi que la population accueillie en terme de motif de recours, de pathologie présentée, de gravité de l'état de santé lors de l'arrivée dans l'établissement. Il détaille ensuite le devenir de ces patients (consultation simple, hospitalisation, transfert...). Il termine, enfin, sur l'état du patient en fin de prise en charge en urgence.

Lorson, P. (1998). "Réseaux et hôpital de proximité." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 33-.

[BDSP. Notice produite par CFDSP 2R0x4Giv. Diffusion soumise à autorisation].

Souville, M., et al. (1998). "La dynamique des réseaux ville/hôpital pour la prise en charge du Sida en médecine générale : entre spécialisation et nouvelle forme d'organisation des soins." Revue Francaise Des Affaires Sociales 52(3): 155-171.

[BDSP. Notice produite par ENSP N89R0xB7. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête, réalisée en collaboration entre l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Unité INSERM n° 379, avec le soutien du Sidaction et du Conseil national de l'Ordre des médecins, auprès d'un échantillon national représentatif des médecins généralistes français sur leurs connaissances, attitudes et pratiques face à l'infection à VIH permet, pour la première fois de façon exhaustive, de resituer l'activité et les éventuelles spécificités des médecins participants à des RVH en comparaison des autres généralistes activement engagés dans le suivi de patients séropositifs, et d'en tirer des leçons sur le

devenir potentiel des réseaux de soins, tant pour le Sida que pour d'autres pathologies lourdes candidates à l'extension de cette forme d'organisation nouvelle de l'offre de soins.

Vinas, J. M. (1998). "Réseaux de santé et gestion du risque." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 37-40.

[BDSP. Notice produite par CFDSP NvusR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. La gestion du risque maladie correspond à des prestations et à une nomenclature d'actes. Pour assurer une prise en charge plus globale d'un patient, il faut associer les professionnels de santé, les collectivités locales, les assurances complémentaires et les mouvements associatifs. La prise en charge du patient n'est pas la simple prise en compte de sa demande et de l'offre prestataire. Elle résulte de choix collectifs et de production de soins, évalués et soumis au contrôle qualité. Il existe quatre dispositifs réglementaires. Le premier vise à rechercher une augmentation de l'efficacité médicale. Le dispositif 2 a pour objet de mettre en place un médecin référent. Le troisième dispositif inscrit le réseau dans un objectif de coopération obligatoire et de recomposition. Le dernier objectif est la logique des réseaux ville-hôpital. Les objectifs visent le décloisonnement des professionnels de santé et des établissements mais aussi institutionnels et administratifs.

Vinas, J. M., et al. (1998). "Réseaux de santé et filières de soins." Actualite Et Dossier En Sante Publique(24): 12-52.

1997

Bertolotto, F., et al. (1997). "Ville et santé - Volume 2 : réseaux et nouvelles pratiques." Prevenir(32): 239.

[BDSP. Notice produite par ENSP hOUkR0x8. Diffusion soumise à autorisation].

Bonnet, M. C., et al. (1997). Organisation loco-régionale des soins en France : les réseaux sanitaires et leurs perspectives de développement. Saint-Etienne CNESS, Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.). Saint-Etienne. FRA: 61 , ann.

Le système français de protection sociale connaît depuis plusieurs années une crise de financement doublée d'une crise de légitimité. Plusieurs axes sont actuellement développés dans le but d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé : recherche d'une plus grande responsabilité des acteurs, encadrement des dépenses par des mécanismes d'enveloppe globale, renforcement des procédures contractuelles avec les professionnels de santé, recherche d'une gestion plus efficace du système. Parmi ces différentes propositions, la restructuration de l'offre de soins permettrait de concilier à la fois les contraintes financières et les principes d'une médecine de qualité, dans le cadre d'une approche en santé publique renouvelée. Ainsi, le concept des réseaux a souvent été mis en avant par les réformateurs comme un des moyens de parvenir à la recomposition du tissu sanitaire. Ce document présente tout d'abord les réseaux existants depuis quelques années : réseaux ville/hôpital, réseaux inter hospitaliers, réseaux d'échanges d'informations médicales... Il analyse ensuite les facteurs et les contraintes de leur développement.

Delamare, N., et al. (1997). "Itinéraires des patients hospitalisés dans une unité d'hôpital de semaine en médecine interne." Journal D'economie Medicale **15**(3-4): 257-260, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA 3065pR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'étude s'est

déroulée au long du premier semestre 1994 au service de médecine interne de l'hôpital Cochin Port-Royal (Paris). 340 séjours en hôpital de semaine (HDS) et 65 séjours témoins en hospitalisation classique (HC) ont été analysés de façon prospective. Cette étude a permis de comparer les différentes caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients en HDS et en HC et de mettre au point un modèle de prédiction du type d'hospitalisation HC ou HDS.

Moulias, R., et al. (1997). "Réseaux et soins gériatriques." *Gerontologie*(104): 32-35.

[BDSP. Notice produite par FNG R0xCopCF. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article fait le point sur les systèmes de réseaux gériatriques. Il plaide pour la simplification du réseau avec le renforcement de 3 étapes : les aidants naturels autour du malade, c'est-à-dire la famille, le soin de proximité et l'interface ville/hôpital.

1996

(1996). Etude sur l'offre de soins en oncologie et la prise en charge des malades en région Centre. Etude ORS du Centre/Sanesco. Projet 016. Rapport du Réseau National de Santé Publique. Tours ORS : 46 , 35 tabl.

Ce rapport d'enquête fait suite au rapport d'étape de l'étude, rédigé au premier semestre 1994, dans le cadre du projet 016 pour le Réseau National de Santé Publique (RNSP). L'enjeu de l'étude est de produire une description globale, à un moment donné, de la prise en charge des malades cancéreux en région Centre et de recueillir les éléments disponibles sur les filières de soins suivies par ces malades. Le présent document correspond à l'exploitation statistique de cette étude.

Bungener, M. et Poisson-Salomon, A. S. (1996). Réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Définitions, enjeux, évaluations. Paris ANRS: 193 , tabl., ann.

Les auteurs présentent, dans la première partie de ce rapport, le réseau en médecine en précisant le contexte de la création des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Dans la seconde partie, de ce document, les auteurs s'attachent à restituer les principaux résultats de l'enquête qualitative menée sur les réseaux de l'AP-HP en Ile de France : proposition d'une typologie des réseaux ville-hôpital en identifiant la coordination et l'action de ces réseaux, analyse du partage des responsabilités entre la ville et l'hôpital et des opinions des médecins concernés en précisant les caractéristiques de la formation des professionnels. Le travail d'enquête, la méthodologie ainsi que les principales définitions, sont présentés de façon détaillée en annexe.

Meyer, C. et Couffinhal, A. (1996). Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : conditions et propositions. Rapport pour le Commissariat Général du Plan. Boulogne-Billancourt Sanesco: 113 , ann.

La présente étude a été menée sur la base d'entretiens réalisés auprès des acteurs et décideurs actuellement concernés par les réseaux et filières dans le système de santé. Le questionnaire proposé était organisé autour de trois axes. Une réflexion des interlocuteurs sur les différents termes utilisés dans le système français fait l'objet d'une analyse faite dans le deuxième chapitre. Un diagnostic rapide porté sur le système actuel et les projets ou expériences en cours sont présentés dans le troisième chapitre. Les auteurs présentent dans le quatrième chapitre un rapide bilan critique de ces expériences. Les modifications

envisagées ou souhaitées par les différents acteurs, les limites ou les cadres de réformes sont également exposés dans ce chapitre. Les auteurs présentent les principales conclusions dans le cinquième chapitre.

1995

(1995). "Plan santé ville. Réseaux de santé de proximité. Actions - Evaluations - Perspectives. Journées d'études 13 et 14 mars 1995." Echanges Sante - Social: 31.

[BDSP. Notice produite par ENSP xx4R0x6y. Diffusion soumise à autorisation].

Bantman, P. et Dufour Zelmanovitch, L. (1995). "La notion de réseau en psychiatrie. Réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médicosocial." Information Psychiatrique (L') **71**(8): 750-756.

1994

Brillet, P. et Cash, R. (1994). Etude sur l'offre de soins en cancérologie et la prise en charge des malades en région Centre. Projet 016. Rapport intermédiaire au Réseau National de Santé Publique. Tours OR S: 46 , 35 tabl.

Ce rapport constitue un rapport d'étape, rédigé dans le cadre du projet 016 pour le Réseau National de Santé Publique (RNSP). L'enjeu de l'étude est de produire une description globale, à un moment donné, de la prise en charge des malades cancéreux en région Centre et de recueillir les éléments disponibles sur les filières de soins suivies par ces malades.

Durand, D. et et al. (1994). "Les réseaux de santé." Prevenir(27): 173.

[BDSP. Notice produite par ENSP 8A77PR0x. Diffusion soumise à autorisation].

Frattini, M. O. et Bremond, M. (1994). "Réseaux, leviers de changement dans le système de soins français." Prevenir(27): 31-44.

Neuschawader, C., et al. (1994). "Les réseaux de santé." Prevenir(27): 173 , tabl.

Les alternatives à l'hospitalisation

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

2023

(2023). Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel. Paris Institut Montaigne: 202.

<https://www.institutmontaigne.org/publications/soins-ambulatoires-et-domicile-un-virage-essentiel>

Les pratiques ambulatoires et à domicile représentent l'ensemble des dispositifs (organisationnels, techniques, technologiques ou thérapeutiques) qui permettent de limiter le temps passé en établissement de santé. Ces nouveaux parcours de santé mobilisent un nombre d'acteurs important, au-delà de l'hôpital. À travers ce rapport, les auteurs

souhaitent mettre en évidence les solutions que représentent les virages ambulatoire et domiciliaire pour le parcours de santé de chacun. Pour cela, le présent rapport vise trois principaux objectifs : À la croisée d'un ensemble 'acteurs et d'enjeux, les virages ambulatoire et domiciliaire peinent à être clairement définis. Le premier objectif de ce rapport sera donc d'en proposer une définition précise et d'établir un état des lieux de sa pratique en France. Malgré des ambitions renforcées ces dernières années, la France peine à aborder pleinement les virages ambulatoire et domiciliaire. Notre système de santé demeure hospitalo-centré et axé sur le curatif, quand de nombreux pays européens ont réformé leur système vers plus de prises en charge à domicile, avec des approches préventives du soin. L'objectif de la deuxième partie sera d'essayer de comprendre pourquoi la France a pris du retard. La dernière partie du rapport sera dédiée à des pistes d'action pour lever ces freins et accélérer le développement des virages ambulatoire et domiciliaire, à travers une analyse des innovations observées à l'étranger, des expérimentations déjà mises en place et des leviers à activer.

Cousin, F., Goncalvez, T., Dauchy, S., et al. (2023). Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France, Paris : CNSPFV
<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>

Cette troisième édition de l'Atlas des soins palliatifs s'inscrit dans le cadre des données d'informations prévues par le 5ème plan de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie 2021 - 2024. Elle présente l'ensemble des données connues sur la fin de vie (voir Méthodologie) et la prise en charge palliative en France. Elle actualise les principaux indicateurs de l'édition précédente et approfondit la connaissance du sujet en proposant de nouveaux indicateurs : espérance de vie, mortalité par pathologie, fin de vie en EHPAD et en HAD, etc. La déclinaison départementale des données permet d'approcher la variabilité territoriale existante

Fnehad (2023). L'hôpital de demain sera le domicile : rapport d'activité 2021-2022 de la Fnehad. Paris Fnehad : 39 , tab., graph., fig.
https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/01/FNEHAD_RA21-22_web_pl.pdf

Après des informations chronologiques sur les années 2021 et 2022, ce rapport dresse un portrait de l'hospitalisation à domicile en France

2022

Drine, R., Georges, A. et de Stampa, M. (2022). "Séjours longs en hospitalisation à domicile : impacts des facteurs sociodémographiques, cliniques et des parcours de soins." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **70**(3): 97-102.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.126>

Résumé Introduction Alors qu'il existe une littérature abondante sur les durées de séjour en hospitalisation conventionnelle et en particulier pour les patients avec des durées longues, nous n'avons pas d'informations pour ceux hospitalisés en hospitalisation à domicile (HAD). Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les parcours de soins des patients avec des séjours longs en HAD. Méthodes Au total, 128 séjours longs d'au moins sept mois en 2018 et 2019 à l'HAD de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour des patients adultes hors obstétrique ont été étudiés et comparés aux 12 381 séjours inférieurs à sept mois sur la même période. Les données étaient issues du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Nous avons réalisé une analyse descriptive

et un modèle de régression logistique multivariée. Résultats Un âge avancé, vivre en institution, ne pas être en couple, avoir plusieurs aidants et présenter un désavantage social étaient plus fréquemment associés à des séjours longs en HAD. Les patients avec un séjour long avaient plus souvent des pansements complexes et des soins palliatifs avec des incapacités fonctionnelles sévères et étaient plus fréquemment réhospitalisés ou décédés pendant la même période. Dans le modèle multivarié, l'avancée en âge, l'incapacité fonctionnelle et le mode d'entrée via une hospitalisation conventionnelle étaient significativement associés à une augmentation des séjours longs en HAD. Conclusion Les séjours longs en HAD étaient liés à des facteurs sociodémographiques, cliniques et aux parcours de soins. Il serait important d'étudier la pertinence de ces séjours en HAD.

2021

(2021). Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins. Paris Cour des comptes: 157.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile_0.pdf

Depuis 40 ans, la population française a vieilli, et l'on observe une accélération de ce vieillissement en raison de l'avancée en âge des baby-boomers : selon l'Insee, 20% de la population avait 75 ans ou plus en 2019, contre 13% en 1975. À ces âges marqués par la prévalence de la perte d'autonomie, le maintien à domicile plutôt que le placement en institution suppose de développer une offre domiciliaire au plus près des besoins, en s'assurant notamment de son équité territoriale. Le développement d'une société plus inclusive exige une même évolution de l'offre faite aux personnes en situation de handicap. Le présent rapport s'intéresse à quatre catégories de services : les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

(2021). Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Paris HCSP: 126.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire, qui devrait stricto sensu conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, recouvre aussi le transfert d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations). Le HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patients et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire.

Boisguerin, B., Delaporte, A. et Vacher, T. (2021). "Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile."

Etudes Et Resultats (Drees)(1208): 5 , graph., tab.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>

En 2020, 1 342 hôpitaux publics, 667 établissements privés à but non lucratif et 974 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 2 983 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (387 000 lits) et

partielle (80 000 places). En 2020, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,5 %). En revanche, le nombre de places reste dynamique (+1,7 %), avec une progression qui reste plus importante en moyen séjour (+4,7 %) qu'en court séjour (+2,4 %). En 2020, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile connaissent une augmentation plus forte que les années précédentes (+10,8 %, après +6,2 % en 2019). Elles représentent ainsi 7,0 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, a augmenté de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation a progressé de 14,5 %.

2020

Boisguerin, B., Delaporte, A., Gateaud, G., et al. (2020). En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. Paris Drees: 4 , Tab., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1164.pdf>

En 2019, 1 352 hôpitaux publics, 671 établissements privés à but non lucratif et 982 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 005 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (392 000 lits) et partielle (79 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'oeuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2019 (-0,9 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,9 %). Comme en 2018, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+6,5 %) qu'en court séjour (+1,2 %). En 2019, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile poursuivent également leur augmentation (+5,5 %). Elles représentent 6,2 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, les lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, ont augmenté entre 2013 et 2019.

Borgies, L. (2020). Cancer et covid-19 : un retour d'expérience du réseau des centres de cancérologie d'Ile-de-France. Paris Oncorif: 26.

www.oncorif.fr/cancer-et-covid19-retour-dexperience-en-ile-de-france/

A la demande de l'INCa et du Ministère de la Santé, le réseau régional de cancérologie en Ile-de-France en lien avec l'Agence régional de santé propose un retour d'expérience sur l'organisation de la prise en charge des patients ayant un cancer depuis le mois de mars 2020. Celui-ci a été élaboré à partir des différentes enquêtes menées aux plan national et régional, de l'analyse des données PMSI et de suivi des indicateurs RCP, et enrichi d'entretiens avec les experts et acteurs de la région. Les résultats montrent que l'accès aux soins a été impacté et le dispositif d'annonce souvent mis en retrait.

Fnehad (2020). L'HAD à l'avant-garde des réformes: rapport d'activité 2020-2021 de la Fnehad. Paris Fnehad : 39 , tab., graph., fig.

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2021/11/FNEHAD_RA20_web_pl.pdf

HCSP (2020). Coronavirus SARS-CoV-2 : prise en charge à domicile ou en structure de soins. Paris HCSP: 20.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=793>

Dans la majorité des cas, les patients atteints de Covid-19 sont pris en charge par un spécialiste en médecine générale. Les signes cliniques le plus souvent rapportés en médecine de ville, mais aussi les signes atypiques (anosmie ou agueusie, particularités chez la personne âgée...), sont précisés. Les critères pouvant nécessiter une prise en charge hospitalière doivent être recherchés d'emblée. La réponse sanitaire en ambulatoire doit faire appel à la coordination des acteurs des structures de prise en charge (cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé, réseaux de soins de première ligne, Ehpad et hospitalisation à domicile [HAD]).

Magnier, A., Guyon, G. et Claudot, F. (2020). "Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(1): 195-214. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-195.htm>

La législation française encadrant l'activité de soins s'est construite principalement autour des établissements de santé avec hébergement. Si cette législation convient naturellement à la prise en charge d'un patient dans le cadre d'une hospitalisation classique, la question se pose de savoir si elle est adaptée lorsqu'elle intervient non plus dans un établissement sanitaire de santé, mais dans un lieu non initialement dédié aux soins, à savoir le domicile du patient ? Notre étude avait pour objectif d'étudier l'ergonomie de la législation hospitalière au cadre particulier de l'hospitalisation à domicile. Pour cela, nous avons recensé les textes issus du Code de la santé publique encadrant les droits des patients et de leur entourage, les obligations des professionnels de santé ainsi que ceux régissant le fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile, et nous les avons confrontés. Cette étude exploratoire nous a permis de préciser les principales problématiques issues de la confrontation entre le cadre juridique théorique, d'une part, et le cadre pratique et la réalité de terrain de l'hospitalisation à domicile, d'autre part, à savoir une hospitalisation réalisée à distance et dans un lieu non dédié aux soins.

2019

Anap (2019). Hospitalisation à domicile : Organisations et interactions au sein des territoires. Mettre en oeuvre et partager. Paris ANAP: 34 , fig. https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Outils/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/HAD_territoires/HAD_Organisations_interactions_territoires_publication.pdf

Certains soins ne sont pas réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques. Dans certains de ces cas, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une des réponses possibles, cependant ce mode de prise en charge présente de nombreux enjeux organisationnels : coordination des professionnels de santé, synchronisation entre établissements hospitaliers et acteurs du domicile, développement et mobilisation des expertises rares, etc. Cette publication a pour objectif de mieux identifier les enjeux de l'HAD dans chaque territoire et de présenter les principaux leviers de développement de la structuration des acteurs : Co-construire avec les acteurs de la stratégie régionale (ARS, CPAM) afin d'améliorer la prise en compte de l'HAD dans les filières et leur articulation avec l'offre de soins territoriale ; répondre aux besoins du territoire : accessibilité, spécialités médicales, réactivité ou gradation... ; organiser l'établissement d'hospitalisation à domicile : modes de fonctionnement, mise en place et gestion du système d'information (SI), sécurisation du circuit du médicament, prise en charge patient et pilotage interne...

Atih (2019). Chiffres clés 2018 de l'HAD, Paris : ATIH
<https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-had>

Cette étude réalisée par l'ATIH rassemble les chiffres clés 2018 de l'hospitalisation à domicile (HAD) à partir des données collectées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces fiches présentent le nombre d'établissements, le nombre de patients hospitalisés ainsi que des exemples représentatifs de prises en charge.

Couillerot-Peyrondet, A.-L., Bongiovanni-Delarozière, I., Scemama, O., et al. (2019). "ADOP-HAD : un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile." Revue Francaise Des Affaires Sociales(3): 113-124.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-113.htm>

Gentin, M., Marquestaut, O. et de Stampa, M. (2019). "Soins en HAD : aspects cliniques, complexité et modalités d'intervention des soignants." Sante Publique **31**(2): 269-276.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-269.htm>

Introduction : Le nombre de patients âgés suivi en hospitalisation à domicile (HAD) est en forte augmentation en France. Notre objectif est de décrire les caractéristiques cliniques, les modalités d'interventions et la complexité des soins de patients âgés en HAD. Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale sur un échantillon de 50 patients âgés de 75 ans et plus vivant à domicile et suivis à l'HAD de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en 2016. Le recueil des données a utilisé l'outil d'évaluation multidimensionnel interRAI-CA (Resident Assessment Instrument - Contact Assessment). Résultats : L'âge moyen était de 84 ans avec 48 % de femmes, 26 % vivait seul et 96 % avait un aidant qui présentait des difficultés dans 1/3 des cas. Les patients étaient poly-pathologiques, avaient des difficultés cognitives dans 68 % des cas et des incapacités fonctionnelles fréquentes. Une large majorité se déclarait douloureux et 52 % présentait une situation clinique instable. Les modalités d'interventions étaient polyvalentes (pansements complexes, soins de support et soins palliatifs) avec des soins techniques et la mobilisation de plus de 3 professionnels dans 80 % des cas. Enfin, les soins avaient un haut niveau de complexité pour 74 % des patients. Conclusion : Les patients âgés suivis en HAD présentaient une complexité médico-psycho-sociale avec des soins polyvalents et techniques nécessitant une coordination des intervenants et le soutien des aidants. Le développement de l'HAD permet le transfert d'une partie des soins gériatriques de l'hospitalisation conventionnelle vers le domicile et permet de structurer l'expertise gérontologique auprès de l'offre de service de proximité.

Herry, F. (2019). "L'organisation des soins à domicile." Gestions Hospitalieres(586): 320-321.

Les hôpitaux sont amenés à devenir des centres d'expertise, spécialisés, en somme des centres de passage pour les patients. Comme les autres industries et entreprises de tout secteur, ils commencent à externaliser certains services et certaines compétences. L'organisation des soins à domicile, par exemple, rend peu à peu à s'effectuer hors les murs de l'hôpital.

2018

Anap (2018). Hospitalisation à domicile : État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial, Paris : ANAP

[BDSP. Notice produite par EHESP qtR0xA8F. Diffusion soumise à autorisation].

L'Hospitalisation à domicile (HAD) nécessite la coordination de professionnels de structures différentes en amont, pendant et en aval du séjour d'HAD : médecins traitants, professionnels hospitaliers (MCO, SSR), acteurs de ville (infirmiers libéraux, pharmaciens, rééducateurs.) et parfois structures et services médico-sociaux sont nécessaires pour la bonne réalisation d'une hospitalisation à domicile. Ainsi, la bonne fluidification du parcours patient dépend de nombreux acteurs et de coordinations plus ou moins formalisées. Ce guide présente en première partie un état des lieux de l'hospitalisation à domicile en France, basé sur l'analyse du chaînage des systèmes d'informations médicales des activités MCO, HAD et SSR. Il souligne l'extrême variété des hospitalisations à domicile, la diversité des situations territoriales et l'hétérogénéité des établissements d'HAD. Cette complexité engendre une difficulté d'analyse de l'efficacité des prises en charge en hospitalisation à domicile qui interroge l'ensemble des parties-prenantes. Ainsi, améliorer la place de l'hospitalisation à domicile dans leurs filières de prise en charge nécessite des méthodes d'analyse basées sur des outils d'investigation. La deuxième partie du guide présente des méthodes et plusieurs outils d'identification de leviers organisationnels en vue d'améliorer le parcours de soins et le recours à l'hospitalisation à domicile et en établissements médico-sociaux. (4ème couv.).

ATIH (2018). Guide méthodologique HAD 2018. Paris ATIH: 132 , tab., graph., fig.

<https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2018>

Ce document est la version provisoire du guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile. La période d'application d'une version du guide méthodologique débute le 1er mars de l'année considérée pour se terminer le dernier jour du mois de février de l'année suivante. Chaque année, une première version provisoire est publiée dans l'attente d'une version définitive. Afin d'en simplifier la lecture, les évolutions par rapport à la version de l'année antérieure sont surlignées en jaune.

Cour des Comptes (2018). Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. Paris Cour des Comptes: 175-, tab., graph., fig.

www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics français ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance. Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital. Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé. Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital.

2017

Anap (2017). Recours à l'HAD dans les territoires. Paris Anap: 39 , tab., graph., fig.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/HAD_territoires/Recours_HAD_territoires.pdf

Cette publication vise à aider à la compréhension des enjeux du recours à l'HAD et à proposer des outils d'aide aux dialogues entre les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et la médecine chirurgie obstétrique (MCO). La première partie est consacrée aux enjeux du recours à l'HAD en France présente l'hétérogénéité de l'HAD tant au niveau du recours, des tailles de structures réalisant de l'HAD que des filières auxquelles elle participe. La deuxième partie présente les résultats issus de la démarche analytique appuyée par une expertise métier. Elle a pour ambition d'introduire des indicateurs de performance du recours à l'HAD et les outils d'explorations complémentaires téléchargeables dans le kit outil HAD. La troisième partie présente sous forme de fiches de synthèse couvrant les résultats nationaux pour chaque indicateur.

Boisserie-Lacroix, L., Marquestaut, O. et De Stampa, M. (2017). "Patients en situation palliative en hospitalisation à domicile : trajectoire de soins et caractéristiques cliniques." *Sante Publique* **29**(6): 851-859.

[BDSP. Notice produite par EHESP IkR0xD9k. Diffusion soumise à autorisation]. Une large majorité de français expriment le souhait d'une prise en charge à domicile en situation palliative. cette étude a décrit les modalités de prise en charge et les caractéristiques cliniques des patients en situation palliative suivis par une hospitalisation à domicile. cette étude témoigne de la complexité de l'accompagnement à domicile des patients en situation palliative jusqu'à leur décès.

FNEHAD (2017). FNEHAD : rapport d'activité 2016-2017. Paris Fnehad : 73 , tab., graph., fig. www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf

Le rapport d'activité de la FNEHAD dresse la liste des temps forts de l'hospitalisation à domicile pour les années 2016-2017. Il regroupe également le bilan de la fédération et les chiffres-clés de l'hospitalisation à domicile.

Mauro, L. (2017). "Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) - Un essor important, en deux temps." *Dossiers De La Drees (Les)*(23): 21 , tab., graph., fig.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd23_dix_ans_d_hospitalisation_a_domicile_2006_2016.pdf

En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile (HAD), contre 170 en 2006. En dix ans, l'activité réalisée a plus que doublé (passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées), tout comme les capacités de prise en charge : le nombre de patients pouvant être hospitalisés à domicile simultanément est passé de 6 900 à 16 300. Le taux de recours national a également augmenté et s'établit à 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016 (8 en 2006). En France, l'HAD s'est développée d'abord par une augmentation du nombre d'établissements jusqu'en 2011. Le nombre d'établissements se stabilise ensuite et la croissance passe alors par l'augmentation régulière des capacités et de l'activité des établissements déjà installés. L'HAD reste dominée par les secteurs privé à but non lucratif et public, mais la place du secteur privé à but lucratif progresse nettement : il concentre 15 % de l'activité en 2016, contre 4 % dix ans plus tôt. Les prises en charge en HAD se modifient aussi avec le temps. Les soins liés aux pansements complexes (plaies cicatrisant mal, ulcères variqueux, escarres, etc.) deviennent peu à peu le principal motif de prise en charge, devant les soins palliatifs. L'âge moyen des patients augmente et les durées de séjours s'allongent. En dix ans, la part de l'HAD dans l'hospitalisation complète de court et moyen séjour a plus que doublé, passant de 2 % à 5 %.

2016

Fnehad (2016). Rapport d'activité 2015-2016. Paris Fnehad : 60 , tab., graph., fig.
http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf

Le rapport d'activité de la FnehadAD dresse la liste des temps forts de l'hospitalisation à domicile pour les années 2015-2016. Il regroupe également le bilan de la fédération et les chiffres-clés de l'hospitalisation à domicile.

➤ *Les rapports d'activité de la Fnehad sont en ligne à partir des années 2014-2015.*

Couillerot-Peyrondet, A.-L., et al. (2016). "Analyse de l'activité de chimiothérapie anticancéreuse en hospitalisation à domicile à partir du PMSI-HAD." *Sante Publique* **28**(3): 341-352.

[BDSP. Notice produite par EHESP 88FkR0xB. Diffusion soumise à autorisation]. Les pouvoirs publics souhaitent développer l'hospitalisation à domicile (HAD) et s'interrogent sur la place de la chimiothérapie en HAD. L'analyse du PMSI-HAD a permis de la caractériser et d'identifier les modes de prise en charge, selon les patients et les pathologies. Dans le PMSI-HAD 2012, les séjours avec au moins une sous-séquence renseignée en mode de prise en charge principal (MPP) ou associé (MPA) de chimiothérapie anticancéreuse ont été sélectionnés. Les molécules administrées, inscrites sur la liste en sus sont identifiables et ont été recherchées. L'activité de chimiothérapie anticancéreuse en HAD était hétérogène sur le territoire et concentrée dans quelques établissements ; 10% des établissements concentraient 90% des séjours. Cependant les pathologies traitées étaient homogènes.

Delavaquerie, C., et al. (2016). Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, Paris : Inspection générale des affaires sociales Paris : Inspection générale des finances

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article539>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xpqs9t. Diffusion soumise à autorisation]. Conformément à la lettre de mission, l'objectif de la mission a été d'identifier les conditions d'engagement d'un « virage ambulatoire » de l'activité de médecine à l'hôpital qui, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), vise à assurer : la qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité ; la fluidité des parcours des patients en évitant toute rupture liée à l'hospitalisation. Son objectif général est de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement. Après avoir défini la notion de médecine et retenu un périmètre d'étude, la mission a conduit ses travaux en trois temps : caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée, notamment à partir de comparaisons par âge, régions, catégories d'établissement, et groupes homogènes de séjours (GHS) ; analyse des enjeux liés au développement des hôpitaux de jour, et des outils à mobiliser, tant du point de vue organisationnel que des éventuels obstacles tarifaires, notamment liés aux ambiguïtés d'interprétation de l'instruction dite 'frontière du 15 juin 2010' ; proposition d'une méthode pour engager le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, reposant d'une part sur une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS), et d'autre part sur l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes. La mission formule des propositions concernant concomitamment le niveau national (mise en place d'un comité stratégique, élaboration de référentiels cliniques, tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés...), le niveau territorial (identification d'un volet contractuel spécifique établissements/ARS intégrant des objectifs cibles de progression ; analyse

comparative croisée entre groupes d'établissements,...) et le champ des études et statistiques.

Huillier, J. (2016). Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile. Paris Assemblée Nationale: 92, tabl.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3977.asp>

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer. Considérée auparavant comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD est depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) une modalité d'hospitalisation à part entière et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé. Rejoignant les observations de la Cour des comptes qui constate que la place de l'HAD progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins, la rapporteure estime nécessaire de continuer à développer l'HAD, notamment en raison de son coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Elle fait ainsi plusieurs propositions : mieux définir l'HAD et son champ de prescription ; faire évoluer les structures d'HAD afin de garantir le caractère hospitalier de cette prise en charge ; remettre à plat rapidement la tarification ; faire connaître et reconnaître l'HAD, comme un mode de prise en charge enseigné aux professionnels de santé durant leur formation initiale et continue, mais également comme une structure de santé présente pour les usagers et les professionnels de la médecine de ville dans chaque territoire de santé desservi par un groupement hospitalier de territoire.

Leung, I., et al. (2016). "Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile." *Sante Publique* **28**(4): 499-504.

[BDSP. Notice produite par EHESP nCoGFR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs : L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe en France et nécessite la participation des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs patients. L'objectif de l'étude est d'identifier les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD. Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés au cours d'un focus groupe auprès de 12 médecins généralistes franciliens. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims et l'analyse des données a utilisé la méthode de la théorie enracinée (Grounded Theory). Résultats : Les médecins généralistes avaient une bonne connaissance des indications et des lieux d'intervention de l'HAD mais ils exprimaient des difficultés sur le circuit de la demande d'entrée. Les médecins généralistes identifiaient des difficultés de positionnement dans les prises en charge de leur patients mais améliorées par leur expertise clinique à domicile. Les médecins insistaient sur la complexité des soins à domicile mais ils pouvaient s'appuyer sur l'expertise du médecin coordonnateur et ils étaient demandeurs de formation. Conclusions : Cette étude a identifié les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD. Il apparaissait indispensable de simplifier le circuit de la demande d'entrée en HAD via la médecine de ville, de renforcer les incitations pour les visites à domicile et de soutenir les médecins généralistes dans les prises en charge des soins complexes.

2015

Chevalier L.B.J. ; Marquestaut O. ; Lukacs B., e. a. (2015). "Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile." Sante Publique(2): 205-211.

Durrleman, A. r. (2015). L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes. Paris La documentation française: 73.

La Cour des comptes a rendu public, le 20 janvier 2016, un rapport sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile demandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Malgré la mise en œuvre d'une stratégie de développement par les pouvoirs publics, l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins. La Cour estime notamment nécessaire de mieux démontrer par des études comparatives les avantages et l'efficacité de ce mode de prise en charge par rapport en particulier à une intervention coordonnée de professionnels libéraux de santé, mais aussi de réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie, et de refondre la tarification. Elle formule sept recommandations.

2014

(2014). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice Institut de veille sanitaire: 72.

[BDSP. Notice produite par InVS 89R0xBBD. Diffusion soumise à autorisation]. En mai et juin 2012, l'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux en hospitalisation à domicile (HAD) a inclus 179 HAD et 5 954 patients ; 55,3% des HAD du secteur public, 35,2% du secteur privé, 9,5% du secteur privé d'intérêt collectif et respectivement 36,8%, 45,6% et 17,6% des patients. Les HAD "services" rattachées à un établissement de santé représentaient 65,4% des HAD participantes et ont contribué à 40% des patients inclus dans l'enquête. Au total 403 patients (6,8%) avaient une ou plusieurs IN active (s) et 906 (15,2%) étaient traités par au moins un anti-infectieux dont 97% traités par au moins 1 antibiotique.

(2014). L'hospitalisation à domicile en 2013 : Assemblée générale 2014, Pays d'Artois. Paris FNEHAD: 12 , tab., graph., fig.

Après une définition de l'hospitalisation à domicile, ce document présente les chiffres-clés de ce secteur en 2013. Il décrit les caractéristiques des structures, le taux de couverture sur le territoire, les principales prises en charge, la trajectoire des patients, la fin de vie et les soins palliatifs, l'évaluation de la qualité et de la sécurité.

Buthion, V. et Gode, C. (2014). "The role played by relatives in coordinating the care pathway of ill persons." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **32**(7-8): 501-519.

[BDSP. Notice produite par ORSRA I9R0xDIB. Diffusion soumise à autorisation]. La coordination des différentes tâches à accomplir au sein des équipes évoque une question fondatrice des théories du management et une préoccupation majeure pour le milieu médical. Dans ce domaine, la coordination est avant tout abordée comme une affaire de structures et de professionnels construisant des habitudes de travail devenant des "réflexes"

au fil du temps. Pour autant, de nombreuses situations nécessitent une approche plus dynamique de la coordination, celle qui est "en train de se faire" et peut bousculer protocoles et structures. Il est intéressant d'adopter cette approche, dite "en pratique", de la coordination pour examiner la posture des proches, spécifique par rapport à celles des patients traités par les professionnels. Les proches représentent le tissu principal du soutien des personnes atteintes d'une maladie. Appelés "proches-aidants", ils sont conduits à devenir assistants de vie, soignants dans certaines circonstances particulières et/ou gardiens vigilants des signes de détérioration. Leur participation est indispensable à la coordination des parcours de soins des personnes malades. Leur rôle est pourtant peu étudié sous l'angle de la coordination "en pratique". Au moyen des résultats d'une étude menée sur les soins de supports en cancérologie, cet article interroge les pratiques de coordination développées par les proches-aidants dans le parcours de soins des personnes malades. Intégrer les proches dans leur caractère ambivalent, à la fois acteurs aidants, mais également personnes touchées par les conséquences de la dégradation de la santé de leurs proches, est une étape fondamentale à un parcours de soins. (résumé auteur).

2013

(2013). Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque, Paris : CNAMTS

Ce dossier de presse fait un point de situation sur le service PRADO près de 3 ans après son lancement. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation permet au patient qui le souhaite de pouvoir retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile, et fluidifie ainsi le parcours hôpital-ville. Le service a été, dans un premier temps, mis en place dans l'objectif d'accompagner les femmes après un accouchement. Avec plus de 120 000 jeunes mères adhérentes au service depuis 2010, la CNAMTS estime que ce programme, qui bénéficie maintenant à 3 femmes sur 10 ayant eu un accouchement par voie basse, "répond véritablement aux attentes des assurées". Selon une évaluation détaillée menée par la caisse nationale, 91 % des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent ainsi très satisfaites avec un meilleur suivi de la part des sages-femmes. Les bénéficiaires du service sont également plus nombreuses à réaliser la rééducation post-natale. Mais, selon les données de l'Assurance Maladie, la durée de séjour des femmes bénéficiant du programme d'accompagnement du retour à domicile apparaît légèrement plus courte que celle des autres femmes éligibles observées : 3,98 jours versus 4,07 jours. La réduction est faible. Le programme est aujourd'hui en cours de déploiement pour certaines interventions orthopédiques avec «Prado orthopédie» qui va être généralisé l'année prochaine (il s'agit d'optimiser la rééducation post-opératoire), et un service de suivi d'hospitalisation à domicile pour les insuffisants cardiaques est en cours d'expérimentation depuis mai 2013. En 2014, ce service d'accompagnement sera expérimenté pour la prise en charge à domicile après une hospitalisation pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients souffrant de plaies chroniques (ulcères, escarres).

Vigneron, E. et Haas, S. (2013). Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux. De l'analyse régionale à une mise en perspective nationale, Paris : FEHAP

La FEHAP publie, en partenariat avec Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, et Sandrine Haas, Directrice de la Nouvelle Fabrique des Territoires, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile. Ces guides offrent de nombreuses données sur les

différents types de services à domicile : hospitalisation à domicile, dialyse hors centre, services d'aide à la personne, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'éducation spéciale et des soins à domicile (SESSAD), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'aide autorisés à domicile (SAAD).

2012

(2012). L'activité d'hospitalisation à domicile en 2010. Lyon ATIH: 200, tabl.

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00029FF>

La loi HPST du 21 juillet 2009 reconnaissant l'HAD comme une forme d'hospitalisation à part entière, l'ATIH a décidé à partir de 2010, de renouveler, systématiser et enrichir progressivement la description des séjours d'HAD observés l'année antérieure en se basant sur les données du PMSI-HAD fournies par les établissements. Se basant sur le même modèle qu'en 2009, ce rapport décrit l'activité HAD 2010 tout en tenant compte des évolutions intervenues en mars 2010 avec notamment l'introduction du recueil des actes CCAM. Outre l'analyse globale des séjours d'HAD, la description synthétique de l'activité d'HAD en 2010 comprend ici sous forme de fiches analytiques : une description détaillée de tous les modes de prise en charge de l'HAD, qu'ils aient été utilisés en mode de prise en charge principal (MPP) ou en mode de prise en charge associé (MPA), l'analyse globale des séjours/séquences d'HAD pédiatrique en 2010, en distinguant les très jeunes enfants de moins d'un an des enfants d'un an et plus et de moins de 18 ans, l'analyse des séjours/séquences d'HAD ayant au moins un acte CCAM renseigné, l'analyse de séjours/séquences groupés en erreur.

Kranklader, E. (2012). "Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts." Dossiers Solidarite Et Sante (Drees)(25): 27 , graph., tabl.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 88FR0xnk. Diffusion soumise à autorisation]. Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.

2011

(2011). Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, Paris : Ministère chargé de la Santé

Le présent guide, applicable à partir du 1er mars 2011, constitue l'annexe de l'arrêté du 7

février 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté « PMSI-HAD »). Il annule et remplace le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (Bulletin officiel spécial n° 2010/6 bis).

(2011). Rapport : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés en HAD. Campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et des facteurs associés à la variabilité des résultats. *Etudes et Rapports*: 44.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/ipaqss_rapport_had-v4.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS R0xAAo9D. Diffusion soumise à autorisation]. En 2010, la HAS a coordonné la première campagne de généralisation des cinq indicateurs du dossier du patient (qualité de la tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre) impliquant les établissements ayant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010. Il apporte un premier éclairage sur les facteurs associés permettant d'expliquer le résultat des indicateurs.

Bachouch, R. M. et Guinet, A. (2011). "L'hospitalisation à domicile (HAD)." *Regards*(40): 201-212, tabl.

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques et du vieillissement de la population, un nouveau mode de prise en charge a vu le jour : il s'agit de l'hospitalisation à domicile. L'HAD s'étant développé récemment, cet article étudie l'évolution de ce mode de prise en charge depuis son apparition dans les années 50 jusqu'à nos jours. La complexité de la gestion des structures d'HAD est issue de la multiplicité des processus et des flux à gérer. L'organisation des soins et la prise en charge en HAD nécessitent plusieurs ressources matérielles et humaines. Ces structures sont caractérisées par des particularités au niveau des ressources humaines qu'elles emploient et des ressources matérielles qu'elles utilisent. La coordination des activités en HAD représente la problématique majeure puisqu'on doit prendre en compte plusieurs contraintes relatives aux patients, à la disponibilité des ressources etc.. (tiré du texte).

Buthion, V., et al. (2011). "La chimiothérapie à domicile : complémentarité ou concurrence dans la stratégie des structures hospitalières ?" *Journal D'economie Medicale* **29**(1-2): 18-36, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 9ooR0xIk. Diffusion soumise à autorisation]. Aujourd'hui, de nombreuses molécules de chimiothérapie peuvent être administrées dans le cadre d'une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou par des libéraux coordonnée par un réseau de soins. Or, en 2009, la chimiothérapie à domicile représente moins de 2 millions de séances ambulatoires organisées chaque année en France, la prise en charge à l'hôpital représentant l'essentiel des séances. L'objet de ce papier est de présenter les résultats d'une étude sur l'organisation de la chimiothérapie ambulatoire, avec un focus particulier sur les données financières et les incitations qu'elles produisent sur les acteurs de soins. Nous démontrons ainsi que, compte tenu des contraintes liées aux transports des patients, et sous réserve d'une volumétrie permettant de mutualiser un certain nombre de charges, la chimiothérapie à domicile coordonnée par un réseau de santé est une solution tout à fait

compétitive sur le plan médico-économique, à condition qu'elle soit intégrée dans une gestion globale de la prise en charge permettant d'améliorer la performance médico-économique des parcours de soins. La prise en charge doit s'appuyer sur un modèle coopératif, seul à même de répartir au mieux les patients. Les incitations financières manquent de cohérence, notamment la structure actuelle de la T2A, et ne favorisent pas cette coopération. Les contraintes des acteurs de soins, et notamment le modèle de financement des hôpitaux, freinent le développement de la chimiothérapie à l'extérieur de l'hôpital. (résumé d'auteur).

Paraponaris, A., et al. (2011). "Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises." *Etudes Et Resultats (Drees)*(753): 8 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xABr8q. Diffusion soumise à autorisation]. La cinquième vague du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) portait à l'été 2009 sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur l'hospitalisation à domicile (HAD). Neuf médecins interrogés sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Une majorité accepterait aussi de les déléguer à des professionnels non médicaux formés. L'hospitalisation à domicile est un dispositif apprécié des médecins interrogés, même si 55% d'entre eux indiquent que ce service n'est pas présent dans leur zone d'exercice. Un tiers des généralistes du panel ont prescrit une HAD au cours des 12 derniers mois, plus souvent ceux qui adhèrent à un réseau de santé et se réfèrent aux recommandations de bonne pratique. Neuf praticiens sur dix se disent satisfaits de la qualité de la prise en charge, les autres invoquant notamment la lourdeur des démarches administratives.

2010

Dalmasso, R. (2010). L'hospitalisation à domicile, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement accéléré. Demande des patients, réponse aux difficultés économiques du système de santé, adaptation aux nouvelles pathologies, évolution des technologies. Ce mode de prise en charge apparaît comme une excellente alternative, présentant les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'une hospitalisation traditionnelle. Mis en œuvre par des professionnels de différents milieux, il répond à des conditions techniques de fonctionnement strictes dont la coordination doit être exemplaire : c'est la principale mission de l'HAD. Cet ouvrage est issu d'une expérience de terrain ayant permis le développement d'une structure d'HAD. Il est destiné au grand public, pour lui faire mieux connaître ce mode de prise en charge, et aux professionnels de santé souhaitant mettre en œuvre ou développer une structure de ce type.

Durand, N., et al. (2010). Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport définitif. Paris Igas, Paris La Documentation française: 91 , tabl.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000664/index.shtml>

Le présent rapport dresse, dans un premier temps, un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, puis dresse le bilan

des politiques nationales et régionales. Ce rapport fait ensuite des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD dans la « juste » place qu'elle doit occuper dans l'offre de soins, en précisant les conditions de tarification et de fonctionnement que cela implique.

Durand, N., et al. (2010). Hospitalisation à domicile (HAD). Tome II : annexes. Paris Igas, Paris La Documentation française: 177 , tabl.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000664/index.shtml>

Ce document propose les annexes du rapport Hospitalisation à domicile de l'Igas qui dresse un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement, propose un bilan des politiques nationales et régionales et fait des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD.

Hagenmuller, J.-B. (2010). "Quel modèle économique pour l'HAD ?" Revue Hospitaliere De France(533): 26-29.

[BDSP. Notice produite par EHESP H7kApR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les bénéfices pour les patients d'une hospitalisation à domicile (HAD) sont connus. Mais que sait-on de l'intérêt économique à créer ou développer ce mode de prise en charge ? Alors que le nouveau guide méthodologique de codage de la T2A en HAD est entré en vigueur le 1er mars 2010, quels choix stratégiques opérer ? Cet article présente les facteurs d'aide à la décision : gestion des files actives, choix des professionnels, d'environnement territorial et, in fine, stratégie de développement. La plus grande partie des HAD récemment créées, y compris celles dont l'hôpital public est opérateur (unique ou principal), privilégie le recours à des professionnels libéraux.

2009

Afrite, A., Com-Ruelle, L. et al. (2009). "L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients : Exploitation des données du PMSI HAD 2006." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(140): 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins. En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30 % d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près de 7 % des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.

Cabe, M.-H., et al. (2009). "Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national : modèle." Serie Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(85): 110 , tabl., fig., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7F8R0xt8. Diffusion soumise à autorisation]. Vingt

ans après la création des premières unités de soins palliatifs des avancées remarquables ont été réalisées dans le déploiement, l'organisation des soins palliatifs et les pratiques professionnelles afférentes, dans un ensemble de structures diversifiées, en établissement comme en ville, et disséminées sur l'ensemble du territoire. Ce rapport présente un état des lieux du dispositif et produit une analyse des forces et des faiblesses dudit dispositif, de l'atteinte des objectifs fixés par les textes réglementaires et des recommandations de la HAS ou des sociétés savantes.

Chaleix, M., et al. (2009). "Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006." Etudes Et Resultats (Drees)(697): 8 , tabl., graph., cartes.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE BBROxGrs. Diffusion soumise à autorisation]. En 2006, les 164 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) de France métropolitaine ont offert 6 700 places et réalisé 85 000 séjours. 60% des séjours sont pris en charge par une structure du secteur associatif HAD, 38% par une structure du secteur public dont près de la moitié par des centres hospitaliers régionaux (CHR) et 2% par une structure du secteur privé lucratif. L'Île-de-France concentre à elle seule un tiers des places et la moitié de l'activité d'HAD y est réalisée. À l'admission par les structures d'HAD, les patients sont principalement pris en charge pour des soins de périnatalité, des soins techniques de cancérologie et des soins palliatifs. En 2006, 50% des séjours réalisés ont une durée inférieure à 6 jours, mais les séjours liés à des pathologies lourdes atteignent des durées médianes de 20 jours.

Chevreur, K. d., et al. (2009). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Paris URC ECO: 2 vol. (86 +288) ; tabl., fig.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines. Première étude à caractère national, d'une part elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent. Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.

Ittah Desmeulles, H., et al. (2009). "Prévalence des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, France, 2007." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(5): 44-48.

[BDSP. Notice produite par InVS CsR0xo99. Diffusion soumise à autorisation]. Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont toujours été exclues des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales. Cependant, une nouvelle enquête de prévalence

des infections associées aux soins (IAS) a été réalisée en HAD de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (APHP) en mai 2007. Ses objectifs étaient de disposer de données épidémiologiques afin d'évaluer l'efficacité des actions mises en place depuis 2000 et de proposer une méthodologie adaptée aux particularités de la prise en charge en HAD : intrication entre lieux de soins et de vie, dispersion géographique des unités de soins, prise en charge par des libéraux et absence fréquente d'examens complémentaires. L'étude a inclus 613 patients (99,8% des patients éligibles). La prévalence des patients infectés et celle des IAS étaient de 5,2%, celle des IAS acquises en HAD de 2,6%. Les IAS acquises étaient urinaires, respiratoires et cutanées (respectivement 9,5 et 2). Les entérobactéries communautaires étaient les micro-organismes prédominants. Aucune multirésistance n'a été retrouvée ; 16% des patients recevaient une antibiothérapie, dans un tiers des cas pour IAS. S'il est difficile de conclure à une diminution significative des IAS acquises en HAD de l'APHP entre 2000 et 2007, il existe une réelle possibilité d'adapter la méthodologie de la prochaine enquête nationale de prévalence, afin que les structures d'HAD puissent y participer. (Résumé d'auteur).

2008

Afrite, A., et al. (2008). Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement. Rapport Irdes ; 1689. Paris IRDES: 166 , 120 tabl., 163 fig.

Le besoin en lits dédiés aux soins de réhabilitation et d'accompagnement sera croissant dans les années à venir, notamment pour les personnes âgées. Ce type de soins, dispensé principalement dans des structures hospitalières spécialisées en soins de suite et de réadaptation (SSR), se développe également en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le contexte politique actuel, favorable à la création de nouvelles places en HAD, cette étude compare les coûts de ces deux modes de prise en charge pour des soins comparables. L'étude estime qu'en termes de cas pris en charge, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être techniquement effectuées en hospitalisation à domicile, sous réserve de bonnes conditions psychosociales. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 50 % plus élevé en SSR. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Afrite, A. Com-Ruelle, L. et al. (2008). Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement - Rapport annexe. Rapport Irdes ; 1689 bis. Paris IRDES: 133 , 132 tabl.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1689bis.pdf>

Ce rapport rassemble les différentes annexes citées au fil des chapitres du rapport IRDES n°1689 « Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts hospitalisation à domicile et en établissement ». Ces annexes détaillent les éléments relatifs à la construction du champ superposable entre HAD et SSR ainsi que la définition des six profils médicaux de base. Elles fournissent également une description complète des coûts de fonctionnement en routine estimés pour ces deux modes de prise en charge. Cette étude montre que pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 40 % moins élevé en HAD. Si cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants, le coût moyen journalier en HAD demeure inférieur quels

que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient.

Castra, L. (2008). Hospitalisation et santé à domicile, Paris : Berger Levrault

L'hospitalisation à domicile et, de façon plus large, la santé à domicile constituent un enjeu majeur en termes d'évolution et de transformation du système de soins, désormais au coeur d'interactions multiples entre les différents acteurs concernés : établissements des secteurs hospitalier, social et médico-social, professionnels de santé libéraux, familles, assistants sociaux, soignants, puissance publique, secteur associatif. Il importe de comprendre les raisons du recours à ce mode d'hospitalisation et d'en saisir les perspectives de développement. L'ouvrage replace l'hospitalisation à domicile au coeur du système de soins et l'étudie dans toutes ses dimensions : la dimension humaine : comment prendre en compte la personne, ses capacités comme ses besoins, son environnement médical, social et familial ? la dimension économique et budgétaire : à l'heure où la recherche d'économies est un leitmotiv, comment améliorer la qualité de la prise en charge en même temps que sa productivité ; la dimension familiale : comment venir en aide aux aidants ? Comment favoriser les rencontres entre familles et professionnels ? ; la dimension juridique : le contexte réglementaire a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Grâce à une présentation simple et claire, le lecteur peut se référer facilement aux nombreux textes ; la dimension européenne, qui permet de mettre en perspective les évolutions possibles de notre système.

Com-Ruelle, L. et Afrite, A. (2008). L'HAD, une prise en charge hospitalière moderne, Paris : Elsevier - Masson

L'hospitalisation à domicile existe depuis plus d'un demi-siècle, mais son essor est très récent. Elle reste cependant encore trop méconnue dans son objet et son organisation et mérite d'être expliquée tant aux professionnels médicaux qu'aux malades susceptibles d'en bénéficier. Tel est l'objectif de cette publication réalisée par des chercheurs de l'Irdes en partenariat avec les laboratoires Bayer, qui dresse un panorama de l'HAD en France sous plusieurs aspects : définition, organisation des soins, financement, satisfaction des acteurs, etc.

Hagenmuller, J. B., et al. (2008). "L'hospitalisation à domicile : 50 ans de liens entre l'hôpital et la ville." Gestions Hospitalières(478): 479-511.

Ce cahier spécial rassemble les communications d'un colloque organisé à l'Assistance publique de Paris sur les cinquante ans de l'hospitalisation à domicile, en avril 2008. Après un aperçu historique, ces communications abordent les principales problématiques liées à l'had : organisation des soins, articulation avec la ville et l'hôpital, formation des acteurs...

Neppel, C. (2008). "Hospitalisation à domicile : les enjeux du développement." Gestions Hospitalières(478): 465-469.

En 2006, le gouvernement français affichait sa volonté d'accélérer et de poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette détermination, réaffirmée dans les discours officiels en 2007, fait suite à un plan de développement et d'accompagnement financier amorcé en 2004. L'état des lieux fait état d'une progression rapide : 3908 places en 1999, 5718 en 2004, 6826 en 2005 et près de 9000 places autorisées fin 2007. Mais le potentiel de développement de ce mode de prise en charge est donc encore important puisque quelque 6000 places resteraient à créer.

Neppel, C. (2008). "Hospitalisation à domicile. les enjeux du développement." Gestions Hospitalières(478): 465-468.

[BDSP. Notice produite par EHESP sGDR0xls. Diffusion soumise à autorisation]. En 2006, le gouvernement affichait sa volonté d'accélérer et de poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette détermination, réaffirmée dans les discours officiels en 2007, fait suite à un plan de développement et d'accompagnement financier amorcé en 2004. L'état des lieux fait état d'une progression rapide : 3 908 places en 1999, 5 718 en 2004, 6826 en 2005 et près de 9 000 places autorisées fin 2007. Mais le potentiel de développement de ce mode de prise en charge est donc encore important puisque quelque 6 000 places resteraient à créer.

2007

Afrite, A., Com-Ruelle, L. et al. (2007). "L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(119): 1-8.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

Dans une perspective de planification des besoins grandissants de soins de la population vieillissante, l'IRDES a été sollicité pour réaliser une étude de coût de création d'une place en hospitalisation à domicile (HAD) en comparaison d'un lit dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour une activité superposable et en tenant compte des différentes situations cliniques possibles. Cette étude a été financée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Une enquête ad hoc a été menée auprès des structures d'HAD pour recueillir leurs coûts de création (l'enquête CCHAD 2006) tandis que des données fournies par la DHOS ont été utilisées du côté SSR.

Sentilhes-Monkam, A. (2007). L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner, Paris : L'Harmattan

L'objectif de cet ouvrage est de proposer tout d'abord un état des lieux de la prise en charge de la fin de vie dans trois HAD (hospitalisation à domicile) françaises en adoptant différents points de vue. Il vise également à améliorer la compréhension de ce qui fonde le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction des patients, de leurs proches et des soignants, et d'identifier des outils potentiels de pilotage pour les équipes soignantes. Enfin, l'auteur propose des solutions pour améliorer l'existant et ce, indépendamment des moyens financiers disponibles.

2006

(2006). Le livre blanc de la dialyse à domicile : 23 propositions pour lever les freins à son développement. Paris Société Française de Néphrologie Dialyse et Transplantation: 21.

5 sur 10 insuffisants rénaux qui ont besoin d'une technique de suppléance, 1 seul est pris en charge à domicile. Pourtant ce ratio pourrait atteindre 1 sur 4. En effet, médicalement, un quart des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale ont un état de santé et des conditions psychologiques et socio-économiques compatibles avec une prise en charge à domicile. Ce livre rassemble des propositions afin de développer la dialyse à

domicile.

Chevreul, K., et al. (2006). "Hospitalisation à domicile : enseignements des expériences australienne, britannique et canadienne." Revue Hospitaliere De France(509): 1-3.

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

Cresson, G. (2006). "Hospitalisation à domicile : autour de l'enfant malade." Informations Sociales(133): 66-73.

[BDSP. Notice produite par AHPDOC SOR0xuHe. Diffusion soumise à autorisation]. Auprès d'un enfant hospitalisé, les professionnels et la famille se relaient. Comment ces différents acteurs trouvent-ils leur place ? Une recherche montre l'importance du rôle des parents, souvent sous-estimé par les professionnels, et met en valeur une pratique nécessairement interactive (Résumé d'auteur).

Sentilhes-Monkam, A. (2006). "L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches." Sante Publique **18**(3): 442-457.

[BDSP. Notice produite par ENSP CIR0xzYM. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de la recherche est de cerner l'activité des hospitalisations à domicile (HAD) dans le domaine de la fin de vie. Comment permet-elle à un patient de demeurer chez lui ? Comment se répartit la tâche entre les différents acteurs : patient, proches et soignants de l'HAD ? Quel est le positionnement de chacun par rapport à ce qui se joue dans ces situations ? Financée par la Fondation de France, une enquête qualitative par entretiens semi-structurés, a été réalisée auprès des patients en fin de vie, de leurs proches et de leurs soignants d'HAD en 2002-2003. Cet article présente le point de vue des patients et des proches sur leur prise en charge de la fin de vie par l'HAD. Qu'il s'agisse de la mise en route de l'HAD, de l'évocation de la période sensible que constituent les 15 premiers jours ou de la suite de la prise en charge lorsqu'elle va au-delà de 15 jours, les patients ont une façon d'évoquer leur prise en charge à la fois compréhensive à l'égard des soignants et responsables en ce qui concerne leur propre rôle. Ils découvrent que les conditions de travail des soignants qu'ils rencontrent plusieurs fois par jour sont parfois difficiles, et évoquent cet aspect avec sollicitude. Les patients se prennent en charge de façon très responsable et active, dans le souci de conserver la maîtrise des événements et parfois de décharger les soignants.

2005

Chevreul, K., et al. (2005). Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique. Rapport Irdes. Paris IRDES: 135 , 117 tabl., 136 graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

Garcia, Y. (2005). Ce qu'il faut savoir pour créer ou gérer une H.A.D. Paris FNEHAD: 333 , tabl.

Ce document rappelle le cadre législatif réglementant les structures d'hospitalisation à domicile. Il décortique étape par étape les démarches à accomplir auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour apprécier le rôle de la Haute Autorité de santé et revient sur chaque partie du dossier qu'il sera nécessaire d'élaborer.

Hirtzlin, I. (2005). Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels. St Denis HAS: 92.

<http://www.has-sante.fr/>

Ce document, diffusé par la Haute Autorité de santé est une évaluation économique qui fait suite aux recommandations sur les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile publiées par l'Anaes en septembre 2003. L'objectif est de procéder à une comparaison des coûts des différentes alternatives de prise en charge : hôpital (hospitalisation complète ou de jour), hospitalisation à domicile (HAD) et réseaux. Cette étude a été élaborée suite à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Cette évaluation a été conduite à partir de l'analyse critique de la littérature internationale de langue française et anglaise. Les données ont été complétées pour la France par une recherche dans les bases du PMSI (coût de la prise en charge hospitalière) et par une extraction spécifique de données de l'enquête HAD de l'IRDES (ex CREDES).

Sentilhes-Monkam, A. (2005). "Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe." Revue Française Des Affaires Sociales(3): 157-182.

[BDSP. Notice produite par ORSLR AR0x2fWV. Diffusion soumise à autorisation]. Le principe de l'HAD constitue dès le début une réponse à deux nécessités : désengorger les hôpitaux et développer une prise en charge technique au domicile des patients. La première phase du développement des HAD correspond à une extension de l'activité hospitalière vers la ville et à la mise en place concomitante d'un frein majeur à ce développement qui est son rattachement à l'administration hospitalière. Par la suite, la formule de l'HAD se cherche, oscillant entre alternative à l'hospitalisation, nouveau niveau de soins, pour finalement se stabiliser avec la dernière circulaire de la DHOS. La période actuelle est marquée par une prise de conscience parmi les professionnels et parmi les administrateurs de la santé de ce que l'HAD présente des avantages qui lui sont propres et que l'on ne trouve pas dans l'hospitalisation conventionnelle, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et des patients en fin de vie. L'ordonnance du 4 septembre 2003 lève définitivement le blocage structurel lié à l'opposabilité de la carte sanitaire et au taux de change. Elle inscrit l'HAD comme un volet à part entière des SROS de troisième génération, du plan "urgences" et des politiques régionales. La T2A remplace le budget global et devrait permettre de lever le voile sur cette offre de soins très diversifiée et mal connue. Un nouvel

essor est attendu dont on verra, dès la fin 2005, s'il répond aux attentes en particulier en ce qui concerne la création des 8 000 places prévues. L'HAD apparaît aujourd'hui comme une solution très satisfaisante existante, offrant en outre un professionnalisme éprouvé fait d'efficacité, de souplesse et de l'adaptation nécessaire à la prise en charge des patients complexes. (R.A.).

2004

Chevreur, K., Com-Ruelle, L. et al. (2004). "Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(91): 8 , 1 tabl.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes91.pdf>

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

2003

Aligon, A., Com-Ruelle, L. et al. (2003). "Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)." Questions D'economie De La Sante (Credes)(67): 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes67.pdf>

La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000. Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de financement de l'HAD, le but de cette enquête prospective est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD au regard des pathologies traitées. Les résultats complets de cette étude et la méthode de construction des coûts sont présentés dans le rapport " Evaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile ", CREDES, biblio n°1484, juin 2003. Ce document présente une synthèse de ce rapport.

Aligon, A., Com-Ruelle, L. et al. (2003). Evaluation du coût de la prise en charge en Hospitalisation à Domicile. Rapport Credes. Paris Credes : 266 , 259 tabl., 267 fig., 229 graph., ann.

La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, conjointement à la CNAMTS, a demandé au CREDES de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) entre 1999 et 2000. Face à la diversité des situations existantes vis-à-vis des modes de tarification de l'hospitalisation à domicile (HAD), l'objectif principal de l'étude est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD en fonction de l'état de santé et des soins prodigués à partir d'une enquête prospective menée en 1999/2000. Après une description du contexte dans lequel se situe l'HAD, ce rapport présente d'abord la

méthodologie de construction des coûts. Ensuite, il décrit les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients retenus pour cette étude économique et pour lesquels nous disposons à la fois des consommations médicales délivrées par les structures d'HAD et des prestations versées en sus par l'Assurance maladie. L'évaluation du coût par journée de prise en charge en HAD est déclinée suivant différents critères relatifs au patient et à la structure d'HAD. Les facteurs déterminants de ce coût sont mis en évidence : la durée de séjour, le protocole de soins, le mode de sortie de l'HAD, l'âge et le degré de dépendance locomotrice. Enfin, cette étude apporte des éléments essentiels à intégrer dans la réflexion autour d'un paiement prospectif (plan hôpital 2007), notamment la nécessité de clarifier les définitions des protocoles de soins.

Com-Ruelle, L., et al. (2003). "Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile." *Questions D'economie De La Sante (Credes)*(69): 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes69.pdf>

À la suite des résultats de l'enquête sur le coût de prise en charge de l'hospitalisation à domicile (ENHAD 2000), le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a sollicité de nouveau le CREDES pour la construction d'un modèle de tarification basée sur l'activité. Cette demande s'inscrit dans le plan hôpital 2007 dont l'un des principaux objectifs est d'harmoniser les modes de financement des hôpitaux publics et privés.

Le Plat, P., et al. (2003). "Hospitalisation à domicile : résultats et analyse d'un outil de description patient." *Revue Hospitaliere De France*(494): 64-68, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP 9gR0x6sf. Diffusion soumise à autorisation]. A l'instar des autres services de soins, l'hôpital à domicile se doit de décrire son activité. Jusqu'ici, l'HAD ne dispose pas de références partagées opposables pour procéder à cette description nécessaire. La Fédération nationale des établissements d'HAD a donc incité ses adhérents à combler cette lacune, au moment où l'Assurance Maladie et les pouvoirs publics confiaient au Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (CREDES) une étude sur le coût de l'alternative à l'hospitalisation. L'outil proposé par la fondation de la Croix-Saint-Simon est fondé sur l'exploitation méthodique des prescriptions d'une circulaire définissant des modes de prise en charge, sur une nomenclature largement utilisée, sur un système interne de recueil et de validation des informations. Leur traitement est mis en oeuvre par un logiciel du marché, adapté avec son concepteur. L'expérience paraît concluante et permet en particulier une utilisation quotidienne de l'information par les médecins et les gestionnaires. Des échanges avec d'autres HAD confirment la reproductibilité du système d'information mis en place, ouvrant ainsi la perspective d'une agrégation des différentes données et d'une bonne prescription du champ concerné.

Lebrun, E. (2003). Analyse et construction d'une procédure de classement en groupes homogènes des patients en hospitalisation à domicile à partir de l'enquête CREDES 1999-2000. Lyon Université Lyon III, Université Lyon III - I.U.P. Santé. Lyon. FRA. **Mémoire de D.E.A. Méthodes d'analyse des systèmes de santé**: 105 , 115 graph., 113 tabl.

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/MemoireDEAELebrunHAD.pdf>

Alternative à hospitalisation traditionnelle présente dans le paysage sanitaire français depuis de nombreuses années et mode de prise en charge apprécié des patients, de leurs familles et des professionnels qui y participent, hospitalisation à domicile (H.A.D.) connaît cependant quelques difficultés à poursuivre son développement malgré la promulgation de textes de loi et la volonté gouvernementale affichée. La description des structures d'H.A.D. permet de comprendre un des freins au développement de l'H.A.D. : la diversité tant conceptuelle

qu'organisationnelle, tant des prises en charge que des patients, tant des soins prodigués que des coûts affichés ne permet pas d'avoir une image simple des structures et de trouver des solutions pratiques et efficaces. S'intéresser à décrire les coûts de prises en charge en H.A.D. est un aspect de la problématique. Imaginer un système de description et de comparaison, facile d'usage à la fois en termes de saisie et de recueil de données qu'en termes de symboliques pour les professionnels de terrain, est l'objectif complémentaire à la démarche d'analyse purement économique.

2001

(2001). Groupe de travail sur l'hospitalisation à domicile : synthèse. Paris MSSPS: page mult.

Le gouvernement a souhaité, à travers la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile et un plan de développement, assurer la croissance de l'hospitalisation à domicile. Dans ce contexte, le comité de pilotage de l'hospitalisation à domicile (HAD), installé le 11 avril 2001 a décidé la création de quatre groupes de travail chargés de faire des propositions favorisant d'une part le développement de l'HAD dans chaque région et d'autre part l'amélioration des services. Les groupes ont engagés leur réflexion sur les thèmes suivants : les obstacles à l'extension de l'HAD ; La place de l'HAD dans le système de soins et dans les réseaux ; La tarification et le financement de l'HAD ; La formation, la recherche et la communication sur l'HAD. Ce document fait la synthèse des réflexions et des propositions de chaque groupe.

Aligon, A., Com-Ruelle, L. et al. (2001). Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile, 1999-2000. Rapport Credes. Paris CREDES: 43 , 43 tabl., 42 fig., 46 ann.

L'objectif principal de cette enquête sur l'hospitalisation à domicile (HAD) menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en 1999-2000 est de calculer le coût global de prise en charge des patients « tout compris » afin d'éclairer les politiques de tarification. La construction d'un tel coût nécessite un recueil double, le premier auprès des structures d'HAD, complété par un second auprès de l'Assurance maladie. Ce rapport présente la méthode d'enquête (objectifs, contraintes, outils de recueil), sa mise en oeuvre sur le terrain (chronologie, organisation des flux d'information entre les différents acteurs, appariement des fichiers) et les méthodes d'exploitation des données (hypothèses de valorisation, choix des postes de consommation médicale, méthodes d'analyse statistique). Les annexes comprennent les documents ayant servi sur le terrain : questionnaires, méthode d'évaluation de la charge en soins infirmiers, aide à la codification des pathologies et des modes de prise en charge en HAD.

Etourneau, C. (2001). "Hospitalisation à domicile : l'Etat s'engage." Decision Sante(172): 17-18.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xBIGR. Diffusion soumise à autorisation]. Une circulaire de la Direction des hôpitaux du 30 mai 2000 fait souffler un vent d'optimisme à la FNEHAD. Le faible contingent de places d'HAD - 4000 actuellement - devrait au minimum être doublé en cinq ans indique la ministre dont les services travaillent à lever les derniers freins. La balle est maintenant dans le camp des professionnels médicaux et sociaux qui doivent s'organiser pour travailler en réseau.

Lebrun, E. (2001). Tentative de construction d'un indicateur de morbidité en hospitalisation à domicile à partir d'une enquête du CREDES réalisée en 1999 destinée à l'évaluation des coûts

de prise en charge. Paris Université Paris VI Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine Pitié Salpêtrière, Université Paris VI Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière. Paris. FRA / com. **Thèse pour le doctorat en médecine. Diplôme d'études spécialisées en santé publique.**: 124 , 129 ann., 125 tabl.

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseELebrunHAD.pdf>

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) étant soumis à des systèmes de tarification différents, le ministère de la Santé a commandité une étude pour tenter d'établir une tarification sur des bases communes à toutes les structures d'HAD. Une enquête fut donc lancée par le CreDES en 1999 pour tenter, en premier lieu, de définir le coût de la prise en charge en HAD. Parmi les diverses définitions de coût, c'est la définition de coût par mode (en termes de protocole) de prise en charge qui fut retenu. Le calcul de ce coût comprend divers éléments dont la description socio-démographique et médicale du patient. Cependant, la description analytique de toutes les caractéristiques de morbidité du patient s'avérait difficilement utilisable dans un but prospectif, et un indicateur les regroupant semblait plus pertinent pour cet usage. Le but de ce travail, réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine, était par conséquent d'évaluer la faisabilité de la création d'un indicateur plus synthétique de morbidité après mise en évidence des facteurs ayant un réel impact sur la description de la morbidité du patient. Cet indicateur avait pour contrainte d'être simple d'utilisation, de correspondre à une réalité de terrain pour les professionnels de l'HAD et d'avoir une validité intellectuelle en termes médicaux.

Siouffi, P., et al. (2001). "Evaluation de la charge en soins en hospitalisation à domicile." Gestions Hospitalières(402): 26-28, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP gP1kR0xW. Diffusion soumise à autorisation]. L'assistance publique de Marseille a réalisé une étude rétrospective de l'activité du service d'hospitalisation à domicile (HAD) sur l'année 1996 pour connaître la charge en soins de ses patients. Cette étude montre que la méthodologie SIIPS, conçu pour les unités de court séjour, est également applicable à l'évaluation de la charge en soins en HAD.

2000

Aligon, A., Com-Ruelle, L. et al. (2000). "L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ?" Informations Hospitalières(52): 16-21.

Cousteix, P. J., et al. (2000). "L'hospitalisation à domicile : un bilan d'étape." Informations Hospitalières(52): 10-15, tabl., carte.

L'hospitalisation à domicile (HAD), créée en 1957, a devancé les ordonnances de 1996, pour fonctionner, dès son origine, comme un véritable réseau coordonné de soins. De par sa capacité d'adaptation constante aux besoins et aux problématiques des patients, elle peut aujourd'hui transmettre son expérience de près de 50 ans. Les travaux menés à la Direction des Hôpitaux depuis 1997 et la nouvelle circulaire sur l'hospitalisation à domicile devraient donner naissance à de nouvelles attentes à l'égard de ce mode de prise en charge. Un bilan d'étape de la situation de l'hospitalisation à domicile semble alors se justifier.

Couty, E., et al. (2000). "L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor." Informations Hospitalières(52): 55 , graph., tabl., carte.

[BDSP. Notice produite par ENSP No6HiR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans un

contexte de recomposition de l'offre de soins, notamment sous l'impulsion des SROS de 2ème génération, dont plusieurs ont d'ailleurs intégré les alternatives à l'hospitalisation dans leurs priorités, il a paru intéressant, alors que le groupe de travail sur l'HAD venait de rendre ses conclusions, que la revue "Informations hospitalières" consacre un numéro spécial à l'hospitalisation à domicile. Les différents articles qui suivent abordent l'HAD à travers différentes approches (organisation, planification, types de soins, description de structures...). J'espère qu'ils susciteront chez les professionnels de santé qui les liront un intérêt pour ce mode de prise en charge et les inciteront, soit à développer ou à créer des services d'HAD, soit de prescrire plus souvent ce mode de prise en charge des patients.

Haury, B. (2000). "Hospitalisation à domicile : une répartition encore inégale." Revue Hospitaliere De France(3): 51-52, carte, phot.

[BDSP. Notice produite par ENSP 4XKR0xw3. Diffusion soumise à autorisation].

L'hospitalisation à domicile (HAD) répond à la demande de plus en plus forte des usagers d'être soignés à domicile et de rester dans leur cadre familial, même lorsqu'ils sont atteints de maladies qui nécessitent des soins complexes. Le cadre juridique en a été donné par la loi hospitalière de 1991 et les décrets d'application d'octobre 1992. Ces textes constituaient un véritable progrès puisqu'ils donnaient enfin un statut juridique à l'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation. Cependant, l'HAD demeure un mode de prise en charge marginal en France comme en témoigne l'état des lieux réalisé par la Direction des hôpitaux et la FNEHAD.

Haury, B., et al. (2000). "Typologie des séjours et critères d'admission en HAD." Informations Hospitalieres(52): 22-27.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xWtbS6. Diffusion soumise à autorisation]. L'insuffisance de précision sur les soins qui relèvent de l'HAD, par rapport à d'autres formes de soins à domicile, est apparue comme un frein au développement de l'hospitalisation à domicile en France. C'est pourquoi, le groupe de travail coordonné par la direction des hôpitaux, a tenté d'élaborer une typologie des soins dispensés en HAD à partir d'une enquête réalisée dans trois services d'HAD.

Jaglin-Grimonprez, C. (2000). "Le financement des services d'HAD." Informations Hospitalieres(52): 54-55.

[BDSP. Notice produite par ENSP qyoR0xF7. Diffusion soumise à autorisation]. Les services d'hospitalisation à domicile sont rattachés à des établissements de santé de statut différent, ce qui entraîne, par voie de conséquence, des modes de financement hétérogènes, quelques exemples.

Viennois-Marion, O. (2000). "Hospitalisation à domicile : entre institution et réseau de soins." Informations Hospitalieres(52): 28-34, organ.

[BDSP. Notice produite par ENSP 0jR0xKtB. Diffusion soumise à autorisation]. Quand, à propos de la santé, on évoque un système sans murs, on ne pense certainement pas à un système sans structures (ce qui n'aurait littéralement pas de sens). Dans les discours qui sont tenus sur le système de soins de demain on parle beaucoup de décloisonner, de décentraliser, de déprofessionnaliser, de déréglementer de façon à ouvrir l'hôpital sur son environnement, à permettre plus de coopération, à favoriser la communication et les échanges et à encourager l'apparition de nouvelles solidarités. Mais on parle tout autant de restructuration de réorganisation, de réingénierie, c'est-à-dire de l'émergence d'une nouvelle

structure. La question qui se pose donc est de savoir comment et à quelles conditions la mise en oeuvre simultanée d'actions déstructurantes permettra au système de santé de demain de pouvoir s'adapter de façon continue pour utiliser de façon optimale les ressources, les compétences et les technologies disponibles, de façon à offrir, à tout moment, à toute la population, tous les services médicalement requis.

1999

Jestin, C. et Haury, B. (1999). L'hospitalisation à domicile en France. Bilan et propositions. Paris Direction des Hôpitaux: 34 , tabl., graph., carte, 33 ann.

Un groupe de travail a été mis en place fin 1996 par la Direction des Hôpitaux afin de faire le point sur la situation de l'Hospitalisation à domicile (HAD) et faire des propositions de nature à faire évoluer l'HAD qui répond incontestablement à des besoins. Le travail s'est déroulé en plusieurs phases : analyse des modalités de fonctionnement actuelles ; réflexion sur les mesures destinées à améliorer la qualité de la prise en charge ; élaboration d'une typologie des séjours en HAD à partir d'une enquête dans trois sites ; réalisation d'une enquête par le CREDES sur le coût d'un patient en HAD.

1998

(1998). Les 40 ans de l'HAD. 1957-1997, l'hospitalisation à domicile. Histoire et témoignages, Paris : A.P. - H.P.

Cet ouvrage a été réalisé pour marquer le quarantième anniversaire de l'HAD de l'AP-HP, première structure alternative à l'hospitalisation montée en France. Il réunit les témoignages de ceux qui ont fait et continuent à faire de l'HAD un système moderne et performant de prise en charge des malades.

Siouffi, P., et al. (1998). "La satisfaction des patients en hospitalisation à domicile." Gestions Hospitalières(381): 793-797, tabl., ann.

[BDSP. Notice produite par ENSP RR0xk97I. Diffusion soumise à autorisation]. La mesure de la satisfaction des patients fait partie de l'évaluation de la qualité des soins. Dans le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique de Marseille, nous avons mené une enquête par questionnaire auprès des patients au cours du mois de juillet 1997, afin d'identifier les motifs d'insatisfaction. Nos résultats, bien que portant sur peu de malades, montrent que les patients sont en majorité très satisfaits de l'HAD et du fonctionnement du service. Cependant, certains points sont à améliorer, notamment la disponibilité du personnel soignant. Notre démarche s'avère donc utile au service pour réfléchir sur son organisation et orienter ses actions dans le sens de la satisfaction des patients.

1997

Garcia, Y. (1997). Ce qu'il faut savoir pour créer une H.A.D. Dax FNEHAD: 101 , 101 carte, tabl.

Ce guide est destiné aux personnes qui souhaiteraient créer une HAD (Hospitalisation à Domicile) en France. Il contient des informations sur le cadre réglementaire actuel, sur la démarche à effectuer pour constituer un dossier, et sur les informations devant figurer dans

ce dossier.

1995

Akrich, M. et Pasveer, B. (1995). De la conception à la naissance : comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des réseaux et des pratiques obstétricales. Paris CSI ; MIRE: 108.

La France et les Pays-Bas ont des modèles de pratique obstétricale opposés conduisant néanmoins à des résultats très proches en terme de morbidité et de mortalité. Ce document présente une première cartographie de ces deux systèmes organisés autour de trois points principaux : l'analyse des risques et la sécurité de la naissance, l'organisation de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et, en particulier, la question des dispositifs techniques utilisés, et enfin, la gestion de la douleur.

Com-Ruelle, L. et Raffy-Pihan, N. (1995). "L'hospitalisation à domicile : bilan, perspectives et comparaisons internationales." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(3): 25-36, 22 tabl., 24 graph.

L'hospitalisation à domicile (HAD) favorise le transfert du patient du cadre hospitalier vers son environnement familial. Bien adaptée à la prise en charge de certaines pathologies, comme le cancer ou le sida, elle apparaît comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, garantissant à la fois l'intérêt humain, médical et économique. Pourtant, si elle a bénéficié dans les années quatre-vingt d'une portée médiatique, son développement rencontre de nombreuses difficultés et sa place reste marginale dans les systèmes de soins français ou étrangers (Résumé d'auteur).

1994

Celerier, M. C. (1994). La santé en France : alternatives à l'hospitalo-centrisme, Grenoble : La Pensée sauvage

Com-Ruelle, L. (1994). La place des cancers en H.A.D., en 1991/1992 : son évolution depuis 1982 et les perspectives, Paris : CreDES

Com-Ruelle, L. et Raffy, N. (1994). Les patients hospitalisés à domicile en 1992. Rapport CreDES. Paris CreDES : 233 , tabl., graph.

Résultats de la phase "patients" de l'enquête nationale du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) sur l'hospitalisation à domicile en France en 1992. Ce rapport cherche à décrire le profil du patient hospitalisé à domicile (âge, sexe, P.C.S...), les soins qu'il reçoit et la place de l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique.

Com-Ruelle, L. et Raffy, N. (1994). Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et de facteurs en faveur de son développement. Rapport CreDES. Paris : CreDES: 131 , tabl., graph.

L'objectif de ce rapport est de faire la synthèse des points de vue des différents acteurs intervenant autour de l'hospitalisation à domicile : les patients pris en charge en HAD, les directeurs de structures d'HAD, les médecins hospitaliers, les médecins généralistes exerçant

en ville et les gestionnaires des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) qui interviennent dans les négociations du prix de journée. Les informations contenues dans ce rapport sont issues de plusieurs sources : enquête menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, en 1991-1992, auprès des services d'HAD en France, entretiens avec des prescripteurs d'HAD, rencontres avec les directeurs de structures ou les fonctionnaires des principales CRAM.

Raffy-Pihan, N. (1994). L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe aux Etats-Unis et aux Canada. Rapport CreDES. Paris : CreDES : 187 , 117 tabl., 113 graph.

Pionnier européen de l'hospitalisation à domicile, la France accuse un important retard de développement par rapport aux Etats-Unis qui restent l'initiateur et le leader de cette pratique. Mais, si l'hospitalisation à domicile compte aujourd'hui plus de 45 ans de fonctionnement, elle reste une pratique peu répandue sur les continents européen et américain. L'hospitalisation à domicile apparaît comme une formule de soins qui se développe lentement en Grande-Bretagne, en Espagne, en Allemagne. Elle reste encore à son stade expérimental en Suède, au Canada, en Italie, en Grèce et aux Pays-Bas. Cette alternative se caractérise par sa diversité concernant à la fois son fonctionnement, les pathologies prises en charge, le profil du patient hospitalisé à domicile et son financement. Si cette alternative pose des problèmes de concurrence avec les organisations de soins à domicile, son développement se heurte également à un certain nombre d'obstacles à la fois du côté de la demande et de l'offre. L'avenir semble pourtant plus optimiste que ces dernières années, certains arguments devant encourager le développement de l'hospitalisation à domicile.

1993

Bachimont, J. (1993). Complémentarité des thérapeutiques et migration des malades : les soins hospitaliers à domicile : l'exemple de la mucoviscidose. Paris : Mire : 132 , graph.

Ce document s'inscrit dans le cadre du programme "Substitutions et complémentarités thérapeutiques : migrations des patients". Il fait suite au rapport intermédiaire (rapport MIRE 1989) qui introduisait la notion de S.H.A.D. (Soins hospitaliers à domicile). Il consiste en une analyse sociologique de "l'espace social médicalisé" et de l'organisation des relations entre acteurs profanes et professionnels dans le domaine de la mucoviscidose.

Com-Ruelle, L. et Raffy, N. (1993). Le fonctionnement des services d'HAD : évolution 1980-1992. Rapport CreDES. Paris : CreDES : 69 , tabl, graph., ann.

Résultats de l'enquête menée par le Centre de Recherche - d'étude et de documentation en économie de la Santé en 1991 auprès des structures d'hospitalisation à domicile française. L'objectif de cette étude est d'établir un premier bilan d'activité de l'ensemble des services d'H.A.D. Les données publiées concernent les 39 établissements qui ont répondu au premier questionnaire décrivant l'activité et l'organisation de chacune des structures. Les points relatifs à la capacité d'accueil de l'établissement, son implantation géographique et l'analyse des types de pathologies prises en charge en H.A.D. concernent 40 structures d'H.A.D sur les 41 enquêtés.

1992

Boucniaux, N. (1992). La place de l'hospitalisation à domicile dans le système de soins français, Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA. **D.E.S.S. "Economie et Gestion des Systèmes de Santé"**: 122 , tabl., graph., fig., ann.

Après une présentation du système de soins en France : soins hospitaliers, soins ambulatoires, cette thèse élaborée dans le cadre de l'enquête "hospitalisation à domicile" menée par le Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) fait le point sur l'hospitalisation à domicile en France : historique, situation en 1992, et sur la méthodologie de l'enquête.

1991

(1991). Hospitalisation à domicile. Paris Communication Partenaires Santé: 48.

1989

Juskiewenski, S. p. (1989). L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile : alternatives à l'hospitalisation classique : séances des 9 et 10 décembre 1981. Paris Conseil Economique et Social: 144.

1987

Bungener, M., et al. (1987). "Les alternatives à l'hospitalisation." Prevenir(14): 143.

1982

Caquet, R. et Karsenty, S. (1982). Les alternatives à l'hospitalisation : rapport de mission au Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire. (Préparation du IXème Plan). Paris M.P.: 112.

1978

(1978). L'hospitalisation à domicile. Paris IGAS: pag mult.

1971

Ernst, C. (1971). Contribution à une évaluation des coûts et profits de l'hospitalisation à domicile : aspects économiques et médicaux du traitement des accidents vasculaires cérébraux dans un service d'hospitalisation à domicile, Paris : INSERM

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

2022

(2022). Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire par type de prise en charge. Saint-Denis HAS: 33.

https://has-sante.fr/jcms/p_3350460/fr/developpement-de-la-mesure-des-rehospitalisations-entre-1-et-3-jours-apres-chirurgie-ambulatoire-par-type-de-prise-en-charge

Les réhospitalisations précoces après une chirurgie programmée qui a été réalisée en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité, avec un objectif fixé à 70% en 2022 (voire 80% selon les récentes préconisations du haut conseil de santé publique, HCSP 2021). Ce rapport décrit l'expérimentation par retour aux dossiers réalisée entre le 22 janvier 2020 et le 15 janvier 2021, au cours de laquelle 234 établissements de santé ont analysé 3 270 dossiers concernant 147 types de prises en charge (racines de GHM) différentes ; la méthode utilisée pour identifier des types de prise en charge (racines de GHM) avec un potentiel d'amélioration ; l'analyse des 70,6% de réhospitalisations non programmées, dont 78% sont des complications génériques liées à la qualité du séjour de chirurgie ambulatoire ; les 6 types de prise en charge identifiées avec potentiel d'amélioration, qui feront l'objet d'indicateurs nationaux en 2022, accompagnés de nombreuses informations complémentaires au niveau des établissements et au niveau national, dont le taux de réhospitalisations à 30 jours.

Bonnet-Zamponi, D., Ecoffey, C. et Bontemps, g. e. a. (2022). "Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(118).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1179#82>

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire n'est pas seulement un transfert de l'hôpital vers la ville, il concerne aussi le transfert d'activité intra-hospitalière vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpital de jour, consultations). Ce dossier présente les constats des pratiques mises en œuvre dans le cadre du virage ambulatoire. Il précise la définition des différentes notions attachées à cette problématique. Il décrit les outils nécessaires au développement de ces pratiques en garantissant la sécurité des soins prodigués. Il aborde également les enjeux que représentent les pratiques ambulatoires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour la dimension sociale il s'agit de s'assurer notamment qu'une évaluation de la vulnérabilité psycho-socio-environnementale est réalisée et qu'un temps d'écoute de la personne accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical. Pour la dimension territoriale il s'agit de faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains, et d'assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement.

HAS (2022). Développement de la mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire par type de prise en charge. Saint-Denis HAS: 33.

https://has-sante.fr/jcms/p_3350460/fr/developpement-de-la-mesure-des-rehospitalisations-entre-1-et-3-jours-apres-chirurgie-ambulatoire-par-type-de-prise-en-charge

Les réhospitalisations précoces après une chirurgie programmée qui a été réalisée en ambulatoire représentent un des enjeux de sécurité pour le patient, dans un contexte de déploiement important de cette activité, avec un objectif fixé à 70% en 2022 (voire 80% selon les récentes préconisations du haut conseil de santé publique, HCSP 2021). Ce rapport décrit l'expérimentation par retour aux dossiers réalisée entre le 22 janvier 2020 et le 15 janvier 2021, au cours de laquelle 234 établissements de santé ont analysé 3 270 dossiers concernant 147 types de prises en charge (racines de GHM) différentes ; la méthode utilisée

pour identifier des types de prise en charge (racines de GHM) avec un potentiel d'amélioration ; l'analyse des 70,6% de réhospitalisations non programmées, dont 78% sont des complications génériques liées à la qualité du séjour de chirurgie ambulatoire ; les 6 types de prise en charge identifiées avec potentiel d'amélioration, qui feront l'objet d'indicateurs nationaux en 2022, accompagnés de nombreuses informations complémentaires au niveau des établissements et au niveau national, dont le taux de réhospitalisations à 30 jours.

2021

HCSP (2021). Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Paris HCSP: 126.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire, qui devrait stricto sensu conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, recouvre aussi le transfert d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations). Le HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patients et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire.

2020

Delatte, M. et Ramassamy, N. (2020). Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la chirurgie ambulatoire. Paris Sénat ; Paris Assemblée Nationale: 100.

http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3350_rapport-information.pdf

Véritable prouesse technique, l'opération chirurgicale dans le cadre de la chirurgie ambulatoire représente un double défi organisationnel et humain. Elle impose aux professionnels de santé de réviser les conditions de prise en charge des patients dans le respect de leur autonomie. Elle implique des gestes précis, l'application de recommandations de bonnes pratiques, l'organisation de nouveaux flux, la restructuration des locaux hospitaliers, l'évolution de nouveaux métiers ainsi que la transformation des lits anciennement dédiés à l'hospitalisation complète. Pratiquée dans les établissements de santé, la chirurgie ambulatoire n'impose pas moins une coordination avec les professions de santé exerçant en ville. L'hôpital ne constitue donc plus le lieu unique de prise en charge, celle-ci étant partagée avec les acteurs de la ville. La chirurgie ambulatoire implique par conséquent de surmonter le clivage couramment observé entre médecine hospitalière et médecine de ville. Elle représente également un défi humain majeur. L'apparition de nouvelles techniques de prise en charge a permis la réduction progressive de la durée de séjour jusqu'à permettre de bénéficier d'une opération chirurgicale en arrivant le matin et en repartant le soir. Cette nouvelle pratique ne saurait se réduire à une simple aubaine économique même si elle constitue encore une des motivations. De nombreuses personnes auditionnées ont voulu souligner qu'elle reste un art médical requérant une approche humaine. On pourrait considérer qu'avec l'apparition des nouvelles technologies et l'acquisition des nouvelles connaissances, la médecine gagnerait en technicité ce qu'elle perdrait en humanité. Or, le processus de prise en charge requiert au contraire un surcroît

d'humanité car le succès de l'opération repose sur le postulat d'un patient actif. Si le patient bénéficie toujours de l'opération chirurgicale, il n'en est pas moins un acteur à part entière. Le temps passé avec le patient doit être l'occasion de parvenir à mieux le connaître afin que la prise en charge constitue une réussite complète.

2019

Lefebvre-Hoang, I. et Yilmaz, E. (2019). "État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016." *Dossiers De La Drees (Les)*(41): 30.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/etat-des-lieux-des-pratiques-de-chirurgie-ambulatoire-en-2016>

La chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, sans nuit passée à l'hôpital. Cette pratique répond à plusieurs objectifs. Du point de vue du patient, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction. Du point de vue des régulateurs, les coûts moins élevés de cette forme de prise en charge, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, sont un atout permettant de mieux maîtriser les dépenses de soins. Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc fortement encouragé par les pouvoirs publics. Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par l'état de santé des patients, les variations de pratiques de chirurgie ambulatoire sur le territoire permettent d'identifier les organisations de l'offre de soins les plus propices à cette pratique et les potentiels de progression. Depuis 2008, les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites. Tous les départements ont vu leur taux d'ambulatoire progresser sur cette période, et les écarts observés par rapport à la moyenne nationale se sont réduits de 40 %. Toutefois des disparités subsistent, quoique de manière très différente d'un type d'intervention chirurgicale à l'autre. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît faible pour deux catégories d'interventions : celles dont le taux d'ambulatoire est déjà très élevé (14 groupes d'interventions chirurgicales dont la cataracte et les chirurgies de la main ou du poignet) et celles pour lesquelles la pratique ambulatoire est peu adaptée, du fait de la complexité des cas et du petit nombre de séjours concernés (16 groupes d'interventions dont les chirurgies du rachis ou celles de la thyroïde). Entre ces deux cas polaires, il existe un ensemble de 30 groupes d'interventions, concernant 28,5 % des séjours de chirurgie, dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements et pour lesquelles le potentiel d'ambulatoire pourrait être développé, par exemple les chirurgies transurétales ou celles de la cheville ou du pied. L'analyse des facteurs associés à la décision de recourir à ce type de prise en charge met en évidence l'importance des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités) : ainsi, la chirurgie ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques. Le degré de complexité des interventions influence aussi ce mode de prise en charge. La proximité du lieu d'hospitalisation est aussi un facteur en faveur d'une plus grande prise en charge en ambulatoire. Des caractéristiques liées directement aux établissements, comme la taille de l'établissement, jouent aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire toutes choses égales par ailleurs. En revanche, nos estimations peinent à mettre en évidence un effet systématique de l'offre de soins de ville sur la chirurgie ambulatoire, sauf pour quelques interventions spécifiques alors que le développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être limité par une offre de ville insuffisante.

2017

ARS (2017). La chirurgie ambulatoire en Pays de Loire : situation régionale au 31 juin 2017. Nantes
ARS: 11.

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-09/synthese-chirurgie-ambulatoire-juin-2017.pdf>

La région des Pays-de-la-Loire s'approche de son taux cible 2017 (59,7%) et se situe au 3^e rang national en termes de « dynamique ambulatoire ». Toutefois, ce taux doit être apprécié au regard du taux cible fixé par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), sur la base du potentiel de développement de chaque région. Cette synthèse régionale présente les principaux indicateurs retenus par l'Agence régionale de santé pour évaluer la progression régionale et précise la situation régionale sur cet enjeu. **2016**

Bruyère, C., Massard, N. et Romeyer, C. (2017). "Prévention des risques organisationnels en ambulatoire : une étude comparative de 4 cliniques." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **35**(1): 6-17.

« Les séjours hospitaliers doivent être moins fréquents et moins longs. C'est pourquoi je veux doubler le rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire », indique Marisol Touraine – ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – qui fixe l'objectif dès 2016 d'une opération sur deux réalisée en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire tend à devenir la norme. Or, la chirurgie ambulatoire est un changement culturel profond et un processus organisationnel complexe invitant à repenser les modes d'accès aux soins et de gouvernance. Dans cette perspective, des travaux initiés par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) et l'HAS (Haute autorité de santé) publiés en 2013 visent à guider les acteurs de terrain dans le développement des pratiques ambulatoires, en préconisant une approche Lean comme système organisationnel global. Quel usage en ont les acteurs ? Quelle perception ont-ils du Lean Management ? Et comment se prémunissent-ils des risques organisationnels du Lean dans un contexte de chirurgie ambulatoire ? Une étude comparative de 4 centres autonomes ambulatoires (4 cliniques privées, seuls centres autonomes à ce jour en France) a permis de mettre en avant les principaux risques perçus par les acteurs – mise en tension et rigidification du travail- ainsi que les moyens techniques, organisationnels et humains pour faire face. Il ressort que les cliniques étudiées ont su se préserver des marges de manœuvre pour adapter le flux aux pressions, préservant ainsi le slack organisationnel nécessaire à la cohabitation d'un standard organisationnel et d'une relation unique.

Delavaquerie, C., et al. (2016). Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, Paris : Inspection générale des affaires sociales Paris : Inspection générale des finances

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article539>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE R0xpqs9t. Diffusion soumise à autorisation]. Conformément à la lettre de mission, l'objectif de la mission a été d'identifier les conditions d'engagement d'un « virage ambulatoire » de l'activité de médecine à l'hôpital qui, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), vise à assurer : la qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité ; la fluidité des parcours des patients en évitant toute rupture liée à l'hospitalisation. Son objectif général est de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement. Après avoir défini la notion de médecine et retenu un périmètre d'étude, la mission a conduit ses travaux en trois temps : caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée, notamment à partir de comparaisons par âge, régions, catégories d'établissement, et groupes homogènes de séjours (GHS) ; analyse des enjeux liés au développement des hôpitaux de jour, et des outils

à mobiliser, tant du point de vue organisationnel que des éventuels obstacles tarifaires, notamment liés aux ambiguïtés d'interprétation de l'instruction dite 'frontière du 15 juin 2010' ; proposition d'une méthode pour engager le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, reposant d'une part sur une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS), et d'autre part sur l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes. La mission formule des propositions concernant concomitamment le niveau national (mise en place d'un comité stratégique, élaboration de référentiels cliniques, tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés...), le niveau territorial (identification d'un volet contractuel spécifique établissements/ARS intégrant des objectifs cibles de progression ; analyse comparative croisée entre groupes d'établissements,...) et le champ des études et statistiques.

Finkel, S., et al. (2016). "Le virage vers le (presque) tout ambulatoire : crédible ?" Revue Hospitaliere De France(570): 60-67, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xGqEB. Diffusion soumise à autorisation]. Le tout ambulatoire en chirurgie est présenté comme la panacée et la solution à tous les maux de l'hôpital, notamment en termes d'économies budgétaires. Des travaux réalisés en 2013, visant à rechercher le potentiel ambulatoire crédible au niveau national, ont été adaptés et appliqués à deux centres hospitaliers d'une centaine de lits de chirurgie, l'un possédant une unité de chirurgie ambulatoire, l'autre pas. Alors que le taux de chirurgie ambulatoire pourrait évoluer, dans un terme à discuter, de 30% à 43% dans un cas et de 30% à 45% dans l'autre, ce qui constitue déjà une évolution majeure, les gains financiers en découlant se révèlent extrêmement décevants. Et ce y compris dans le cas de l'établissement transformant une unité d'hospitalisation complète en unité ambulatoire. (introd.).

Zabawa, C., Cottenet, J., Zeller, M., et al. (2017). "Soins ambulatoires et facteurs associés à la réhospitalisation précoce des sujets âgés (65+) après un infarctus du myocarde : étude observationnelle à partir des données nationales de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **65**(1): 90-91.

Les réhospitalisations précoces (RHP), dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation, sont fréquentes chez les sujets âgés, notamment après un infarctus du myocarde (IDM). Elles augmentent la morbi-mortalité et les dépenses de santé. Il a été démontré qu'une meilleure organisation de la sortie d'hospitalisation réduit significativement le risque de RHP.

Néanmoins, il n'existe aucune recommandation sur le suivi ambulatoire en sortie d'hospitalisation. L'objectif de l'étude était d'analyser les soins ambulatoires post-hospitaliers et les facteurs associés à la RHP des sujets âgés après un IDM. Cette étude observationnelle rétrospective a été réalisée à partir des données nationales de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Tous les patients ≥ 65 ans, hospitalisés pour un IDM entre 2011 et 2013 étaient inclus. Les patients hospitalisés pour un IDM dans l'année précédente, ou décédés pendant l'hospitalisation initiale ou dans les 30 jours suivant la sortie étaient exclus. Le critère de jugement principal était la première réhospitalisation, toutes causes, dans les 30 jours suivant la sortie du court-séjour. Des données socio-démographiques, médicales et de soins ambulatoires étaient recueillies. Les déterminants de la RHP étaient identifiés via des modèles de régression logistique. Parmi les 624 patients éligibles, 137 étaient réhospitalisés dans les 30 jours (22 %). L'âge moyen était de 79,2 ans, avec une prédominance masculine (57 %). Le délai moyen de réhospitalisation était de 11,9 jours. En analyse multivariée, la fibrillation atriale (OR=1,81 [1,12–2,91]), l'insuffisance rénale chronique (OR=1,90 [1,01–3,57]) et la délivrance d'un antiagrégant plaquettaire ou

anticoagulant dans les sept jours suivant la sortie (OR=0,57 [0,38–0,83]) étaient significativement associés à la RHP. Cette étude, réalisée sur un échantillon représentatif de la population française, confirme le haut risque de RHP chez les sujets âgés en post-IDM. Des interventions ciblées sur les comorbidités et les traitements paraissent nécessaires pour réduire ces RHP.

Weeks, W. B., Ventelou, B. et Paraponaris, A. (2016). "Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009–2010: trends, geographic variation, costs, and an international comparison." *The European Journal of Health Economics* **17**(4): 453-470.

Admissions for ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) are considered preventable and indicators of poor access to primary care. We wondered whether per-capita rates of admission for ACSCs in France demonstrated geographic variation, were changing, were related to other independent variables, or were comparable to those in other countries; further, we wanted to quantify the resources such admissions consume.

2015

(2015). La chirurgie ambulatoire. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015., Paris : Ministère chargé de la santé: 124-127, tabl., graph.

Correspondant à des actes chirurgicaux généralement programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance post-opératoire permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention, la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation ayant pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), l'activité de chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement légalement définies imposant notamment une équivalence stricte des prestations délivrées à celles qui le sont dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet et limitant la durée d'ouverture de la structure à 12 heures au maximum. Source d'efficience (en termes de qualité et de sécurité des soins, de satisfaction du patient ou encore de modernisation des établissements de santé) et d'économies substantielles pour l'assurance maladie, le développement de la chirurgie ambulatoire a été notable depuis une quinzaine d'années. Cette progression est le résultat d'une mise en cohérence des actions nationales et régionales par le déploiement de leviers pluriels (organisationnels, réglementaires, tarifaires incitatives, de formation, cf. encadré) et d'une mobilisation forte des acteurs de terrain. L'objectif concerté avec l'ensemble des acteurs est d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 50% à la fin de l'année 2016. Si, au vu des comparaisons internationales, le potentiel d'économies est indéniable, certains freins au développement de la chirurgie ambulatoire restent à lever.

(2015). Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire ». Saint-Denis HAS: 10.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage

Le développement des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), fondés sur l'analyse du parcours du patient –avant-pendant-après- permet d'accompagner le déploiement

sécurisé de la chirurgie ambulatoire. L'objectif pour la HAS est de proposer un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui mesure, dans le cadre d'une démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge.

(2015). Programme d'actions communes HAS-ANAP. Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation. « Développement d'indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient en chirurgie ambulatoire ». Saint-Denis HAS: 10.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/developpement-dindicateurs-de-processus-et-de-resultats-pour-evaluer-le-parcours-du-patient-en-chirurgie-ambulatoire-note-de-cadrage

En décembre 2010, la DGOS et la HAS collaborent pour le développement d'indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé issus de projets de recherche (COMPAQ, CLARTE). La HAS reprend l'ensemble des opérations dans le cadre d'une maîtrise d'ouvrage partagée. Dans ce cadre, le développement des IQSS, fondés sur l'analyse du parcours du patient –avant-pendant-après- permet, dans une approche intégrée, d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire. L'objectif pour la HAS est de proposer un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui mesure, dans le cadre d'une démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge. Ce tableau de bord d'indicateurs qualité et sécurité des soins comprendra : Un set d'indicateurs de processus, optimisant des points clés du processus de prise en charge des patients, y compris l'information sur le suivi recommandé après la sortie, des indicateurs mesurant le résultat pour le patient en termes de chirurgie ambulatoire, de réduction des événements indésirables évitables : tels que les conversions en hospitalisation complète et les réadmissions en urgence.

Debreuve-Theresette, A., Jovenin, N., Stona, A. C., et al. (2015). "[Patients' satisfaction and waiting time in oncology day care centers in Champagne-Ardenne]." Rev Epidemiol Sante Publique.

AIM: Quality of life of patients suffering from cancer may be influenced by the way healthcare is organized and by patient experiences. Nowadays, chemotherapy is often provided in day care centers. This study aimed to assess patient waiting time and satisfaction in oncology day care centers in Champagne-Ardenne, France. METHODS: This cross-sectional survey involved all patients receiving ambulatory chemotherapy during a one-week period in day care centers of Champagne-Ardenne public and private healthcare institutions participating in the study. Sociodemographic, medical and outpatient data were collected. Patient satisfaction was measured using the Out-Patsat35 questionnaire. RESULTS: Eleven (out of 16) oncology day care centers and 441 patients participated in the study. Most of the patients were women (n=252, 57.1%) and the mean age was 61+/-12 years. The mean satisfaction score was 82+/-14 (out of 100) and the mean waiting time between the assigned appointment time and administration of chemotherapy was 97+/-60min. CONCLUSION: This study has shown that waiting times are important. However, patients are satisfied with the healthcare organization, especially regarding nursing support. Early preparation of chemotherapy could improve these parameters.

Huguier, M., et al. (2015). Pertinence économique de la chirurgie ambulatoire. Paris Académie nationale de médecine : 12.

L'Académie nationale de médecine, depuis plus de dix ans, considère la chirurgie ambulatoire avec un grand intérêt. Les estimations des économies qu'elle permettrait

varient de 0.5 milliards à 6 milliards Cela s'explique par l'absence d'études fondées sur des comparaisons factuelles bien établies. De plus, les estimations reposent, en partie, sur des comparaisons internationales qui sont biaisées par l'absence de définition claire et concrète de cette « chirurgie ». Les tarifications en France sont d'une remarquable complexité. Schématiquement, 1) les coûts pour le malade, pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires, sont basés sur la notion de prix de journée et sont en faveur de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie conventionnelle ; 2) les coûts pour les établissements hospitaliers sont, pour l'essentiel, le ratio entre les allocations versées par l'assurance maladie qui reposent sur la tarification à l'activité (T2A) et ses dépenses, principalement salariales ; 3) le coût pour l'assurance maladie est celui qu'elle fixe elle-même pour chaque activité médicale (T2A) au sein de l'enveloppe globale de l'Objectif national des dépenses de santé (ONDAM), mais qui n'est pas un crédit budgétaire limitatif. L'Académie nationale de médecine, sans remettre en cause le bénéfice pour le patient de cette alternative à la chirurgie traditionnelle, insiste sur la nécessité de réaliser en France des études comparatives avec la chirurgie conventionnelle portant sur les coûts réels, directs et dérivés en s'appuyant sur une comptabilité analytique. L'analyse porterait sur des actes et des groupes de malades similaires. Par ailleurs, les propositions qu'elle avait faites pour une réforme de l'assurance maladie gardent toute leur valeur.

2014

(2014). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique. Saint-Denis HAS: 197 , fig., annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1751577

En 2010, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent. L'article D. 6124-301 du Code de santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient L'évaluation de l'éligibilité lors de la consultation pré-opératoire est essentielle, notamment pour assurer la sécurité des patients). En 2005, selon Lermite, la sélection des patients a des composantes médicales et sociales. Mais l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépendait plus des habitudes et des traditions des services que des données d'évidence. L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but est d'identifier les éléments ou critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises, et non d'élaborer des recommandations de bonne pratique. En effet, selon les données du Socle de connaissances, l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables en termes d'organisation et de ressources, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées (résumé de l'éditeur).

Bert, T., et al. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Rapport Igas ; 2014-039R, Rapport IGR ; 2014-M-034-02. Paris IGAS; Paris IGF: 288.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-_Rapport.pdf

Dans le cadre de la démarche de « Modernisation de l'action publique » (MAP), l'IGAS et l'IGF

ont été chargées d'une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond à une hospitalisation sans hébergement de nuit. La mission s'est intéressée aux points suivants : la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire ; les freins à son développement et les leviers à actionner pour la développer ; le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire. Elle a fourni une évaluation des économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie et les établissements. Et elle a défini plusieurs scénarios envisageables dans la mise en oeuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

Bontemps, G. (2014). "[Development of day surgery in France: More constraints for more performance?]." *Presse Med* **43**(3): 275-277.

Cuisinier, A. et Albaladejo, P. (2014). "[Management of comorbidity and preoperative treatment in ambulatory surgery?]." *Presse Med* **43**(3): 283-290.

Prevention of postoperative exacerbation of chronic medical disease requires high standard of safety and quality of care in ambulatory surgery and anesthesia. Age is not a major criterion for selection for ambulatory surgery. Ambulatory surgery may be considered for patients with ASA score I, II or III with stable medical conditions. Preoperative medical condition is not a contra-indication to ambulatory surgery, (except severe or end stage) as long as perioperative organization and patient compliance to perioperative instructions are controlled. In patients with major comorbidity, ambulatory surgery should be considered instead of conventional hospitalization. Preop treatment must be maintained during the perioperative period. Their interruption does not provide any benefit and could exacerbate an otherwise stable chronic disease

Vons, C. (2014). "[Ambulatory surgery: An evolution of both the surgical technics and the way of care. To excellence in surgery]." *Presse Med* **43**(3): 278-282.

Day-case surgery has been made possible thanks to the development of surgical techniques such as video-assisted surgery. Mini-invasive surgery reduces the incisional size, decreases postoperative pain, and the duration of postoperative rehabilitation. Robot-assisted surgery is a new technical improvement which increases safety and accuracy of surgical procedures. Laser surgery decreases the risk of postoperative bleeding allowing day-case ablation of the prostate to be performed. Improvement in surgical management is related to: Day-case surgery is demanding, leading to surgeons, anaesthetists and all health care providers to better control patients' management, in order to improve health care quality and safety

2013

Anap (2013). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Interdiag Chir Ambu. Outil de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire, Paris : ANAP
<http://www.anap.fr/>

[BDSP. Notice produite par EHESP prDaTR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et la Haute Autorité de Santé ont défini en 2011 un programme de travail pluriannuel sur la chirurgie ambulatoire et publient, dans ce cadre de travail, une série de documents (recommandations générales, guides et outils) dans le but de : faciliter l'appropriation des recommandations organisationnelles, donner les grands principes de conduite de projet, expliciter les recommandations spécifiques à la gestion des risques et la sécurité des

patients, permettre au établissement d'évaluer leur situation et de dégager des perspectives d'évolution. Ce guide est un guide d'accompagnement de l'outil Interdiag Chir Ambu qui est un outil de diagnostic interne sur la chirurgie ambulatoire permettant, à chaque établissement de santé ou organisation, d'évaluer son niveau de maturité organisationnelle pour chacune des recommandations organisationnelles ANAP/HAS sur la chirurgie ambulatoire. L'outil Interdiag Chir Ambu est constitué d'un questionnaire autoportant comportant 196 questions fermées. Cet outil se présente sous forme d'un document excel avec calcul automatique d'un score par recommandation.

(2013). Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. Guide méthodologique. Guides méthodologiques. Saint-Denis La Plaine HAS: 113.

<http://www.has-sante.fr/>

[BDSP. Notice produite par HAS qR0xtsr9. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de ce travail est de proposer des processus organisationnels opérationnels et des outils associés permettant aux acteurs de terrain de développer la chirurgie ambulatoire.

(2013). Sécurité sociale : Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris Cour des Comptes: 631, tabl.

Le rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale souligne que le déficit de la sécurité sociale a augmenté de 147 milliards d'euros fin 2011 à 159 milliards d'euros fin 2013. Il propose que les déficits 2012 et 2013 des branches maladie soient repris par la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale), que le taux de la CRDS (contribution de la dette sociale) soit augmenté et que l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) pour 2014, 2015 et 2016 soit diminué d'au moins 0,2 point par an. L'instance souhaite par ailleurs développer la chirurgie ambulatoire, ce qui permettrait d'économiser 5 milliards d'euros, accélérer les restructurations des hôpitaux privés à but non lucratif, confier aux agences régionales de santé la responsabilité et le financement de la permanence de soins, ou encore faire des hôpitaux locaux des structures d'aval pour les autres établissements. Parmi les autres sujets traités : l'hospitalisation à domicile, les dépenses de biologie médicale, la sécurité sociale des étudiants, la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses....

(2013). Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger: Etat des lieux et perspectives. 2 volumes : rapport d'orientation, synthèse et recommandations. Saint-Denis La Plaine HAS: 2 vol. (132;132).

<http://www.has-sante.fr/>

La chirurgie ambulatoire permet au patient de rejoindre son domicile le jour même de son intervention. Alors qu'elle s'est fortement développée dans de nombreux pays européens pour devenir très largement majoritaire, cette pratique ne représente en France qu'environ 40% du total des interventions chirurgicales. Pour favoriser le développement de cette activité, une tarification identique a été instaurée par les pouvoirs publics à partir de 2009 entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle de niveau de sévérité 1. Initialement destinée à 18 procédures chirurgicales, son champ s'est progressivement étendu jusqu'à s'appliquer à 47 procédures en 2013. La HAS a constaté que la tarification identique avait contribué au développement de la chirurgie ambulatoire, mais que la part attribuable aux incitations tarifaires était difficilement mesurable. Elle a mis par ailleurs en évidence plusieurs limites. La HAS a ensuite réalisé une revue de la littérature des différentes innovations mises en place à l'étranger au niveau tarifaire et organisationnel : tarification forfaitaire à l'épisode de soins (bundled payment) expérimentée aux États-Unis. tarif à la

meilleure pratique (best practice tariff) basé sur le coût de la pratique la plus efficiente en Grande-Bretagne ; recours à des établissements sans hébergement totalement dédiés à la chirurgie ambulatoire (ambulatory surgery centers) et autonomes sur le plan juridique et administratif aux Etats-Unis. La HAS a identifié onze thématiques et a élaboré 25 recommandations présentées dans des fiches synthétiques ; elle propose les pistes d'amélioration suivantes : l'accompagnement des mesures tarifaires par d'autres types de mesures incitatives (plan d'investissement, de formation par exemple), dont la cohérence doit être assurée, aussi bien au niveau national que local ; le rétablissement du principe de la neutralité tarifaire au niveau global ; l'amélioration de la lisibilité des incitations tarifaires, tout en précisant les objectifs du régulateur ; la déclinaison du taux national cible de 50% de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2016 en un taux par procédure, tout en favorisant les prises en charge les plus efficaces. La HAS recommande également de s'inspirer des modèles tarifaires du Royaume Uni et des États-Unis, afin de proposer en France une tarification adaptée à l'objectif poursuivi, et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge en chirurgie.

2012

(2012). Analyse de l'évolution de la chirurgie ambulatoire 2007-2011 (Mise à jour octobre 2012). Lyon ATIH : 10 , tabl., cartes.

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600004FF>

Cette analyse s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Un premier état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire avait été élaboré sur la période 2007-2009. Cet état des lieux avait été complété par l'analyse de l'activité 2010 et présente désormais une actualisation 2011. Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : - des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région - des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.

(2012). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Outils et recommandations économiques. Note de cadrage. Paris ANAP ; Saint-Denis HAS: 27 , fig., annexes.

<http://www.has-sante.fr/>

Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, des incitations tarifaires et réglementaires ont été mises en place depuis le début des années deux mille. Ces incitations ont eu des conséquences positives sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais parfois moins importantes qu'attendues. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce résultat : une absence de prise en compte, dans les tarifs pratiqués, des conditions réelles de production des établissements, des mécanismes d'incitation encore perfectibles, une connaissance limitée par les professionnels de santé ou les établissements des grands principes tarifaires et des incitations sous-jacentes. Pour améliorer la connaissance sur les principes incitatifs ainsi que leur maîtrise par les établissements hospitaliers, deux pistes d'évolution ont donc été retenues. Elles feront l'objet de travaux spécifiques de l'Anap et de la HAS. Il s'agira de mettre à la disposition des établissements hospitaliers des outils micro-économiques opérationnels leur permettant de mieux connaître leurs coûts réels, donc les conditions sous lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire leur permettrait d'atteindre à minima l'équilibre financier (égalité des charges et des produits). Deux livrables seront fournis successivement. Le premier sera basé sur une

analyse utilisant la comptabilité analytique hospitalière et simulera la substitution d'une activité de chirurgie classique par une activité de chirurgie ambulatoire. Le second portera sur l'analyse du coût d'une activité de chirurgie ambulatoire, par technique de micro-costing, à partir de l'observation directe du chemin clinique du patient. Cette étude permettra de mettre en lumière les économies d'échelle ou de gamme liées au choix de l'activité (case mix et volumes). Il s'agira également de répertorier, dans le cadre d'un rapport d'orientation, toutes les conséquences économiques des règles tarifaires actuelles, à la lumière de l'analyse de la littérature sur les incitations associées à la tarification à l'activité, complétée par l'étude des règles tarifaires originales (i.e. différentes de celles pratiquées en France) appliquées à l'étranger.

(2012). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Paris ANAP ; Saint-Denis HAS: 140 , fig., annexes.

<http://www.has-sante.fr/>

Ce rapport est un état des lieux et des connaissances réalisé à partir des données françaises et internationales, construit pour servir de base d'informations sur laquelle les futurs travaux de la HAS et de l'ANAP se fonderont. Il reprend les définitions de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'un point sur la réglementation française, la description de l'environnement et des différentes modalités d'organisation, une analyse des bénéfices/risques pour les patients, un état des lieux de son développement en France et des modalités actuelles de tarification.

2011

(2011). Chirurgie ambulatoire : Outils d'aide au développement. Note d'orientation. Paris ANAP ; Paris HAS: 15.

<http://www.has-sante.fr/>

La chirurgie ambulatoire reste en France insuffisamment développée alors qu'elle constitue un apport réel en termes de qualité pour les patients. Dans ce contexte, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) unissent leurs efforts pour informer et accompagner les professionnels. Les deux partenaires publient ce jour une note d'orientation qui formalise leur coopération, définit six axes de travail, précise la nature des productions attendues et donne un calendrier d'action.

2010

(2010). Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale : Données 2007-2009. Lyon ATIH: 19 , tabl., cartes.

<http://www.atih.sante.fr/programme-national-chirurgie-ambulatoire>

Ce document propose un état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007. Il s'inscrit dans le cadre priorité du programme « gestion des risques » (GDR) et fait suite à l'instruction DGOS du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Pour la réalisation de cet état des lieux, des indicateurs ont été définis. Ils sont de deux types : des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région et des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7) calculés au niveau national et par région, avec une déclinaison par territoire de santé et par établissement.

(2010). Progression du taux de chirurgie ambulatoire entre 2006 et 2009, liée à la mise sous accord préalable, Paris : CNAMTS

Depuis une dizaine d'années, les durées hospitalisation diminuent dans la plupart des pays développés. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : nouvelles techniques d'anesthésie, interventions chirurgicales moins invasives ou substituées par d'autres thérapeutiques, mise en œuvre de programmes de suivi des patients à domicile après une hospitalisation. Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans cette dynamique, répondant aux attentes des patients et offrant aux établissements de santé des coûts de production optimisés. En 2008, dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale, l'assurance Maladie a testé puis étendu un dispositif innovant et opérationnel pour inciter les établissements de santé à pratiquer la chirurgie ambulatoire. Ce dispositif prévoit la mise sous accord préalable, pour certaines interventions ciblées, des établissements de santé dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne (régionale et nationale). Portant sur 5 gestes chirurgicaux en 2008, cette procédure a été déployée significativement en 2009 en intégrant 12 nouveaux actes. Les 17 gestes marqueurs sélectionnés représentent 2 millions d'interventions et la très large majorité des opérations réalisées en ambulatoire en France (84%). Depuis 2008, plus d'un établissement de santé sur deux pratiquant la chirurgie a été mis sous accord préalable, soit un total de 532 établissements. Cette étude de l'assurance Maladie étudie l'impact dans la durée du dispositif de mise sous accord préalable pour évaluer son effet à plus long terme : la progression persiste au-delà de la mise en place du dispositif.

Barreau Aguilera, M. (2010). "Développer l'ambulatoire. Un challenge à la portée de tous." Revue Hospitalière De France(537): 14-17, ill.

[BDSP. Notice produite par EHESP kR0xEIDG. Diffusion soumise à autorisation]. La capacité d'hospitalisation conventionnelle générée par la chirurgie ambulatoire représente une véritable soupape pour les hôpitaux, cependant, cette démarche a encore bien du chemin à faire en France pour atteindre les investissements des pays voisins en la matière. Les facteurs de réussite, les leviers et les freins au développement de la chirurgie ambulatoire en France sont évoqués ici, avec pour illustration le centre hospitalier de Cholet, qui a ouvert en septembre 2007 une unité de chirurgie anesthésie ambulatoire.

Triboulet, J.-P. (2010). "Chirurgie ambulatoire : un modèle organisationnel et économique." Revue Hospitalière De France(537): 12-13.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xHp89J. Diffusion soumise à autorisation]. Le président de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) dresse un rapide état des lieux de cette pratique en France (la chirurgie ambulatoire ne représente que 26.2% de l'activité en France alors qu'elle concerne 70 à 80% de l'activité chirurgicale dans de nombreux pays d'Europe), et prône son développement en présentant ses avantages et son modèle organisationnel.

2009

(2009). La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français : Une évolution positive entre 2006 et 2008

Au 1er semestre 2008, le taux de chirurgie ambulatoire était de 54 %, contre 36 % en 2000.

Les cliniques privées continuent d'afficher un taux plus élevé (58 %) que les hôpitaux publics (47 %) mais ces derniers enregistrant actuellement une progression sensible réduisent l'écart. Si l'on considère six des interventions chirurgicales les plus courantes, ces résultats sont plus positifs encore avec un taux qui approche les 65 %. Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire atteignait les 94 % en 2003. Le dispositif d'accord préalable, prévu par la LFSS pour 2008, mis en place par l'Assurance Maladie et les ARH pour les établissements dont l'activité ambulatoire est inférieure à la moyenne a permis de redresser la barre. En un semestre, plus de 200 établissements de santé, dont 63 % de cliniques privées, ont été mis sous accord préalable avec pour résultats une hausse du taux de 29 points, en quelques mois seulement. La CNAMTS chiffre les économies à "quelques centaines de millions d'euros par an".

Bazin, G., et al. (2009). Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Ce qui faut savoir... Ce qui fait débat, Paris : Ministère chargé de la Santé
<http://social-sante.gouv.fr/>

La finalité de ce document est d'apporter une aide à la compréhension des thématiques les plus fréquemment évoquées lors des débats entre professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire. Cet abécédaire, au sens de livre didactique propose deux niveaux d'approche. Tout d'abord, une entrée thématique traite d'une question posée. Il s'agit d'une synthèse rédigée selon un schéma standard qui distingue successivement la question posée, la réglementation, les bonnes pratiques et ce qui fait débat (qui renvoie à une ou plusieurs fiches). Les quinze thèmes sont regroupés en trois champs : pratique, organisation et réglementation. La deuxième approche se fait par fiche, chaque fiche étant reliée à un thème.

Grelou, C. (2009). "Qualité et performance hospitalière. Atouts de la chirurgie ambulatoire." Revue Hospitaliere De France(530): 60-63.

[BDSP. Notice produite par EHESP HA97IR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La tarification à l'activité a transformé en profondeur le mode de financement des hôpitaux et les a incité à améliorer leur efficacité et leur performance. De quels moyens disposent-ils pour y parvenir ? S'il existe un lien entre tarification à l'activité et qualité, peut-il contribuer à ce que les centres hospitaliers gagnent en performance ? C'est ce que le centre hospitalier de Tulle a cherché à connaître, à travers l'analyse de la prise en charge des patientes atteintes de lésions mammaires bénignes, et notamment l'étude de son transfert vers la chirurgie ambulatoire.

2008

Baccaglioni, H. (2008). "Une expérience européenne en chirurgie ambulatoire." Regards De La Fhp(57): 43-45, graph.

Cet article résume l'intervention de H. Baccaglioni, représentant italien de l'International Association for Ambulatory Surgery lors de la journée thématique sur la chirurgie, organisée par la FHP le 27 juin 2008. Il a tout d'abord présenté son association et a proposé une vision internationale de la chirurgie ambulatoire, avec des statistiques, des réflexions et des perspectives d'avenir.

Bontemps, G. (2008). "Principes et enjeux stratégiques de la chirurgie ambulatoire." Regards De La Fhp(57): 28-34, graph.

Cet article résume l'intervention de G. Bontemps lors de la journée thématique sur la chirurgie, organisée par la FHP le 27 juin 2008. Il s'articule en deux parties : tout d'abord, les enjeux pour les établissements de santé, puis les politiques incitatives mises en place en France.

Canoui-Poitrine, F., et al. (2008). "Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire." Pratiques Et Organisation Des Soins(4): 323-330, tabl.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Satisfaction_en_chirurgie_ambulatoire.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS sR0xBFq7. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude était de mesurer la satisfaction de l'ensemble des acteurs, patients et professionnels, d'une unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire accueillant des adultes et des enfants. Les patients et les professionnels ont été interrogés sur leur perception de la prise en charge du patient (information délivrée et relation avec les soignants) et l'organisation des soins.

2005

Bontemps, G. (2005). "Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ?" Journal D'economie Medicale **23**(3-4): 215-221.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8WR0xII0. Diffusion soumise à autorisation]. La CNAMTS a mis en place un observatoire national permettant le suivi dans le temps du développement de la chirurgie ambulatoire. Les premiers travaux réalisés dans le cadre de la mise en place de cet observatoire ont amené la CNAMTS à s'intéresser plus particulièrement à l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire au niveau de l'évolution des parts de marché chirurgicales. 18 types d'intervention chirurgicales, dénommés gestes marqueurs, ont été choisis, constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie "classique". Une enquête exhaustive, sur l'ensemble des établissements publics et privés de 20 régions métropolitaines, a été menée à partir des bases PMSI des années 1999 et 2001. L'étude sur les parts de marché chirurgicales montre l'apparition d'une ligne de fracture entre le secteur public et le secteur privé, avec une position dominante du secteur privé sur les interventions les plus fréquentes.

2004

Bontemps, G., et al. (2004). "Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire : conditions du développement." Technologie Et Sante(53): 100 , tabl., graph., carte, fig.

[BDSP. Notice produite par APHPDOC K1ayR0xZ. Diffusion soumise à autorisation]. Une enquête nationale a été menée pendant trois ans par l'assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire. Après un examen des besoins de la population, de l'offre de soins adéquate, du point de vue des acteurs et des dépenses de la chirurgie ambulatoire, elle conclut à la nécessité de développer fortement la chirurgie ambulatoire et confirme qu'elle constitue un enjeu majeur en termes d'organisation des soins et d'économie pour la collectivité.

2003

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Bontemps, G., et al. (2003). Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. PNIR Enquête chirurgie Ambulatoire. Paris : Cnamts: 83 , tabl., graph., ann.

<http://www.ameli.fr>

Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Ce document propose une synthèse des quatre volets de l'enquête.

Domergue, J. et Guidicelli, H. (2003). La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions. Paris Ministère chargé de la Santé: 56 , tabl., graph.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000087/0000.pdf>

La chirurgie française est en crise. Les raisons de cette crise sont différentes selon les secteurs d'activité chirurgicale et selon les spécialités. La gravité de la situation est due aux tensions qui existent dans les deux secteurs d'activité public et privé, à l'évolution de la société française et aux aspirations des chirurgiens comme de tous les Français qui permettent de penser qu'il s'agit d'une crise sociétale profonde, nécessitant une évolution des modes d'exercice. Ce rapport propose donc une analyse de la crise, ainsi que des solutions définies par niveaux d'urgence et de mise en application.

Perronnin, M. et Sourty-Le Guellec, M. J. (2003). "Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital." Questions D'economie De La Sante (Credes)(71): 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum71.pdf>

Dans le cadre du Programme National Inter-Régimes de gestion du risque (PNIR 2001-2003), une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Régime général, Régime agricole, Régime des professions indépendantes) avec la collaboration du CREDES. Un des objectifs de cette enquête, menée auprès d'établissements hospitaliers et de patients, est d'évaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. A partir des données de l'enquête, cette étude présente l'influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital pour plusieurs gestes chirurgicaux précis. Elle fait suite à une première analyse qui détaille les résultats pour deux gestes : la chirurgie de la cataracte et la chirurgie du canal carpien (Thévenon, 2003).

2002

Parmentier, G. (2002). "Le concept de chirurgie ambulatoire : la chirurgie ambulatoire." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **185**(6): 1027-1035.

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient. C'est une innovation dont le développement dépend des politiques d'accompagnement qui lui sont consacrées. Comme pour toute innovation elle ne peut faire profiter les patients ou la société de ses bienfaits que dans la mesure où les conditions de sa mise en oeuvre sont respectées. Les définitions internationales reconnues insistent toutes sur son caractère qualifié et substitutif.

Sales, J. P. (2002). "Ambulatory surgery in France : development and international comparison." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **185**(6): 1037-1044.

La chirurgie ambulatoire en France a fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict depuis 1992. Il existait en France, en 1998, près de 7 600 places autorisant environ 2 700 000 interventions annuelles. L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, en collaboration avec l'International Association for Ambulatory Surgery, a développé un indicateur regroupant 18 interventions dites "traceuses" représentatives de la pratique ambulatoire. Cet indicateur a cru de 35,2% en 1997 à 39,3% en 1999. La répartition entre secteur libéral et secteur public était superposable à celle de la chirurgie en hospitalisation complète. La progression du nombre d'actes en ambulatoire a été supérieure à la progression des actes réalisés en hospitalisation complète. Les comparaisons internationales ont montré que la France était en dixième position sur treize pays membres de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique, laissant supposer l'existence d'un important potentiel ambulatoire au sein des patients actuellement hospitalisés.

Sourty-Le Guellec, M. J. (2002). "La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs." Questions D'economie De La Sante (Credes)(50): 6.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes50.pdf>

Cette étude fait suite à deux publications concernant les cures de hernies inguinales ou crurales et la cataracte. Elle précède une vaste enquête menée actuellement par les trois caisses nationales d'Assurance maladie, sur la pratique de la chirurgie ambulatoire en France auprès des établissements et des patients, dans le cadre du Programme national inter-régimes (PNIR) de gestion du risque 2001-2002. L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) propose de suivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour une vingtaine de gestes chirurgicaux. L'auteur de ce document présente un bilan pour 17 gestes marqueurs. Puis, selon une méthode québécoise, il estime les possibilités de développement pour chacun de ces gestes.

2001

Baubeau, D., et al. (2001). "Le traitement chirurgical de la cataracte en France." Etudes Et Resultats(101): 8 , 2 tabl., 6 graph., 3 enc.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

L'opération de la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquent en France. Il représente la deuxième cause d'hospitalisation. En quinze ans, le nombre d'interventions a été multiplié par trois. Pourtant, les taux de recours restent, à structure de population identique, très différents selon les départements. L'activité est, par ailleurs, très concentrée dans le secteur privé. Les modes de prises en charge tendent à se standardiser allant de la chirurgie ambulatoire à l'hospitalisation de deux jours. Les durées de séjours et la proportion de patients traités en ambulatoire varient en fonction des caractéristiques médicales du patient mais aussi de facteurs propres aux établissements. Le recours à la chirurgie ambulatoire est plus développé dans les établissements privés et dans ceux qui ont un volume d'activité important allant avec une organisation adaptée.

Sourty-Le Guellec, M. J. (2001). Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999. Rapport Credes. Paris : Credes: 50, 11 graph., 59 tabl., 51 ann.

Cette étude fait suite à la précédente analyse sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire des cures de hernies inguinales ou crurales. Selon la même méthode et à partir des données du PMSI, l'estimation est réalisée pour la chirurgie de la cataracte. L'objectif est d'apprécier les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire en France pour certains actes pratiqués de façon courante sans hospitalisation dans de nombreux pays, en Amérique du Nord notamment. Cette étude complète une analyse récente de la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur l'évolution spectaculaire de la chirurgie de la cataracte ces dix dernières années et sur le développement modéré de la chirurgie ambulatoire en France.

Sourty-Le Guellec, M. J. (2001). "Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999." Questions D'economie De La Sante (Credes)(41): 6 , 2 graph., 2 carte, 3 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes41.pdf>

Cette étude fait suite à la précédente analyse sur le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoires des cures de hernies inguinales ou crurales. Selon la même méthode et à partir des données du PMSI, l'estimation est réalisée pour la chirurgie de la cataracte. L'objectif est d'apprécier les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire en France pour certains actes pratiqués de façon courante sans hospitalisation dans de nombreux pays, en Amérique du Nord notamment. Cette étude complète une analyse récente de la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur l'évolution spectaculaire de la chirurgie de la cataracte ces dix dernières années et sur le développement modéré de la chirurgie ambulatoire en France.

2000

(2000). AFCA 2000 : chirurgie ambulatoire, Montpellier : AFCA

Cet ouvrage rassemble différentes communications ou articles sur le thème de la chirurgie ambulatoire en Europe, et plus particulièrement, sur la France et le Royaume-Uni. Divers aspects sont abordés : définition, organisation, réglementation, prise en charge des malades, évaluation des coûts et de la qualité des soins...

Busson, O., et al. (2000). Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. Rapport Credes. Paris CREDES: 52 , 53 graph., 58 tabl., 52 ann.

L'objet de cette étude est d'adapter au Programme Médicalisé des systèmes d'information (PMSI) une méthode d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Cette méthode élaborée par l'Association des Hôpitaux du Québec, est un outil destiné aux établissements hospitaliers. Les séjours avec cure de hernies inguinales ou crurales ont été retenus pour cette première tentative.

Busson, O., et al. (2000). "Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales." Questions D'economie De La Sante (Credes)(30): 4 , 2 graph., 3 enc.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes30.pdf>

L'objet de cette étude est d'adapter au Programme Médicalisé des systèmes d'information (PMSI) une méthode d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Cette méthode élaborée par l'Association des Hôpitaux du Québec, est un outil destiné aux établissements hospitaliers. Les séjours avec cure de hernies inguinales ou crurales ont été retenus pour cette première tentative.

Frank, M. et Demont, F. (2000). "La valorisation de la chirurgie ambulatoire en France." Journal D'economie Medicale **38**(7-8): 433-440, rés.

[BDSP. Notice produite par ORSRA bVMJR0xX. Diffusion soumise à autorisation]. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de mesurer l'activité de chirurgie ambulatoire mais aussi de déterminer son potentiel de développement pour un ou plusieurs établissements, voire une région. Le PMSI peut freiner le développement de la pratique ambulatoire (faible valorisation des Groupes Homogènes de Malades de chirurgie ambulatoire), c'est pourquoi les pouvoirs publics français ont décidé d'inciter cette pratique par des mesures spécifiques. La qualité est indispensable mais non mesurée par le PMSI, ce dernier ne saurait donc être le seul instrument d'évaluation de la pratique ambulatoire. (R.A.).

Schuhl, J. F. d. (2000). La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie, Montpellier : Sauramps Médical

La chirurgie ambulatoire, dont le développement n'a cessé de croître depuis plus de 10ans, est arrivée à un palier en France. Les professionnels de santé ont montré que sa réalisation dépendait d'une organisation bien spécifique et de risques bien maîtrisés. Mais étendre le champ de la chirurgie ambulatoire, c'est aussi concourir à une bonne maîtrise des dépenses de santé et répondre à la demande des patients. Cette alternative à l'hospitalisation, inscrite dans la loi hospitalière de 1991, a jusqu'à présent surtout retenu l'attention des établissements de santé privés, qui voyaient là un moyen de mieux rentabiliser leur plateau technique. Il appartient aujourd'hui au secteur public de relever le défi. Cet ouvrage a donc pour but d'exposer les acquis et d'expliquer les objectifs pour les années à venir. Il explore le sujet sous différents aspects : historique et définition de la chirurgie ambulatoire, état des lieux, réglementation, organisation, évaluation et qualité, stratégie économique, éducation et information du malade, responsabilité médicale.

1998

Raffy-Pihan, N. et Mahieu, A. (1998). "La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives." Questions D'economie De La Sante (Credes)(2): 4, 1 tabl., 2 graph., 1 carte.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes02.pdf>

La chirurgie ambulatoire, appelée également chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe.

1997

(1997). La chirurgie ambulatoire. Paris Anaes : 105, tabl.

La première partie de ce rapport est consacrée aux facteurs médicaux et non médicaux à l'origine de l'accroissement du nombre d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire

en France. Dans la seconde partie, la réflexion a porté sur l'évaluation des conséquences à la fois cliniques et économiques du transfert d'une activité de chirurgie classique vers une activité en ambulatoire.

Guidicelli, H. et Veran-Peyret, M. F. (1997). La chirurgie en France. Constat et propositions : 144, ann.

Mahieu, A. (1997). Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France en 1997. Credes. **Rapport de stage.**: 126 , tabl., graph., fig.

Après un aperçu historique sur le développement de la chirurgie ambulatoire en Europe et Etats-Unis, ce rapport dresse un bilan de la situation de la chirurgie ambulatoire en France : réglementation, organisation, activité. Il aborde ensuite le mode de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire et termine sur une évaluation des freins et facteurs de développement.

Raffy-Pihan, N. et Mahieu, A. (1997). La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives. Rapport Credes. Paris : Credes : 126 , 126 tabl., 125 graph.

La chirurgie ambulatoire, appelée également chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe.

1994

Mansat, C. et Banco, P. (1994). Chirurgie ambulatoire, Paris : Masson

Les conclusions de la 5e conférence de consensus de la chirurgie sans hospitalisation (Paris, mars 93) ont permis de faire le point sur cette chirurgie, dite aussi ambulatoire, et de la situer dans un cadre juridique et économique. Cet ouvrage aborde ces aspects-là ainsi que les impératifs médicaux qui régissent la pratique ambulatoire et les règles qui garantissent la sécurité du patient.

Les systèmes d'information : informatique hospitalière, PMSI, dossier médical

- Voir aussi la bibliographie thématique de l'Irdes :
[E-santé : télésanté, santé connectée ou santé numérique](#)

2023

ANS (2023). La doctrine du numérique en santé : édition 2022. Paris ANS: 91.

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine-du-numerique-en-sante_version-2022_vf.pdf

Publiée pour la première fois début 2020, conformément aux engagements, et mise à jour annuellement depuis, la doctrine du numérique en santé présente le cadre permettant à l'ensemble des acteurs du numérique en santé (citoyens, professionnels, entreprises, etc.) de savoir comment orienter leurs travaux sur les services numériques qu'ils mettent en place. Elle est le fruit d'un travail important avec l'ensemble des parties prenantes et les porteurs des

Lunel, A. et Flora, L. (2023). "La place du patient dans l'environnement numérique." Journal De Droit De La Sante Et De L' Assurance Maladie(36): 9-69.

<https://institutdroitsante.fr/publications/publications-ids/revues-livres/journal-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-jdsam/jdsam-n36-avril-2023/>

Ce numéro est consacré à la place du patient dans l'environnement numérique. Il met en évidence l'impact pour le patient de la digitalisation de notre système de santé. Les contributions ici reproduites permettent de prendre la mesure des risques générés par cette évolution mais aussi de montrer que le patient doit savoir se saisir des opportunités offertes pour devenir acteur de sa santé.

2022

(2022). Entrepôts de données de santé hospitaliers en France. Saint-Denis HAS: 55.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3386123/fr/entrepots-de-donnees-de-sante-hospitaliers-en-france

La Haute Autorité de santé utilise depuis plusieurs années les données du système national de données de santé (SNDS) pour mener ses travaux d'évaluation et pour mesurer la qualité des soins. Elle s'intéresse également aux entrepôts de données de santé hospitaliers (EDSH) qui contiennent une grande quantité d'informations médicales complémentaires – des données de vie réelle - potentiellement utiles dans la réalisation de ses missions. Dans le cadre de sa stratégie data, elle a ainsi entrepris fin 2021 de dresser un panorama des EDSH en France. Un travail inédit qui révèle l'hétérogénéité d'un écosystème en pleine construction et qui va d'ores et déjà permettre à la HAS de lancer de nouvelles expérimentations.

DGOS (2020). Atlas 2020 des SIH. Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers. Paris DGOS: 115 , tabl., graph.

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/sih/article/atlas-des-systemes-d-information-hospitaliers>

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie depuis 2014 un atlas des systèmes d'information hospitaliers (SIH) qui rassemble à fois les données d'usage des systèmes d'information hospitalier, les données de l'offre industrielle et les charges et ressources mises en oeuvre pour accompagner le déploiement des SIH par les établissements de santé. Les résultats de l'édition 2020 de l'atlas des SIH démontrent que la dynamique de développement des SIH se poursuit, en lien avec les efforts engagés dans le cadre du programme Hop'en et désormais SUN-ES.

Ministère chargé de la Santé (2022). Faits(s) : bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022. Document de travail, épreuves non corrigées. Paris ministère chargé de la santé: 53.

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/bilan-feuille-de-route-2022.pdf

Cette publication fait un bilan chronologique sur 3 années des avancées de la feuille de route du numérique en santé, initiée lors du Ségur de la santé en 2019.

Tison, E. (2022). Les outils numériques, une chance pour notre santé mentale. Paris Institut Sapiens: 30.

<https://www.institutsapiens.fr/les-outils-numeriques-une-chance-pour-notre-sante-mentale/>

La santé mentale est devenue, en l'espace de quelques mois, un enjeu majeur de santé publique. La crise pandémique et les différents épisodes de confinements ayant rarefié le lien social ont fait exploser les cas de mal-être mental au sein de la population, mettant ainsi un important coup de projecteur sur les différentes pathologies afférentes. Une prise de conscience partagée par tous, facilitée par sa promotion médiatique, politique et médicale, et qui a participé à installer la santé mentale comme un élément à part entière de la santé des individus, au même titre que les dimensions physiques et génésiques. Pour accompagner ce mouvement, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui se sont tenues en septembre 2021, ont promu de nombreux changements visant à améliorer le traitement de la santé mentale : la mise en place d'un « forfait psy » à destination des moins de 17 ans, la création d'un chèque psy pour les étudiants, la mise en place d'un numéro national d'écoute (le 3114), la création de maisons des adolescents dans chaque département, ou le déploiement d'un effort important en prévention par le développement de soins de premier secours dédiés. Parmi la trentaine de mesures annoncées par le président de la République, aucune ne plaçait en revanche le numérique comme un outil pouvant réellement accompagner cette révolution. Accusées d'être responsables de nouvelles addictions et d'une augmentation du mal-être des plus jeunes, les technologies numériques apportent pourtant leur lot de bienfaits. Bien utilisés, les outils numériques peuvent augmenter le taux de recours aux thérapies psychiatriques tout en améliorant leur efficacité et leur disponibilité. Ils favorisent ainsi l'émergence d'une approche moderne de la santé mentale, par le développement de procédés inédits améliorant la détection, le suivi et le traitement des pathologies tout en favorisant un meilleur entretien du bien-être mental des usagers. En utilisant des mécanismes proches de la gamification, en garantissant la sécurité des données de santé en psychiatrie, le respect de la confidentialité du patient, ou en opérant une meilleure distribution de l'offre de soin, ces outils représentent un nouvel espoir pour de nombreux patients, et une chance pour les professionnels d'optimiser leur art. L'apparition des troubles psychiatriques se faisant en grande majorité entre 15 et 25 ans selon les spécialistes, utiliser les ressources offertes par le numérique pourrait également être une formidable occasion de détecter précocement les troubles touchant les digital natives et ainsi prévenir au mieux leur apparition ou faciliter leur traitement.

2021

Anap (2021). Parcours, coordination et outils numériques. Paris Anap: 26.

<https://ressources.anap.fr/numerique/publication/2792>

Cette publication souligne les opportunités apportées par les outils et services numériques pour accompagner les pratiques de coopération et de coordination entre professionnels, les partages d'information dans le parcours des usagers, et leur articulation avec les initiatives du plan national « Ma santé 2022 », à travers l'illustration de quatre cas d'usages.

Béranger, J. et Rizoulières, R. (2021). La révolution digitale dans le système de santé, ISTE Editions

Quel système de santé voulons-nous mettre en oeuvre face à l'arrivée imminente de l'intelligence artificielle et de la robotique dans les pratiques médicales ? La crise sanitaire de la Covid-19 a démontré tout autant l'intérêt des technologies numériques pour continuer à soigner et accompagner les patients et leurs familles que l'impérieuse attention à une éthique et une pratique relationnelle au plus près de ces derniers. L'ouvrage analyse de nombreux retours d'expériences pour révéler les multiples facettes de cette médecine dite 4.0. Il révèle combien cette médecine numérique requiert de nouvelles formes

d'organisation et de nouvelles approches de coconception, dans une logique résolument collaborative avec les patients. Des points de vue juridique et éthique clôturent l'ouvrage afin d'interpeller le lecteur sur son devoir à permettre à tout un chacun d'être véritablement « acteur de sa santé ».

Ministère chargé de la Santé (2021). Programme Ségur Numérique - SUN-ES - Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé, Paris : ministère chargé de la santé
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>

A l'issue de la concertation nationale dans le cadre du Ségur de la santé, un volet spécifique au développement du numérique dans la santé a été identifié. Piloté par la Délégation au Numérique en Santé (DNS), ce volet intègre le programme SUN-ES pour « Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé » qui s'adresse plus particulièrement aux établissements de santé. Le suivi opérationnel du programme SUN-ES a été confié à la DGOS. Le programme SUN-ES se situe dans le prolongement du programme HOP'EN et privilégie la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé « Mon Espace Santé » qui sera ouvert à tout citoyen français dès le début de l'année 2022. Il vise également à promouvoir l'usage des messageries sécurisées de santé dans l'espace de confiance MS Santé.

2020

Bakkine, A. et Toko, S. (2020). Faire du numérique un accélérateur de diversité. Paris Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance: 35.
<https://www.economie.gouv.fr/remise-rapport-numerique-accelerateur-diversite>

Anthony Babkine et Salwa Toko, présidente du conseil national du numérique, ont remis leur rapport sur le numérique à la suite d'une saisine de la ministre du Travail, de la ministre déléguée chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances, de la ministre déléguée chargée de la Ville, et du secrétaire d'État chargé de la Transition numérique et des Communications électroniques. La rédaction du rapport prend appui sur un travail de terrain. 120 acteurs, de différents horizons, ont été consultés. Les recommandations du rapport ont été menés en suivant une conviction forte. Ils entendent renforcer l'insertion professionnelle des citoyens des territoires ruraux et des quartiers prioritaires de la ville dans les métiers du numérique. Celle-ci est nécessaire pour des raisons économiques, mais surtout pour des raisons d'égalité, d'éthique et de droits fondamentaux.

Cour des Comptes (2020). La conduite des grands projets numériques de l'État. Paris Cour des comptes: 206.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-conduite-des-grands-projets-numeriques-de-letat>

À la demande de la commission des finances du Sénat, la Cour des comptes a enquêté sur la conduite des grands projets numériques de l'État. Celle-ci a connu ces dernières années des réussites notables, comme le prélèvement à la source, mais aussi des échecs retentissants, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Une cinquantaine de grands projets numériques sont actuellement suivis par la direction interministérielle du numérique Dinum, chacun pour un coût supérieur à 9 M€. Les bonnes pratiques en matière de conduite de projets restent trop souvent méconnues, alors que l'inadaptation des trajectoires des projets et de leur gouvernance, l'insuffisance du financement et des moyens humains ou encore la nécessité d'une responsabilité unique en gestion de projet sont régulièrement relevées. Les réorganisations en cours au sein des ministères doivent

permettre de mieux maîtriser les enjeux techniques et de veiller à la satisfaction des besoins des usagers et des agents. Les mutualisations entre ministères doivent être encouragées. Des mesures sont également indispensables côté RH pour se doter des profils nécessaires et mieux former les cadres dirigeants. La Cour formule au total 11 recommandations pour la réussite de la transformation numérique du service public.

Ministère chargé de la Santé (2020). Doctrine technique du numérique en santé : ma santé 2022. Paris Ministère chargé de la santé: 165.

<https://esante.gouv.fr/MaSante2022/doctrine-technique>

Depuis de nombreuses années, un constat partagé revenait en effet régulièrement dans les débats entre les acteurs de l'écosystème de la e-santé : l'absence d'une doctrine claire et définie autour du numérique en santé. C'est donc aujourd'hui chose faite : la doctrine technique fournit le cadre de référence dans lequel devront s'inscrire les services numériques d'échange et de partage de données de santé dans les prochaines années. Elle s'adresse aux porteurs des services numériques de santé, qu'ils en assurent la maîtrise d'ouvrage (groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé, établissements de santé...) et/ou la maîtrise d'oeuvre (éditeurs de solutions, intégrateurs...) et les usagers de ces services numériques (professionnels de santé et du médico-social ou usagers des services numériques de santé au sens large).

2019

Blum, J. P. (2019). Livre blanc : contributions des outils numériques à la transformation des organisations de santé. Paroles d'acteurs. Tome 1. Paris Fédération Hospitalière de France: 189.

<https://h20195.www2.hpe.com/v2/Getdocument.aspx?docname=a00074336fre>

Les technologies digitales doivent être utiles à la santé publique en répondant aux besoins des patients et aux usages des soignants. Il est nécessaire qu'elles préservent la confidentialité des données personnelles, qu'elles assurent le fonctionnement des systèmes de prise en charge. Une transition très rapide des usages s'effectue actuellement qui requiert une adaptation – possiblement difficile - pour les citoyens et les professionnels de santé. Il faut veiller à ne pas oublier les plus fragiles que sont les personnes dépendantes, les handicapés, les habitants des zones mal desservies dites zones blanches. D'autre part, les offreurs de services publics ou privés doivent impérativement sécuriser leur système numérique et les adapter à l'usage des patients. Ce Livre Blanc réunit des acteurs de toute la société qui ont exprimé leur vision et leurs préoccupations relatives à la révolution annoncée par la dématérialisation en santé.

Dubreuil, M. (2019). E-Santé : décryptage des pratiques et des enjeux. Paris ORSIF: 32.

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/e-sante.html>

La Région Île-de-France, impliquée dans la mise en place du programme « Smart Région Initiative » a mandaté l'Observatoire régional de santé Île -de-France pour un état des lieux orienté sur les perceptions de l'e-santé, de la part des professionnels de santé et des usagers du système de santé. Ce Focus santé a pour objectif de délimiter les enjeux majeurs. Basée sur une revue de littérature, cette synthèse assemble les éléments de connaissances du champ de l'e-santé dans ses pratiques et ses usages et propose des clés de compréhension d'enjeux émergents à prendre en compte pour préserver la santé comme un bien commun.

Gruson, D. (2019). IA et emploi en santé. Quoi de neuf docteur ? Paris Institut Montaigne: 48 , fig.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

<https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/ia-et-emploi-en-sante-quoi-de-neuf-docteur-note.pdf>

Si les initiatives publiques visent à ouvrir la voie à l'intelligence artificielle (IA) en santé et à structurer un pilotage effectif pour les données de santé, elles n'intègrent pas encore de stratégie d'anticipation et d'accompagnement des impacts de l'IA sur les métiers du secteur de la santé. L'élaboration d'une telle stratégie doit constituer une priorité afin d'anticiper et rendre plus efficace la transformation digitale du système de santé français. C'est l'objectif de cette note, rédigée par David Gruson pour l'Institut Montaigne, qui formule deux propositions : la création d'une méthodologie de chiffrage des impacts de l'IA sur les métiers de santé et le déploiement d'une responsabilité sociale d'entreprise (RSE) digitale dans les établissements de santé.

Ministère chargé de la Santé (2019). Feuille de route "Accélérer le virage numérique", Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf

Ce dossier de presse présente la feuille de route de la politique du numérique en santé définie dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé : Ma Santé 2022. A cette occasion, la Ministre a annoncé la nomination de Dominique Pon et Laura Létourneau, respectivement responsable et déléguée ministériels de la Délégation ministérielle du numérique en santé. Ils auront en charge la gouvernance de la e-santé, sanitaire, médico-sociale et sociale, à travers le pilotage des 5 grandes orientations de la feuille de route : Renforcer la gouvernance du numérique en santé; Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé; Accélérer le déploiement des services numériques socles ; Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé; Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

2018

Cour des Comptes (2018). Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser. Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2., Paris : Cour des comptes: 215-239.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>

On entend par services numériques en santé un ensemble composé principalement des services de santé en ligne – ou téléservices, permettant aux usagers de réaliser une ou plusieurs démarches de manière dématérialisée – et des outils numériques de coordination des soins et d'échange ou de partage principalement destinés aux professionnels de santé. La Cour avait constaté dans son rapport public annuel 2013 la forte dynamique des téléservices en santé, mais relevé de nombreux retards et faiblesses qui nuisaient fortement à leur contribution aux progrès qui pouvaient en être attendus : une plus grande efficacité, une meilleure qualité de la prise en charge et une optimisation des parcours de soins. L'échec du dossier médical personnel était à cet égard particulièrement révélateur de difficultés majeures qui avaient conduit la Cour à recommander notamment aux pouvoirs publics de mieux piloter leur développement. À l'occasion d'une récente enquête sur la télémédecine, elle a souligné également les perspectives très prometteuses ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique, mais mis en évidence qu'une mobilisation effective des gains d'efficacité et de qualité des soins qu'elle pouvait permettre demeurait tributaire d'une stratégie plus cohérente. Dans le

prolongement de ces différentes enquêtes ainsi que de la communication plus large qu'elle a remise, en janvier 2016, à l'Assemblée nationale sur le développement des services numériques au sein de l'État, la Cour a cherché à mesurer les évolutions intervenues au cours des années récentes en matière de services publics numériques en santé. Elle a constaté en ce domaine des progrès, réels mais inégaux, porteurs de résultats d'ores et déjà appréciables (I). Mais faire pleinement des services numériques le levier de modernisation en profondeur du système de soins qu'ils doivent être exige de lever différents obstacles et d'inscrire ces services dans un cadre plus cohérent (II)

Fournereau, F. et Gadenne, A. (2018). "La dématérialisation en marche : Vers la troisième ère des systèmes d'information en santé." *Gestions Hospitalières*(575): 247-249, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP J8R0x89q. Diffusion soumise à autorisation]. Mis en oeuvre dans le monde industriel et des services, la dématérialisation a fait irruption dans le monde hospitalier avec l'obligation réglementaire imposée par le ministère des Finances pour la gestion des flux entre ordonnateurs et comptables publics (flux PES V2, signature électronique, dématérialisation des pièces justificatives), mais aussi la dématérialisation du dossier patient. (R.A.).

Pon, D. et Coury, A. (2018). Stratégie de transformation du système de santé : Accélérer le virage numérique. Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé : 32.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf

Engagés début mars 2018, les travaux sur le chantier « Numérique » de la Stratégie de transformation du Système de santé (STSS), sur le thème « Accélérer le virage numérique », avaient pour objectif d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022 et ayant pour but de renforcer le virage numérique dans le système de santé. Cette note présente, de façon synthétique, les principaux éléments de diagnostic ainsi que des propositions clés élaborées suite aux différentes consultations.

Quenel-Tueux, N. (2018). "Du big data aux objets connectés : Les centres de lutte contre le cancer toujours à la pointe de l'innovation." *Gestions Hospitalières*(575): 238-246, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCCqkE. Diffusion soumise à autorisation]. Avec plus de 140 000 patients pris en charge chaque année et 18% inclus dans des essais cliniques, les dix-huit centres de lutte contre le cancer (CLCC) du réseau Unicancer génèrent une quantité très importante de données médicales. Le rapport Villani et la stratégie nationale en intelligence artificielle (IA) pointent la nécessaire "meilleure exploitation des données de santé". De nombreux projets se développent au sein du réseau Unicancer, non seulement pour traiter ces données mais aussi et surtout pour les exploiter en vue d'améliorer la prise en charge des patients, de mieux comprendre les cancers et de faire avancer la recherche. Du big data aux objets connectés : focus sur quelques-uns des projets innovants Unicancer. (R.A.).

2017

Bansard, M., Clanet, R. et Raginel, T. (2017). "Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant." *Sante Publique* **29**(1): 57-70.

[BDSP. Notice produite par EHESP 887R0xmn. Diffusion soumise à autorisation]. Le lien ville-

hôpital est une faiblesse de notre système de santé. Les documents de sortie d'hospitalisation, éléments-clés pour la sécurité et l'efficacité des soins, sont pourtant peu codifiés. L'objectif de ce travail était d'élaborer un modèle standardisé et raisonné de la lettre de liaison (LL) et du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) en portant un soin particulier aux attentes des médecins généralistes ambulatoires (MG).

De Block, M. (2017). "Accès au dossier patient. A domicile comme à l'hôpital !" Revue Hospitaliere De France(576): 27-.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9FpR0x88. Diffusion soumise à autorisation]. L'avenir de l'hôpital est hors de l'hôpital. Dans l'Aube, les travaux menés dans le cadre du plan Territoire de soins numérique (TSN) et de la mise en oeuvre des GHT illustrent cet aphorisme. Les hospitaliers considèrent le parcours de soins dans sa globalité et travaillent davantage avec les partenaires de ville. Ainsi, une expérience pilote, débutée en 2015, permet aux infirmières exerçant en HAD et en SSIAD de consulter et de renseigner le dossier patient informatisé de l'hôpital.

2016

Bernstein, D. (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 10 : L'hôpital de demain. Paris : Hcaam : 47 , fig., tabl.

Trois contributions forment ce dossier : Perspective organisationnelle et technologique de l'hôpital (EHESP); Les plateaux techniques (contribution de l'ANAP); Penser l'hôpital de demain (contribution de Gérard de Pourville).

Cacot, P. (2016). "Les enseignements d'une histoire récente : l'utopie du DMP." Seve : Les Tribunes De La Sante(51): 89-98.

La chaotique histoire du DMP en France peut tout aussi bien se lire comme celle de l'échec bruyant et coûteux d'une politique de gribouille que comme le révélateur de maux qui, peu analysés, ne trouvent pas ici leur remède malgré l'intention politique qui y fut imprimée. De fait, les transformations de l'objet dossier dans le champ de la santé ne peuvent se comprendre qu'en regard de l'évolution volontariste et conflictuelle d'une pratique et de son contexte : forme, organisation et contenu du dossier se sont transformés et se transformeront encore en fonction de la variation des objectifs, des écrivains et des différents lecteurs du dossier. Retour sur la brève histoire de ce dossier omnipotent au début du XXI^e siècle et ébauche des leçons qui pourraient en découler (résumé de l'auteur).

Cour des Comptes (2016). La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer. Paris Cour des Comptes: 35.
<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un des chapitres fait un bilan des systèmes d'information à l'hôpital axés principalement sur l'informatique médicale et émet des recommandations pour en améliorer l'efficacité.

Cour des Comptes (2016). Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie. Une utilisation à développer, une sécurité à renforcer. Paris Cour des Comptes : 165 , fig., tabl.,

annexes.

La Cour des comptes rend public, le 3 mai 2016, un rapport sur les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie, demandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) constitue une base de données médico-administratives sans équivalent en Europe. Mise en service depuis 2004, elle a été progressivement enrichie et structurée, mais son potentiel, très important, demeure à parfaire. La qualité de la base peut être améliorée en réduisant les fragilités de codage et les remontées d'informations incomplètes. Les efforts doivent être poursuivis afin de réduire les risques pouvant affecter la confidentialité et la sécurité des données. Par ailleurs, les utilisations du SNIIRAM restent très limitées par rapport aux enjeux sanitaires et financiers. La Caisse nationale d'assurance maladie devrait notamment davantage y avoir recours, en particulier pour lutter contre les abus et la fraude des professionnels de santé. Devant être intégré au nouveau système national des données de santé institué en janvier 2016, le Sniiram demeure pour longtemps le cœur du système des données de santé. Pour encourager leur utilisation à des fins d'intérêt général, sécuriser l'existant, améliorer la gouvernance et assurer la fluidité des accès selon une approche à la fois rigoureuse et ouverte est prioritaire. La Cour formule 13 recommandations.

De Block, M. (2016). "MY GHT : Portail collaboratif patients/professionnels du bassin aubois." Revue Hospitaliere De France(569): 54-55, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP C8HpR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Présentation du projet OPTIMIPSTIC (OPTIMisation du Parcours de Soins par les Technologies de l'Information et de la Communication) mis en oeuvre aux Hôpitaux Champagne Sud. Le projet a pour fer de lance un portail ville-hôpital ouvert en 2016 : le portail sécurité My GHT. Déjà actif pour les échanges pharmaceutiques aux patients et professionnels de santé, ce portail couvrira progressivement les activités médicales et paramédicales.

HCAAM (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 11 : Le numérique. Paris HCAAM : 35.

Le HCAAM considère que le numérique doit occuper une place majeure dans la réflexion portant sur l'innovation dans le champ de la santé. Il est vrai que les innovations en cours dans ce domaine en pleine évolution, objets connectés, applications mobiles pour ne citer que celles-ci, auront un impact qu'il est important d'étudier sur le système de santé. Mais plus largement, le numérique doit être considéré comme un levier majeur pour la transformation du système de santé, un élément déterminant des innovations organisationnelles aujourd'hui indispensables et du progrès dans le domaine des soins aussi bien que de la prévention.

Plassais, O. (2016). "Vendée : GHT et systèmes d'information hospitaliers convergents." Revue Hospitaliere De France(569): 44-47, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP ER0xI98I. Diffusion soumise à autorisation]. Les futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) s'adosseront à des systèmes d'information convergents. Le défi est réel mais les atouts existent. Se dessine la perspective d'un parcours patient fluidifié et d'activités médico-soignantes facilitées, d'une gestion logistique et administrative plus efficiente. Ces gains sont possibles, envisageables. Des travaux de convergence SI ont déjà été entrepris au sein de directions communes et de plusieurs

communautés hospitalières de territoire (CHT). En Vendée, le centre hospitalier départemental et la CHT ont élaboré cette dynamique préfiguratrice.

2015

(2015). Hôpital numérique. Rapport d'activité 2014. Paris DGOS: 33.

A l'occasion du troisième anniversaire du programme Hôpital numérique, la direction générale de l'offre de soins, qui en assure le pilotage, en publie le rapport d'activité 2014, qui donne un éclairage complet sur son état d'avancement et ses réalisations concrètes.

(2015). Le dossier médical partagé au service de la coordination des soins. Point d'étape, Paris : Cnamts

En prévision de l'application de l'article 25 de la loi Santé qui confie à l'Assurance Maladie la responsabilité de gestion du Dossier Médical Partagé (DMP), la Cnamts a exploré les modalités de mise en œuvre de cet outil de coordination des soins, attendu par tous, patients comme professionnels de santé.

Bejean, M., et al. (2015). "Informatisation incrémentale ou de rupture ? Le cas du dossier patient hospitalier." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(7-8): 445-467, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA BFDIHR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Au niveau international, l'informatisation de la production des soins hospitaliers ne se développe que lentement. Un terme souvent utilisé dans la littérature pour expliquer ce phénomène est celui des "facteurs organisationnels", mais sans, la plupart du temps, que ce terme soit précisé. L'article, à partir d'une recherche observationnelle multi-sites, analyse sur le cas français les évolutions organisationnelles des unités cliniques consécutives à l'implantation d'un Dossier Patient Informatisé (DPI). Il montre que le système en place n'a subi que peu de transformations, au prix d'accommodements avec l'outil informatique. Une telle situation peut paraître satisfaisante aux yeux des tutelles qui promeuvent l'innovation technologique, mais pose la question de la création de valeur organisationnelle, c'est-à-dire la possibilité pour les professionnels de soins de se saisir de l'outil dans une optique de transformation et d'amélioration à terme des différentes composantes de la performance.

Dahan, C. et Benzaken, S. (2015). "Accompagner la révolution numérique : Former les professionnels et les patients." Gestions Hospitalieres(544): 137-139.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9o0R0xGI. Diffusion soumise à autorisation]. L'environnement numérique dans le domaine de la santé bouleverse les pratiques des professionnels. Cette révolution des outils, des modes de raisonnement et des modèles relationnels nécessite un accompagnement. En 2014, la communauté interhospitalière PACA-Est a organisé des formations sur la "e-santé" ouvert à un public large réunissant professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, personnels hospitaliers administratifs ou techniques, patients, représentants d'usagers. Trois thèmes ont été abordés au cours de modules d'une demi-journée organisés au CHU de Nice : la e-santé dans la relation thérapeutique, la sécurité et la confidentialité des données numériques en santé, l'hôpital numérique dans le processus de certification dans les établissements de santé.

Kudjawu, Y., et al. (2015). Croisement de deux bases médico-administratives : méthodologie et étude descriptive pour une application à la surveillance épidémiologique des cancers. Seconde

étape de l'étude exploratoire du croisement PMSI-ALD 2006-2008, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire

[BDSP. Notice produite par InVS GATf8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : l'utilisation du croisement de données médico-administratives issues de sources de différente nature, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les affections longue durée (ALD), constituent, en France, l'une des alternatives pour estimer localement l'incidence des cancers dans les zones dépourvues de registre. L'objectif de cette étude est de décrire la méthodologie de sélection des séjours PMSI et des bénéficiaires d'ALD et leur croisement, puis de comparer les effectifs obtenus aux données d'incidence de la zone registre des cancers. Matériel et méthode : la période d'étude couvrait 2006-2008. Les données de 21 localisations cancéreuses étaient extraites du PMSI national, des bases nationales de l'Assurance maladie et des registres des cancers. La sélection des informations dans le PMSI et les ALD, croisées entre elles grâce à un identifiant anonyme individuel et commun, reposait sur des algorithmes basés sur les codes CIM-10 de diagnostic de cancer. Résultats : le pourcentage de patients PMSI appariés aux bénéficiaires d'ALD variait de 19% à 60% selon la localisation cancéreuse. L'effectif de patients hospitalisés ou admis en ALD, considérés comme atteints pour la première fois d'un cancer invasif et dénombrés dans la base croisée PMSI-ALD, était plus élevé que le nombre de cas incidents dans la zone registre. Conclusion : cette description est une étape nécessaire à l'utilisation de la base croisée PMSI-ALD pour l'estimation infranationale de l'incidence des cancers. L'estimation reposera sur l'application, aux zones géographiques considérées, du rapport "incidence cancer/indicateur issu du PMSI-ALD croisé" calculé sur la zone registre.

Lehmann, M., et al. (2015). "Enhancing medical coding through nurses'notes." Journal De Gestion Et D'economie Medicales **33**(1): 61-71.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xjn88l. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : Le codage de l'information médicale est une fonction stratégique des établissements de soins qui tend à se renforcer à partir de différentes sources de données. Le CHU de Montpellier a mis en place en 2013 un outil d'optimisation du codage basé sur les transmissions infirmières. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de cet outil sur l'incidence de certains diagnostics associés significatifs et sur la valorisation des séjours. Méthodes : L'outil génère automatiquement des alertes basées sur la recherche de mots clés dans les transmissions infirmières. Les RSS concernés sont ensuite revus et modifiés le cas échéant par le DIM. Résultats : Les deux-tiers des 13 977 RSS contrôlés en 2013 par le DIM ont fait l'objet d'au moins une alerte et au moins un DAS a été ajouté pour 1 480 d'entre eux (16.2%). L'incidence des DAS concernés a augmenté de plus de 50% par rapport à 2012. Le différentiel de valorisation moyen était de 1 122 Euros par RSS modifié. Conclusion : L'utilisation des transmissions infirmières pour optimiser le codage PMSI est prometteuse et constitue un moyen de valoriser le travail soignant. En revanche sa généralisation est dépendante de l'évolution des systèmes d'information hospitaliers. (résumé auteur).

2014

(2014). Atlas 2014 des SIH. Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers. Paris DGOS: 115 , tabl., graph.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Atlas_des_SIH_2014-2.pdf

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie le premier atlas des systèmes d'information hospitaliers (SIH) qui rassemble à fois les données d'usage des systèmes

d'information hospitalier, les données de l'offre industrielle et les charges et ressources mises en oeuvre pour accompagner le déploiement des SIH par les établissements de santé. Ce document a été élaboré en collaboration avec l'ATIH à partir des données recueillies par l'Observatoire des systèmes d'informations de santé (oSIS) et l'Observatoire du Référencement des Editeurs de Logiciels et des Intégrateurs du Monde de la Santé (RELIMS). L'édition 2014 s'enrichit d'un état des lieux des indicateurs du socle commun du programme Hôpital numérique.

Anap (2014). Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs : Rapport final. Paris ANAP: 41 , tabl., fig.

<http://www.anap.fr>

L'audit des SIH de treize établissements, mené par l'ANAP au premier trimestre 2014, complété par une étude des bases de données disponibles, a permis de constater : (1) que le marché français de l'informatique hospitalière, troisième par la taille en Europe, est excessivement fragmenté tant du côté de l'offre que du côté de la demande et, par conséquent, est structurellement fragile ; (2) que l'informatisation de la production des soins est très largement engagée dans les hôpitaux français et que l'usage de l'informatique est généralisé à l'hôpital, dans tous les secteurs ; (3) que les spécialités médicales et l'ouverture des SIH sur leur territoire sont des thèmes émergents. Les déterminants du succès du déploiement des SIH sont très largement externes, en particulier par les politiques publiques. En interne, les SIH doivent s'appuyer sur la stratégie, les hommes et les organisations, les méthodes et les outils et leur interopérabilité. Le rapport propose trois axes de travail pour accélérer le déploiement et l'usage des SIH : (1) les actions visant à renforcer les capacités des établissements en maîtrise d'ouvrage des SI et à les préparer à intégrer leur système dans le parcours coordonné du patient ; (2) les actions de structuration de l'offre de SIH ; (3) les actions visant à renforcer l'action publique et à accroître la lisibilité des actions.

DGOS (2014). Hôpital numérique. Rapport d'activité 2013. Paris DGOS: 25 , tabl.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_-_Hopital_numerique_2013-2.pdf

Lancé fin novembre 2011 avec la publication du guide des indicateurs des pré-requis et des domaines fonctionnels prioritaires, le programme Hôpital numérique, plan stratégique de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) pour la période 2012-2017, est désormais pleinement opérationnel aux niveaux national, régional et local. Le présent rapport d'activité revient en détail sur la mise en oeuvre de ce programme, centré sur la modernisation des systèmes d'information des établissements de santé.

Ministère chargé de la Santé (2014). Rapport de la Commission Open data en santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 63 +59 , ann.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La Commission " open data en santé ", qui s'est réunie de novembre 2013 à mai 2014, avait pour mission de débattre, dans un cadre pluraliste associant les parties prenantes, des enjeux et des propositions en matière d'accès aux données de santé. Son rapport, remis le 9 juillet 2014 à la ministre de la Santé, retrace les travaux et discussions de la Commission. Adopté consensuellement par l'ensemble des membres de la commission, qui partagent des attentes communes et fortes, il dresse tout d'abord un panorama de l'existant : définitions des concepts, état du droit, présentation de la gouvernance, présentation de l'accès aux données du SNIIRAM et du PMSI, cartographie des données de santé et enseignements tirés des expériences étrangères. Dans une seconde partie, il évoque les enjeux pour l'avenir.

Enfin, il identifie les actions à mener : données à ouvrir en open data, orientations en matière

de données réidentifiantes, données relatives aux professionnels et aux établissements.

Babusiaux, C. (2014). Rapport au Parlement 2014. Progrès, enjeux, solutions. Charenton-Le-Pont Institut des données de santé: 99.

Le rapport 2014 de l'Institut des données de santé traduit des progrès dans l'ouverture des données de santé. Ils ont permis des avancées significatives, par exemple : La création d'une base pour mieux connaître le parcours de soins des personnes atteintes d'un cancer afin d'optimiser leur traitement, la création d'une base permettant de mesurer l'impact des habitudes alimentaires des personnes sur leur santé afin de développer la prévention, le développement de l'expertise en matière de sécurité sanitaire, notamment celle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, qui a constitué une équipe pour développer l'analyse des données auxquelles elle a désormais accès, et qui a fait émerger des relais dans des organismes de recherches afin d'accroître ses possibilités d'analyse au service de la sécurité des patients, la possibilité pour des acteurs de la société civile d'utiliser les données pour réaliser des études, en particulier celles du Collectif Inter associatif Sur la Santé portant sur l'évolution du reste à charge des patients en cas de consultation d'un professionnel de santé ou de séjour hospitalier, la possibilité pour certaines professions de santé d'avoir accès aux données leur permettant d'éclairer leur dialogue avec l'assurance maladie. Compte tenu de l'actualité, ce rapport traite également des enjeux liés au nécessaire élargissement de l'ouverture de ces données dans l'intérêt des patients, et analyse les solutions proposées par les différents acteurs. Il vise ainsi à éclairer les débats, comme c'est aussi le rôle de l'Institut (d'après l'éditorial).

Blanchet, P., et al. (2014). Identifier les enjeux de l'articulation entre dossier patient commun et dossiers de spécialités. Paris ANAP: 52.

<http://www.anap.fr>

La constitution d'une informatique médicale et administrative a donné lieu à des cohabitations de logiciels complexes avec d'une part un dossier patient commun et des outils ou dossiers de spécialité, sur mesure. Leur articulation est un véritable enjeu pour l'établissement de santé avec des améliorations attendues en termes de qualité de la prise de charge des patients, de conditions de travail des professionnels de santé et de valorisation de l'activité. Ce rapport explique l'origine des articulations insatisfaisantes souvent observées aujourd'hui ainsi que les risques et inconvénients induits. Il présente différentes préconisations, issues de l'expérience des membres du groupe de travail ainsi que des témoignages des 5 établissements de santé visités, privés et publics.

2013

Bras, P. L. et Loth, A. (2013). Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé. Paris Ministère chargé de la Santé: 128 , tabl., ann.

Par lettre du 16 avril 2013, la ministre des Affaires sociales et de la santé a saisi l'auteur de ce rapport, Pierre-Louis Bras d'une mission sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé. Le sujet est complexe. Il concerne surtout la plus importante des bases de données publiques de santé dans notre pays, voire dans le monde, le Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIRAM). Issues des feuilles de soins et des résumés de sortie hospitaliers, dont on a retiré tous les éléments directement identifiants, les données du SNIIRAM décrivent l'offre et la consommation de soins ainsi que l'état de santé des quelques 65 millions d'habitants de notre pays dans la période récente. Le présent rapport

propose les voies et les moyens pour mettre en place un dispositif d'accès et d'utilisation des bases de données médico-administratives, adapté aux besoins de santé publique et de sécurité sanitaire, dans des conditions fiables et sécurisées, respectant notamment le strict anonymat des patients. Le rapport s'inscrit dans le cadre plus général de la réflexion menée sur l'ouverture de l'accès aux données de santé. Il complète ainsi le rapport sur la pharmacovigilance remis le 15 septembre 2013 à la ministre par les Professeurs Bégaud et Costagliola - qui recommandait la création d'une structure regroupant et analysant l'ensemble des données de santé sur l'utilisation des médicaments et produits de santé. Il s'articule par ailleurs avec la mission « Open data » sur la politique d'ouverture des données publiques.

Girault, D. (2013). "Programme Hôpital numérique : le nouveau schéma directeur des systèmes d'information hospitaliers ?" Gestions Hospitalières(526): 273-275, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP kn8C8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les cours d'informatique médicale dispensés à l'hôpital Broussais par le Pr. Patrice Degoulet et son équipe, des composants transversaux étaient préconisés pour remplacer les applicatifs verticaux. (Dans l'article, schéma datant de 2002 présentant une modélisation des composants d'authentification des utilisateurs, d'identification des patients, de prescription informatisée multimodale pour les médecins, de planification de ressources et d'agenda du patient, de pilotage médico-économique). En 2011, les concepteurs du programme Hôpital numérique (PHN) ont concrétisé les concepts de production hospitalière décrits par Patrice Degoulet ; les trois prérequis et les cinq domaines prioritaires les déclinent en trente-deux indicateurs mesurables et compréhensibles par la communauté hospitalière. Leur mode de calcul est clairement défini dans le "Guide des indicateurs" publié par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Messner, L., et al. (2013). "Système d'information en santé. Dossier." Revue Hospitalière De France(550): 10-25, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP E7mER0xq. Diffusion soumise à autorisation]. Programme "hôpital numérique" piloté par la direction générale des soins, plan européen e-santé 2012-2020, projet Mines-Télécom relatif aux équipements e-santé dans les EHPAD. ce dossier présente les différents projets nationaux ou européens en cours dans le domaine des systèmes d'information en santé, se penche sur les freins aux partages d'information entre secteurs sanitaire et médico-social et offre également un regard sur une expérience étrangère à la pointe : la mise en place d'un dossier patient informatisé de territoire au Danemark.

Venot, A. é. (2013). Information médicale, e-santé. Fondements et applications, Paris : Springer-Verlag France

L'informatique médicale est devenue au fil des années une vraie discipline scientifique dont les bases et applications sont enseignées non seulement dans tous les domaines de santé (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, sciences sanitaires et sociales, école de soins infirmiers et de kinésithérapie, écoles de santé publique) mais également dans de nombreux autres cursus (Sciences de la vie, Écoles d'ingénieur et d'économie, etc.). Ce livre est le fruit du travail collectif de nombreux auteurs appartenant principalement au Collège français des enseignants chercheurs de cette discipline. Il est composé de 19 chapitres qui comportent tous des objectifs pédagogiques, des conseils pour approfondir les connaissances dans le domaine et des exercices.

2012

Adda, D. et Fernet, P. (2012). "Performance. Évolution du dossier patient et des archives médicales." Gestions Hospitalières(515): 234-237.

[BDSP. Notice produite par EHESP r89BAR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les évolutions du code de la santé publique ont mis le patient au coeur du système de santé en renforçant ses droits à l'information et à la protection de ses données de santé. Ces évolutions s'accompagnent de fortes incitations des pouvoirs publics à l'informatisation du dossier médical, un passage désormais obligé pour diminuer le papier et restreindre les coûts de gestion et de stockage des archives. Depuis l'abrogation de l'arrêté de 1968, ces dernières ne sont plus obligatoirement conservées au siège de l'établissement. Dorénavant, l'externalisation des archives médicales fait l'objet de deux régimes d'hébergement, l'un sur support papier, l'autre sur support informatique.

Chantry, A., et al. (2012). "Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) - processus de production des données, validité et sources d'erreurs dans le domaine de la morbidité maternelle sévère." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **60**(3): 177-188.

[BDSP. Notice produite par ORSRA nqAR0xBk. Diffusion soumise à autorisation]. Position du problème : L'organisation des soins obstétricaux en France fait que les femmes rencontrent systématiquement le système hospitalier. Les données hospitalières nationales issues du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) constituent donc potentiellement une source intéressante d'information, notamment pour l'étude d'événements rares tels que la morbidité maternelle sévère. Ces données couvrent un grand nombre d'individus mais leur qualité n'a pas été évaluée dans ce domaine. Notre objectif était d'étudier les circuits de production et la validité des données du PMSI relatives à la morbidité maternelle sévère. Matériel et méthodes : L'étude a été conduite dans quatre centres hospitaliers universitaires (Caen, Cochin, Grenoble, Lille). D'une part, l'organisation des étapes du circuit de l'information médicale - production, conditionnement, vérification et traitement - a été détaillée dans chaque centre grâce à l'utilisation d'une grille standardisée. D'autre part, l'étude de validation reposait sur la confrontation des événements maternels morbides sévères identifiés dans le PMSI des années 2006-2007 avec les données issues des dossiers médicaux qui constituaient la référence. Les sensibilités et valeurs prédictives positives du PMSI ont été calculées. Résultats : L'étude des circuits de production des données du PMSI révèle des différences majeures d'organisation entre centres surtout concernant l'étape de vérification de l'information médicale. Dans les données hospitalières, les diagnostics (éclampsie et embolie pulmonaire) présentaient une forte proportion de faux-positifs (68 %). À l'inverse, les actes (quatre actes marqueurs d'hémorragie sévère) avaient moins de 1 % de faux-positifs, mais une sensibilité basse avec 37 % de faux-négatifs dont 95 % étaient des erreurs corrigibles. Concernant les suppléments de soins intensifs et de réanimation, tous les indicateurs de validité étaient élevés. Par ailleurs, les centres 1 et 2 montraient des données de meilleure qualité quels que soient les événements. Conclusion : L'hétérogénéité des circuits de production des données du PMSI semble associée à une qualité variable de ces données. Les suppléments de réanimation et de soins intensifs, comme les actes après correction a posteriori peuvent être utilisés dans le PMSI. Pour les diagnostics, les données PMSI sont de meilleure qualité quand les centres possèdent conjointement une informatisation des dossiers et des étapes de vérification des informations médicales. (résumé d'auteur).

Dauriac, Lemasson, V., et al. (2012). "Le recueil informatisé de signalements en psychiatrie." Journal

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

D'economie Medicale **30(1)**: 31-35.

[BDSP. Notice produite par ORSRA HR0xoBpm. Diffusion soumise à autorisation].

Introduction : Sur indication de tiers, les psychiatres sont amenés à débiter une "prise en charge" de patients qu'ils n'ont pas encore vus. Ce sont les "signalements", que les établissements doivent recueillir non seulement à des fins de description comptable de l'activité dans le cadre du PMSI, mais aussi car ces précieuses informations cliniques pourraient utilement s'intégrer à un dossier informatisé, afin de garantir la continuité des soins. Reste à savoir s'il est licite de recueillir des informations à propos d'un patient non informé de ce recueil ? Méthode : Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude approfondie des éléments juridiques existants (étude de la législation et de la jurisprudence). Résultat : La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 n'autorisant à l'article 7 le traitement informatique de données que si la personne concernée a donné son accord, il est interdit de recueillir des données de signalement, au nom du patient, dans un dossier informatisé. Pourtant la Loi impose aux professionnels de santé de décrire leur activité (article L. 6113-7 et L. 6113-8 du CSP), de garantir la continuité des soins (article L. 1110-1 du CSP) et de dispenser les soins les plus appropriés (article L. 1110-5 alinéa 1 du CSP). Discussion : Nous formulons des solutions techniques conformes à l'état du droit et répondant 1) soit aux seuls impératifs du PMSI, 2) soit à ces derniers et aux besoins d'utilisation clinique des données qui nécessitent alors une demande de dérogation auprès de la CNIL (au titre de la 3ème dérogation de l'article 7 de la loi CNIL).

Le Bihanbenjamin, C., et al. (2012). "L'amélioration du chaînage des séjours dans la base nationale du PMSI MCO entre 2006 et 2009 : analyse et conséquences." Journal D'economie Medicale **30(1)**: 17-30.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0xH9kDp. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Le chaînage des séjours dans le PMSI offre de nouvelles perspectives d'analyse pour l'organisation des soins, l'économie médicale ou l'épidémiologie. Notre objectif était d'évaluer la qualité du chaînage des séjours MCO de 2006 à 2009. Matériel et méthode : A partir des bases nationales PMSI de 2006 à 2009, la qualité du chaînage a été évaluée sur les séjours sans numéro de chaînage (NC), et sur les erreurs d'allocations du NC et de leurs causes. Résultats : Le nombre de séjours sans NC a diminué de façon conséquente, passant de 1.055.777 (4.89 %) en 2006 à 196.689 (0.80 %) en 2009. Nous nous sommes intéressés à certains types de données aberrantes par NC qui persistent : nombre d'hospitalisations annuelles erronées, décès multiples, ou répétitions impossibles d'accouchements sur la période. Ceci a conduit à considérer aussi comme erreur de chaînage les anomalies pendant les étapes du chaînage. Ces anomalies portaient le plus souvent sur le numéro d'assuré social. Ainsi dénombrées, les erreurs de chaînage (manque ou anomalie) ont concerné 1.672.776 séjours (7.75 %) en 2006 et 459.023 (1.87 %) en 2009, avec de fortes disparités régionales en 2006 qui s'atténuèrent ensuite. En dépit de leur diminution chronologique, ces erreurs ont conduit pour 2009, à un déficit pour les établissements estimé à 376 millions d'euros. Discussion/Conclusion : Le nombre de séjours sans NC ou avec anomalie de chaînage diminue. Les anomalies doivent être systématiquement prévenues en amont du chaînage. Les efforts doivent surtout porter sur le recueil approprié du numéro de sécurité sociale à l'admission, afin d'améliorer encore la qualité du chaînage.

Messner, L. (2012). "Systèmes d'information. Tout savoir sur le programme Hôpital numérique." Revue Hospitaliere De France(545): 82-83.

[BDSP. Notice produite par EHESP sR0xmAsA. Diffusion soumise à autorisation]. Le programme Hôpital numérique, lancé en novembre 2011, constitue la feuille de route à cinq

ans (2012-2016) pour les systèmes d'information hospitaliers. Son ambition est d'amener l'ensemble des établissements vers un premier niveau de maturité de leurs systèmes d'information. Pour ce faire, il propose un plan d'actions agissant sur quatre leviers à actionner de manière coordonnée.

2011

(2011). Dossier médical personnel : le DMP en questions, Paris : CISS

A travers ce dépliant, le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) accompagne la mise en place du dossier médical personnel (Dmp), qui vise à améliorer et faciliter la coordination des soins entre les professionnels de santé amenés à intervenir auprès d'une même personne. Dans ce dépliant, sont expliqués ce qu'est ce nouvel outil pour l'usager, comment y accéder, ? comment ça marche ? (Résumé de l'éditeur).

(2011). Guide pratique du projet DMP en établissement de santé et plan projet associé. Paris ASIP Santé: 81, ill.

Le Dossier Médical Personnel (DMP) doit aider à améliorer la coordination des soins grâce à une meilleure circulation de l'information médicale entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville. Il existe plusieurs façons de mettre en œuvre ce projet dans les établissements de santé. Ce guide est destiné à accompagner les chefs de projet DMP dans les établissements et les maîtrises d'ouvrage régionales. C'est un document pratique dont les préconisations opérationnelles reposent sur les retours d'expériences des établissements et maîtrises d'ouvrage régionales dans les régions pilotes, ainsi que sur un travail concerté avec les responsables de systèmes d'information en établissements et plus globalement avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence Nationale d'appui à la performance (ANAP), les Fédérations Hospitalières et quelques éditeurs et personnes qualifiées. Chaque type d'établissement, quels que soient son statut, sa taille, son niveau de connaissance du DMP et sa situation d'informatisation, y trouvera des éléments permettant de définir sa trajectoire de mise en œuvre du DMP.

Besselere, R., et al. (2011). "Vingt ans de communication à l'hôpital." Techniques Hospitalières(727): 40-59, graph., ill.

[BDSP. Notice produite par EHESP 81R0xHIm. Diffusion soumise à autorisation]. Les XIXèmes Journées nationales de l'association des technologies de communication hospitalière Athos se sont déroulées les 7 et 8 octobre 2010 à Saint-Raphaël (83). Ces journées ont été l'occasion de présenter plusieurs expériences et projets mis en place dans des centres hospitaliers. Parmi ces projets : - la sensibilisation de onze établissements de la région Picardie à la sécurité de l'information - la dématérialisation des comptes rendus d'hospitalisation au centre hospitalier universitaire de Rennes - l'intégration de la téléradiologie dans l'activité quotidienne du centre hospitalier du Val-de-Saône Pierre-Vitter à Gray - la mise en place d'une information tactile au lit du patient au CH de Valence - la mise en place d'un réseau wifi multi-applications au sein du pôle mère-enfant du groupe hospitalier du Havre. D'autres thèmes ont été également abordés durant ces journées : l'évolution des technologies au service des soignants, du minitel à l'application web, a été évoquée ainsi que les finalités et enjeux de la géo-santé ou "système d'information géographique" (SIG).

Bocquier, A., et al. (2011). "Évaluation de la qualité du chaînage des séjours hospitaliers pour l'étude

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

des variations spatiales de santé à partir des données du PMSI. Étude de faisabilité dans trois régions françaises." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **59**(4): 243-249, tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSLR ssGBsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 2001, les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comportent un numéro de chaînage anonyme permettant de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient. Sous réserve d'une qualité de chaînage suffisante, ces données pourraient contribuer à l'évaluation de la prévalence de certaines pathologies à l'échelle territoriale où peu de données de morbidité sont disponibles. Cette étude analyse le lien potentiel entre la qualité du chaînage et les taux de personnes hospitalisées dans trois régions françaises (Bretagne, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Cette analyse porte sur des séjours hospitaliers (hors séances) en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sur la période 2004-2005 (ensemble des séjours, séjours avec mention de cancer ou d'asthme). Pour étudier la qualité du chaînage, le pourcentage des séjours chaînables (pas d'erreur lors de la procédure d'anonymisation) a été calculé au niveau des régions et des territoires infrarégionaux utilisés par les décideurs régionaux dans le champ sanitaire. L'intervalle interquartile (troisième quartile-premier quartile) du pourcentage de séjours chaînables a été calculé et le lien entre ce dernier et le taux standardisé de personnes hospitalisées au moins une fois en 2004-2005 testé à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman. Toutes causes confondues, les pourcentages de séjours chaînables étaient de 94,4%, 96,6% et 97,0% respectivement en Picardie, Paca et Bretagne. Les variations infrarégionales étaient plus élevées en Picardie (intervalle interquartile de 4 à 6) qu'en Bretagne et Paca (1 à 2). Le pourcentage de séjours chaînables était significativement corrélé au taux de personnes hospitalisées pour l'ensemble des séjours et ceux avec mention de cancer, en Picardie uniquement. Les résultats incitent à utiliser avec prudence les données du PMSI antérieures à 2006 et à analyser la qualité du chaînage avant d'effectuer des comparaisons géographiques ou des évolutions temporelles du taux de personnes hospitalisées. Celles-ci ne sont pas toujours envisageables. De nouvelles analyses devraient être conduites dans les autres régions et sur les évolutions récentes du taux de chaînage. (R.A.).

Dembinski, O. et Belart, T. (2011). "Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en oeuvre du RIM-P." Sociologie Sante(34): 89-116.

Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en oeuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en oeuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en oeuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostructure dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

Despiau, F., et al. (2011). "Dossier de soins informatisé. Stratégies de déploiement." Gestions Hospitalieres(502): 19-21.

[BDSP. Notice produite par EHESP AGpR0xrJ. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre de lutte contre le cancer de Toulouse met en oeuvre le dossier de soins informatisé, projet fort et structurant qui nécessite une réflexion sur les stratégies à mettre en place lors du

déploiement : mise en place progressive, service par service, pluridisciplinarité, formation et accompagnement quantitatif et qualitatif, tels sont les grands axes choisis par l'équipe projet.

Khenouf, M. et Ruol, V. (2011). Evaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH. Rapport Igas ; RM2011-029P. Paris IGAS: 65.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000170/0000.pdf>

Par lettre du 20 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi le chef de l'IGAS d'une mission portant sur « l'évaluation du développement de l'offre en matière de système d'information hospitalier (SIH) et sur l'analyse stratégique du positionnement des opérateurs publics en SIH ». Cette mission s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'un comité de pilotage stratégique des SIH, chargé d'élaborer un programme d'action à moyen terme en faveur du développement des systèmes d'information des établissements de santé (résumé d'auteur).

2010

Ettorchi-Tardy, A., et al. (2010). "PMSI et évaluations des objectifs fixés par la loi du 9 août 2004." Gestions Hospitalières(492): 48-53.

[BDSP. Notice produite par EHESP Hr9R0xp7. Diffusion soumise à autorisation]. En 2004, cent objectifs de santé publique (SP) ont été déterminés et annexés à la loi sur la politique de santé publique. A chaque objectif est associé un ou plusieurs indicateurs. Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) reste la seule base d'exhaustivité des données concernant les hospitalisations en France ; on se doit d'analyser son utilité dans l'évaluation des objectifs de SP à un niveau régional, voire local. Nous avons étudié un objectif concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont l'indicateur retenu (nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour AVC) se prête bien à une analyse des données en PMSI. Cette analyse a concerné les données 2007 au CHU de Bordeaux. L'implication des départements d'information médicale (DIM) dans l'évaluation de tels objectifs constitue un grand pas de mise en oeuvre de la politique de régionalisation de SP.

Ngouyombo, B. (2010). Réussir le DMP, Paris : Institut Montaigne
<http://www.institutmontaigne.org/fr/publications/reussir-le-dmp>

Le dossier médical personnel (DMP) est défini par le ministère de la Santé comme : « un ensemble de services permettant aux patients et aux professionnels de santé autorisés par celui-ci de partager, sous forme électronique, des informations de santé jugées utiles et pertinentes pour améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins. Personnel et partagé, il est accessible en tout point du territoire et à tout moment ». Introduit par la loi du 13 août 2004, le DMP aurait dû être mis en place en 2007, il y a trois ans déjà. Après de nombreux écueils, les autorités ont délaissé le projet alors que fleurissaient des initiatives locales innovantes. En avril 2009, le ministère de la Santé annonce une relance du DMP en promettant le déploiement d'une première version nationale avant fin 2010. Meilleure coordination des soins, maîtrise des dépenses, accès facilité à l'ensemble des informations concernant les patients? Les difficultés rencontrées lors de la mise en ?uvre du DMP ont été à la hauteur des enjeux.

Sauret, J. (2010). "Économie des nouveaux systèmes d'information en santé." Seve : Les Tribunes De

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

La Sante(29): 59-68.

Annoncés comme très prometteurs, les systèmes d'information en santé n'ont pas débouché en France sur toutes les améliorations attendues. L'analyse de la situation montre que les avancées ont été significatives, mais très hétérogènes. La France accuse aujourd'hui un vrai retard sur les pays équivalents. Pour autant, les gains que pourraient apporter des systèmes d'information performants restent très importants, tant pour la qualité des soins que pour les aspects financiers ou pour le pilotage du système. Cependant, la réalisation de ces gains est soumise à certaines conditions, non encore réunies (résumé de l'éditeur).

2009

(2009). Etat des lieux et perspectives de plateformes régionales de services. Programme de relance du DMP et des systèmes d'information de santé. Paris Mission de Préfiguration de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé: 70.

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une commande passée au GIP DMP et au GMSIH (Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier) par la MISS (Mission pour l'informatisation du système de santé) et la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) - Cf. lettre de mission datée du 9 janvier 2008. Elle propose les bases d'une organisation et d'un cadre de relations renouvelés entre les régions et les acteurs nationaux pour le développement, sur tout le territoire, des systèmes d'information partagés de santé. Elle s'appuie sur les enseignements d'une histoire commune et d'une analyse partagée. Le présent document aborde la question du développement des plate-formes de services et la possibilité d'une modernisation coordonnée des systèmes d'information de santé par la fourniture : d'un état des lieux de l'existant, d'une synthèse des attentes exprimées par les acteurs institutionnels, opérationnels et industriels, d'une analyse des expériences conduites au regard de la construction d'un système de portée nationale, de recommandations aux acteurs afin de mettre en cohérence les actions nationales et régionales, de conseils pratiques à l'attention des maîtrises d'ouvrage.

Lasbordes, P. (2009). Rapport sur le Dossier Médical Personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l'audition publique du 30 avril 2009). Rapport de l'Assemblée Nationale ; 1847 ; Rapport du Sénat ; 567. Paris Assemblée nationale ; Paris Sénat: 110.

<http://www.senat.fr/rap/r08-567/r08-5671.pdf>

L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) a organisé le 30 avril 2009 une audition publique sur le Dossier médical personnel (DMP) dont la création est prévue depuis l'adoption d'une loi en 2004 et dont les enjeux sont jugés essentiels, tant pour la qualité des soins que pour la protection des données personnelles de santé. Cette audition publique avait pour objet, d'une part, de faire le point sur l'expérimentation telle qu'elle a été menée jusqu'à présent, en examinant les avancées réalisées ainsi que les difficultés rencontrées, et d'autre part, d'étudier les perspectives d'avenir du projet, à la lumière notamment du plan de relance annoncée par le ministère de la santé et des sports et en prenant en compte les solutions technologiques offertes dans ce domaine. En réunissant, sur une journée, les principaux acteurs du projet, les auteurs de rapports visant à en évaluer l'état de réalisation, la CNIL, des représentants du ministère, des professionnels de santé et des usagers, ainsi que des entreprises du secteur, l'audition se proposait de confronter les analyses portant sur les conditions dans lesquelles le projet a été

conduit, ainsi que les recommandations formulées à la suite de ce retour d'expérience.

Tajahmady, A. et Cauterman, M. (2009). Le dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport final. Paris Meah: 32.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a mené une mission d'accompagnement de 8 établissements de santé français durant 18 mois sur le thème du dossier patient. La méthodologie employée comprenait 4 phases : diagnostic, plans d'actions, mise en oeuvre, évaluation capitalisation. Cinq axes de travail ont été retenus : politique, circuit (archivage), contenant, contenu et usages (comptes-rendus d'hospitalisation, loi du 4 mars 2002). Le rapport final présente les principales réalisations et enseignements du chantier. A travers des actions organisationnelles et managériales simples, et l'utilisation d'outils classiques de gestion de projet, les établissements du groupe de travail ont réussi à améliorer la conformité du contenu de leur dossier patient, et les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation. D'autres réalisations, sur la réduction du volume des archives, la mise en place d'un dossier patient papier unique ou l'informatisation du dossier patient ont été atteintes. Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt qu'une démarche projet centrée sur les aspects organisationnels du dossier patient peut avoir. Ils soulignent aussi les dangers que l'absence d'une telle réflexion peut présenter lorsqu'un établissement s'engage dans une démarche d'informatisation ou de numérisation de son dossier patient.

2008

Bremond, M. et Fieschi, M. (2008). "Le partage d'information dans le système de santé." Seve : Les Tribunes De La Sante(21): 79-85.

Le principe du partage d'informations entre professionnels de santé s'est imposé comme un des leviers possibles de l'accroissement de l'efficacité du système de santé. Les discours officiels en ont fait une question simple dont la réponse serait principalement une affaire de moyens techniques. Or, le partage d'informations ne peut se construire sur le seul progrès technologique, il doit prendre appui sur une organisation de professionnels de santé cherchant à améliorer leur performance collective vis à vis des patients pris en charge. Nous sommes face à une situation de grande complexité, qui exige la définition de processus de prise en charge conciliant une logique verticale de différenciation et de segmentation des savoirs et des compétences essentielle au progrès de la pratique médicale, et une logique horizontale de coordination visant à installer efficacité et dignité dans l'accompagnement de la personne (Résumé de l'auteur).

Cauhape, J. et Raveneau, V. (2008). "Mise en place d'un Système Décisionnel Informatisé : vers un outil de pilotage commun aux pôles d'activité et à la direction." Journal D'economie Medicale 26(1-2): 79-90, fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 7R0xtqJj. Diffusion soumise à autorisation]. La mise en place, au CHI Elbeuf Louviers, d'un Système Décisionnel Informatisé, a été validée dans le projet d'établissement 2006-2011. Cette communication fait le point sur les étapes mises en oeuvre fin 2007, sur les raisons du succès et les écueils à éviter.

Door, J. P. (2008). Rapport d'information sur le dossier médical personnel. Rapport d'information ; 659. Paris Assemblée Nationale: 179 , ann.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0659.asp>

Réalisé suite à la tenue de vingt réunions et à l'organisation de trente-deux auditions, ce rapport présente les quinze propositions de la mission Door pour relancer le dossier médical personnel (ou partagé). Le retard dans la mise en oeuvre du projet est expliqué par la conception et la réalisation du DMP (qui) impliquaient des réponses préalables à de nombreuses questions techniques et juridiques, ce qui a rendu sa réalisation beaucoup plus complexe que prévu et a finalement empêché son aboutissement dans les délais fixés. La mission d'information pointe notamment un pilotage beaucoup trop distant de la part de l'administration centrale, l'existence d'une multiplicité de projets concurrents, la parcimonie des moyens accordés initialement au GIP-DMP, les multiples problèmes liés au changement de stratégie du GIP. Le rapport de la mission dresse également un bilan des acquis du projet, tels qu'ils sont apparus au fur et à mesure de ses auditions.

Gagneux, M., et al. (2008). Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé. Paris : Mission de relance du DMP: 120.

http://www.i-med.fr/IMG/pdf/Rapport_Gagneux_11_avril_2008.pdf

La mission de relance du projet de DMP a été constituée en décembre 2007 pour établir des propositions sur le cadre stratégique, l'amélioration de la gouvernance et l'organisation de la concertation sur le DMP, après la publication d'un rapport d'audit très sévère sur le pilotage du dispositif. Le rapport s'organise en huit chapitres, abordant les "enjeux stratégiques des systèmes d'information médicale partagée", les principes d'actions de relance du DMP, les concepts de dossier médical, la "valeur d'usage" et les services offerts par le DMP, le consentement du patient, l'architecture du "système DMP", la relance et le déploiement du dispositif et la gouvernance des systèmes d'information de santé. Ce rapport plaide pour une relance rapide du DMP et annonce une feuille de route lisible, afin de répondre aux "attentes fortes" et aux "doutes" des différents acteurs du monde de la santé sur le projet, dont le processus de déploiement, initialement prévu au 1er janvier puis au 1er juillet 2007, avait été suspendu à l'arrivée de Roselyne Bachelot au ministère de la santé en mai 2007.

Saiche, D. (2008). Dossier médical personnel (DMP) en phase d'expérimentation nationale : résultats obtenus en Alsace en secteur libéral et hospitalier. Strasbourg : Université Louis Pasteur.

Thèse de doctorat en médecine.: 204 , tabl.

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, accessible par Internet et stocké par un hébergeur agréé et sécurisé, dont le seul propriétaire est le patient. Le DMP s'inscrit dans la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, ce nouvel outil devant contribuer à l'amélioration de la qualité de soins et à la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit d'un projet ambitieux et très complexe mettant en scène de nombreux intervenants : les représentants du gouvernement, le système de soins libéral, le système de soins hospitalier, les industriels et les utilisateurs (les patients). Face à la complexité et au caractère innovant de ce dossier, il paraissait indispensable de lancer une phase d'expérimentation avant d'envisager sa généralisation, initialement prévue au 1er juillet 2007. L'expérimentation s'est orientée vers le secteur de santé libéral et le secteur de santé hospitalier. Le Groupement d'Intérêt Public du DMP (GIP-DMP) a été créé en avril 2005 afin de manager cette première phase. Ainsi 17 sites pilotes répartis au sein de 13 régions françaises ont été retenus par le GIP-DMP en février 2006. Chaque site pilote est rattaché à un hébergeur parmi les 6 consortiums sélectionnés en octobre 2005 puis agréés, la région Alsace ayant choisi le groupement Thalès- Cegedim. L'expérimentation a officiellement été lancée au 1er juin 2006, pour se clôturer le 31 décembre de cette même année.

2007

Boaretto, Y., et al. (2007). Rapport sur le dossier médical personnel (DMP). Paris IGAS: 85 , ann. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000713/0000.pdf>

Institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, le dossier médical personnel (DMP) avait pour but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Compte tenu de la complexité du dispositif, un GIP, composé de l'Etat, de la Caisse des dépôts et consignations et de l'assurance-maladie, avait été constitué en avril 2005 pour piloter la mise en place du DMP. Celui-ci devait être généralisé à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie pour le 1er juillet 2007. La mission conjointe IGAS-IGF-CGTI, mise en place en juillet 2007, fait le point sur l'état d'avancement et le pilotage de ce projet ainsi que sur sa capacité à répondre aux objectifs initiaux. Elle estime notamment que le dispositif s'est vu, d'emblée, doté d'objectifs irréalistes, aussi bien dans le calendrier imposé, le coût du projet que dans le modèle économique choisi, modèle dont le potentiel d'économies attendu pour l'assurance maladie ne s'est pas vérifié. Elle observe par ailleurs que le projet DMP souffre d'une perte de crédibilité et de lisibilité et présente d'importantes zones de risques et d'incertitudes. Sur la base de ce constat, la mission présente une série de recommandations pour « sauvegarder les acquis, restaurer la confiance et relancer le projet de DMP ».

Bourquard, K. (2007). "Dossier médical partagé ou personnel : situation internationale." Pratiques Et Organisation Des Soins **38**(1): 55-67. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_medical_situation_internationale.pdf

[BDSP. Notice produite par CNAMTS mhR0x9Fm. Diffusion soumise à autorisation]. Afin d'apporter un éclairage international aux questions posées en France par la mise en oeuvre du DMP, l'auteur a analysé les aspects d'organisation du territoire, de stratégie, de conduite du changement et de cadre technique. Les pays abordés sont les états européens, les États-Unis et le Canada, l'Australie et le Japon.

Colin, C., et al. (2007). "Le dossier médical personnel." Actualite Et Dossier En Sante Publique(58): 17-56.

[BDSP. Notice produite par ENSP 0F8W4R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier réunit en quelques pages tout ce que le système de santé français porte comme espoir : une meilleure vie pour tous, et comme contraintes : l'ensemble mal arrangé de systémiques stratifiées et de comportements individuels divergents, qui surprend plus d'un observateur extérieur. Gageons que la constance avec laquelle sont appliquées les réformes dans le système de santé nous conduise au progrès sanitaire et social.

Coudreau, D., et al. (2007). "Dossier médical personnel : vers un partage de l'information." Regards De La Fhp(48): 17-41.

[BDSP. Notice produite par EHESP 7B8D8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Malgré les retards pris pour sa généralisation, le projet "Dossier Médical Personnel" apparaît comme étant le plus important chantier relatif aux Systèmes d'Information de Santé que le pays n'ait jamais entrepris. Les larges concertations organisées par le GIP-DMP ainsi que le bilan des expérimentations qui se sont déroulées en 2006 ont été riches d'enseignement pour la future phase de généralisation. Cependant à ce jour, le cadre législatif n'est pas encore définitivement établi et certains aspects techniques restent en cours de discussion, notamment au niveau des échanges d'informations entre les établissements de santé et le DMP. La FHP a souhaité recueillir les témoignages de différents intervenants afin d'apporter un nouvel éclairage dans la façon d'appréhender la généralisation du DMP. Ces éléments

peuvent également alimenter la réflexion des cliniques privées sur les orientations à donner pour le développement de leur Système d'Information Hospitalier.

Jegou, J. J. (2007). Rapport d'information sur le suivi du référé de la Cour des Comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé. Rapport d'information ; n° 35. Paris Sénat: 327 , ann.

<http://www.senat.fr/rap/r07-035/r07-0351.pdf>

Le présent rapport présente, tout d'abord, les observations de la Commission des finances sur le système actuel d'information de santé français. Puis, il comporte trois annexes : - le référé n° 46485 de la Cour des comptes sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, accompagné de la lettre d'envoi du Premier président de la Cour des comptes au ministre de la santé et des solidarités ; - la réponse du directeur de cabinet du ministre de la santé et des solidarités au référé précité ; - enfin, le chapitre X du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, paru en septembre 2007, intitulé « le partage des données entre les systèmes d'information de santé ». Les réponses adressées aux observations de la Cour des comptes par les ministres, les administrations et les organismes concernés ne sont pas reproduites dans le cadre du présent rapport.

Lafitte, M. (2007). Les systèmes d'information en santé, Paris : Les Editions de santé

Cet ouvrage est un plaidoyer en faveur du rôle majeur et structurant des technologies de l'information et de la communication dans la mise en place d'un nouveau paradigme organisationnel, en voie d'émergence, celui de l'exercice médical en réseau.

Tardif, L. (2007). "Étude méthodologique du chaînage des séjours : base PMSI MCO 2004." Serie Statistiques - Document De Travail - Drees(116): 67 , tabl., graph.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE Wc0R0xgQ. Diffusion soumise à autorisation]. Les données issues du PMSI sont utilisées pour caractériser l'organisation des recours hospitaliers. Depuis 2001, les fichiers enregistrés permettent de "chaîner" les différents séjours d'un même malade. Ce "chaînage" utilise un numéro anonyme, commun à toutes les hospitalisations, qu'elles aient lieu en MCO, SSR, HAD ou en psychiatrie et quel que soit le secteur public ou privé ; Le chaînage des séjours est essentiel pour l'épidémiologie des pathologies chroniques, tels que les cancers, qui génèrent des prises en charge hospitalières itératives.

2006

Bourrachot, V., et al. (2006). "Quel recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie ?" Journal D'economie Medicale **24**(5): 249-254, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA R0x7NeVD. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis 2002, un recueil d'informations spécialisé en psychiatrie a été expérimenté dans quatre régions pilotes (Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion), et dans des établissements volontaires. Ce recueil a été complété par une étude des coûts directs conduite en juin 2004 pour tester le pouvoir explicatif de chaque variable du recueil d'information sur la formation des coûts et celui de la classification sur la variance des coûts. Les conclusions de ces travaux permettent d'évaluer la difficulté de recueil systématique de certaines informations et

d'apprécier la pertinence médico-économique de chaque variable et de la classification initialement proposée. Dans ce contexte une mission a été confiée en septembre 2005 à l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation afin de proposer, avec l'appui des professionnels, les modalités d'un nouveau recueil d'information médicalisé en psychiatrie.

Duclos, A., et al. (2006). "Du PMSI à la gestion des pôles : une analyse critique sur l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS)." Journal D'economie Medicale **24**(2): 71-82, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORSRA Hq8YR0x1. Diffusion soumise à autorisation]. Objectif : Démontrer la nécessité de valider une approche comparative sur l'IP-DMS, avant d'utiliser cet indicateur pour fixer des objectifs de performance contractualisés aux pôles d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Méthode : Nous avons suivi une séquence d'approche simple comprenant trois étapes : 1-Identification d'un GHM traceur (GHM 04M13Z - oedème pulmonaire et détresse respiratoire), 2-Estimation du nombre de journées théoriquement puis réellement perdues sur ce GHM pour l'année 2004,3-Caractérisation de ses principales filières de prises en charge. A partir des informations extraites de la base PMSI de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et des statistiques par GHM de la base PMSI nationale, nous avons effectué des comparaisons sur une batterie de variables médico-économiques (résumé d'auteur).

Picard, S., et al. (2006). "Les aspects juridiques et éthiques de la protection des données issues du dossier médical informatisé et utilisées en épidémiologie : un point sur la situation." Sante Publique **18**(1): 107-117.

[BDSP. Notice produite par ENSP 5UR0xvjh. Diffusion soumise à autorisation]. Avec l'apparition des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans l'exercice quotidien de la médecine, les données médicales deviennent exportables. Certes, elles représentent une source intéressante pour les épidémiologistes qui manquaient jusqu'alors de données de morbidité, mais, en quittant le cadre du seul cabinet médical, elles doivent être protégées afin de respecter les principes éthiques fondamentaux à la relation médecin-malade. Parce que des données médicales ne sont pas des marchandises, il convient de mener à bien une réflexion visant à adapter les règles éthiques existantes à ce nouvel environnement. Il convenait donc de dresser un bilan de la situation en Europe et notamment en France.

Ponge, A., et al. (2006). "Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?" Actualite Et Dossier En Sante Publique(55): 66-68.

[BDSP. Notice produite par ENSP Me8R0x7V. Diffusion soumise à autorisation]. Comment élaborer et faire évoluer un dossier médical commun partagé par les professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer ? Le travail présenté ici a consisté en la recherche de l'existant en terme de dossier médical informatisé. Recherche bibliographique tout d'abord, suivie d'un travail de terrain tentant d'effectuer l'inventaire des dossiers médicaux communs partagés, informatisés au sein des réseaux régionaux de soins du cancer en France.

Quantin, C., et al. (2006). "Le traitement épidémiologique du Dossier Médical Personnel (DMP) au service des malades ?" Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **54**(2): 177-184.

[BDSP. Notice produite par ORSLR 3J8R0xWP. Diffusion soumise à autorisation]. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que chaque bénéficiaire de l'assurance

maladie disposera à compter du 1er juillet 2007 d'un dossier médical personnel (DMP) permettant le suivi des actes et prestations de soins. Des informations d'ordre essentiellement médical ont été incluses dans le DMP : les pathologies, les traitements, les dispensations médicamenteuses, les antécédents, les résultats et compte-rendus d'exams, de consultations et téléconsultations, ainsi que toutes les informations pouvant être utiles à la prévention. L'intégration des informations concernant les données médico-sociales (conditions de vie, de travail, lieu de résidence, vie familiale, associative...) est encore en cours de discussion. La mise en place de ce dispositif soulève de nombreuses questions sur l'éventuelle utilisation des données collectées à des fins d'études épidémiologiques, le respect de la confidentialité, et son organisation logistique. Cet article envisage les différentes solutions possibles concernant les précautions scientifiques, déontologiques et techniques destinées à lever le blocage de l'utilisation statistique ou épidémiologique des données du DMP.

Vallet, G., et al. (2006). "Technique d'information et de communication. Une charte pour protéger les libertés individuelles." Gestions Hospitalieres(454): 193-200.

[BDSP. Notice produite par ENSP YxXWiR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'usage abusif possible, voire frauduleux, de données à caractère personnel suscite depuis longtemps de réelles inquiétudes auprès des personnes amenées à confier des informations privées à des professionnels. L'augmentation de la puissance des technologies mises à disposition de ces mêmes professionnels a ouvert des possibilités de détournement venant conforter légitimement cette inquiétude. L'hôpital doit être un lieu gouverné par la confiance : sans elle, la relation du patient à son médecin, et plus généralement de l'usager à son institution, ne peut que nuire à la qualité du soin. Mais l'hôpital est aussi un lieu de travail collectif et collégial où se côtoient des professionnels de nombreuses disciplines, toutes axées sur une seule ambition : guérir. Voilà pourquoi l'utilisation des technologies d'information et de communication (TIC) et son cortège potentiel d'atteintes à ce capital de confiance est une question qui mérite d'être abordée franchement.

2005

Barresi, V., et al. (2005). "Le carnet de santé est mort, vive le DMP !" Decision Sante(213): 26-31.

[BDSP. Notice produite par ENSP YviR0x51. Diffusion soumise à autorisation]. Avec le dossier médical personnel (DMP), "la France aborde, comme d'autres pays européens, une démarche de gestion dématérialisée de l'information médicale individuelle grâce à laquelle notre système de santé réalisera de nouveaux progrès en qualité et en efficacité". A l'heure de la mise sur orbite du DMP, cette communication de Philippe Douste-Blazy en conseil des ministres, le 12 janvier dernier, balaye d'une main les dizaines de questions techniques, juridiques et sociétales encore en suspens. Hugues Dufey directeur du GMSIH, qui répond aux questions de Dominique Lehalle, nous donne son opinion sur la question.

Brouchet, J., et al. (2005). "Dossier médical personnel : du projet à la réalité. Numéro spécial." Bulletin De L'ordre Des Medecins(3): 3-16.

[BDSP. Notice produite par ORSIF mMJpR0xh. Diffusion soumise à autorisation]. Deux nouvelles lois structurent l'avenir du système de santé français : la loi de santé publique du 9 août 2004 et la loi relative à l'Assurance maladie du 13 août 2004. Un nouvel équilibre est maintenant à construire entre des forces issues de la volonté de planification et la dynamique du marché. Ce numéro spécial du Bulletin de l'Ordre des Médecins est consacré

au "Dossier médical personnel" et doit permettre de coordonner la trajectoire de soins du malade par le médecin traitant, et en particulier le suivi du malade et de la maladie chronique. Différents aspects du sujet sont abordés par des articles tels que : - les enjeux du dossier médical personnel - la confidentialité, condition sine qua non - peut-il exister un "droit à l'oubli" ? - comment les données de santé sont-elles conservées ? - sur le terrain : - à l'hôpital européen Georges Pompidou - Addica, un réseau en Champagne-Ardenne - l'expérimentation de la Mayenne - le contexte européen : et demain, un dossier médical européen ? En plus de ces articles, des petits entretiens, points de vue et commentaires sont donnés par divers médecins ou personnes du milieu médical.

Faroudja, J. M., et al. (2005). Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données. Paris CNOM: 66.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/>

Dans une première partie, ce rapport aborde quelques questions élémentaires comme les avantages et les inconvénients de l'informatisation ou les problèmes posés par la multiplication des dossiers (papier, électroniques, personnels). La suite du rapport est centrée sur le dossier médical personnel (DMP) : le DMP et la loi ; éthique et déontologie du DMP ; questions pratiques et principes incontournables. Dans sa conclusion, le rapporteur insiste sur la distinction que le praticien doit faire entre le DMP et son dossier professionnel (qui peut " rester le lieu des confidences intimes " et être organisé " selon sa méthode, ses habitudes et ses convictions ").

Fieschi, M. (2005). "Vers le dossier médical personnel : les données du patient partagées : un atout à ne pas gâcher pour faire évoluer le système de santé." *Droit Social*(1): 80-90.

Par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le législateur mise, afin de réduire les dépenses, sur la " maîtrise médicalisée des dépenses de santé " par le jeu d'une série de mesures censées modifier les comportements des patients et des praticiens. La loi institue dans son article 3 un dossier médical personnel. Chaque bénéficiaire devra en disposer, afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Cet article montre que la mise en oeuvre d'un tel système d'information centré sur le patient est utile, mais complexe. Une stratégie cohérente et éclairée est nécessaire pour préserver les conditions du succès. Il énonce une série de recommandations nécessaires à la mise en oeuvre : clarifier la définition de l'organisation des soins, compléter l'approche conceptuelle du dossier, changer rapidement l'organisation des hôpitaux français et des établissements de santé, intégrer le dossier dans un système d'information unifié à construire, déployer progressivement le dossier, piloter et coordonner le système d'information de santé au niveau national, impliquer tous les acteurs, etc.

Jegou, J. J. (2005). L'informatisation dans le secteur de la santé. Paris Sénat: 65.

<http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>

Ce rapport présente, la réalité contrastée de l'informatisation du secteur de la santé en France et analyse ses faiblesses (défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé). Ce rapport insiste également sur les difficultés de mise en place du dossier médical personnel. Dix propositions sont formulées par le rapporteur.

Fieschi, M. (2003). Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Paris Ministère chargé de la Santé: 45 , ann. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000714/0000.pdf>

Afin de suivre les demandes d'évolution de la société, de répondre aux nouveaux droits des patients, de favoriser la coordination des soins et d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information de santé adaptés. Ces nouvelles modalités doivent concourir à une plus grande responsabilisation des médecins et des patients, devenus davantage acteurs dans des situations touchant à leur santé. Ce rapport est le résultat d'une mission exploratoire confiée, en décembre 2003, à Monsieur Fieschi, afin d'élaborer des propositions sur le développement des dossiers médicaux partagés. Une première partie, centrée sur une présentation du contexte, de l'évolution des pratiques médicales et du développement des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de santé, présente un bilan des forces et faiblesses de la situation en France afin de cadrer la faisabilité organisationnelle, juridique, technique et économique du projet. Une deuxième partie présente les recommandations. Elle portent sur une méthode expérimentale conduisant à court terme à une évaluation permettant de définir le cadre définitif du projet ; les modalités de pilotage du projet ; un calendrier prévisionnel de l'expérimentation proposée. Des propositions pour le moyen terme et des mesures d'accompagnement sont également avancées.

Gambier, C. et Soutoul, E. (2003). "Le dossier médical et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades." *Gestions Hospitalières*(425): 301-303.

[BDSP. Notice produite par ENSP S9dksR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a réformé de manière remarquable l'accès au dossier médical : d'une part elle a précisé le contenu du dossier médical et les modalités de sa tenue, d'autre part elle a modifié l'accès indirect au dossier, prévoyant désormais une communication directe du patient, sans l'intermédiaire nécessaire d'un médecin et créant la notion de personne de confiance à qui peuvent être remises des informations de nature médicale. Le dossier médical constitue le support le plus complet d'informations du médecin, du malade, de l'établissement de santé. C'est aussi un acte juridique qui constitue une preuve en cas de litige entre le médecin et son patient. La communication du dossier médical est essentiellement régie par les articles L. 1111-7 du code de la santé publique, le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, mais aussi par des dispositions du code de déontologie, du code pénal et du code de procédure pénale.

2002

Gribeauval, J. P. (2002). "Droit : le dossier médical à l'hôpital et en exercice libéral." *Revue Prescrire* **22**(226): 224-226.

[BDSP. Notice produite par ENSP OFR0xbg4. Diffusion soumise à autorisation]. Le texte de loi relatif aux droits des malades examiné par le Parlement (en février 2002) modifie les conditions d'accès du patient à son "dossier médical". C'est l'occasion de revenir sur les différentes étapes de l'évolution juridique du dossier médical, à l'hôpital et en exercice libéral.

2001

Berbain, X. et Minvielle, E. (2001). "L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage." Sciences Sociales Et Sante **19**(3): 77-106.

L'informatisation des unités de soins constitue un enjeu affiché pour améliorer l'organisation de la prise en charge des malades. Mais comment se décline cet enjeu dans les faits ? A partir d'une étude de cas réalisée dans quatre unités de soins d'un même hôpital, cette recherche révèle les dysfonctionnements quotidiens qui accompagnent l'introduction de l'informatique dans les collectifs de travail. Ces dysfonctionnements illustrent les défaillances d'une démarche d'apprentissage dont les modalités actuelles reposent pour l'essentiel sur la valeur d'usage que les professionnels de soins prêtent à l'informatique. Une grande partie d'entre eux ont beaucoup de mal à s'abstraire du niveau instrumental de l'outil. L'accès à d'autres niveaux d'apprentissage, gestionnaire et organisationnel, est limitée. En miroir, ces résultats conduisent à définir les conditions d'une introduction plus rationnelle de l'informatique de gestion dans les unités de soins. Cet article est complété par un commentaire critique d'Armand Hatchuel, professeur en gestion de l'Ecole des Mines de Paris (pp. 107-108).

Couray Targes, S., et al. (2001). "Les données du PMSI à visée stratégique : méthodes de segmentation." Journal D'economie Medicale **19**(7-8): 463-471, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 7jR0xTFO. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le cadre du PMSI, en sus des traditionnels casemix par GHM, deux grandes catégories d'outils d'analyse d'activité ont été développés en France ces dernières années. La première catégorie englobe les méthodes utilisant les regroupements de GHM, le plus souvent élaborés dans le cadre des Comités Techniques régionaux d'information médicale : les groupes fonctionnels et les groupes d'activité, les G-GHM, les OAP. La seconde catégorie comprend des méthodes développées au niveau local dans un objectif d'amélioration de la description des prises en charge hospitalières, ce sont le plus souvent des segments de diagnostics et/ou d'actes. L'objectif de ce travail est double : d'une part, présenter ces différentes méthodes et d'autre part, en discuter les limites respectives. (R.A.).

Fieschi, M., et al. (2001). "Peut-on, aujourd'hui, classer les hôpitaux à partir des données du PMSI ?" Journal D'economie Medicale **19**(7-8): 473-480.

[BDSP. Notice produite par ORSRA oELDhR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'auteur pose plusieurs questions notamment sur l'accès à l'information hospitalière pour le public et sur la pertinence des données utilisées pour évaluer la qualité des établissements. Cet article aborde les aspects relatifs à la question méthodologique : quelles sont les données disponibles et leur finalité, quelles données sont nécessaires pour évaluer la qualité de la prise en charge, quelle est la validité des indicateurs.

Guittard, L. et Colin, C. (2001). "Le dossier médical partagé : différentes applications pour un réseau de soins." Journal D'economie Medicale **19**(5-6): 401-413.

[BDSP. Notice produite par ORSRA qQDR0x77. Diffusion soumise à autorisation]. Le dossier du patient actuel devient inadapté aux structures et aux procédures de soins. Il ne répond pas aux objectifs des réseaux de soins qui ont pour but d'optimiser la continuité, la cohérence et l'accès aux soins. Dans ce contexte, un dossier médical partagé entre les acteurs apparaît indispensable. Le but de ce travail est double : - décrire, à l'aide d'exemples tirés de la littérature, différents scénarios envisageables pour un dossier médical partagé

entre les acteurs d'un réseau de soins, - discuter les différents aspects de ces propositions en distinguant les avantages et les inconvénients de celles-ci.

2000

Auquier, L. (2000). "Informatisation des données médicales et confidentialité." Bulletin De L'academie Nationale De Medecine **184**(4): 827-845.

Cet article est le résultat d'une réflexion d'un groupe de travail constitué de médecins appartenant au Conseil National de l'Ordre des Médecins et à l'Académie Nationale de Médecine. Il présente diverses recommandations relatives aux points suivants : - le langage de l'informatique appliqué à l'exercice de la médecine ; - la transmission informatique des données médicales ; - le respect de la confidentialité et du secret médical ; - la délimitation du dossier médical et du carnet de santé.

Beuscart, R. (2000). Rapport sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé. Paris

L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la société de l'information dans le domaine de la santé, et d'analyser plus particulièrement le développement des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication). Il examine quatre dimensions essentielles : la télémédecine, qui permet à plusieurs professionnels de santé de communiquer pour favoriser la prise en charge d'un patient donné dans le cadre d'une démarche diagnostique ou thérapeutique ; les filières et réseaux de professionnels de santé, qui facilitent la communication d'information entre professionnels et malades ; la e-santé, qui donne accès au grand public et aux patients au monde de la santé grâce à internet ; la formation médicale continue grâce aux NTIC. Il termine sur des recommandations.

Borella, L. (2000). "Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? Intérêts et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière." Gestions Hospitalieres(395): 287-295, tabl.

[BDSP. Notice produite par ENSP SNSBR0xZ. Diffusion soumise à autorisation]. Dans le secteur de la santé, la recherche de systèmes de mesure de l'activité médicale et soignante, à l'hôpital comme en ville, et surtout des coûts générés par cette activité, est un exercice difficile. Cette difficulté tient d'abord à la très grande spécificité des prises en charge qui dépendent autant de la pathologie du patient, objective, que de l'état général de celui-ci, de sa capacité à accepter un traitement, voire de son environnement familial. Cela génère autant de solutions individuelles différentes.

1999

(1999). "Volume 1 : le PMSI aujourd'hui, de la planification aux utilisations internes." Technologie Et Sante(39): 111, graph., tabl.

Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement entre les structures privées et publiques. Ce premier volume rassemble des articles de réflexion, la plupart en relation avec l'élaboration des SROS de seconde génération, qui

traitent de l'utilisation du PMSI : réallocation budgétaire, analyse de l'activité médicale, régulation de l'offre, planification... Il aborde également l'utilisation interne du PMSI dans les établissements de soins : du plateau technique à la chirurgie ambulatoire et propose des réflexions transversales comme le projet de gestion. A noter en fin de document la présence d'un glossaire développant tous les sigles relatifs au PMSI.

(1999). "Volume 2 : les évolutions du PMSI : de l'outil au financement." Technologie Et Sante(40): 100 , graph., tabl.

Au travers de deux numéros, le CNEH souhaite faire le point sur l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Les lecteurs pourront trouver des éclaircissements méthodologiques, appréhender ses limites d'utilisation, connaître les évolutions prévisibles et attendues, et aborder les enjeux de l'harmonisation du financement entre les structures privées et publiques. Ce second volume ouvre le débat entre les acteurs de terrain et les principaux responsables de la mise en oeuvre du PMSI (Mission PMSI PERNNS, FHF, FEHAP) sous la forme de questions-réponses. Des thèmes variés sont abordés : séjours hors normes, analyse comparative public/privé, chaînage des patients, valorisation de l'enseignement et de la recherche. Par ailleurs, les acteurs concernés (Direction des Hôpitaux, FHF, FIEHP, FEHAP, UHP, AXA, La Mutualité Française, la FNCLCC, les Conférences...) ont été invités à convier leur point de vue concernant l'harmonisation de la tarification public/privé.

Burette, M. A., et al. (1999). "Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution : première partie." Lettre D'informations Hospitalieres (La)(35): 60.

Une première partie présente le dispositif déployé. Le PMSI est un outil d'allocation de ressources et de réduction des inégalités. Les principes fondamentaux sont exposés. Bilan est fait de son utilisation à des fins d'allocation de ressources dans les établissements sous dotation globale de fonctionnement. Quelle est la place du PMSI dans le système d'information des établissements de santé ? Est-il une contrainte nouvelle ou une chance pour le système d'information ? Plusieurs articles abordent l'évaluation du PMSI, par les acteurs, les utilisateurs, la Cour des Comptes. Une deuxième partie présente les développements en cours. Les outils de description de l'activité médicale sont évoqués : la classification commune des actes des professionnels de santé, la classification GHM, puis les outils de l'allocation budgétaire.

Chomette, E., et al. (1999). "Le PMSI aujourd'hui : de la planification aux utilisations internes." Technologie Et Sante 1(39): 111.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xnVm69. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les 2 premières parties de ce dossier les sujets suivants sont développés : Comparaisons interrégionales ou inter-établissements (de l'étude de coûts au mécanisme de réallocation budgétaire), PMSI & planification, la place du PMSI dans l'analyse de l'activité médicale, recomposition de l'offre de soins hospitaliers (quel éclairage attendre des systèmes d'informations actuels ?), les spécificités du PMSI pour l'hospitalisation privée lucrative (exemple d'utilisation du PMSI dans la régulation de l'offre en cancérologie), extension de l'utilisation du PMSI aux soins de suite ou de réadaptation, utilisation du PMSI en épidémiologie, intégration de l'activité non médicale dans le PMSI pour répondre à la problématique de la fiabilité des critères d'affectation des ressources, la qualité à quel prix ? analyse de la pertinence des critères retenus par des journalistes de la presse grand public en vue d'établir un palmarès des cliniques privées, la chirurgie ambulatoire dans le PMSI, le projet de gestion, PMSI et réanimation, les ICR (méthodologie, utilisation, limites), le

catalogue des actes médicaux et l'activité des plateaux techniques, PMSI et psychiatrie (quelles orientations ?), harmoniser l'utilisation du PMSI (rôle du collège régional de l'information médicale).

D'Alche Gautier, M. J., et al. (1999). "La qualité des informations médicales du PMSI : comparaison de deux enquêtes à deux ans d'intervalle." Journal D'economie Medicale **17**(1): 29-36, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA tR0x1o0E. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article présente les résultats d'une étude sur l'évolution de la qualité des données médicales du Programme de médicalisation des systèmes d'information entre 1995 et 1997, réalisée au CHU de Caen, avec pour objectifs principaux d'une part de décrire le circuit d'élaboration des résumés d'unité médicale (RUM) et d'autre part de connaître le nombre et le type d'erreurs sur les groupes homogènes de malades et leurs conséquences en points ISA.

Dusserre, L., et al. (1999). L'information médicale : l'ordinateur et la loi, Cachan : Editions Médicales Internationales

Cet ouvrage a été rédigé pour faire face aux nouveaux impératifs techniques, juridiques et déontologiques qui s'imposent lors de la collecte et du traitement automatisés de l'information médicale. Il dresse un panorama complet : des fondements de la protection des informations médicales ; des principales applications à la médecine des nouveaux moyens de traitement de l'information : dossier médical, carte à microprocesseur, recherche épidémiologique, aide à la décision, télémédecine... ; de la réglementation, très mouvante en France comme en Europe, qui s'y applique.

Rodrigues, J. M., et al. (1999). "Des évolutions possibles ?" Technologie Et Sante **2**(40): 7-62.

[BDSP. Notice produite par ENSP FQU8R0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Dans la première partie du volume 2 de ce dossier les sujets suivants sont développés : écueil de la classification (les GMH à problèmes), la réponse du PERNNS, les séjours hors normes au regard des coûts, la réponse de la Mission PMSI, PMSI et activité de chimiothérapie, la réponse de la Mission PMSI, analyse comparative des données PMSI public/privé, la réponse de la Fédération Hospitalière de France, l'avis de la FEHAP, chaînage des fichiers pour le suivi des patients (une méthode pour garantir l'anonymat des informations médicales), la réponse de la Mission PMSI, valorisation des activités d'enseignement et de recherche, la réponse de la Mission PMSI, qualité du retraitement comptable, la réponse de la Mission PMSI. Pour ce thème, nous avons souhaité ouvrir le débat entre les acteurs de terrain et les institutionnels (Mission PMSI, PERNNS, FHF, FEHAP). Nous avons donc invité les institutionnels à répondre à chaque thématique.

Rodrigues, J. M., et al. (1999). "Les évolutions du PMSI de l'outil au financement. Volume 2." Technologie Et Sante **2**(40): 100.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xnNkKT. Diffusion soumise à autorisation]. Dans les deux parties du volume 2 de ce dossier les sujets suivants sont développés : écueil de la classification (les GMH à problèmes), la réponse du PERNNS, les séjours hors normes au regard des coûts, la réponse de la Mission PMSI, PMSI et activité de chimiothérapie, la réponse de la Mission PMSI, analyse comparative des données PMSI public/privé, la réponse de la Fédération Hospitalière de France, l'avis de la FEHAP, chaînage des fichiers pour le suivi des patients (une méthode pour garantir l'anonymat des informations médicales), la réponse de la Mission PMSI, valorisation des activités d'enseignement et de recherche, la réponse de la Mission PMSI, qualité du retraitement comptable, la réponse de la Mission PMSI,

tarification public/privé, vers une harmonisation du financement (le point de vue de la Direction des Hôpitaux, évaluation et facturation des prestations hospitalières (vers la fin de l'opacité), le point de vue de la Mutualité Française, le point de vue de la Fédération Hospitalière de France, la FEHAP et la réforme de la tarification hospitalière, le point de vue de la FIEHP, PMSI le passage à l'acte, vers l'harmonisation nécessaire des financements hospitaliers publics et privés l'avis de la FNCLCC, au-delà une nécessité pour l'ensemble du système de santé, tarification à la pathologie, une démarche nécessaire à engager avec prudence. Pour ce thème, nous avons voulu ouvrir le débat entre les acteurs de terrain et les institutionnels.

Zamansky, G. (1999). "Le tout informatique à l'hôpital : l'exemple du CHU de Rouen." Decision Sante(154): 26-29.

[BDSP. Notice produite par ENSP 13a17R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Plus de 2 500 lits et places, 307 000 consultations par an, 6 233 personnels hospitaliers ... Le CHU de Rouen utilise naturellement l'informatique pour gérer l'ensemble au moindre coût. Le développement d'applications spéciales pour la plupart des métiers rassemblés dans l'établissement, apporte aussi une amélioration qualitative à chacun d'entre eux. Et il favorise parfois l'instauration de nouveaux rapports entre les différents services. L'ensemble correspond souvent directement aux critères d'évaluation du manuel d'accréditation.

1998

(1998). "Validation externe de la production des données médicales du P.M.S.I. dans les établissements de santé privés (arrêté du 22 juillet 1996). Guide méthodologique version 2." Etudes Et Enquetes Cnamts/Ensm: 21 , tabl., 22 ann.

La généralisation du PMSI dans les établissements de santé privés donne lieu, dans les rapports entre professionnels et Caisses d'Assurance Maladie, à un certain nombre d'innovations, au rang desquelles figure la "Démarche Assurance Qualité" destinée à garantir la qualité des données issues du recueil. Cette démarche comporte un temps de contrôle externe, exercé en particulier par le Service Médical des Caisses d'Assurance Maladie. L'objectif de ce guide est de définir et d'harmoniser les conditions de ce contrôle. La méthode décrite, version 2, succède à celle mise en place pour l'année de montée en charge. Cette méthode fera l'objet d'un bilan, et d'une révision périodique. Ce guide s'adresse à la fois aux médecins valideurs, et aux établissements de soins privés producteurs de données.

Coca, E. (1998). L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers, Paris : Berger-Levrault

Achever la réforme du financement des établissements hospitaliers signifie que le PMSI et l'ISA servent non seulement à redéployer les moyens entre les établissements mais aussi à organiser le contrôle de gestion interne de chacun d'eux. Or jusqu'à présent, l'ISA et le PMSI sont surtout utilisés comme outils externes de redéploiement budgétaires interétablissements. Cet ouvrage propose donc une comptabilité analytique médicalisée fondée principalement sur l'ISA et crée des tableaux de bord calés sur les pratiques constatées en moyenne nationale pour une même activité hospitalière.

Couray, S. et Colin, C. (1998). "Méthodes de répartition des points ISA dans le cadre de séjours multi-unités : synthèse et analyse critique." Journal D'economie Medicale **16**(6): 437-446, tabl.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA 6laYR0xO. Diffusion soumise à autorisation]. L'objectif de cette étude est triple. Il s'agit de réaliser une synthèse des méthodes proposées pour la répartition des points ISA dans le cas de séjours multi-unités puis d'analyser les méthodes existantes pour enfin, sélectionner celle qui paraît la plus acceptable dans un contexte donné.

Gomez, E. (1998). "L'étude nationale des coûts relatifs par groupes homogènes de malades." Journal D'economie Medicale **16**(7-8): 533-536.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA R0x4D940. Diffusion soumise à autorisation]. En 1992, la Direction des hôpitaux a décidé de constituer une base nationale de coûts par séjour pour les activités de court-séjour médecine-chirurgie-obstétrique des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat. Cette base avait pour but de calculer des coûts de référence par groupes homogènes de malades (GHM) à l'usage des services déconcentrés de l'Etat et des établissements hospitaliers. En 1998, 45 établissements participent au recueil et à la remontée de données pour l'étude de coûts. L'échantillon est actuellement constitué de 4 centres hospitaliers régionaux, 26 centres hospitaliers de toutes tailles, 11 établissements privés participant au service public hospitalier (hors CLCC) et 4 centres de lutte contre le cancer. La base nationale de coûts 1998 (portant sur l'exercice 1996) comporte environ 800 000 séjours et séances. L'article expose le modèle comptable utilisé, la qualité des données comptables et médicales, les résultats de l'étude ainsi qu'une réflexion sur les utilisations potentielles des coûts de référence et sur les enjeux de cette étude nationale.

Lahmek, P. et Lesgourgues, B. (1998). "Analyse synthétique du PMSI par service : comparaison de trois indicateurs simples." Journal D'economie Medicale **16**(4-5): 287-295, rés., tabl.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA R0x1FwaE. Diffusion soumise à autorisation]. Le but de ce travail était de rechercher une méthode simple d'analyse de l'activité médicale en utilisant des indicateurs permettant de séparer les effets fréquence (de survenue des pathologies) et ISA (gravité de la pathologie) de chaque GHM (Groupe Homogène de Malades). Les auteurs ont utilisé l'ensemble des données codées en CIM9 groupées en FG2 durant l'année 1995 provenant d'un hôpital de court séjour adulte et pédiatrique constitué de 381 lits répartis sur 12 services médicaux ou chirurgicaux. Trois indicateurs ont été définis : le nombre de GHM représentant 50% de l'activité ISA annuelle d'un service, le nombre de GHM représentant 50% de l'activité fréquence annuelle d'un service, et le nombre de GHM représentant 50% de l'activité journée annuelle d'un service tous séjours confondus. Cette méthode permet une analyse PMSI synthétique par service, c'est-à-dire à partir d'une liste réduite de GHM.

1997

Chodorge, M., et al. (1997). "Les systèmes d'information : des enjeux stratégiques." Echanges Sante - Social(88-89): 133.

Ce numéro reflète la diversité des préoccupations en matière de système d'information dans les domaines sanitaires et sociaux. L'informatisation du système de santé avance rapidement. Le choix des technologies internet pour la construction du réseau santé social en est l'illustration. Les principes d'ouverture et de transparence de l'information posés par le réseau internet modifient les pratiques. Le développement du travail en réseau transforme radicalement les modes de fonctionnement. La stratégie système d'information est abordée à travers divers articles : le schéma directeur des systèmes d'information de l'administration sanitaire et sociale, la sécurité et la veille sanitaire, les réseaux sanitaires et sociaux, la vision

de l'hôpital, l'utilisation des nouvelles technologies.

Deboscker, Y. (1997). Le dossier médical dans les établissements de santé, Paris : Berger-Levrault

Pièce maîtresse du système d'information hospitalier, le dossier médical constitue un outil de travail indispensable au personnel médical et soignant pour assurer le suivi des patients. Le contenu du dossier, sa communication au malade et son archivage ont toujours soulevé des questions délicates, notamment au regard du secret médical. S'appuyant sur l'ensemble des dispositions en vigueur, cet ouvrage présente dans le détail les objectifs du dossier médical, ses composantes et ses modalités de conservation. Directement utile au quotidien, il fournit des nombreux conseils concrets et propose en annexe un modèle de dossier particulièrement complet.

Hardy, J.-P. (1997). "PMSI et Financement des établissements de santé." Lettre D'informations Hospitalieres (La)(28): 11-12.

Rineau, M. (1997). "Extension du PMSI à la psychiatrie : état d'avancement des travaux." Informations Hospitalieres(30): 4-6.

Sauze, L., et al. (1997). "Analyse de l'activité hospitalière : production/performance des indicateurs dérivés du PMSI." Journal D'economie Medicale **15**(7-8): 517-527, rés., tabl., graph.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA iG1XR0xT. Diffusion soumise à autorisation]. En complément de la description de la production médicale fournie par le PMSI, nous proposons ici des indicateurs de performance basés sur la combinaison des trois variables disponibles représentées par : le nombre de séjours, leur durée et la lourdeur des cas traités. Les mesures s'effectuent à partir des références qui peuvent être nationales, locorégionales ou internes aux établissements. La coopération des différents acteurs du système est indispensable à l'interprétation fine de ces indicateurs.

Vergnenegre, A., et al. (1997). "Points d'indice synthétique d'activité et durée de séjour : deux caractéristiques différentes des séjours hospitaliers." Journal D'economie Medicale **15**(3-4): 183-194, rés., tabl., fig.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA R0x6MdAW. Diffusion soumise à autorisation]. Objectifs : rechercher une corrélation entre la durée de séjour et les points d'indice synthétique d'activité (ISA) dans une unité de court séjour (service de Pneumologie de l'Hôpital Universitaire de Limoges) ; comparer le pouvoir explicatif de données issues des GHM et d'indicateurs supplémentaires appliqués à la durée de séjour et aux points ISA. (résumé d'auteur).

1996

Burette, M. A. (1996). "Le PMSI expérimenté dans le secteur d'hospitalisation privé : l'expérience "des 84 cliniques"." Lettre D'informations Hospitalieres (La)(24): 2-3.

1995

Audic, E. et Burnel, P. (1995). "Programme de médicalisation des systèmes d'information : état des lieux." Solidarite Sante - Etudes Statistiques(3): 21-24.

Dans le secteur hospitalier, la démarche de médicalisation des systèmes d'information s'identifie à un sigle : le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Ce dispositif, généralisé en 1989 à l'ensemble des hôpitaux, a pour but d'identifier la nature et le volume d'activité des établissements. L'essentiel des travaux a jusqu'à présent été orienté vers l'allocation des ressources, mais le PMSI autorise d'autres utilisations comme la planification de l'offre de soins, par exemple (résumé d'auteur).

Audic-Wattreloss, E. (1995). "Un point sur les bases de données du PMSI." Lettre D'informations Hospitalieres (La)(22): 8-10.

Delanoe, J. Y. (1995). "Le PMSI, point de vue d'un gestionnaire." Revue Francaise Des Affaires Sociales **49**(1): 171-179.

Echardour, G. et Cash, R. (1995). "PMSI, mesure de l'activité médicale et choix stratégiques." Journal D'economie Medicale **13**(6): 297-302, rés.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA kwR0x4jv. Diffusion soumise à autorisation]. PMSI et démarche de projet médical sont souvent associés dans la mesure où les données issues du PMSI sont utiles à la réflexion stratégique, au moins en hospitalisation de court séjour. Pourtant deux éléments viennent moduler cette relation : - les outils actuels de regroupement, à savoir la classification en groupes homogènes de malades, sont inadaptés à une description opérationnelle de l'activité médicale [...], - la démarche de projet médical est loin de se résumer à une analyse de l'activité médicale, aussi fine soit-elle, et des choix de nature politique et institutionnelle comme les relations avec l'environnement, les choix d'affectation des ressources, l'organisation interne par spécialité... se basent sur bien d'autres éléments que l'information médicale.

Gubler, C. et Penaud, P. (1995). Mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique en ce domaine. Rapport ; 95012 B. Paris IGAS: 60.

Le présent rapport rend compte des investigations qui ont été menées dans le cadre de la mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique dans ce domaine. Il présente une synthèse des constats effectués ainsi que l'évaluation de la politique publique et les recommandations qui sont formulées.

Leroux, V., et al. (1995). "Economie de l'information : évaluation de l'apport de nouvelles technologies de l'information pour les Départements d'Information Médicale (DIM)." Journal D'economie Medicale **13**(6): 341-343.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA gljkYR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Afin d'évaluer l'apport de nouvelles technologies, une expérimentation de connexion à un réseau téléinformatique numérique entre les Départements d'Informatique Médicale (DIM) est organisée par le Collège des DIM d'Ile-de-France. Une évaluation socio-économique tente de mesurer la "valeur ajoutée" de ce projet.

Mayeux, D. (1995). "Médicalisation du système d'information hospitalier." Journal D'economie Medicale **13**(6): 286.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA YR0x6iSg. Diffusion soumise à autorisation]. Cet éditorial présente un numéro spécial du Journal d'Economie Médicale, consacré à la médicalisation du système d'information hospitalier. La plupart des articles de ce numéro sont issus des

communications présentées lors des Journées Nationales de l'Information Médicale dans les Etablissements Hospitaliers Publics ou Privés (printemps 1995).

Mayeux, D., et al. (1995). "Spécial médicalisation du système d'information hospitalier." Journal D'economie Medicale **13**(6): 348.

Penaud, P. (1995). "Informatique hospitalière : le bilan d'une politique." Revue Francaise Des Affaires Sociales **49**(1): 49-68.

Quantin, C., et al. (1995). "PMSI et contractualisation hospitalière : apport d'une méthode de justification clinique des séjours coûteux d'un GHM." Journal D'economie Medicale **13**(6): 337-339, graph.

[BDSP. Notice produite par ORS-RA f8yZPR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Les auteurs font appel à la théorie des contrats et incitations pour présenter un modèle de réajustement de l'allocation budgétaire fondé sur le calcul du budget théorique des hôpitaux à partir des données du PMSI. Ils développent une méthode de justification clinique des séjours coûteux d'un GHM, basée sur la décomposition statistique des GHM en sous-groupes.

Quantin, C., et al. (1995). "Contribution du PMSI à l'analyse de la clientèle d'un hôpital général." Informatique Et Sante(22-23): 21-27, tabl., graph.

Le PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information a été initialement développé dans un but de régulation budgétaire. A partir de sa mise en oeuvre dans le Centre Hospitalier de Lagny Marne-la-Vallée, cet article réalise une analyse géographique de la clientèle de cet hôpital selon les pathologies. Grâce à l'adjonction de quelques rubriques supplémentaires, il analyse aussi les types de pathologie et les modes d'accès aux soins en fonction de l'éloignement du lieu de résidence du patient par rapport à l'hôpital.

1994

Botti, G. et Fieschi, M. (1994). "Codage d'activité et langage médical - clarification des concepts : acte, intervention et séjour chirurgical." Informatique Et Sante(19): 21-26.

Degoulet, P. et Fieschi, M. (1994). Informatique médicale, Paris : Masson

Face à la complexification croissante de la médecine, l'informatique médicale apparaît comme un élément intégrateur indispensable, qu'il s'agisse de la gestion du partage ou de la communication des données et connaissances médicales. Cet ouvrage présente à la fois la méthodologie et les applications de cette technologie. Les outils matériels et logiciels du traitement de l'information médicale et l'information médicale elle-même (nature des données, raisonnement, langage) sont développés dans les premiers chapitres. Ensuite sont illustrés les différents domaines d'application : banques d'information et de connaissances, systèmes d'information hospitaliers, informatisation des dossiers médicaux, traitement des signaux et des images, aide à la décision et systèmes experts, informatisation du cabinet médical, enseignement assisté par ordinateur. Enfin sont abordés les problèmes de l'évaluation de l'activité et de la protection des données médicales (Résumé d'auteur).

Dussaucy, A., et al. (1994). "PMSI : spécial programme de médicalisation des systèmes d'information." Journal D'economie Medicale(7-8): 394-497, tabl., fig.

Lombrail, P., et al. (1994). "Programme de médicalisation des systèmes d'information et épidémiologie : une liaison qui ne va pas de soi." Revue D'epidemiologie Et De Sante Publique **42**(4): 334-344.

Les auteurs rappellent les limites de l'utilisation en épidémiologie des données produites en France dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour la planification sanitaire, l'évaluation médicale et ce qu'ils appellent l'épidémiologie des processus de prise en charge en hospitalisation de court séjour en France. Ils analysent les problèmes de description médicale sous quatre angles : exhaustivité, fiabilité, finesse et séquençement. Ils envisagent ensuite les différents biais pouvant affecter l'information sur la morbidité obtenue à partir d'une clientèle hospitalière ; les différences loco-régionales de recrutement peuvent s'expliquer par les caractéristiques de la population de référence mais également par le degré de disponibilité des équipements et les variations de pratiques de prise en charge (Résumé d'auteur).

La Réglementation hospitalière

2023

Melihan Cheinin, P., Rush, E., Aubry, J. D., et al. (2023). "Démocratie participative en santé : dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(121).
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1182>

L'évocation de la participation en santé est aussi ancienne que la démocratie sanitaire. Mais la crise sanitaire et les préoccupations relatives à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins des populations renouvellent le besoin d'une confiance affirmée. La Conférence nationale de santé (CNS) vient de rendre son bilan de 20 ans des lois relatives à la démocratie en santé de 2002. Son rapport propose 11 recommandations dont certaines pour renforcer la démocratie participative en santé. Le débat public désigne un dispositif participatif précisément défini. Il doit permettre à toute personne concernée par le projet de s'informer et de participer à l'élaboration des décisions. Les instances de démocratie en santé (CNS et CRSA) ont une mission d'organisation du débat public. Encore faut-il respecter les critères qui en garantissent la qualité délibérative pour préserver la confiance nécessaire à tout exercice démocratique. Une étude réalisée par le Secrétariat général de la Conférence (parue dans adsp en septembre) souligne, notamment, l'incertitude sur l'emploi de l'expression «?débat public?» pour qualifier ces événements dans la période 2015-2019 et sur la fiabilité méthodologique de ces consultations. Au sujet des consultations numériques prévues depuis 2015 par l'article L. 132-2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA) sans jamais être juridiquement définies, en association avec la CNDP, la CNS a émis des recommandations pour leur qualité délibérative en 2019 qui demeurent d'actualité. Une participation du public effective suppose de créer de la confiance en amont de la mise en œuvre de démarches participatives, de s'accorder sur une méthodologie de traitement et d'arbitrage sur les propositions, de retenir au moins une partie des propositions suite à des analyses et de justifier celles qui ne seraient pas retenues. Ce besoin de confiance dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé n'est pas propre à la France Des enseignements sont à tirer des expériences internationales. Depuis la loi du 4?mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et celle du 2?janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les formes d'engagement se sont enrichies avec l'affirmation des patients dans la formation des professionnels, le parcours de santé, notamment³. À cet égard, des expériences prometteuses en France et ailleurs sont à considérer. Ce dossier fait le point sur ces problématiques.

2022

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

(2022). "Le secret professionnel à l'heure de "Mon espace santé." *Revue Prescrire* **42**(467): 698-700.

Le partage d'informations dans une équipe de soins est en principe autorisé quel que soit le mode de partage (oral, écrit, numérique), sauf opposition déclarée du patient. Il importe de savoir qui fait partie de l'équipe de soins et d'en informer le patient, la notion d'équipe de soins étant définie par la loi. Au moment où se généralise le dossier médical partagé, il est fondamental de veiller à ce que le patient garde la maîtrise du périmètre de diffusion des informations qui le concernent.

Bergoignan-Esper, C. et Dupont, M. (2022). *Droit hospitalier*, Dalloz

Cet ouvrage aborde les aspects théoriques et pratiques du droit hospitalier et traite aussi bien des institutions de soins publiques que privés. Il expose successivement : 1) les établissements hospitaliers et l'organisation sanitaire : -l'environnement des établissements de santé -le rôle de l'Etat dans l'adaptation de l'activité hospitalière aux besoins sanitaires 2) la gestion des établissements de santé : -l'organisation interne et les personnels -les régimes financiers, comptables et fiscal -les procédures contractuelles des travaux, fournitures et services 3) le droit du malade hospitalisé : -les données médicales en établissement de santé -la protection du malade hospitalisé -les activités relevant de la bioéthique -la responsabilité de l'établissement de santé. Cette nouvelle édition intègre la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 et analyse l'impact sur les organisations hospitalières de la crise sanitaire internationale liée à la Covid-19. Elle revient également sur les nombreuses et récentes réformes en la matière : les lois sur l'état d'urgence sanitaire, l'ordonnance du 11 mars 2020 sur les majeurs protégés, la loi « Rist » du 26 avril 2021 faisant suite au "Ségur" de la santé, ainsi que l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Brunel, L., Fisman, J. et Moûtier, A.-S. (2022). *100 fiches sur le droit hospitalier*, Studyrama

Cet ouvrage s'adresse à tous les candidats aux concours de la fonction publique hospitalière, notamment ceux des catégories A et B. A travers 100 fiches synthétiques, il permet de réviser ses connaissances sur l'organisation et le fonctionnement du système hospitalier en France. Les fiches sont regroupées autour de 5 thèmes principaux : -L'organisation hospitalière en France : administration centrale et régionale, planification sanitaire, service public hospitalier, représentation des usagers ; -L'organisation et le fonctionnement d'un établissement de santé ; -La responsabilité juridique des établissements de santé ; -Le statut des personnels ; -L'usager du service public hospitalier.

Clément, C., Duwime, L., Filippi, I., et al. (2022). *Le mémento de droit hospitalier*, LEH Edition

En une décennie, le droit hospitalier a connu des bouleversements majeurs : trois grandes lois depuis celle du 21 juillet 2009, en passant par la loi du 26 janvier 2016 replaçant l'usager au centre du dispositif tout en rénovant la gouvernance des établissements et en renforçant le rôle des ARS. Enfin, celle du 26 juillet 2019 est une loi d'organisation et de transformation du système de santé, mais réforme aussi le champ des études médicales, rénove les statuts des personnels médicaux et crée le statut de docteur junior. La connaissance du droit hospitalier repose sur son environnement, le fonctionnement institutionnel des établissements, mais également sur son fonctionnement opérationnel. Ainsi, la loi du 6 août 2019 aborde le versant « fonction publique », en introduisant la rupture conventionnelle, en renforçant le champ contractuel, ou encore en révisant le déroulement des carrières. Ce nouveau Mémento expose toutes les facettes du droit hospitalier. Organisé en treize

chapitres, il présente : les structures institutionnelles, les structures hospitalières, les établissements sociaux et médico-sociaux, la refondation du service public hospitalier et de la coopération, les organes directionnels et consultatifs, la gestion des biens, le budget et les comptes, les personnels médicaux et non médicaux, la santé au travail, la situation de l'utilisateur, la responsabilité des hôpitaux.

Girer, M., Rousset, G. et Vialla, F. (2022). Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, Presses de l'EHESP

Depuis 20 ans, l'affirmation des droits fondamentaux de la personne et la consécration de l'utilisateur comme acteur à part entière de sa prise en charge n'ont cessé de prendre de l'importance au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social. Cette reconnaissance des droits des usagers s'est opérée par touches successives avec différents textes législatifs et continue aujourd'hui d'évoluer régulièrement. Ces droits sont aussi bien individuels (droits à la protection de la santé, droit au respect de la dignité, de la vie privée, à la non-discrimination, etc.) que collectifs (expression et représentation des usagers). En abordant de façon décloisonnée le droit des usagers, ce livre vise à faire connaître et vivre ces droits et favoriser la continuité du parcours de la personne accueillie. S'adressant aux professionnels de terrain mais aussi aux étudiants, il leur permettra de comprendre les nouveaux outils qui ont été mis en place pour promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. (extrait 4ème couv.)

Lami, A. et Vioujas, V. (2022). Droit hospitalier, Bruylant

Ce manuel présente le régime juridique applicable à tous les établissements de santé : hôpitaux publics, cliniques privées, établissements privés à but non lucratif... Dans un contexte de changements législatifs et réglementaires fréquents, on y analyse de manière synthétique et accessible : -les questions institutionnelles (organisation, décentralisation, déconcentration, tutelles, contrôles...) -les aspects organisationnels (gestion des établissements, numérique en santé, mécanismes de financement...) -les relations entre les différents acteurs (droit des patients, mécanismes de responsabilité...). L'ouvrage intègre l'ensemble des modifications de la gouvernance des hôpitaux, du financement des établissements de santé, de l'organisation territoriale de la santé ou encore des statuts des médecins hospitaliers intervenues entre 2020 et 2022. (4ème couv.)

Lard, B. (2022). "Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?" Gestions Hospitalières(617): 390-392.

À la question de la crise que traversent actuellement les services d'urgence en France répondent de nombreux témoignages, initiatives, retours d'expérience qui alimentent la réflexion sur les actions à engager, à court et moyen termes. Le plan national «?Ma santé 2022?», lancé en 2018, mesurait la question des soins non programmés à l'aune d'une refonte de l'organisation des soins de premier recours, avec le déploiement des CPTS?: «?L'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022?; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire [...], l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, [...] La réalisation de toutes ces missions, qui devient un problème de plus en plus aigu sur de nombreux territoires et participe à la saturation des services des urgences, sera confiée aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et sera au cœur d'un contrat entre les professionnels de santé et la population de leur territoire.(1)?» Les soins de premier recours, grand sauveur des services

d'urgence?? A minima une collaboration nécessaire et prometteuse pour les services d'urgence.

Morlet-Haidara, L. (2022). "La loi du 4 mars sur les droits des malades." Journal De Droit De La Sante Et De L' Assurance Maladie(34): 8-68.

<https://institutdroitsante.fr/download/jdsam-n34-septembre-2022/?wpdmdl=10721&refresh=633298e1a7d451664260321>

A l'occasion des 20 ans de la loi du 4 mars 2002, il est apparu essentiel aux membres de l'Institut Droit et Santé d'organiser une manifestation scientifique afin de faire le point sur la mise en œuvre de cette loi. Ce dossier rapporte les présentations données lors du colloque du 4 mars 2022 et fait le point sur la mise en œuvre de la loi.

Poinsot, O., Rihal, H., Cristol, D., et al. (2022). "La loi du 2 janvier 2002 : vingt ans après." Revue De Droit Sanitaire Et Social(1): 3-71.

Succédant à la grande loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'était fixé deux objectifs : conférer aux usagers des structures concernées une pleine citoyenneté fondée sur des droits, et réaménager l'ensemble des procédures organisant le secteur en matière de planification, d'autorisation, de transparence.... Vingt ans après son adoption, quel bilan peut-on dresser de cette loi fondatrice ? Ce dossier évalue si ces objectifs ont été atteints et de manière plus générale, étudie l'impact de cette loi sur l'organisation et le fonctionnement du secteur social et médico-social.

2021

Keller, C., Moquet-Anger, M.-L., Villeneuve, P., et al. (2021). Le droit hospitalier, Presses de l'EHESP

Réussir l'épreuve de droit hospitalier des concours administratifs implique d'avoir une bonne compréhension des mutations en cours du système hospitalier dans le contexte économique et démographique actuel. Issu de l'expérience d'une équipe de professionnels et d'enseignants impliqués dans les cycles de préparation aux concours administratifs, ce manuel permet d'actualiser ses connaissances et propose : -les connaissances de base nécessaires pour appréhender le cadre juridique des activités hospitalières (offre hospitalière, coopérations, droits des malades) -les points les plus importants de la législation hospitalière -50 questions pour s'entraîner. Cette deuxième édition fait le point sur les dispositions de droit commun ou dérogatoires prises pour faire face à la crise sanitaire. Elle est également à jour des dernières nouveautés législatives et réglementaires, notamment les ordonnances de mars 2021.

Moquet-Anger, M.-L. (2021). Droit hospitalier, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence (LGDJ)

Le droit hospitalier couvre un champ qui dépasse aujourd'hui la sphère des établissements publics, communément appelés hôpitaux et d'où il tire son appellation. Ce manuel expose les règles communes qui encadrent l'activité des établissements de santé publics comme privés tout en soulignant les différences résultant de leur nature juridique et des divers modes d'exercice des professions de santé. Intégrant la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 et les premières ordonnances, retardées du fait de la pandémie de covid-19, concernant la gouvernance des GHT, la médicalisation des décisions à l'hôpital et l'attractivité des carrières médicales hospitalières,

publiées le 18 mars 2021, cette 6e édition, qui saisit les aspects hospitaliers de la crise sanitaire, s'articule en trois parties. La première présente le système de santé dans lequel les établissements de santé occupent une place prépondérante. La deuxième aborde les règles relatives à l'encadrement des activités des établissements ainsi qu'à leurs modalités de gestion et aux statuts des personnels. La troisième, consacrée au patient hospitalisé, explique les droits et obligations des malades et des personnels, sujets et acteurs de l'activité hospitalière, et les responsabilités qui en découlent. (4ème couv.)

2020

Saison, J. et Montero, A. (2020). Droit hospitalier. Issy-Les-Moulineaux : Gualino éditeur

2018

Velpry, L. Vidal-Naquet, P. A. et Eyraud, B. (2018). Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer, Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La démocratisation des pratiques d'aide et de soin est au cœur des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales depuis la fin du XX^e siècle. Rechercher le consentement, éviter la contrainte en constituent les deux injonctions dominantes. En effet, les règles qui encadrent les pratiques de prise en charge visent à réduire la dimension contraignante de l'aide, à garantir le droit à l'information et la participation des personnes, ainsi que leur protection. En situation, les professionnels sont souvent confrontés à des conflits normatifs qui deviennent indécidables quand les personnes souffrent d'une altération de leurs capacités mentales. Comment faire alors, lorsque, à défaut de pouvoir "protéger sans contraindre", il faut envisager de "contraindre pour protéger" ?

2017

Biosse-Duplan, A. (2017). Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé, Paris : Dunod

Le terme de démocratie sanitaire présente un paradoxe. Si l'idée fait consensus, son contenu fait débat. L'auteur s'attache à préciser les contours historiques, sociologiques et juridiques de ce terme pour en proposer une définition contemporaine. Cet ouvrage liste et décrit les droits individuels du patient et de l'usager dans les différents environnements de soin : à l'hôpital ou en clinique, dans le secteur médico-social comme en médecine libérale. Il explore également l'autre volet de la démocratie sanitaire : la représentation des usagers dans les multiples instances du système de santé. Il intègre les récentes évolutions des lois de janvier et février 2016 : action de groupe en santé, nouvelle représentation des patients en établissement sanitaire et médico-social, rénovation des textes encadrant le consentement individuel aux soins, portée renforcée des directives anticipées et des choix personnels face à la fin de vie.

Coldefy, M., et al. (2017). "Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(222): 1-8.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent » est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires.

Deutsch, C., Farcy, A., Maillard, I., et al. (2017). De la disqualification à la prise de parole en santé mentale. Recherche sur les conditions d'émergence, de reconnaissance et de prise en compte de la parole des personnes dites handicapées psychiques par les décideurs publics : Synthèse du rapport final. Paris FIRAH, Paris Advocacy France: 27 , tab., graph., fig.

<http://www.firah.org/centre-ressources/fr/notice/313/de-la-disqualification-a-la-prise-de-parole-en-sante-mentale-recherche-sur-les-conditions-d-emergence-de-reconnaissance-et-de-prise-en-compte-de-la-parole-des-personnes-dites-handicapees-psychiques-par-les-decideurs-publics.html>

La recherche-action initiée par Advocacy France, et soutenue par la CNSA et la FIRAH, se proposait d'associer les personnes volontaires des Groupes d'entraide mutuelle intéressées avec des chercheurs expérimentés dans ce type de démarche, pour explorer les difficultés rencontrées par les personnes dites handicapées psychiques dans leurs relations aux institutions (inclusion sociale, droits, discriminations, accès à la prévention et aux soins..). Les problèmes récurrents de compréhension, d'accessibilité et de prise en compte supposaient, pour dépasser le stade des constats, d'engager une dynamique impliquant les personnes intéressées, tant pour identifier les déterminants sur lesquels il serait possible d'agir que pour engager des dynamiques de changement. La proposition de recherche se fondait sur la possibilité de mobiliser les savoirs d'expérience et le potentiel d'interpellation directe des institutions par des « usagers » de la psychiatrie ou de la santé mentale qualifiés ici de « chercheurs-acteurs ». Au travers d'un travail en focus group ont été forgés les différents outils d'investigation qui seront utilisés dans l'enquête auprès des acteurs et institutions concernés. Ce document constitue une synthèse des résultats de cette recherche action.

HAS (2017). Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonne pratique. St Denis La Plaine HAS: 156 , tabl., fig., ann.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

Cette recommandation de bonne pratique vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie générale. Son objectif est de permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures de dernier recours, d'améliorer et d'harmoniser leurs pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles. La finalité est la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Klopp, S. (2017). "Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(25): 13-15.

La loi santé votée en 2015 a rassuré un certain nombre d'organisations dont le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), parce qu'elle a réaffirmé formellement le secteur psychiatrique. Cet article démontre que ce n'est forcément le cas à la relecture du rapport Laforcade qui devait préparer le volet "psychiatrie" de la loi, mais qui n'a été publié qu'après l'adoption de la loi.

Robiliard, D. et Jacquat, D. (2017). Rapport d'information sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge: 180.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4486.pdf>

Ce rapport dresse tout d'abord un état des lieux des tendances significatives des soins psychiatriques sans consentement en s'appuyant notamment sur les travaux de l'Irdes en la matière. La mission s'est ainsi interrogée sur la progression significative du nombre de patients suivis en soins sans consentement depuis 2012, l'allongement de la durée de la contrainte, matérialisé par le recours aux programmes de soins, semblant en être la cause principale. Les rapporteurs ont ensuite constaté que le recours aux procédures d'urgence ou dérogatoires constitue désormais une pratique désormais bien et trop ancrée dans le paysage des soins sans consentement. S'agissant des droits du patient, la présence obligatoire de l'avocat dans la procédure ne fait sens qu'au regard du contrôle exercé par le juge. Au terme de leurs travaux, les rapporteurs déplorent un décalage considérable entre les droits reconnus aux patients par la loi et l'effectivité de l'exercice de ces droits au quotidien. Il est également apparu nécessaire aux rapporteurs de ne pas écarter de leurs travaux les évolutions portées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s'agissant de l'encadrement de la pratique de contention et d'isolement.

2016

Apollis, B., et al. (2016). Loi de modernisation de notre système de santé : Apports, enjeux et perspectives. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières

A travers une vingtaine de contributions, ce numéro hors-série propose une analyse de la nouvelle loi de santé adoptée le 26 janvier 2016. Universitaires, professionnels de la santé, avocats, se penchent sur les points majeurs de la loi en apportant leur regard critique. Les contributions sont organisées autour des trois axes forts du texte. La première partie aborde la démarche affichée du législateur de responsabilisation des acteurs (professionnels de santé et patients) puis la seconde partie présente le nouveau visage de la planification sanitaire avec notamment la création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Enfin, la dernière partie s'intéresse aux contours redessinés des métiers de la santé au travers des compétences élargies et des qualifications revisitées. En dernier lieu, la fin du numéro propose un recueil d'appréciations générales, une sorte de micro-trottoir mené parmi experts, professionnels et même patients qui, en quelques lignes, livrent une photographie du texte.

Centre National de l'Expertise Hospitalière.(2016). "Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches." ACTUALITES JURISANTE(86): 72p.

Le Centre de Droit Jurisanté du CNEH propose, dans ce numéro spécial, un décryptage de la loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016). L'analyse est découpée en 32 fiches regroupées sous 7 chapitres et aborde l'essentiel des thématiques contenues dans cette loi : - L'organisation du système de santé : le projet régional de santé, le service public hospitalier, les nouveaux dispositifs de l'organisation des soins en santé mentale, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le dossier médical partagé - Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) - Les autres coopérations : l'évolution des groupements de coopération sanitaire (GCS), les plateaux mutualisés d'imagerie médicale - Le fonctionnement des établissements publics de santé : l'évolution de la gouvernance hospitalière, la commission des usagers, les maisons d'accueil hospitalières, les emprunts et montages immobiliers complexes, le financement de la recherche biomédicale - Les ressources humaines : le dialogue social du personnel médical, l'activité libérale des praticiens hospitaliers, le développement professionnel continu (DPC). - Les droits des patients : l'action de groupe dans le domaine de la santé, l'hébergement des données de santé, la contention en psychiatrie. - Les ordonnances à venir.

Clement, J.-M. (2016). La loi santé 2016 : Analyse, commentaires, critiques. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières (LEH)

L'auteur, spécialiste du droit hospitalier, propose une analyse critique de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il éclaire tout d'abord le lecteur sur le dessein ambitieux des pouvoirs publics puis se penche sur les grands thèmes de la loi de santé : la relance de la prévention et de la promotion de la santé, l'organisation du parcours de santé, l'adaptation des métiers de santé à l'évolution médicale, la restauration du service public hospitalier et la rénovation de l'hôpital, la rationalisation de l'action des agences de santé et la démocratie sanitaire, la "simplification" du droit de la santé. Puis, il conclut par une réflexion autour de l'esprit de la loi mettant en exergue deux logiques. La loi Santé 2016 est étatique dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé.

Clouzot, L. (2016). "Les praticiens hospitaliers dans la loi : une réforme en demi-teinte." Loi de modernisation de notre système de santé. Apports, enjeux et perspectives.: 123-132.

Intervenant dans un contexte profondément marqué par le déficit d'attractivité des carrières dans le secteur public, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé entend résoudre certaines des difficultés en intégrant des dispositions relatives à la situation des praticiens hospitaliers (formation continue, encadrement de l'activité libérale, prolongation d'activité, droit syndical.). Mais si la loi aborde de larges pans concernant la carrière des PH, elle n'épuise pas cependant les problématiques afférentes à ces catégories de personnels et prend le risque de passer à côté d'une réflexion d'ensemble. C'est en conséquence une réforme mitigée que donne à commenter le législateur. Procédant à une redéfinition parcellaire des règles relatives à la carrière des praticiens hospitaliers (I), la loi santé opère toutefois un rééquilibrage assumé de leurs droits dans le cadre du dialogue social (II).

Cristol, D. (2016). "Les habits neufs du service public hospitalier." Revue De Droit Sanitaire Et Social(4): 643-657.

Au-delà de l'indéniable dimension symbolique, il convient de s'interroger sur l'apport de la réactivation du Service Public Hospitalier (SPH) par la loi Touraine : derrière l'apparente

rupture avec la loi HPST, n'y aurait-il pas une continuité entre les deux textes ? Le nouveau SPH ne s'appréhende ni sous l'angle organique (statut juridique des acteurs), ni sous l'angle matériel (ensemble de missions). Il se caractérise essentiellement par la définition d'obligations s'imposant aux établissements de santé : il se démarque en cela du SPH issu de la loi Boulin du 31 décembre 1970 et apparaît imprégné des exigences du droit de l'Union européenne.

Jaffre, D. (2016). "La notion de service public réaffirmée comme un tout." OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT : LA REVUE DES CADRES DE SANTE(244): 31-33.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé refonde la notion de service public hospitalier, qui avait été "éclaté" en missions de service public hospitalier par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de juillet 2009. La loi définit donc à nouveau ce qu'est le service public hospitalier, instauré en 1970, et les obligations qui lui sont liées. (R.A.).

Laude, A., et al. (2016). La loi santé : Regards sur la modernisation de notre système de santé. Rennes, Presses de l'EHESP

Depuis les réflexions collectives lancées dans le cadre de la Stratégie nationale de santé en 2013 jusqu'à sa promulgation en janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a suscité de nombreux débats au Parlement et au sein des professions médicales. Modifiant en profondeur notre système de santé, cette loi, par son ampleur, est difficile à appréhender et sa lecture globale passe par le biais d'analyses portant autant sur le cadre juridique, que sur l'organisation des soins, les pratiques médicales, les politiques sociales et de santé. Pour permettre une meilleure compréhension de toutes les implications de cette loi, Anne Laude et Didier Tabuteau ont sollicité autour d'eux experts, universitaires et chercheurs : en 10 thématiques essentielles, ils analysent les principaux chapitres et articles de la loi et livrent leurs réflexions personnelles sur la portée et les éventuelles difficultés d'application des principales mesures. Chaque contribution permet non seulement de faire le point sur les dispositions de la loi, mais aussi de comprendre l'histoire de leur élaboration et la façon dont elles s'insèrent dans un système de santé en pleine mutation.

Mazeirat, A.-S. (2016). "Droits des patients en 2016 : Quelles évolutions législatives et réglementaires ?" Revue Hospitaliere De France(573): 8-11.

[BDSP. Notice produite par EHESP oR0xB7IA. Diffusion soumise à autorisation]. Les textes législatifs et réglementaires parus ces derniers mois ont de profondes répercussions sur les droits des patients. Retour sur les évolutions notables résultant des lois de santé, de vieillissement, de fin de vie et de leurs décrets d'application. Ces évolutions concernent notamment : la liberté d'aller et venir et la recherche du consentement de la personne accueillie en ESMS, les modifications apportées au rôle et à la désignation de la personne de confiance, les modalités d'accès au dossier médical, l'échange et le partage d'informations entre professionnels, l'accès aux soins des patients mineurs, les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, le consentement présumé au don d'organes.

Moquet-Anger, M.-L. (2016). Droit hospitalier. Paris, LGDJ

Ce manuel expose les règles communes qui encadrent l'activité des établissements de santé publics comme privés tout en soulignant les différences résultant de leur nature juridique et des divers modes d'exercice des professions de santé. Intégrant les modifications issues de la loi santé du 26 janvier 2016 et de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur

des malades et des personnes en fin de vie ainsi que les dernières évolutions jurisprudentielles notamment sur l'aléa thérapeutique, cette édition, à jour au mars 2016, s'articule en trois parties. La première présente le système de santé dans lequel les établissements de santé occupent une place prépondérante. La deuxième aborde les règles relatives à l'encadrement des activités des établissements ainsi qu'à leurs modalités de gestion et aux statuts des personnels. La troisième, consacrée au patient hospitalisé, explique les droits et obligations des personnes, sujets et acteurs de l'activité hospitalière, et les responsabilités qui en découlent.

2014

(2014). La responsabilité médicale depuis la loi du 5 juillet 2011, Lyon : Ascodocpsy
<http://www.ascodocpsy.org/la-responsabilite-medicale-depuis-la-loi-du-5-juillet-2011>

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge vient réformer la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. Elle modifie en effet en profondeur les conditions de prise en charge de ces personnes. Ce dossier bibliographique contient un rappel des textes législatifs et juridiques, la jurisprudence et des références bibliographiques.

Ponchon, F., et al. (2014). L'usager et le monde hospitalier, Rennes : Presses de l'EHESP

Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de L'usager et le monde hospitalier clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique " Problématique actuelle " fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cette 5e édition, revue entièrement, intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Un ouvrage destiné aux usagers de l'hôpital comme aux professionnels de santé, aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Et aux candidats aux concours spécialisés de la fonction publique (4e de couverture).

2013

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(193): 1-8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données

récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Tabuteau, D. et Touraine, M. p. (2013). Service public et santé. Actes du colloque, Paris : Editions de Santé ; Les Presses de SciencesPo

Le concept de service public qui a, pendant longtemps, constitué le socle du développement des interventions de la puissance publique, paraît aujourd'hui malmené par les transformations de l'action publique, les tensions macroéconomiques et les exigences du droit européen. Sur le champ de la santé, le service public n'a trouvé ses marques que tardivement. Au-delà des missions traditionnelles de police sanitaire, les services publics de prévention n'ont été développés qu'avec parcimonie et le service public hospitalier ne s'est constitué qu'à partir de 1958, avant d'être consacré par la loi Boulin de 1970. Quant à l'assurance maladie, elle s'est inscrite, dès son origine, dans le contexte singulier de la démocratie sociale. Les évolutions législatives et économiques de la dernière décennie ont remis en cause la conception et l'organisation des services publics de santé. Les contributions réunies dans cet ouvrage, à l'occasion du colloque organisé par la chaire Santé de Sciences Po et l'Institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes en juin 2012, permettent de s'interroger sur la pertinence et la portée, en 2012, des principes du service public en matière de santé et d'analyser les mutations de la gestion des services publics de soins. Elles invitent ensuite à examiner les conséquences de la tourmente dans laquelle se trouvent actuellement les services publics de santé et à approfondir la réflexion sur leur avenir (4e de couverture).

2011

(2011). "HPST deux ans après." Perspectives Sanitaires & Sociales: 66.

Ce fascicule rassemble les communications du 5ème rendez-vous parlementaire du secteur privé non lucratif, organisé par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP). Il fait un bilan à deux ans de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires sous trois angles : amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement (amélioration de l'accessibilité géographique, financière et technique), régulation des missions de service public (coopération, performance?) et mise en place des Agences régionales de santé (ARS).

(2011). "La loi HPST trente mois après : dossier." Cahiers Hospitaliers(283): 45.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires est le résultat d'un travail collectif considérable, embrassant de nombreux domaines. Trente mois après le vote de la loi, plusieurs facteurs militent en faveur d'une reconnaissance du travail accompli, avec d'importantes réserves

cependant qui tiennent aux difficultés constatées sur le terrain, et aux inévitables inégalités de traitement des établissements et des professionnels. L'objectif de cet article est de faire le bilan de la mise en application de la loi et d'en tirer les enseignements d'usage.

Clement, J. M. (2011). Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Le droit hospitalier s'impose à tous les usagers et à toutes les catégories de personnels de l'hôpital. Plutôt que de l'ignorer, il est plus prudent de le connaître. L'art du professeur Jean-Marie Clément, dont des générations d'étudiants ont pu apprécier la clarté de l'exposé, est de rendre limpide ce qui peut être facilement ardu. Cette édition propose une mise à jour qui prend en compte la nouvelle loi HPST (résumé d'auteur).

Devreese, E. (2011). Droit de la santé et réformes hospitalières, Paris : Editions Demos
<http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/droit-de-la-sante-et-reformes-hospitalieres-9782362410055>

"Tordant le cou" à de nombreuses idées reçues grâce à des points de vue originaux, l'auteur de cet ouvrage présente l'hôpital moderne, en le replaçant dans le contexte de la mondialisation et de la crise des finances publiques. L'hôpital français est ainsi envisagé sous "toutes ses coutures" : le contexte à travers une triple approche comparative, historique, économique, l'environnement-planification, régionalisation, coopération - et le fonctionnement interne (instances de décision et de concertation, qualité et certification). Cet ouvrage est le premier à présenter la nouvelle donne hospitalière issue de la réforme générale des politiques publiques (RGPP) et de la loi hôpital, patient, santé, territoire du 21 juillet 2009 (4e de couverture). Cet ouvrage a été mis à jour en 2014 :
<https://www.presses.ehesp.fr/produit/lusager-et-le-monde-hospitalier-6eme-edition/>

Esper, C.-B. (2011). "LOI HPST. Quelles pratiques pour la coopération ?" Gestions Hospitalières(504): 142-147.

[BDSP. Notice produite par EHESP IBG8FR0x. Diffusion soumise à autorisation]. La coopération entre tous les acteurs de santé est l'un des axes forts de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009. L'objectif était d'accentuer le maillage sanitaire du pays, de renforcer l'offre de soins et de lutter contre les problèmes liés à la démographie médicale. La loi HPST a élargi l'éventail des moyens de coopération ; dans le domaine des conventions, les outils classiques ont été adaptés ; sont apparus de nouvelles démarches avec la communauté hospitalière de territoire, de nouveaux contrats avec les professionnels libéraux pour renforcer l'attraction de l'hôpital public... Dans le domaine organique, le groupement de coopération sanitaire connaît un certain essor, ici analysé. Des premières conclusions sont énoncées, dont l'avenir dira si elles se confirment.

Guinchard, P., et al. (2011). L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement. Paris, Fédération Hospitalière de France ; Paris

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur

psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques.

Hontebeyrie-Soulie, C. et Ponchon, F. (2011). L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre, Rennes : Presses de l'EHESP

Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Cet ouvrage clarifie les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique "Problématique actuelle" fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cet ouvrage intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2010

Balthazard, B., et al. (2010). "La loi HPST dans son contexte." Revue Droit & Santé(33): 98.
<http://www.leh.fr/edition/revue-droit-et-sante-033.html>

Ce fascicule spécial sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoire place, tout d'abord, la nouvelle loi dans le contexte législatif sanitaire et médico-social de la France. Puis, il en fait une analyse selon les thématiques suivantes : une planification revisitée, une nouvelle organisation hospitalière, accès aux soins des populations et droit du travail.

2009

Pain-Masbrenier, M. T. et Nicoleau, P. (2009). Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

La loi n° 2002-2, du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a transformé en profondeur les pratiques dans les établissements et services de ce secteur. De son côté la loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a bouleversé le rôle de chacun à l'hôpital en instituant de nouveaux droits en faveur de la personne malade. Cette première étude comparée de ces deux textes fondamentaux apporte un éclairage neuf sur les pratiques dans les différents établissements concernés.

2008

Apollis, B. (2008). Autorisations sanitaires et hospitalisation privée. Contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières

Le système hospitalier français se présente comme un secteur réglementé en ce sens que l'activité des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, est subordonnée à l'octroi d'une autorisation administrative préalable, que le législateur désigne sous l'expression "autorisation sanitaire". A l'égard de l'hospitalisation privée, il existe une dualité dans les rapports qu'elle entretient avec cet acte administratif. L'autorisation sanitaire se caractérise, en premier lieu comme un instrument de contrôle des établissements de santé privés. Afin de rationaliser l'offre de soins hospitaliers, le procédé de l'acte permissif se révèle d'une grande utilité pour l'Administration, laquelle doit assurer l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Les effets de ce contrôle sur l'hospitalisation privée sont variables. Perceptibles sur les relations entre les établissements publics et privés, dont les régimes juridiques tendent en partie à se rapprocher, ils sont surtout sensibles au niveau de l'exploitation des cliniques privées qui se trouvent incluses, de facto, dans un oligopole les préservant de toute concurrence extérieure. En second lieu, l'autorisation sanitaire peut également former, aux termes des dispositions du Code de la santé publique, l'objet de contrats conclus par les cliniques. Il en est ainsi parce que, représentant une valeur, certes artificielle, mais effective au sein du fonds d'exploitation, l'autorisation constitue, en fait, un bien au sens du droit civil. Le fondement de sa commercialité réside en effet dans son appropriation, ce qui la prédispose naturellement tant au transfert de propriété qu'à la simple mise à disposition. Cet ouvrage a reçu le Prix Étienne décerné par la faculté de droit de Montpellier (meilleure thèse en droit de la santé 2005) ainsi que le Prix Jean-Marie Auby décerné par l'Association française de droit de la santé (meilleure thèse en droit de la santé 2005-2006).

Clement, J. M. (2008). Dictionnaire des principaux sigles du droit et de l'administration hospitalière - 4ème édition revue et mise à jour, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Le vocabulaire de la langue hospitalière devient chaque jour plus technique, au point que, quittant la France pendant quelques mois, ceux qui y reviennent ne comprennent plus certains propos tant ils sont émaillés de nouveaux sigles. Cette quatrième édition actualisée du dictionnaire, enrichie par de nouvelles définitions, propose une liste d'abréviations se rapportant au domaine hospitalier classées par ordre alphabétique. Chaque sigle est développé, suivi de son historique, d'une définition avec des renseignements détaillés.

2005

Esper, C. (2005). "La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005." Revue De Droit Sanitaire Et Social(5): 766-778.

La nouvelle gouvernance hospitalière mise en place à l'hôpital public par les ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005 impose une organisation rénovée de l'établissement public de santé. Création d'un conseil exécutif, découpage médical en pôles d'activités, renforcement de la surveillance financière sont les mesures phare. Un nouvel élan sera-t-il ainsi donné aux hôpitaux publics français ? Le texte du 2 mai 2005 comporte six titres, portant sur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé (titre I),

l'organisation hospitalière et universitaire (titre II), les dispositions financières (titre III), les centres de lutte contre le cancer (titre IV), certains personnels de la fonction publique hospitalière (titre V), quelques questions diverses (titre VI). Les domaines essentiels de la "nouvelle gouvernance hospitalière", sur la portée de laquelle il conviendra de s'interroger pour terminer, seront exposés ici au travers de l'analyse des instances de l'hôpital public, de son organisation interne, et du renforcement de la surveillance financière.

2004

Budet, J. M. et Blondel, F. (2004). L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007, Paris : Berger-Levrault

Le système hospitalier public et français a beaucoup évolué, ces dernières années. Le programme des ordonnances de 1996 s'organisait autour de trois axes : qualité, responsabilité, coopération. Le plan Hôpital 2007 vient parachever cette évolution dans un souci de mise en cohérence, de décloisonnement et d'autonomie des systèmes hospitaliers publics et privés. Cette nouvelle édition fournit toutes les clés pour comprendre ces réformes successives ainsi que les enjeux et implications des derniers textes adoptés.

Clement, C., et al. (2004). Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

Le gouvernement Raffarin a lancé, dès sa formation en mai 2002, un vaste programme de rénovation des hôpitaux. Dès le 4 septembre 2003, une ordonnance visant à simplifier le droit hospitalier a été publiée, puis dans son sillage des décrets, des arrêtés et des circulaires paraissent pour rénover la législation des établissements de santé tant publics que privés. Ainsi est profondément modifié le droit des autorisations des établissements de santé. De même, le droit budgétaire avec la création de la T2A. Enfin, le droit des baux emphytéotiques est rénové pour permettre le financement des rénovations des équipements et des locaux. Puis, le droit des relations public-privé est débarrassé des nombreux tabous qui le paralysaient. Bref, l'ensemble du droit hospitalier est en passe de profondes transformations. Cette deuxième édition rassemble les travaux des juristes réputés et intègre notamment une étude sur la tarification à l'activité et l'évolution du droit budgétaire.

2002

Clement, J. M. (2002). Droits des malades : les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

La loi du 4 mars 2002 est l'aboutissement d'une longue évolution née au début du XXe siècle et dont les temps forts vont du début des années 1970 jusqu'à la fin de l'an 2000. Du droit du malade revendiqué et largement reconnu par la jurisprudence et les textes officiels, dont le fameux décret du 14 janvier 1974, on a abouti aux droits des malades avec le pouvoir accordé aux associations d'usagers. Désormais, on est en plein consumérisme et la loi du 4 mars 2002 est le point d'orgue d'une démocratie sanitaire appelée par les patients et leurs représentants. A cela s'ajoute l'indemnisation des accidents thérapeutiques avec ou sans faute médicale prouvée. Bref, la loi du 4 mars 2002 est incontestablement une grande loi qui marquera l'histoire des droits des malades et de leurs relations avec les médecins.

Haas, D. (2002). Le contrat d'objectifs et de moyens : ARH - établissements de santé : guide pratique, Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Rennes : Editions Ehesp

Depuis la promulgation des ordonnances d'avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation, l'ensemble des établissements de santé ont obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec leur agence régionale de l'hospitalisation (ARH). En 2002, soit six ans plus tard, force est de constater que les communautés hospitalières, comme les ARH et leurs institutions membres, commencent seulement à intégrer ces nouveaux outils de régulation sanitaire. Ce guide pratique a pour but de clarifier les textes de la contractualisation, de fournir des éléments méthodologiques de négociation et de conclusion des contrats, et de présenter des exemples concrets. Il produit en outre des témoignages d'acteurs ayant vécu cette expérience de négociations et de suivi d'un contrat d'objectifs et de moyens.

Mathis, D. (éd.) (2002). Les établissements publics de santé mentale : à jour au 30 juillet 2002, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Cette deuxième édition du recueil des EPSM, de présentation claire et pourvue d'un index et d'une table des matières, font de l'ouvrage la référence en matière de législation des établissements de santé mentale. Il rassemble les textes de droit hospitalier général auxquels les hôpitaux spécialisés sont soumis, les lois et règlements relatifs aux droits des malades atteints de troubles mentaux, les réglementations spécifiques à divers aspects de la psychiatrie.

2001

Clement, J. M. et Bernard, J. (2001). 1900-2000 : la mutation de l'hôpital, Paris : Les Etudes Hospitalières

Cet ouvrage, fruit d'une longue expérience de directeur d'hôpital, fait une large place à l'histoire institutionnelle avec une brillante synthèse sur les pouvoirs au sein de l'hôpital. Replacée dans son contexte économique et social, l'histoire de l'hôpital est celle d'une rupture entre la charité du début du siècle et l'entreprise de soins de l'an 2000. Tout a changé en peu de temps, la ligne de fracture se situant autour des années 1970 ; que ce soit la situation du malade, hier assisté, aujourd'hui client assuré social, que ce soit l'architecture qui s'est complexifiée considérablement, que ce soit l'organisation matérielle qui reste marquée par une division territoriale en services, contraire à la spécialisation et à la mise en réseau des soins.

2000

Houdart, L., et al. (2000). Traité de la coopération hospitalière (2 volumes), Paris : Editions F. Houdart

Cet ouvrage est le fruit d'un travail pluridisciplinaire de plus de 3 ans, dont l'objectif est d'offrir aux professionnels de santé un outil pratique, pour la mise en oeuvre d'une action de coopération (regroupement sur un même site, création de DIH, GCS, GIP, coopération et réseaux avec des praticiens libéraux). Il repose à la fois sur une analyse des textes de la jurisprudence que les auteurs ont voulu rigoureuse et sur une approche pragmatique de leur application par l'apport de réponses claires aux questions que se posent les coopérants. Il comprend 5 parties : cadre de la coopération, outils de la coopération, connaissance de certains aspects de la coopération telles la fiscalité, la comptabilité, le financement, le

personnel et le droit de la concurrence et les marchés publics, coopération européenne et internationale, méthodologie pour la réalisation d'une coopération. Un CD-ROM fait une mise à jour au 31 décembre 2002.

1999

Clement, J. M. (1999). La réforme hospitalière : l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique ou privée, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Le plan de réforme des hôpitaux et cliniques, organisé par l'ordonnance du 24 avril 1996 se met en place. L'ordonnance hospitalière n'a pas fini de bouleverser le paysage hospitalier. Cette deuxième édition des réformes hospitalières tient compte des nouvelles publications, dont la commission de conciliation et les réseaux de soins.

Ponchon, F. (1999). Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade, Paris : Berger-Levrault

Consacré à deux termes trop souvent perçus comme des « frères ennemis », cet ouvrage fait le tour de droits essentiels et complémentaires, droit au secret, droit à l'information, tous deux au service du même intérêt : le malade. Fondé sur l'étude du droit applicable, cet ouvrage propose une étude approfondie et exhaustive des contraintes et devoirs pour les professionnels, et des droits pour les malades. Trois temps la ponctuent : un rappel historique des concepts et des règles de droit applicables ; la présentation des principales composantes du secret professionnel en milieu hospitalier, sa portée et les dérogations rencontrées ; le point sur un concept relativement nouveau à l'hôpital et en plein développement : l'information du malade.

1996

Jean, P. (1996). La charte du patient hospitalisé, Paris : Berger-Levrault

Le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade ; il est aussi une personne, avec ses droits et ses devoirs. S'inscrivant dans les perspectives ouvertes par la Réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et les lois bioéthiques du 29 juillet 1994, la nouvelle Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 synthétise les droits essentiels des personnes hospitalisées. Destinée à être remise à chaque patient accueilli dans un établissement de santé, elle rend compte des aspects nouveaux du statut du malade à la fin du XXe siècle. Très complet, cet ouvrage propose un commentaire des dispositions de la Charte, étudie les nombreuses sources juridiques de celle-ci et regroupe plus d'une trentaine de textes relatifs aux droits des patients, à l'éthique et à la déontologie.

Un aperçu historique

2022

Fabiani-Salmon, J. N. (2022). "Histoire de l'internat des hôpitaux (1802–2005)." Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine(Ahead of pub).
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.07.029>

Résumé L'internat est créé par un décret consulaire du 4 ventôse an XI (10 février 1802). Un concours permet une formation de qualité dans les hôpitaux pendant quatre ans et assure en retour une présence médicale permanente dans les hôpitaux publics. Ce système élitiste permettant l'obtention des spécialités naissantes rencontrera un succès croissant au cours du XIXe et du XXe siècle. Cependant dès le XIe siècle, les barbiers-chirurgiens investissent les salles de garde des Hôtels-Dieu et mettent en place des corporations-ouvrières puis des confréries qui assuraient la prise en charge des malades et dont les traditions se sont transmises jusqu'à aujourd'hui. Cependant cette formation trop élitiste et trop différente des autres pays européens s'est progressivement vue réformée depuis les années 1950 (création des certificats d'études spéciales) pour aboutir à sa suppression en 2005. Summary The French "Internat des hôpitaux" was created by a consular decree of 4 Ventôse Year XI (February 10, 1802). A competition allows quality training in hospitals for four years and in return ensures a permanent medical presence in public hospitals. This elitist system allowing the obtaining of emerging specialties will meet with increasing success during the 19th and 20th centuries. However, from the 11th century, barber-surgeons invested the guard rooms of the Hôtels-Dieu and set up workers'corporations and then brotherhoods which ensured the care of the patients and whose traditions have been transmitted until today. However, this training, which is too elitist and too different from other European countries, has been gradually reformed since the 1950s (creation of special study certificates) to lead to its abolition in 2005.

2021

Grimaldi, A., Vernant, J. P., Kervasdoue, J. d., et al. (2021). "Demain, quel hôpital public ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(68): 27-109.

Le présent numéro des Tribunes de la santé vise à approcher de plus près les expériences hospitalières qui discrètement, imperceptiblement mais vigoureusement, dessinent les lignes de l'hôpital de demain. Il réunit des contributions d'acteurs ou de spécialistes de l'hôpital aux visions contrastées, parfois contradictoires, mais toutes portées par la conviction que l'hôpital est une structure d'avenir, un organisme au cœur du pacte social et surtout une institution digne de toute notre confiance, malgré les difficultés qu'elle rencontre et les défis incommensurables qu'elle doit relever (extrait de l'éditorial)

2020

Couty, E. (2020). "Evolution des politiques publiques pour l'hôpital de 1945 à nos jours. Partie 1." Revue de la société française d'histoire des hôpitaux(163): pp.5-12.

L'Hôpital en France s'est construit progressivement au fil des réformes successives. La conception du système hospitalier, son organisation, son fonctionnement sont marqués par l'histoire politique (ancien régime, période révolutionnaire, XIXe siècle, époque contemporaine) et une évolution balancée entre un secteur privé confessionnel mu principalement l'action charitable et un secteur public mu dans un premier temps par la dimension sécuritaire puis par le principe de solidarité. Dans cette première partie, l'auteur envisage les actes fondateurs de l'hôpital du XXe siècle (période 1945-1983), puis l'ère des gestionnaires du système (1983-2019), entre contrainte financière et compromis en matière de gouvernance.

Couty, E. (2020). "Evolution des politiques publiques pour l'hôpital de 1945 à nos jours. Partie 2." Revue de la société française de l'histoire des hôpitaux(164): pp.50-55.

Dans cette seconde partie, l'auteur retrace la naissance de la démocratie sanitaire de 1945 à nos jours. Puis, il revient sur les défis à relever par les politiques publiques, dans la décennie à venir, face aux nouveaux enjeux de santé publique.

2018

Fabiani, J.-N. (2018). La Fabuleuse Histoire de l'hôpital du Moyen Age à nos jours, Paris : Pocket

Comment « l'hospice » du Moyen Age destiné à accueillir des pèlerins s'est transformé en un lieu où l'on a rassemblé des malades ? Comment faire la différence entre la « petite » et la « grande » vérole ? Comment la reine Victoria a-t-elle accouché sans douleur ? Comment le viagra a-t-il été inventé ? (4ème de couv.)

Mossé, P. (2018). Une économie politique de l'hôpital, Paris : L'Harmattan

L'hôpital public français connaît des bouleversements dont les tenants et les aboutissants font davantage l'objet de controverses que d'analyses. C'est que la régulation actuelle prend les allures d'une rationalisation sans fin. Dès lors, les moyens de cette rationalisation sont souvent perçus comme des carcans ou, pire, comme des gadgets importés du monde marchand. Pourtant, l'ouvrage montre que, sous certaines conditions, des marges de manoeuvre existent qui éloigneraient le mirage de l'hôpital-entreprise tout en évitant les affres de la bureaucratie. Il en est ainsi de la contractualisation, de l'expérimentation ou de l'évaluation. De leur appropriation et de leur adaptation par l'ensemble des acteurs du système de santé dépend l'avenir de l'hôpital.

2012

Coldefy, M. et Lucas-Gabrielli, V. (2012). "Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(175): 1-8.

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les agences régionales de hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.

Haas, D., et al. (2012). Des restructurations hospitalières et des hommes, Rennes : Presses de l'EHESP

<http://www.presses.ehesp.fr/hopital/management/Details/297/27/hopital/management/des-restructurations-hospitalieres-et-des-hommes.html>

Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont développées partout en France, notamment au travers de coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral. Réalisé à partir du témoignage des principaux acteurs de trois opérations conséquentes menées par la Mutualité française entre 2001 et 2008 à Nantes, Lyon et Grenoble, cet ouvrage en aborde toutes les facettes : choc des cultures, pilotage, projet médical, projet social, architecture, communication. Les réussites comme les échecs sont présentés sans ambages. L'objectif est de capitaliser sur ces expériences en décrivant les processus mis en œuvre, et d'en tirer des leçons qui puissent servir à d'autres (4e de couverture).

2011

Guinchard, P. p. et Vincent, G. p. (2011). L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement, Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris : Héral

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

Jorland, G., et al. (2011). "Santé et histoire." Seve : Les Tribunes De La Sante(33): 25-89.

Au moment où le système de santé est confronté à de nombreux bouleversements liés aux transformations épidémiologiques, scientifiques, sociales et économiques du XXI^e siècle, ce dossier est consacré à "Santé et Histoire". Des contributions permettent de s'interroger sur l'histoire de l'institution hospitalière, la médecine sociale dans les années 1930 ou la transformation des villes par la santé du XVIII^e au XX^e siècle. D'autres s'intéressent à l'histoire de grandes pathologies : l'influence de la variole sur la guerre de 1870, le développement d'une épidémie iatrogène en Afrique centrale et l'histoire du sida à travers les écrits des malades. Enfin, un article est consacré à la place de la santé publique dans l'oeuvre de Michel Foucault (4^eme de couv.)

Mas, B., et al. (2011). L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public organisé, Bellecombe-en-Bauges: Editions du Croquant

Cet ouvrage consacré à l'hôpital est organisé en deux parties. La première vise à restituer le contexte macro-économique et, surtout, macro-politique de la confrontation toujours plus grande du monde hospitalier à la rationalité néo-libérale et au préconisation du 'New public

management'. Elle démonte les engrenages idéologiques, budgétaires, instrumentaux de la réforme. La seconde partie cherche à identifier les conséquences de cette grande transformation hospitalière sur les pratiques des soignants et, partant, sur la qualité des soins reçus (ou non) par les usagers de cette institution républicaine centrale. Ce faisant, cet ouvrage tente de tenir ensemble les dynamiques macrosociales et leurs manifestations microsociologiques, les analyses de chercheurs en sciences sociales et en économie et les leçons qu'il est possible d'en tirer pour dessiner une réforme alternative de l'hôpital (tiré de l'intro.)

Renou, P. (2011). "Politique de santé 1945-2011. Solidarité maintenue et gestion étatisée : réflexions d'un praticien hospitalier." Revue Hospitaliere De France(541): 54-64.

[BDSP. Notice produite par EHESP kEoD7R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article étudie successivement la création de la sécurité sociale et des hôpitaux modernes au lendemain de la Seconde guerre mondiale, puis les bouleversements de la médecine au plan scientifique et technique. Il retrace ensuite les prises de positions, actions et oppositions du corps médical avant d'évoquer le temps présent, c'est-à-dire la loi HPST et les perspectives, à moyen et long termes, du maintien ou non de la démocratie sanitaire au XXIe siècle. (R.A.).

2010

Mangot, V. (2010). "Architecture. La formidable mutation des lieux de soins." Gestions Hospitalieres(500): 559-562.

[BDSP. Notice produite par EHESP pEnR0xAB. Diffusion soumise à autorisation]. Évoquer la place de l'architecture hospitalière relève d'un défi ambitieux tant ce thème a été traité par "Gestions hospitalières". Le patrimoine architectural de notre pays est riche de quelque 2 500 établissements qui permettent de caractériser des époques et des façons de penser les soins. Nous avons tous fait le constat, de la grande diversité architecturale de nos établissements. Fruit de l'héritage architectural de l'Ancien Régime (période médiévale et époque moderne) ou imposantes tours du milieu XXème siècle, tous sont l'expression d'une réflexion sur la prise en charge des patients et des services à rendre à la population. Cependant, l'architecture hospitalière doit être abordée selon deux axes indissociables : l'enveloppe extérieure, ce que transmet l'hôpital comme image au sein de la cité, et l'architecture interne, qui ne se livre qu'à ceux qui y pénètrent. Au fil des numéros, "Gestions hospitalières" s'est attaché à broser cette importante évolution des hôpitaux tout en évoquant, les liens entre architecture et organisation des soins.

Vega, A. (2010). "L'hôpital revisité par les historiens. Première partie". Medecine : Revue De L'unaformec 6(3): 139-142.

Étudier l'hôpital d'aujourd'hui à l'aune du passé permet de repenser les héritages religieux de l'institution et de resituer l'histoire médicale au sein d'un vaste champ culturel la débordant largement. En effet, des personnalités d'origines professionnelles diverses et le plus souvent militantes ont marqué l'institution. De plus, au regard des éléments essentiels de compréhension de la longue histoire des hôpitaux, les limites des réformes actuelles semblent manifestes.

Vega, A. (2010). "L'hôpital revisité par les historiens. Deuxième partie : bouleversements culturels et difficultés au travail." Medecine : Revue De L'unaformec 6(4): 185-188.

Dans un premier article (Médecine mars), nous avons envisagé, l'hôpital au travers des contributions de personnages emblématiques de ses changements. Or, l'historien pose également un regard élargi sur l'institution, traversée par les soubresauts de la société, tant démographiques (guerres, épidémies et pandémies) que politiques et socio-économiques (évolutions des réformes sociales, du marché du travail, du niveau d'instruction de la population et des regards portés sur l'indigence, puis sur le soin). Cette vaste fresque historique permet de mieux comprendre ce qui a permis à la médecine hospitalière de devenir de plus en plus efficace. Mais l'auteur ne se contente pas d'égrener les contributions de personnages emblématiques à ces changements.

2009

Chevandier, C. (2009). L'hôpital dans la France du XXe siècle., Paris : Perrin

1911 : le pays est touché par une canicule. Comme lors des grandes crises (guerres, épidémies), la population hospitalisée est frappée par un surcroît de mortalité sans que nul ne s'en émeuve hors de l'institution hospitalière. Aucun ministre ne démissionne, à un moment où il n'y a pas de ministère spécifique de la Santé publique. 2003 : le pays est touché par une canicule. C'est de l'hôpital que partent les premiers appels pour alerter la population et, quelques mois plus tard, le ministre de la Santé publique doit démissionner. Jadis objet d'indifférence, l'hôpital est devenu un thème central de l'action politique. De la fin du XIXe au début du XXIe siècle, l'hôpital connaît une formidable mutation. Réservé autrefois aux indigents, il accueille aujourd'hui l'ensemble de la société. Alors que l'on y allait parcimonieusement, s'y rendre est désormais un réflexe. A l'entrée d'un établissement hospitalier, les malades étaient dépossédés de leurs effets personnels, tandis que les droits des patients sont aujourd'hui systématiquement rappelés. Hier lieu d'accueil mais de relégation, l'hôpital est devenu un endroit où s'exerce la citoyenneté. L'on soignait mal et l'on guérissait peu dans l'hôpital des débuts de la IIIe République ; les seuls médecins présents étaient le plus souvent encore étudiants et le mot " infirmière " désignait un personnel sans formation. C'est dans les hôpitaux que les Français, sous la Ve République, sont le plus sérieusement pris en charge lorsque les frappent la maladie ou l'accident ; les meilleurs praticiens y exercent et le personnel paramédical est particulièrement qualifié. Dans sa démarche, l'auteur ne néglige pas l'évolution de la médecine, de l'économie et du droit hospitalier, et a recours à la sociologie des professions et des institutions. Pour comprendre comment l'hôpital est devenu ce formidable outil au service de la population, il prend en compte tous les acteurs : les médecins et le personnel des services de soins bien sûr, mais aussi le personnel administratif et les directeurs sans oublier les ouvriers qui ont, jusqu'au milieu du siècle, tenu dans le monde hospitalier un rôle de premier plan.

2008

Domin, J.-P. (2008). "Hôpital, patients, santé, territoires. Cinquante ans de politique hospitalière." Gestions Hospitalières(481): 698-702.

[BDSP. Notice produite par EHESP 987oR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Le 11 décembre 1958, Bernard Chenot, ministre de la Santé, signe une ordonnance qui va profondément transformer la politique hospitalière, notamment en faisant du ministère l'autorité suprême. Cinquante ans plus tard, dans son projet de loi déposé le 22 octobre 2008, Roselyne Bachelot-Narquin confirme la prise de pouvoir d'une autorité exécutive élargie (le directoire) et s'inscrit dans la perspective de l'ordonnance de 2 mai 2005 en

favorisant une nouvelle gouvernance hospitalière censée rapprocher personnels médicaux et administratifs. Mais le changement n'est peut-être pas aussi profond qu'il en a l'air.

Hagenmuller, J. B., et al. (2008). "L'hospitalisation à domicile : 50 ans de liens entre l'hôpital et la ville." Gestions Hospitalieres(478): 479-511.

Ce cahier spécial rassemble les communications d'un colloque organisé à l'Assistance publique de Paris sur les cinquante ans de l'hospitalisation à domicile, en avril 2008. Après un aperçu historique, ces communications abordent les principales problématiques liées à l'had : organisation des soins, articulation avec la ville et l'hôpital, formation des acteurs...

Vidon, G. (2008). "Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques ?" Gestions Hospitalieres(481): 703-707.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xB8IFs. Diffusion soumise à autorisation]. La baisse massive des hospitalisations psychiatriques en France est liée aux traitements modernes, au développement de la psychiatrie "communautaire" mais également au mouvement de désinstitutionalisation généralisée, c'est-à-dire à l'évolution des idées en psychiatrie et dans la société. Ce dernier aspect a eu une influence considérable sur l'évolution des pratiques d'une région à l'autre. D'où une inégalité du recours à l'hospitalisation qui rend compte de nombreux facteurs au sein desquels l'aspect purement "idéologique" des différents intervenants ou acteurs joue un rôle majeur. Pour autant, peut-on aujourd'hui décider de la fermeture des établissements spécialisés ? Et si cela s'avérait possible, en fonction de quels indicateurs ou données ?

2007

Clement, J. M. (2007). Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours, Bordeaux : Les Etudes hospitalières
<http://www.leh.fr/edition/page005003323.html>

Ce précis sera très certainement apprécié par tous ceux qui veulent comprendre le sens des réformes hospitalières. Il s'ouvre par une étude concise mais éclairante des diverses réformes depuis la Révolution de 1789. Il se poursuit par un examen critique - dans le meilleur sens du terme des différentes réformes sous la Ve République : les ordonnances de décembre 1958, la loi du 31 décembre 1970 et celle du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996, du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005, sans oublier la loi du 4 mars 2002. Enfin cet opuscule se termine par une réflexion libre sur le sens de ces réformes (4ème de couv.)

2006

Schweyer, F.-X. (2006). "L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers dans la revue." Revue Francaise Des Affaires Sociales(4): 203-223.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 0zLR0xnR. Diffusion soumise à autorisation]. L'hôpital n'apparaît dans la revue qu'à partir du moment où il devient un enjeu gestionnaire. Dans les années 1970-1980, les publications sont régulières mais peu nombreuses. Trois thèmes se dégagent : la modernisation des établissements, la maîtrise des coûts et les réformes hospitalières. A partir de 1990, l'hôpital devient un thème régulier de la revue et les thèmes se diversifient avec l'essor des politiques de santé publique et la transformation de la

régulation hospitalière. L'hôpital dont il est question, c'est l'hôpital tel qu'il est transformé par l'action publique. Ce qui explique que les dimensions économiques, organisationnelles et politiques dominent, alors que professions de santé, travail hospitalier et patients usagers sont des thèmes beaucoup moins présents.

2004

Autret, J. et Moitrioux, G. p. (2004). L'hôpital aux prises avec l'histoire, Paris : L'Harmattan
<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=17254>

Ce livre décrit les différentes structures de soins et dépeint le rôle des multiples agents du champ de la santé au fil de l'histoire. Démystifiant l'idéalisation généralement reportée des capacités soignantes durant les siècles passés, trois périodes se dessinent : celle du soin marqué au coin par la religion, celle où le soin est censé exalter les valeurs républicaines, enfin celle du soin marchand où l'économie prime.. une page d'histoire sociale qui s'appuie plus particulièrement sur les hôpitaux de l'Ouest de la France.

Rochaix, M. (2004). "Société française d'histoire des hôpitaux. Le rayonnement culturel." Revue Hospitaliere De France(500): 85-.

[BDSP. Notice produite par ENSP 7sjR0xOJ. Diffusion soumise à autorisation]. La Société française d'histoire des hôpitaux (SFHH) est une association régie par la loi de 1901, créée en 1958 sous l'égide de la Fédération hospitalière de France et de la Fédération internationale des hôpitaux. Ses efforts pour conserver les archives cultivent l'intérêt de l'histoire. Le recensement et l'inventaire effectués par département, ouvrent à des richesses peu connues, même localement qui seront des hauts lieux de mémoire et des points forts de l'urbanisme de demain.

Terroir, M. (2004). "1924-2004,80 ans de vies hospitalières." Revue Hospitaliere De France(500): 4-23.

[BDSP. Notice produite par ENSP CQR0xj9h. Diffusion soumise à autorisation]. Un certain mardi 29 janvier 1924, "ayant reconnu la nécessité d'assurer la coordination de leurs efforts pour le développement et le perfectionnement de l'assistance hospitalière, les cinq unions existantes en France se sont prononcées en faveur de la création d'une fédération et ont approuvé un projet de statut". La Fédération hospitalière de France a aujourd'hui 80 ans : son histoire, celle de chaque hôpital, raconte l'évolution du système de santé français. Elle accompagne, suscite et participe aux décisions qui ont marqué la politique hospitalière du siècle. Elle permet de comprendre les ressorts d'un système consenti comme l'un des plus performants du monde. Cet article présente une chronologie de l'histoire hospitalière depuis 1924.

2001

Clement, J. M. et Bernard, J. p. (2001). 1900-2000 : la mutation de l'hôpital, Paris : Les Etudes Hospitalières

Cet ouvrage, fruit d'une longue expérience de directeur d'hôpital, fait une large place à l'histoire institutionnelle avec une brillante synthèse sur les pouvoirs au sein de l'hôpital. Replacée dans son contexte économique et social, l'histoire de l'hôpital est celle d'une

rupture entre la charité du début du siècle et l'entreprise de soins de l'an 2000. Tout a changé en peu de temps, la ligne de fracture se situant autour des années 1970 ; que ce soit la situation du malade, hier assisté, aujourd'hui client assuré social, que ce soit l'architecture qui s'est complexifiée considérablement, que ce soit l'organisation matérielle qui reste marquée par une division territoriale en services, contrairement à la spécialisation et à la mise en réseau des soins.

Mosse, P. (2001). "Une brève histoire du temps hospitalier : anthropologie commentée des étapes de la construction du cadre formel des restructurations hospitalières en France." Revue Française Des Affaires Sociales(2): 7-10.

Dans le cadre d'un ensemble d'articles consacrés aux restructurations hospitalières, l'auteur retrace et commente très brièvement les différentes étapes de l'organisation et des restructurations hospitalières en France (lois, créations d'organismes...) depuis 1958.

2000

Domin, J.-P. (2000). "La dynamique séculaire du système hospitalier français : une analyse en terme de régulation." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales **40**(1): 113-146.

[BDSP. Notice produite par ORS-MIP IR0xo7xm. Diffusion soumise à autorisation]. Ce travail propose de réexaminer, à l'aide de la théorie de la régulation systémique, la croissance des dépenses hospitalières sur une longue période et d'interpréter ses fluctuations. Il s'inscrit dans une double perspective d'histoire quantitative et d'économie de la santé dans la mesure où il s'appuie sur les méthodes de la première et prend comme sujet d'étude un objet de la seconde. Il nous permet également de nous interroger sur les enjeux de la période actuelle et sur les nouveaux modes qui semblent se dégager. (extrait du texte).

1999

Mesatfa, N. (1999). "Le système hospitalier privé avant et après les ordonnances du 24 avril 1996." Sante Publique **11**(1): 49-55.

[BDSP. Notice produite par ENSP R0xLdHuM. Diffusion soumise à autorisation]. Le système hospitalier s'est vu transformé par les ordonnances du 24 avril 1996. L'apparition de structures et de logiques nouvelles a modifié les liens entre les acteurs : le recours au contrat devient un instrument de régulation ; la régionalisation à travers la création des ARH définit de manière nouvelle les responsabilités en matière de gestion hospitalière ; la mise en place de l'ANAES s'accompagne de la mise en place d'une procédure d'accréditation tout en poursuivant les missions d'évaluation jusqu'alors assurées par l'ANDEM. (R.A.).

Sourty-Le Guellec, M. J. (1997). L'avenir de l'hôpital : Quelles alternatives. Rapport Credes. Paris CREDES: 9.

Après un bref aperçu historique sur le rôle de l'hôpital, ce document nous donne une définition de l'alternative à l'hospitalisation. Les raisons et les freins à sa mise en place nous sont également exposés. Ce document se termine par l'avenir des alternatives.

1996

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Fournier, V. et Soubie, R. p. (1996). L'hôpital sens dessus dessous, Paris : Editions Michalon

L'objectif de cet ouvrage est de donner à chacun des éléments de réflexion sur l'avenir de l'hôpital public et de démontrer qu'il existe une troisième voie entre le "tout social" et le "tout libéral". Riche en exemples et en propositions concrètes, il donne des outils pour apprécier les solutions suggérées par les politiques, les économistes et les prospectivistes.

1995

Le, Mandat, M., et al. (1995). "1945-1995, un demi siècle de vie hospitalière. Le concept architectural. Les services médico-techniques." Techniques Hospitalieres(601): 18-101.

Raynaud, P., et al. (1995). "1945-1995 : un demi siècle de vie hospitalière." Techniques Hospitalieres 50(600): 22-80.

1991

Peigne, F. et Evin, C. p. (1991). Notre système hospitalier et son avenir, Rennes : Editions ENSP

Rapport sur l'avenir de l'hospitalisation publique et privée en France, élaboré à la demande du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, suite au rapport d'étape d'avril 1989 qui dressait un premier tableau du système hospitalier et qui formulait des propositions qui servirent de base à l'actuelle loi sur la réforme hospitalière. Après avoir fait un état des lieux, et des besoins de l'hôpital dans le système de santé français, l'auteur s'efforce de développer les conséquences des propositions retenues et fournit les clés pour en arriver à une évaluation du système hospitalier.

1990

Honore, B. et Mehl, L. p. (1990). L'hôpital et son projet d'entreprise, Toulouse : Editions Privat

La notion de projet d'entreprise est maintenant répandue dans tout le contexte économique et social contemporain. La spécificité de l'ouvrage de Bernard Honoré est de proposer une réflexion sur son application aux établissements de soins. L'hôpital peut-il s'inspirer de cette nouvelle politique sociale que représente le projet d'établissement ? L'analyse des caractéristiques d'un projet hospitalier est donc l'axe de ce livre, mais celle-ci s'accompagne d'une très éclairante réflexion sur le sens même de la démarche de projet dans l'entreprise et sur la spécificité des fonctions de l'établissement de santé. La notion de projet est au coeur des travaux préparatoires à l'élaboration de la nouvelle loi hospitalière. L'ouvrage de Bernard Honoré constituera donc une référence pour ceux qui, à tous les niveaux de la structure hospitalière, sont amenés à réfléchir sur le sens de leur mission et sur l'édification de l'hôpital du futur non seulement lieu de maladie, mais lieu de santé. (résumé d'auteur)

1989

Scherrer, P. (1989). L'hôpital libéré, Paris : Atelier Alpha Bleue

Suite du récit "Un Hôpital sous l'occupation". Le docteur Pierre Scherrer, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre de 1942 à 1975, nous fait découvrir la transformation de son hôpital à travers l'achèvement des neuroleptiques et la création d'un service libre.

Scherrer, P. (1989). Un Hôpital sous l'occupation, Paris : Atelier Alpha Bleue

Récit du docteur Pierre Scherrer, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, pour la période 1940-1945. Ce livre est un témoignage sur l'activité psychiatrique de ces années, avec en particulier l'introduction de l'électrochocs. La suite est "L'Hôpital libéré".

1986

Maillard, C. (1986). Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : Comment la santé est devenue une affaire d'Etat, Paris : Dunod

Dans cet ouvrage, l'auteur nous dévoile l'évolution de l'hôpital de 1940 à 1986 tant au point de vue du rôle, de l'organisation, de la gestion de l'hôpital que de son autonomie perdue vis à vis de l'Etat.

1985

Clement, J. M. (1985). Les réformes hospitalières 1981-1984, Paris : Berger-Levrault

Charte de la santé, loi du 3 janvier 1984 portant réforme hospitalière, dotation globale de financement, réforme des études médicales, amélioration du droit des agents et réduction du temps de travail, accroissement des compétences de la profession infirmière, la liste est longue des modifications hospitalières depuis 1981. Abordant chacun de ces thèmes, les réformes hospitalières sont conçues pour permettre à un très large public de démêler l'écheveau de ces changements en exposant leurs causes et en présentant leur réalité. Le lecteur trouvera en annexe les principaux textes législatifs et réglementaires parus entre 1981 et 1984. (Résumé d'Auteur).

1981

Imbert, J. (1981). Les hôpitaux en France, Paris : P.U.F.

1979

Foucault, M., et al. (1979). Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne), Bruxelles : Pierre Mardaga

Quelques études internationales

2022

Gaudiaut, T. (2022). "Hôpitaux : l'évolution des capacités en lits de soins." Slate: 1.

<https://fr.statista.com/infographie/21849/evolution-capacite-lits-de-soins-hospitaliers-comparaison-france-pays-europe/>

La pandémie de coronavirus a imposé un lourd fardeau à certains des systèmes hospitaliers les plus avancés au monde. En Europe, plusieurs pays ont été confrontés à une saturation des unités de soins dans leurs centres hospitaliers, faisant émerger des questions sur les capacités à maintenir afin de pouvoir faire face à des situations sanitaires exceptionnelles. Comme le montre les dernières données disponibles de l'OCDE, le nombre de lits de soins curatifs disponibles par habitant varie sensiblement d'un pays européen à l'autre, et on remarque qu'il est en baisse dans l'ensemble des pays étudiés ces vingt dernières années. Cette tendance à la diminution des capacités d'accueil n'est donc pas un phénomène nouveau et ne concerne pas uniquement l'Hexagone. Outre les réorganisations et restructurations des établissements de santé, la réduction du temps moyen d'hospitalisation avec les progrès de la médecine (chirurgie moderne, nouveaux traitements,...) est aussi une raison avancée pour expliquer cette tendance générale. S'il faut garder à l'esprit que la définition des "soins curatifs" peut quelque peu varier d'un pays à l'autre, il s'agit globalement de l'ensemble des équipements (publics et privés) dédiés aux soins aigus de courte durée, excluant notamment les lits dévoués à la rééducation et aux soins palliatifs.

Lentz, C. M., De Lind Van Wijngaarden, R. A. F., Willeboordse, F., et al. (2022). "Dedicated teams to optimize quality and safety of surgery: A systematic review." International Journal for Quality in Health Care **34**(4).

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac078>

A dedicated operating team is defined as a surgical team consisting of the same group of people working together over time, optimally attuned in both technical and/or communicative aspects. This can be achieved through technical and/or communicative training in a team setting. A dedicated surgical team may contribute to the optimization of healthcare quality and patient safety within the perioperative period. A systematic review was conducted to evaluate the effects of a dedicated surgical team on clinical and performance outcomes. MEDLINE and Embase were searched on 23 June 2022. Both randomized controlled trials (RCTs) and non-randomized studies (NRSs) were included. Primary outcomes were mortality, complications and readmissions. Secondary outcomes were costs and performance measures. Fourteen studies were included (RCTs n = 1; NRSs n = 13). Implementation of dedicated operating teams was associated with improvements in mortality, turnover time, teamwork, communication and costs. No significant differences were observed in readmission rates and length of hospital stay. Results regarding duration, glitch counts and complications of surgery were inconclusive. Limitations include study conduct and heterogeneity between studies. The institution of surgical teams who followed communicative and/or technical training appeared to have beneficial effects on several clinical outcome measures. Dedicated teams provide a feasible way of improving healthcare quality and patient safety. A dose-response effect of team training was reported, but also a relapse rate, suggesting that repetitive training is of major concern to high-quality patient care. Further studies are needed to confirm these findings, due to limited level of evidence in current literature. CRD42020145288

Nguyen, B. H., Grosskopf, S., Yong, J., et al. (2022). Activity based funding reform and the performance of public hospitals: The Case of Queensland, Australia. Cepa Working Paper Series ; WP08/2022. Brisbane University of Queensland - Centre for Efficiency and Productivity Analysis: 57.

<https://economics.uq.edu.au/files/38788/WP082022.pdf>

This study investigates the impact of activity-based funding (ABF) on the performance of hospitals by exploiting a natural experiment that happened in the state of Queensland, Australia. To examine the outcome of the reform, we use both a simple measure of performance (the weighted average length of stay) and more sophisticated ones (the technical efficiency estimated from data envelopment analysis (DEA) models). We try to identify the causal effect of ABF on the technical efficiency of hospitals by incorporating difference-in-differences approach in the popular two-stage DEA framework. We find empirical evidence that ABF improves the technical efficiency of hospitals.

Van, P., J. (2022). The Effects of Hospital-Physician Integration on Hospital Finances and Quality-of-Care. New York Hunter College: 40.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4121283&dgcid=ejournal_html_email_demand_supply:in:health:economics:ejournal_abstractlink

There has been significant financial integration between hospitals and physicians since the early 2000s; however, there is limited research on the advantages and disadvantages to integration. This paper shows how hospital finances, hospital service lines, and quality-of-care change when hospitals employ physicians. I combine data from the American Hospital Association with hospital financial records, inpatient care patterns, and quality-of-care metrics from 1997-2017. Using flexible difference-in-differences models, I show that profit margins and hospitalizations increase when hospitals employ more physicians. Hospital operating costs increase, but so do net revenues. Hospitals are more likely to own outpatient centers, offer the latest medical technologies, and expand community outreach after they employ physicians. However, 30-day mortality rates for AMI, heart failure, and pneumonia do not improve. Patients report that doctor communication improves modestly, but otherwise patient satisfaction remains unchanged. Therefore, hospitals benefit from physician employment, but patients and payers may have less to gain.

2021

(2021). Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs?: Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis HAS: 2 vol. (134 +137).

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277049/fr/rapport-qualite-des-soins-percue-par-le-patient-indicateurs-proms-et-prems-panorama-d-experiences-etrangees-et-principaux-enseignements

Ce rapport répond aux questions soulevées par l'utilisation de la mesure de la qualité des soins perçues par les patients. En effet, la France est un des pays les plus avancés en matière de mesure de l'expérience des patients, avec le dispositif national e-Satis de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients hospitalisés. Elle est par contre moins avancée que les autres pays pour la mesure des PROMs. L'ambition de progresser sur l'utilisation des PROMs et des PREMs s'illustre par des initiatives locales volontaires et par des expérimentations nationales et régionales pilotées par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, qui pourraient se généraliser dans les années à venir. L'accélération du numérique en santé et la prochaine mise en œuvre de Mon Espace Santé devraient aussi permettre de répondre aux enjeux et aux attentes des patients et des professionnels, auxquels la HAS participe pour assurer sa mission d'amélioration pour tous de la qualité des soins. La HAS s'engage dans des actions en faveur de la mesure de la qualité perçue

Bai, G., Jimenez, D. et Phan, P. (2021). The Financial Fragility of For-profit Hospitals: Evidence from the COVID-19 Pandemic. *NBER Working Paper ; 29388*. Cambridge NBER: 35 , annexes.

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

<https://www.nber.org/papers/w29388>

We estimate the likelihood of financial distress of U.S. hospitals in 2020 due to the COVID-19 pandemic using AHA Annual Survey data for 2011-2019 and smartphone mobility data for 2020. We find that while the average likelihood of distress across all hospitals is 28.53 % in 2020, slightly increasing from 2019, for-profit hospitals are much more likely to be distressed. Their average likelihood of financial distress is 39.13 %---a 6.93 percentage point increase from 2019. For-profit hospitals are the main providers of specialty health care services, such as psychiatric and acute long-term care, so their increased likelihood of distress poses a risk to service provision in these specialty areas, and particularly in rural communities. Our prediction model based on mobility data performs very well in sample against actual data and can potentially help policymakers and hospital administrators to monitor financial distress in real-time when case mixes change, or other large shocks materialize.

Boone, J. (2021). Comparing European healthcare systems. CEPR Discussion Paper ; DP16602. Londres Centre for Economic Policy Research: 71.

<https://repec.cepr.org/repec/cpr/ceprdp/DP16602.pdf>

We introduce a theoretical framework to analyze the effects on health system performance of health policy choices related to efficiency, quality and competition and use recent data from Eurostat and OECD to verify the predictions. We find that --conditional on healthcare expenditure-- the following efficiency measures lead to improved performance in terms of reduced mortality: increasing the ratio of nurses over doctors and a well developed primary care sector. Introducing a

Gross, T., Sacarny, A., Shi, M., et al. (2021). Regulated Revenues and Hospital Behavior: Evidence from a Medicare Overhaul. NBER Working Paper ; 29023. Cambridge NBER: 30.

<https://www.nber.org/papers/w29023>

We study a 2008 policy reform in which Medicare revised its hospital payment system to better reflect patients' severity of illness. We construct a simulated instrument that predicts a hospital's policy-induced change in reimbursement using pre-reform patients and post-reform rules. The reform led to large persistent changes in Medicare payment rates across hospitals. Hospitals that faced larger gains in Medicare reimbursement increased the volume of Medicare patients they treated. The estimates imply a volume elasticity of approximately unity. To accommodate greater volume, hospitals increased nurse employment, but also lowered length of stay, with ambiguous effects on quality.

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. Allemagne : des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires à Berlin (MVZ). Les rapports de l'Irdes ; 582. Paris IRDES: 20.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/582-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-innovations-allemande-centres-de-soins-ambulatoires-interdisciplinaires.pdf>

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres

professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. L'étude de cas sur l'organisation de la médecine spécialisée en Allemagne porte sur trois Medizinische Versorgungszentren – ou MVZ –, des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires, situés ici à Berlin. Elle s'appuie sur des visites de sites conduites en octobre 2018, au cours desquelles nous avons interviewé les propriétaires ou les gestionnaires de ces structures, ainsi que deux représentants de l'Association nationale des médecins de l'assurance maladie obligatoire (KBV), le secrétaire général de l'Union des MVZ, des représentants de fédérations hospitalières, ainsi que deux experts de premier plan du système de santé allemand.

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. Angleterre : des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie. *Les rapports de l'Irdes* ; 578. Paris IRDES: 30.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/578-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-angleterre-equipes-pionnieres-de-soins-integres-en-geriatrie-et-pneumologie.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays. États-Unis: des services hospitaliers innovants au Centre médical de l'Université de Caroline du Nord. *Les rapports de l'Irdes* ; 580. Paris IRDES: 28.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/580-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-innovations-etats-unis.pdf>

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Les deux études de cas présentées dans ce rapport décrivent un ensemble de services innovants proposés par le Centre médical de l'université de Caroline du Nord

(University of North Carolina Medical Center), dans l'État de Caroline du Nord, aux États-Unis. La première étude de cas décrit la façon dont le travail en équipe a été développé au sein du Département d'urologie, dans un objectif d'amélioration des soins aux patients atteints de cancer ; la seconde étude cible une initiative visant à améliorer la coordination des soins des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, en intégrant les traitements dispensés à l'hôpital et dans les centres de dialyse privés. Au cours des visites sur site, organisées en février 2019, nous avons interrogé les professionnels de santé impliqués dans ces initiatives, ainsi que le personnel enseignant du Bureau de la formation et de la pratique interprofessionnelles (Office of Interprofessional Education and Practice), qui travaillent en commun dans l'objectif de faire évoluer la pratique médicale.

Michel, L. et Or, Z. (2021). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée. Innovations dans cinq pays : le financement intégré des soins de maternité aux Pays-Bas. Les rapports de l'Irdes ; 576. Paris IRDES: 24.
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/576-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-le-financement-integre-des-soins-de-maternite-aux-pays-bas.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization. Innovations in Five Countries: Integrated Funding for Maternity Care in the Netherlands. Les rapports de l'Irdes ; 577. Paris IRDES: 22.
<https://www.irdes.fr/english/reports/577-international-comparison-specialist-care-organisation-integrated-funding-for-maternity-care-in-the-netherlands.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les

modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation des soins de maternité aux Pays-Bas, ainsi que les expérimentations de bundled payment visant à soutenir un modèle de soins de maternité intégrés.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. England: Pioneer Integrated Care Teams in Geriatric and Respiratory Services. Les rapports de l'Irdes ; 579. Paris IRDES: 30.

<https://www.irdes.fr/english/reports/579-international-comparison-specialist-care-organization-england-pioneer-integrated-care-teams-in-geriatric-and-respiratory-services.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. Germany: Interdisciplinary Ambulatory Healthcare Centers in Berlin Area (MVZs). Les rapports de l'Irdes ; 583. Paris IRDES: 16.

<https://www.irdes.fr/english/reports/583-international-comparison-specialist-care-organization-germany-interdisciplinary-ambulatory-healthcare-centers.pdf>

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. L'étude de cas sur l'organisation de la médecine spécialisée en Allemagne porte sur trois Medizinische Versorgungszentren – ou MVZ –, des centres de soins ambulatoires interdisciplinaires, situés ici à Berlin. Elle s'appuie sur des visites de sites conduites en octobre 2018, au cours desquelles nous avons interviewé les propriétaires ou les gestionnaires de ces structures, ainsi que deux représentants de l'Association nationale des

médecins de l'assurance maladie obligatoire (KBV), le secrétaire général de l'Union des MVZ, des représentants de fédérations hospitalières, ainsi que deux experts de premier plan du système de santé allemand.

Michel, L. et Or, Z. (2021). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. The United States: Innovating Hospital Services at the University of North Carolina Medical Center. Les rapports de l'Irdes ; 581. Paris IRDES: 26.

<https://www.irdes.fr/english/reports/581-international-comparison-specialist-care-organization-the-united-states.pdf>

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Les deux études de cas présentées dans ce rapport décrivent un ensemble de services innovants proposés par le Centre médical de l'université de Caroline du Nord (University of North Carolina Medical Center), dans l'État de Caroline du Nord, aux États-Unis. La première étude de cas décrit la façon dont le travail en équipe a été développé au sein du Département d'urologie, dans un objectif d'amélioration des soins aux patients atteints de cancer ; la seconde étude cible une initiative visant à améliorer la coordination des soins des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, en intégrant les traitements dispensés à l'hôpital et dans les centres de dialyse privés. Au cours des visites sur site, organisées en février 2019, nous avons interrogé les professionnels de santé impliqués dans ces initiatives, ainsi que le personnel enseignant du Bureau de la formation et de la pratique interprofessionnelles (Office of Interprofessional Education and Practice), qui travaillent en commun dans l'objectif de faire évoluer la pratique médicale.

2020

Carroll, N. W. et Clement, J. P. (2020). "Hospital Performance in the First 6 Years of Medicare's Value-Based Purchasing Program." Medical Care Research and Review(Ahead of pub): 1077558720927586.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720927586>

The Medicare value-based purchasing (VBP) program, ongoing since 2013, uses financial bonuses and penalties to incentivize hospital quality improvements. Previous research has identified characteristics of penalized hospitals, but has not examined characteristics of hospitals with improvements in VBP program performance or consistent good performance. We identify five different trajectories of program performance (improvement, decline, consistent good or poor performance, mixed). A total of 11% of hospitals were penalized every year of the program, 24% improved their VBP program performance, 14% of hospitals consistently earned a bonus, while 18% performed well in the program's early years but experienced declines in performance. In 2013, organizational and community characteristics were associated with higher odds of improving relative to performing poorly every year. Few variables under managers' control were associated with program improvement, though accountable care organization participation was in some models. We find changes in VBP program metrics may have contributed to improvement in some hospitals' program scores.

De Regge, M. et Eeckloo, K. (2020). "Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research." *Social Science & Medicine* **262**: 113252.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>

It is crucial that we gain a deeper understanding of the features of organizational governance and how they contribute to hospital performance. Health care governance research has traditionally had a strong focus on the size and composition (i.e., the attributes) of the governing bodies, but less attention has been given to the dynamics, processes, and roles. Furthermore, evidence regarding the interconnection between the board and the executive management is lacking. This systematic literature review is thus intended to give a detailed summary of the attributes, the dynamics, and the processes, as well as the roles of governing bodies, by synthesizing the findings of published empirical studies. The framework of Kane et al. (2009) was used to position the results, taking into account external constraints and outputs/performance. Sixty-three studies were included in the systematic review. The majority of these studies deal with attributes (n = 34) and roles (n = 27); the smallest number of studies (n = 11) focus on dynamics and processes. There is a lack of consistency in the research findings on attributes and there is too little research into the dynamics and processes of hospital governance. However, it has been shown that clinical participation on the hospital board and the focus on quality in hospital board roles can have a beneficial effect. The studies do not provide sufficient direction on what best practice for governing hospitals should be. For this reason, we here provide a useful framework for understanding the aspects of governance and their impact on performance in hospitals and compare these with general corporate governance literature. Therefrom we propose avenues for further research.

Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., et al. (2020). "Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis." *Health Policy* **124**(4): 368-379.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020300385>

Ecalte, F. (2020). "Les dépenses publiques hospitalières dans l'UE." *Gestions Hospitalières*(597): 356-359.

Dans l'objectif d'améliorer l'efficacité des finances publiques et dans la perspective du Ségur de santé et du plan d'urgence en faveur des hôpitaux annoncés par le gouvernement, le présent article a pour objet de mobiliser les données rassemblées par l'OCDE sur les systèmes de santé pour comparer les dépenses publiques consacrées aux hôpitaux en France et dans les autres pays européens. D'autres sources de comparaisons internationales pourraient être utilisées, comme les statistiques publiées par Eurostat, mais la base de l'OCDE a l'avantage de fournir des données plus détaillées et, en principe, cohérentes.

GAO (2020). Rural Hospital Closures: Affected Residents Had Reduced Access to Health Care Services. Washington GAO: 40.
<https://www.gao.gov/assets/gao-21-93.pdf>

The report found that when rural hospitals closed, residents living in the closed hospitals' service areas would have to travel substantially farther to access certain health care services. Specifically, for residents living in these service areas, GAO's analysis shows that the median distance to access some of the more common health care services increased about 20 miles from 2012 to 2018. For example, the median distance to access general inpatient services was 3.4 miles in 2012, compared to 23.9 miles in 2018—an increase of 20.5 miles. For some of the less common services that were offered by a few of the hospitals that closed, this

median distance increased much more. For example, among residents in the service areas of the 11 closed hospitals that offered treatment services for alcohol or drug abuse, the median distance was 5.5 miles in 2012, compared to 44.6 miles in 2018—an increase of 39.1 miles to access these services.

HCAAM (2020). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé. Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 2 vol. (32;77), fig.,tab.

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/Avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

<https://www.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/ANNEXES%20avis%20HCAAM%20sur%20la%20m%C3%A9decine%20sp%C3%A9cialis%C3%A9e%20du%2023%20janvier%202020.pdf)

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/IRDES-rapport-comparaison-internationale-MEDSPE-2020.pdf>

En 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la médecine spécialisée, médecine de second recours. Il lui apparaissait en effet nécessaire de mieux préciser la place de la médecine spécialisée (hors médecine générale) dans l'architecture future du système de santé et d'engager pour la médecine spécialisée et le second recours le « même travail de réflexion collective et partagée » que celui réalisé pour la prise en charge sanitaire des soins primaires, de manière à pouvoir « positionner clairement la médecine spécialisée et le second recours dans l'architecture future du système de soins ». Le travail engagé devait être mené en plusieurs étapes. La première étape s'est conclue par un premier avis du HCAAM adopté à l'unanimité le 22 juin 2017 qui recommandait d'agir sur le processus de formation des spécialistes pour lui donner plus de capacités d'adaptation aux besoins futurs, en s'interrogeant notamment sur le niveau de granularité des spécialités, en soulignant l'importance d'un socle commun de connaissances, la nécessité d'une diversification des lieux de formation pratique hors des services hospitalo-universitaires et des possibilités de changement de spécialité ou de type d'activité au cours de la vie professionnelle. Ce second avis prolonge le premier sur les sujets suivants : - Sur les services attendus par les usagers en termes de prise en charge spécialisée et de parcours de soins ; - Sur les modèles organisationnels à mêmes de renforcer l'intégration territoriale des spécialistes ; - Sur l'articulation de la médecine spécialisée avec les soins primaires et le niveau hospitalier ; - Sur les leviers de la transformation. L'avis est complété par une comparaison internationale réalisée par l'Irdes.

Iovan, S., Lantz, P. M., Allan, K., et al. (2020). "Interventions to Decrease Use in Prehospital and Emergency Care Settings Among Super-Utilizers in the United States: A Systematic Review." *Medical Care Research and Review* **77**(2): 99-111.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719845722>

Interest in high users of acute care continues to grow as health care organizations look to deliver cost-effective and high-quality care to patients. Since “super-utilizers” of acute care are responsible for disproportionately high health care spending, many programs and interventions have been implemented to reduce medical care use and costs in this population. This article presents a systematic review of the peer-reviewed and grey literature on evaluations of interventions to decrease prehospital and emergency care use among U.S. super-utilizers. Forty-six distinct evaluations were included in the review. The most commonly evaluated intervention was case management. Although a number of interventions reported reductions in prehospital and emergency care utilization and costs,

methodological and study design weaknesses—especially regression to the mean—were widespread and call into question reported positive findings. More high-quality research is needed to accurately assess the impact of interventions to reduce prehospital and emergency care use in the super-utilizer population.

Jamalabadi, S., Winter, V. et Schreyögg, J. (2020). "A Systematic Review of the Association Between Hospital Cost/price and the Quality of Care." *Applied Health Economics and Health Policy* **18**(5): 625-639.

<https://doi.org/10.1007/s40258-020-00577-6>

Limited empirical evidence exists regarding the effect of price changes on hospital behavior and, ultimately, the quality of care. Additionally, an overview of the results of prior literature is lacking.

McKee, M., Merkur, S., Edwards, N., et al. (2020). *The Changing Role of the Hospital in European Health Systems*, Cambridge : Cambridge University Press Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/448048/Changing-role-of-hospitals-eng.pdf

In this new study, a team of world-leading policy experts and clinicians analyse the changing role of the hospital across Europe. Hospitals today face a huge number of challenges, including new patterns of disease, rapidly evolving medical technologies, ageing populations and continuing budget constraints. This book is written by clinicians for clinicians and hospital managers, and those who design and operate hospitals. It sets out why hospitals need to change as the patients they treat and the technology to treat them changes. In a series of chapters by leading authorities in their field, it challenges existing models, reviews best practice from many countries and presents clear policy recommendations for policymakers and hospital administrators. It covers the main patient groups and conditions as well as those departments that make modern effective care possible, in imaging and laboratory medicine. Each chapter looks at patient pathways, aspects of workforce, required levels of specialisation and technology, and the opportunities and challenges for optimising the delivery of services in the hospital of the future. Hospitals must change in the face of changing technologies and patient needs. This book is written by clinicians who work in hospitals and know them best and is designed for hospital professionals, giving them the evidence they need to call for change, and for policy-makers and planners charged with designing and operating hospitals now and in the future.

Michel, L. et Or, Z. (2020). Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas). Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane. *Les rapports de l'Irdes* ; 573. Paris Irdes : 28.

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/573-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-italie-reseaux-pluridisciplinaires-en-toscane.pdf>

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Malgré le rôle essentiel des médecins spécialistes dans la prise en charge de ces patients, peu d'attention y a été portée. Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Les deux études de cas présentées ici pour l'Italie décrivent l'organisation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels prenant en charge des patients atteints du pied diabétique et

d'insuffisance cardiaque, dans la région de Toscane. Ce premier volume en français inaugure une nouvelle série des Rapports de l'Irdes, intitulée « Etudes de cas ».

Michel, L. et Or, Z. (2020). "Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(248): 8.
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.pdf>

Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, oblige les systèmes de santé à repenser leur organisation. Répondre aux besoins des patients rend nécessaire une meilleure coordination de leurs prises en charge au confluent des soins primaires, de la médecine spécialisée et du médico-social. En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée. A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, nous proposons ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Nous décrivons les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Michel, L. et Or, Z. (2020). International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries (England, Germany, Italy, Netherlands, United States). Italy: Multidisciplinary Networks in Tuscany. *Les rapports de l'Irdes* ; 574. Paris IRDES: 26.
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/574-international-comparison-specialist-care-organisation-italy-multidisciplinary-networks-in-tuscany.pdf>

Under pressure of increasing demand for healthcare from an ageing population with multiple chronic conditions, France, as other countries, seeks to advance care coordination across primary, hospital and long-term care sectors. Specialists play an essential role in treating patients with chronic conditions, but little attention is given to their organization out of hospitals, and their role in enhancing care coordination and patient-centered care provision. In order to investigate different ways in which specialists are working out of hospital to integrate primary and social care, we carried out case studies in five countries (England, Germany, Italy, Netherlands, England and United States). In each study, we examined how specialist care is organised around specific health conditions for integrating care in community. The two case studies presented here for Italy describe the organization and functioning of multidisciplinary networks managing diabetic foot and heart failure patients in the Tuscany region. This first volume in English inaugurates a new series of Rapports de l'Irdes (IRDES Reports), titled "Etudes de cas" (Case studies).

Mueller, M. et Socha-Dietrich, K. (2020). Reassessing private practice in public hospitals in Ireland: An overview of OECD experiences. *OECD Health Working Papers* ; 118. Paris OCDE: 59 , tabl., fig., annexes.
<https://www.oecd.org/health/reassessing-private-practice-in-public-hospitals-in-ireland-11171d3-en.htm>

In 2017, the "Sláintecare Report" proposed a comprehensive overhaul of the Irish health system including a reform proposal to phase out private practice in public hospitals to end the unequal treatment of public and private patients – private patients typically have quicker access to care – and reduce waiting times for public patients. This paper summarises the arguments for and against this practice that were put forward to help inform the subsequent policy debate. The paper compares how private practice is regulated and organised in Ireland with the situation in four other OECD countries – Australia, France, Israel and the United Kingdom - and discusses the costs and benefits of private practice in public hospitals, and highlights potential consequences of a ban on this practice. It also describes the information required when making a decision whether to ban this practice or not. Finally, the paper discusses some alternative policy approaches that could replace or complement a ban of private practice to discontinue the unequal treatment of public and private patients.

Paris, V. (2020). "Les comparaisons internationales des hôpitaux : apports et limites des statistiques disponibles." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 363-384.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-363.htm>

Cet article présente une revue critique des données disponibles pour les comparaisons internationales de l'offre et de l'activité hospitalières et des dépenses associées. Il montre que les différences entre pays résultent à la fois du rôle joué par les hôpitaux dans les systèmes de santé, de différences dans le champ couvert par les statistiques nationales et de variations géographiques dans le recours aux soins. Les comparaisons portant sur l'ensemble des établissements et des séjours ne permettent pas de porter un jugement éclairé sur l'adéquation de l'offre ou sur l'efficacité des hôpitaux, qui nécessitent des analyses plus fines au niveau d'un diagnostic ou d'une intervention.

Timmins, L., Peikes, D. et McCall, N. (2020). "Pathways to reduced emergency department and urgent care center use: Lessons from the comprehensive primary care initiative." *Health Services Research* **55**(6): 1003-1012.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13579>

Abstract Objective To determine the association between a large-scale, multi-payer primary care redesign—the Comprehensive Primary Care (CPC) Initiative—on outpatient emergency department (ED) and urgent care center (UCC) use and to identify the types of visits that drive the overall trends observed. **Data Sources** Medicare claims data capturing characteristics and outcomes of 565 674 Medicare fee-for-service (FFS) beneficiaries attributed to 497 CPC practices and 1 165 284 beneficiaries attributed to 908 comparison practices. **Study Design** We used an adjusted difference-in-differences framework to test the association between CPC and beneficiaries' ED and UCC use from October 2012 through December 2016. Regression models controlled for baseline practice and patient characteristics and practice-level clustering of standard errors. Our key outcomes were all-cause and primary care substitutable (PC substitutable) outpatient ED and UCC visits, and potentially primary care preventable (PPC preventable) ED visits, categorized by the New York University Emergency Department Algorithm. We used a propensity score-matched comparison group of practices that were similar to CPC practices before CPC on multiple dimensions. Both groups of practices had similar growth in ED and UCC visits in the two-year period before CPC. **Principal Findings** Comprehensive Primary Care practices had 2% ($P = .06$) lower growth in all-cause ED visits than comparison practices. They had 3% ($P = .02$) lower growth in PC substitutable ED visits, driven by lower growth in weekday PC substitutable visits (4%, $P = .002$). There was 3% ($P = .04$) lower growth in PPC preventable ED visits with no weekday/nonweekday differential. As expected, our falsification test showed no difference in ED visits for injuries. UCC visits had 9% lower growth for both all-cause ($P = .08$) and PC

substitutable visits ($P = .07$). Conclusions Our results suggest that greater access to the practice and more effective primary care both contributed to the lower growth in ED and UCC visits during the initiative.

Webb, E., Hernandez, Quevedo, C., Scarpetti, G., et al. (2020). "Restarting More Routine Hospital Activities During COVID-19: Approaches from Six Countries." *Eurohealth* **26**(2): 68-72.

<https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/health-system-responses-to-covid-19>

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336300/Eurohealth-26-2-68-72-eng.pdf>

During the COVID-19 pandemic, hospitals face the concurrent challenges of maintaining routine services while attending to COVID-19 patients. This article shares approaches taken in six countries to resume hospital care after the first wave of the pandemic by surveying country experts and using data extracted from the COVID-19 Health Systems Response Monitor (HSRM). Four strategies were observed in all six countries: prioritisation or rationing of treatments, converting clinical spaces to separate patients, using virtual treatments, and implementing COVID-19 free hospitals or floors. Clear guidance about how to prioritise activities would

2019

De Pourcq, K., De Regge, M., Van den Heede, K., et al. (2019). "The role of governance in different types of interhospital collaborations: A systematic review." *Health Policy* **123**(5): 472-479.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019300478>

Context Financial challenges and the need for high-quality care have vastly increased the number of hospital collaborations in recent decades. The governance of these collaborations remains a challenge. The goal of this study is twofold: (1) to investigate the governance characteristics in an interhospital collaboration and (2) explore the impact on the performance of the interhospital collaboration. Methods A systematic review was conducted to provide a comprehensive overview of the evidence on governance in interhospital collaborations. Database searches yielded 9304 candidate articles, of which 26 studies fulfilled the inclusion criteria. Findings Governance in collaborations differs in collaboration structure, governance characteristics and contextual factors. Although outcome factors are influenced by contextual determinants and the collaboration structure itself, governance characteristics are of great importance. Conclusions A critical challenge for managers is to successfully adapt collaborations structures and governance characteristics to rapidly changing conditions. Policy makers should ensure that new legislation and guidelines for internal governance can be adapted to different contextual factors. Research in the future should investigate the impact of governance as a dynamic process. More longitudinal case study research is needed to provide an in-depth view of the relationship between this process and the performance of a collaboration.

Pacheco, J., Cuadrado, C. et Martínez-Gutiérrez, M. S. (2019). "Urgent care centres reduce emergency department and primary care same-day visits: a natural experiment." *Health Policy and Planning* **34**(3): 170-177.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czz023>

The aim of this study is to evaluate the impact of urgent care centres' (UCCs) implementation on emergency department (ED) and same-day visits in primary care in a Chilean public healthcare network. Quasi-experimental design study assessing changes in patient visits after

UCC implementation in a local health district. Ten family health centres (FHC), nine UCCs and three EDs in the Talcahuano Health District, Chile. A total of 1 603 055 same-day visits to FHC, 1 528 319 visits to UCCs and 1 727 429 visits to EDs, monthly grouped, from 2008 to 2014. Data were obtained from the Monthly Statistical Register Database. We used quasi-experimental methods to evaluate the impact of UCC implementation on ED visits and same-day visits to FHC. We used a difference-in-difference analysis with seasonal adjustments to control potential confounders. We used a triple difference model to test for potential short-term effects. We used as an intervention a group of FHCs and EDs that implemented UCCs from 2008 to 2014 and, as a comparison group, the FHCs and EDs that implemented UCCs before that period. We observed a 5.70% (95% CI: -11.05 to -0.35) decrease in the same-day visits rate to FHCs and a 2.69% (95% CI: -3.96 to -1.43) reduction in ED visits after UCC implementation. The negative trend in same-day visits was more pronounced in children and adolescents (-14.18%; 95% CI: -20.10 to -8.25). The negative trend in ED visits was more pronounced in adult (-4.15%; 95% CI: -5.46 to -2.83) and elderly population (-2.24%; 95% CI: -4.00 to -0.48). We also confirmed that our results are not driven by transient short-term effects after the intervention. UCC implementation reduced ED visits. However, they also reduced same-day visits to primary care centres. This could have a negative impact on the quality of primary care provided.

2018

Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M. I., Benahmed, N., et al. (2018). How to improve the organisation of mental healthcare for older adults in Belgium? Bruxelles KCE: 194 , tabl., fig.

https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301_Organisation_Mental_Health_Care_Elderly_Report.pdf

Les enfants et les adultes ont leurs réseaux spécifiques de soins de santé mentale, mais qu'en est-il des personnes âgées ? Faut-il organiser leurs soins en un réseau séparé ou peut-on les intégrer dans le système de soins des « adultes » ? À cette question, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répond que l'âge chronologique ne doit pas servir de critère décisif car les « personnes âgées » constituent un groupe de population très hétérogène, avec des individus en pleine forme et d'autres très fragiles. Il est également d'avis qu'il faut maintenir leurs contacts privilégiés avec leur médecin généraliste, tant pour leurs problèmes somatiques que psychiques. Toutefois, certains problèmes de santé mentale nécessitent des connaissances spécifiques. Le KCE plaide donc pour une extension des différentes offres de soins de santé mentale des « adultes » aux personnes âgées, tout en prévoyant de les renforcer par des spécialistes (à former) en santé mentale de la personne âgée et en mettant l'accent sur les interventions dans les lieux de vie et sur la collaboration entre tous les intervenants d'aide et de soin.

Darden, M., McCarty, I. et Barrette, E. (2018). Hospital Pricing and Public Payments. NBER Working Paper Series ; n° 24304. Cambridge NBER: 31 , tabl.

<http://papers.nber.org/papers/W24304>

A longstanding debate in health economics and health policy concerns how hospitals adjust prices with private insurers following reductions in public funding. A common argument is that hospitals engage in some degree of "cost-shifting," wherein hospitals increase prices with private insurers in response to a reduction in public payments; however, evidence of significant cost-shifting is mixed, and the rationale for such behavior is unclear. We enter this debate by examining plausibly exogenous variation in Medicare payment rates generated by two policies under the Affordable Care Act: the Hospital Readmission Reduction Program

(HRRP) and the Hospital Value Based Purchasing (HVBP) program. We merge rich hospital-level information to actual private-payer payment data from a large, multi-payer database. Our data include roughly 50% of inpatient prospective payment hospitals in the United States from 2010 to 2015. We find that hospitals that faced net payment reductions from HRRP and HVBP were able to negotiate 1.5% higher average private payments - approximately \$155 extra for the average acute care claim, or \$82,000 per hospital, based on an average hospital penalty of nearly \$146,000. We find the largest increases in payments for circulatory system (2.7%) and nervous system (3.2%) claims. We also find significant heterogeneity by payer mix, where cost-shifting is largest for hospitals with higher shares of private insurance patients.

Desomer, A., Van Den Heede, K., Triemstra, M., et al. (2018). Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. *Bruxelles KCE*: 145 , fig., tabl.

Si vous ou l'un de vos proches avez été hospitalisé récemment, il vous a peut-être été demandé de remplir un questionnaire de satisfaction. Il s'agit de mesures appelées PROM (pour la manière dont vous évaluez votre état de santé) et PREM (pour la manière dont vous avez vécu vos soins). Ces mesures sont de plus en plus utilisées à l'échelle internationale et le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a étudié leur utilité. Il semble que l'usage des questionnaires PROM et PREM soit de nature à améliorer la communication entre soignant et soigné parce qu'ils permettent d'aborder certaines questions qui, sinon, ne seraient pas évoquées. Par contre, il n'y a pas beaucoup de recherches fiables sur leur impact à l'échelle des hôpitaux et des politiques de santé. Pour les premiers, le but est d'améliorer la qualité des soins, mais comme un grand nombre de questionnaires différents sont utilisés, il reste difficile de comparer les hôpitaux entre eux. Au niveau des politiques de santé, on utilise notamment les questionnaires PROM et PREM pour l'exercice de financement « pay for performance » lancé ce mois-ci, et auquel la majorité des hôpitaux participent sur une base volontaire. Les PROM/PREM sont également utilisés dans l'enquête sur la santé des Belges réalisée tous les 4 ans.

Einav, L., Finkelstein, A. et Mahoney, N. (2018). Long-Term Care Hospitals: A Case Study in Waste. *NBER Working Paper Series ; 24946*. Cambridge NBER: 60 ,tabl., fig.

<http://www.nber.org/papers/w24946>

There is substantial waste in U.S. healthcare, but little consensus on how to identify or combat it. We identify one specific source of waste: long-term care hospitals (LTCHs). These post-acute care facilities began as a regulatory carve-out for a few dozen specialty hospitals, but have expanded into an industry with over 400 hospitals and \$5.4 billion in annual Medicare spending in 2014. We use the entry of LTCHs into local hospital markets and an event study design to estimate LTCHs' impact. We find that most LTCH patients would have counterfactually received care at Skilled Nursing Facilities (SNFs) – post-acute care facilities that provide medically similar care to LTCHs but are paid significantly less – and that substitution to LTCHs leaves patients unaffected or worse off on all measurable dimensions. Our results imply that Medicare could save about \$4.6 billion per year – with no harm to patients – by not allowing for discharge to LTCHs.

Rechel, B., Duran, A. et Saltman, R. (2018). What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? Ten case studies from Western Europe on institutional and accountability arrangements. *Policy Brief 28*. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 34 ,tabl.

Hospitals with greater autonomy are perceived to be more flexible in meeting the needs of

the local population. However, there is a tension between the potential to improve responsiveness and flexibility via greater decentralization and the potential efficiency gains and geographical equity derived from centralization. This policy brief explores the experience with decentralized hospital governance in 10 European countries (Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Scotland, Spain and Sweden) and finds that there are interesting examples of authorities in systems with decentralized hospital governance collaborating to overcome equity and efficiency concerns, but that the specific institutional and political contexts make it difficult to transfer successful models from one country to another.

Stephani, V., Quentin, W., Van Den Heede, K., et al. (2018). Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process. Bruxelles KCE: 54 , fig.

Dans sa réforme du financement des hôpitaux, la ministre de la Santé Maggie De Block prévoit de répartir les séjours hospitaliers en trois « clusters » en fonction de la variabilité des soins, chaque cluster bénéficiant d'une forme de financement différente. C'est dans cette optique qu'elle a demandé au Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE) d'analyser la manière dont d'autres pays financent les soins à haute variabilité. Mais étant donné que le choix d'un tel financement est lié aux priorités et aux politiques de chaque pays, il n'est pas possible de transposer telle quelle une méthode de financement étrangère au système belge. Il faut donc d'abord poser des choix politiques nécessaires. Le KCE recommande de commencer par une étude « proof of concept » consistant à développer un financement tenant compte de la variabilité, par exemple pour la prise en charge de l'AVC, pour laquelle un modèle organisationnel a déjà été choisi par les autorités.

2017

Clemens, J. et Ippolito, B. (2017). Uncompensated Care and the Collapse of Hospital Payment Regulation: An Illustration of the Tinbergen Rule. NBER Working Paper Series ; n° 23758. Cambridge NBER: 47 , fig., tabl., annexes.

<http://www.nber.org/papers/w23758>

Hospital payment regulation has historically been introduced to meet multiple policy objectives. The primary objective of "all-payer" rate setting regimes was to control costs through consistent, centrally regulated payments. These regimes were often linked, however, to an ancillary goal of financing care for the uninsured. We show that this secondary objective made states' all-payer regimes economically and legally unstable. Their economic instability reflected a feedback loop from surcharge rates to insurance coverage rates and back to the quantities of uncompensated care in need of being financed. The erosion of all-payer regimes' surcharge bases was particularly pronounced when health maintenance organizations were exempted from surcharge collections, creating a regulatory arbitrage opportunity. The economic and legal instability we highlight could largely have been avoided by financing the cost of uncompensated care provision through taxation of income or other standard revenue bases. These developments thus illustrate the wisdom of the Tinbergen Rule, which recommends that independent policy objectives be met with independent policy instruments.

Cooper, Z., Scott, Morton, F. et Shekita, N. (2017). Surprise! Out-of-Network Billing for Emergency Care in the United States. NBER Working Paper Series ; n° 23623. Cambridge NBER: 31 , tabl., fig., annexes.

<http://www.nber.org/papers/w23623>

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Using insurance claims data, we show that in 22% of emergency episodes, patients attended in-network hospitals, but were treated by out-of-network physicians. Out-of-network billing allows physicians to significantly increase their payment rates relative to what they would be paid for treating in-network patients. Because patients cannot avoid out-of-network physicians during an emergency, physicians have an incentive to remain out-of-network and receive higher payment rates. Hospitals incur costs when out-of-network billing occurs within their facilities. We illustrate in a model and confirm empirically via analysis of two leading physician-outsourcing firms that physicians offer transfers to hospitals to offset the costs of out-of-network billing and allow the practice to continue. We find that a New York State law that introduced binding arbitration between physicians and insurers to settle surprise bills reduced out-of-network billing rates.

Einav, L., Finkelstein, A. et Mahoney, N. (2017). Provider Incentives and Healthcare Costs: Evidence from Long-Term Care Hospitals. NBER Working Paper Series ; n° 23100. Cambridge NBER: 64 , fig., tabl.

www.nber.org/papers/w23100

We study the design of provider incentives in the post-acute care setting – a high-stakes but under-studied segment of the healthcare system. We focus on long-term care hospitals (LTCHs) and the large (approximately \$13,000) jump in Medicare payments they receive when a patient's stay reaches a threshold number of days. The descriptive evidence indicates that discharges increase substantially after the threshold, and that the marginal patient discharged after the threshold is in relatively better health. Despite the large financial incentives and behavioral response in a high mortality population, we are unable to detect any compelling evidence of an impact on patient mortality. To assess provider behavior under counterfactual payment schedules, we estimate a simple dynamic discrete choice model of LTCH discharge decisions. When we conservatively limit ourselves to alternative contracts that hold the LTCH harmless, we find that an alternative contract can generate Medicare savings of about \$2,100 per admission, or about 5% of total payments. More aggressive payment reforms can generate substantially greater savings, but the accompanying reduction in LTCH profits has potential out-of-sample consequences. Our results highlight how improved financial incentives may be able to reduce healthcare spending, without negative consequences for industry profits or patient health.

HAS (2017). Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France. St Denis La Plaine HAS: 64 , tabl., ann.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2798803/fr/ipagss-2017-rapport-indicateurs-de-mortalite-hospitaliere

Ce rapport est consacré aux expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs de mortalité hospitalière en France. Il est décliné en 3 parties : un panorama des indicateurs de mortalité actuellement utilisés dans cinq pays dans le but de comparer les établissements de santé (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Allemagne) ; une revue de la littérature internationale pour éclairer les avantages et inconvénients des différents indicateurs de mortalité : objet de l'indicateur, périmètre, données sources, modèles d'ajustement, les effets induits par leur utilisation et leurs liens avec les autres indicateurs de qualité (processus, structure) ; des recommandations quant au développement d'indicateurs de mortalité hospitalière « toutes causes » permettant la comparaison des établissements de santé en France.

Lorenzoni, L. et Marino, A. (2017). Understanding variations in hospital length of stay and cost.

Results of a pilot project. *OECD Health Working Papers ; 94*. Paris OCDE: 40 , tabl., fig.

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/understanding-variations-in-hospital-length-of-stay-and-cost_ae3a5ce9-en;jsessionid=13chtc9ncgwkj.x-oecd-live-03

Hospitals are the most expensive component of OECD health care systems, accounting for around one third of total health care expenditure. Given growing pressures on government budgets, this is an area of expenditure that has already been, and will continue to be, thoroughly scrutinised for potential increases in efficiency. One way to assess hospital efficiency is to measure the amount of resources each hospital uses to treat specific conditions. A care delivery process may be seen as more efficient – after accounting for broader health system and market factors that may constrain the hospital from operating at an efficient level – if it consumes fewer resources while delivering adequate care for the same condition, the dimension of efficiency under review here. In this light, measuring hospital length of stay and costs for a given condition helps the understanding of how efficient (better performing) hospitals are relative to each other. Through international comparative work, this paper helps policy makers understand the scope and nature of length of stay/costs variation across hospitals in OECD countries. It also explores whether characteristic of hospitals or of countries' regulatory and operating environments can explain differences in efficiency. Data on length of stay and costs to treat patients admitted to hospitals for nine tracing conditions/treatments were collected and analysed for Canada (Alberta province), France, Ireland and Israel for 2012-2014. Our analysis shows that hospitals with a number of beds ranging between 200 and 600, and not-for-profit hospitals report shorter length of stay and lower costs for several conditions/treatments. It also shows that variations in efficiency are more likely to exist at the hospital level for cardiac surgery (acute myocardial infarction with percutaneous transluminal coronary angioplasty and coronary artery bypass graft), and at country level for hysterectomy, caesarean section and normal delivery. These results shed some light on the importance of hospital payment system in fostering efficiency in care delivery for standard/high volume treatments such as normal delivery, whereas hospital management and organisation seem to drive efficiency for more complex/technology driven treatments such as bypass surgery.

Saghafian, S. et Hopp, W. J. (2017). Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment. *HKS Working Paper . RWP17-044*.

Cambridge Harvard University: 32 , tab., graph., fig.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ecl:harjfk:rwp17-044&r=hea>

Increasing quality transparency is widely regarded as a strong mechanism for improving the alignment between patient choices and provider capabilities, and thus, is widely pursued by policymakers as an option for improving the healthcare system. We study the effect of increasing quality transparency on patient choices, hospital investments, societal outcomes (e.g., patients' social welfare and inequality), and the healthcare market structure (e.g., medical or geographical specialization). We also examine potential reasons behind the failure of previous public reporting efforts, and use our analysis to identify ways in which such efforts can become more effective in the future. Our analytical and numerical results calibrated with data reveal that increasing quality transparency promotes increased medical specialization, decreased geographical specialization, and induces hospitals to invest in their strength rather than their weakness. Furthermore, increasing quality transparency in the short-term typically improves the social welfare as well as the inequality among patients. In the long-term, however, we find that increasing transparency can decrease social welfare, and even a fully transparent system may not yield socially optimal outcomes. Hence, a

policymaker concerned with societal outcomes needs to accompany increasing quality transparency with other policies that correct the allocation of patients to hospitals. Among such policies, we find that policies that incentivize hospitals are usually more effective than policies that incentivize patients. Finally, our results indicate that, to achieve maximal benefits from increasing quality transparency, policymakers should target younger, more affluent, or urban (i.e., high hospital density area) patients, or those with diseases that can be deferred.

Sharfstein, J. F., Gerovich, S., Moriarty, E., et al. (2017). An emergencing approach to payment reform: All-Payer Global Budgets for large Safety-Net Hospital systems. Washington The Commonwealth Fund: 16 , tab., graph., fig.

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/aug/payment-reform-all-payer-global-budgets-hospital>

In 2010, Maryland launched a pilot program in which 10 rural hospitals were each guaranteed a set amount of revenue for the coming year, regardless of the number of inpatient admissions or emergency department visits. After 30 months, potentially preventable complications fell by nearly half, readmission rates dropped even further, and the hospitals had generated hundreds of millions in Medicare savings. The emergence of all-payer global hospital budgeting may represent a solution to the challenge safety-net health care systems face in meeting their communities' needs for expanded primary care, behavioral health, and social services. Unlike fee-for-service reimbursement, global budgeting creates an incentive for hospitals to reorganize care delivery and invest in services to address preventable health conditions. This report written, a team of experts led by Joshua M. Sharfstein of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health assesses the potential of all-payer global hospital budgeting to further the mission of safety-net health systems. The authors detail the steps to implementing global budgets while also weighing the pros and cons of pursuing global budgeting over alternative value-based payment arrangements.

Van, D., C., Van den Heede, K., Beguin, C., et al. (2017). Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. KCE Reports 289. Bruxelles KCE: 544 , tabl., fig.

Dans le cadre de ses plans de réforme du paysage hospitalier, la ministre De Block a demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de calculer le nombre de lits dont nous aurons besoin dans les hôpitaux généraux en 2025. Il semble que nous ayons déjà une capacité trop élevée à l'heure actuelle et que cette situation va encore se marquer davantage dans les années à venir. Quelques exceptions importantes à ce constat : il manque de lits pour les patients gériatriques et la revalidation, et ces déficits vont encore se creuser. Il faut également traiter beaucoup plus de patients en hôpital de jour. Le KCE a également analysé les besoins actuels et à venir pour quelques types de soins spécifiques : les maternités, la chirurgie des cancers complexes et la radiothérapie. Conclusion : les interventions pour cancers complexes et la radiothérapie ne devraient être pratiquées que dans quelques hôpitaux détenant une expertise spécialisée, qui développent et maintiennent une expérience suffisante, car cela augmente les chances de survie pour le patient. Il y a par ailleurs trop de petites maternités où l'on ne pratique que un ou deux accouchements par jour ; le KCE a calculé que l'on devra fermer un tiers des lits actuels de maternité d'ici 2025 (d'après le résumé de l'éditeur).

Eudier, V., et al. (2016). "Expériences étrangères. L'hôpital, vision internationale. Dossier." Gestions Hospitalières(558): 400-444, fig., tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0x8HEjB. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier propose d'observer et de décrypter l'évolution des organisations hospitalières dans le monde afin d'apporter un regard critique et constructif sur notre système hospitalier français. Les contributions présentent diverses expériences étrangères (USA, Afrique, Europe) marquées par des objectifs d'innovation, de décloisonnement et de performance.

Schwierz, C. (2016). Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union. Discussion Paper; 37. Bruxelles European commission: 71 , tabl., fig.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eedp/dp037_en.htm

As hospital inpatient care accounts for 30% of total health expenditure, and as health expenditure will continue rising, due to ageing populations and costly technological innovations, it is necessary to examine how to address the twin objectives of containing costs and ensuring high access and quality of services. Bed capacity has been reduced in all EU countries in the past decade, but cross-country variation in bed capacity and inpatient hospitalisations is considerable. Apart from being a cost factor, this impacts negatively on quality of care, as countries with more hospitalisations per capita tend to have also higher shares of preventable hospitalisations. This suggests that the reorganisation and rationalisation of hospital care particularly in countries with a high bed density is an important factor towards cost containment and possibly increasing quality of care. There are well tested options for cost containment at least in the short-term. Among these, the application of hard global budgets in combination with activity-based payments seems useful. Reducing operational costs has also been widely applied and proven to contribute to cost control in the short term. The impact of the many tools aiming at improving hospital performance via structural changes of the hospital and health care sector is more difficult to gauge. It depends among others on the role of the policy reform within the specific health system, whether it was applied at the same time with other health policy reforms and the time needed to see its effects. This applies to virtually all tools reviewed in this paper. The EU can play a supportive and active role in helping to identify the right tools for hospital reform by using its tools of economic governance, policy advice, evidence building and exchange of best practices and providing funding for investments in the sector

2015

(2015). Competition among health care providers -Investigating policy options in the European Union. Luxembourg Publications Office of the European Union: 99 , fig., tabl.

http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/008_competition_healthcare_providers_en.pdf

Ce rapport du groupe d'experts sur les investissements efficaces en matière de santé de l'Union européenne examine la concurrence entre les fournisseurs de soins de santé comme moyen d'améliorer l'utilisation des ressources. Le rapport reconnaît l'importance du choix du patient et avance que le système fonctionne mieux lorsque les patients peuvent facilement évaluer la qualité des services.

2014

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

Koechlin, F., et al. (2014). Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally. Results of a Eurostat/OECD Project. *OECD Health Working Paper; 75*. Paris OCDE: 59 , tabl., fig.
<http://www.oecd-library.org>

Health services account for a large and increasing share of production and expenditure in OECD and Eurostat countries but there are also noticeable differences between countries in expenditure per capita. Whether such differences are due to more services being consumed or whether they reflect differences in the price of services is a question of significant policy relevance. Yet, cross-country comparisons of health services have typically not disentangled these effects. This paper presents the results of a joint effort between OECD and Eurostat in developing price comparisons for health goods and services. The main novel feature is the collection of comparable and output-based prices for hospital services that can then be applied to matching national accounts expenditure data so as to derive consistent price and volume comparisons of health products. The data is novel in that it reflects "quasi prices" (negotiated or administrative prices or tariffs) of the output of hospital services, instead of prices of inputs such as wages of medical personnel. The new methodology moves away from the traditional input perspective, thereby relaxing the assumption that hospital productivity is the same across countries...

Nolte, E., et al. (2014). The changing hospital landscape. An exploration of international experiences. Santa Monica Rand corporation: 121 , fig., tabl., annexes.
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR700/RR728/RAND_RR728.pdf

The nature of hospital activity is changing in many countries, with some experiencing a broad trend towards the creation of hospitals groups or chains and multi-hospital networks. This report seeks to contribute to the understanding of experiences in other countries about the extent to which different hospital 'models' may provide lessons for hospital provision in England by means of a review of four countries: France, Germany, Ireland and the United States, with England included for comparison. We find that there has been a trend towards privatisation and the formation of hospital groups in France, Germany and the United States although it is important to understand the underlying market structure in these countries explaining the drivers for hospital consolidation. Thus, and in contrast to the NHS, in France, Germany and the United States, private hospitals contribute to the delivery of publicly funded healthcare services. There is limited evidence suggesting that different forms of hospital cooperation, such as hospital groups, networks or systems, may have different impacts on hospital performance. Available evidence suggests that hospital consolidation may lead to quality improvements as increased size allows for more costly investments and the spreading of investment risk. There is also evidence that a higher volume of certain services such as surgical procedures is associated with better quality of care. However, the association between size and efficiency is not clear-cut and there is a need to balance 'quality risk' associated with low volumes and 'access risk' associated with the closure of services at the local level.

2013

(2013). "Governing public hospitals." *Eurohealth* **19**(1): 40 , fig.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf

This issue of Eurohealth Observer section looks at governing public hospitals. The overview article discusses innovative strategies in governing public hospitals. Four case study articles

are then presented focusing on autonomous hospitals in Spain, governance arrangements in the Netherlands, legal forms of hospitals in the Czech Republic, and decentralisation in Norway. Other articles include: A nudge in the wrong direction; Addressing critical health workforce challenges; Pay-for-performance in FYR Macedonia; Reform in the Bulgarian pharmaceutical sector; and Eurohealth Monitor.

Busse, R., et al. (2013). "Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals ?" British Medical Journal **En ligne**: 1-7.

De Voord, R. D. E. C., et al. (2013). A comparative analysis of hospital care payments in five countries. KCE Report ;207. Bruxelles KCE: 122 , tabl., fig.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf

Recently, the hospital payment system, including the remuneration of medical specialists, has been the topic of considerable policy debate in Belgium. The Minister of Social Affairs and Public Health announced 'a roadmap for a prospective hospital payment system, based on pathologies, to be presented to the Council of Ministers at the beginning of October 2013'. As part of that roadmap, the Strategic Cell of the Minister asked KCE (May 2013) to make a comparative analysis of the prospective case-based hospital payment systems, including the remuneration of medical specialists, in a selection of countries. The focus of this comparative analysis is on the 'lessons learned' from the introduction and reforms of such systems. Special attention will be given to financial incentives to improve quality and to encourage the implementation of integrated care systems. The report addresses three research questions : How are hospitals and medical specialists paid in a selection of countries with a prospective case ? What are the intended/unintended consequences of a case prospective hospital payment system? 3. How are incentives for improving quality and for stimulating integrated care systems introduced in hospital payment systems? The ultimate goal of the report is to identify the lessons that can be learned from the hospital payment system and remuneration of medical specialists in the selected countries (résumé de l'éditeur).

Glinos, I. A. (éd) et Wismar, M. (éd). (2013). Hospitals and borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/hospitals-and-borders.-seven-case-studies-on-cross-border-collaboration-and-health-system-interactions-2013>

The European Union (EU) Directive on the application of patients' rights in cross-border health care explicitly calls for Member States to cooperate in crossborder health care provision in border regions. Given that most cross-border collaboration in the health care field involves secondary care, the legal text places hospitals close to national frontiers at the centre of attention. But how do hospitals interact with each other and with other health care actors across borders? Why does cross-border collaboration take place? Who actually benefits from it? And when does it work? These are the questions at the heart of the present volume. Seven case studies examine the circumstances under which cross-border collaboration is likely to work; the motivations and incentives of health care actors; and the role played by health systems, individuals and the EU in shaping crossborder collaboration. The study is original in that it produces qualitative and analytical scientific evidence on aspects of cross-border collaboration involving hospitals from a geographically diverse selection of cases covering 11 EU and non-EU countries (Austria, Belgium, Bulgaria, Denmark, Finland, France, Germany, the Netherlands, Norway, Romania, and Spain). This book is of interest to decision-makers and field actors engaged in or considering cross-border collaboration. Questions on feasibility, desirability and implementation are at the core of the analysis. The book puts forward policy conclusions directly linked to the EU Directive on

patients' rights and proposes a "toolbox" of prerequisites necessary to start or maintain cross-border collaboration in health care. In addition to its deliberate policy perspective, it is relevant to observers and students of the intersection between the EU and domestic health systems known as cross-border health care.

Kumar, A. et Schoenstein, M. (2013). *Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries*. *OECD Health Working Papers, No. 64*. Paris OCDE: 27, tabl., fig.

<http://www.oecd-library.org>

Afin d'apporter des informations à l'appui de la conférence organisée le 11 avril 2013 par le ministère allemand de la Santé (BMG) et l'OCDE sur le thème de la « Gestion des volumes d'activité des hôpitaux », le Secrétariat de l'OCDE a élaboré ce document, qui permet d'aborder la situation de l'Allemagne et le débat en cours selon une perspective internationale. Ce texte livre un certain nombre d'observations concernant la structure et le financement des hôpitaux allemands. Il montre dans un premier temps que l'Allemagne a du financement des services hospitaliers une approche plus ouverte que de nombreux autres pays de l'OCDE, et que le budget des hôpitaux y est plus faiblement contrôlé. Cela tient en grande partie au fait que la tarification des services hospitaliers repose en Allemagne presque exclusivement sur les groupes homogènes de malades (GHM), alors que d'autres pays s'en servent plutôt – avec un grand nombre d'autres outils – pour contrôler le budget des hôpitaux. Cette situation est renforcée par le fait que les autorités des Länder ne sont pas incitées à rationaliser la capacité du secteur hospitalier, alors que cela pourrait être souhaitable. Enfin, le document fait valoir que les nombreuses informations disponibles en Allemagne sur la qualité des soins devraient contribuer à une meilleure affectation des financements

Palm, W. (éd), et al. (2013). *Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union*, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Conformément à la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le développement de réseaux européens de référence a été promu comme l'un des principaux domaines de la coopération transfrontalière entre les États membres. Ces réseaux visent à améliorer l'accès aux soins de santé spécialisés et de qualité élevée et la prestation de tels soins à tous les patients qui en ont besoin, et à constituer des points focaux en matière de formation et de recherche médicales ainsi que de diffusion de l'information et d'évaluation, en particulier pour les maladies rares. L'idée de mutualiser les ressources de cette manière s'apparente aux efforts visant à concentrer les services spécialisés de soins de santé en raison des contraintes financières, des pénuries de main-d'oeuvre et de l'attention croissante portée à la qualité et à la sécurité. Cet ouvrage examine le mode de développement des réseaux de référence dans les pays européens, le type de pathologies ou d'interventions concerné, les motivations derrière leur mise en place, les processus réglementaires et administratifs en cause, ainsi que les dispositions financières nécessaires. Cette étude met en évidence les principaux défis et implications politiques liés à l'instauration du concept des réseaux de référence aux niveaux national et européen, et aidera les responsables politiques, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres personnes concernées à la mise en oeuvre de la directive.

Sabes-Figuera, R. et Abadie, F. (éd). (2013). *European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013) – Country reports*. Luxembourg Publications Office of the European Union: 240 , tabl., fig.

A widespread uptake of eHealth technologies is likely to benefit European Healthcare systems both in terms of quality of care and financial sustainability and European society at large. This is why eHealth has been on the European Commission policy agenda for more than a decade. The objectives of the latest eHealth action plan developed in 2012 are in line with those of the Europe 2020 Strategy and the Digital Agenda for Europe. This report, based on the analysis of the data from the "European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013)" project, presents policy relevant results and findings for each of the 28 EU Member States as well as Iceland and Norway. The results highlighted here are based on the analysis of the survey descriptive results as well as two composite indicators on eHealth deployment and eHealth availability and use that were developed based on the survey's data.

Sabes-Figuera, R. et Maghiros, I. (2013). European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012–2013) - Composite Indicators on eHealth Deployment and on Availability and Use of eHealth Functionalities. Luxembourg Publications Office of the European Union: 39 , tabl., fig. <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC85845.pdf>

The objective of this document is to present results of a benchmarking exercise on the level of eHealth adoption and use in acute hospitals in all 27 EU Member States and Croatia, Iceland and Norway (EU27+3). This exercise is based on data from two surveys carried out in 2010 (Deloitte/Ipsos 2011) and 2012 (PWC 2013) that gathered data on eHealth indicators in acute hospitals. These indicators have been compiled into two different composite indicators on: 1) eHealth deployment and 2) eHealth Availability and Use. The composite indicators are calculated at Hospital level before obtaining average country values, allowing the analysis to build rankings of countries for both composite indicators. Given that the mentioned two surveys gathered comparable information in relation to eHealth deployment, it was possible to compute the related composite indicator for both years and therefore explore its evolution over this 2 year period. However, the questions that gathered information on availability and use of eHealth specific functionalities were introduced in the 2012 survey questionnaire which is why no comparison can be made with the 2010 survey. The structure of the report is as follows. The next section presents the data and methods used. The results section then reports and discusses the main findings. Finally, main conclusions are discussed in the last section

Siciliani, L., et al. (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, Paris : OCDE <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

The book first provides a framework to understand the role of waiting times in health systems. It then discusses variation and best practice in defining and measuring waiting times across OECD countries. The book summarises and discusses the effectiveness of the most common policies to address long waiting times in 13 OECD countries; It also provides detailed country case studies respectively in Australia, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Italy, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, and the United Kingdom. It describes current policy developments and assesses the effectiveness of policies in the last ten years.

2012

(2012). Personalised Medicine in European Hospitals. Bruxelles HOPE: 47 , cartes. http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/87_better_health/87_HOPE_Publication-Better_health_October_2011.pdf

Si elle est encore aux prémices de son déploiement, la médecine personnalisée est déjà une réalité. De la prévention jusqu'au soin, elle a vocation à fournir le plus rapidement possible un diagnostic et un traitement personnalisés aux patients. Elle regroupe les produits et services qui s'appuient sur la génomique et la protéomique et exploitent les tendances actuelles orientées vers le bien-être et le patient acteur de sa santé. Selon l'étude PwC réalisée en association avec HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) dans six pays européens : France, Hongrie, Slovaquie, Espagne, Danemark, Finlande, de nombreux hôpitaux européens ont élaboré, chacun avec une conception différente, une stratégie de déploiement de la médecine personnalisée. En France, le CHU de Dijon, a opté pour le développement de plateformes d'optimisation des diagnostics et des traitements ainsi que pour des programmes de télémedecine en pathologie et en neurologie. Son développement constitue un défi majeur pour l'ensemble du secteur de la santé. L'étude définit ainsi trois priorités : investir de nouveaux champs de recherche, par exemple dans le domaine de la génétique ; intégrer de nouvelles technologies comme l'imagerie ; faire évoluer la culture et les comportements des professionnels de santé et du patient pour en faire un acteur de sa santé.

Asmild, M., et al. (2012). The scale of hospital production in different settings: One size does not fit all. *MSAP Working Paper Series, No. 04/2012*. Copenhagen University of Copenhagen: 37 , tabl. http://okonomi.foi.dk/workingpapers/MSAPpdf/MSAP2012/MSAP_WP04_2012.pdf

This paper analyses the productive efficiency of 141 public hospitals from 1998-2004 in two Canadian provinces; one a small province with a few small cities and a generally more rural population and the other a large province that is more urban in nature, with a population who mainly live in large cities. The relative efficiencies of the hospitals, the changes in productivity during this time period, and the relationship between efficiency and the size or scale of the hospitals are investigated using data envelopment analysis. The models for the production of health care use case mix adjusted hospital discharges as the output, and nursing hours as inputs. We find clear differences between the two provinces. Making use of 'own' and 'meta' technical efficiency frontiers, we demonstrate that efficient units in the larger and more urban province are larger than non-efficient units in that province. However, efficient hospitals in the smaller and more rural province are smaller than non-efficient hospitals in that province. Overall, efficient hospitals in the larger more urban province are larger than efficient hospitals in the smaller more rural province. This has interesting policy implications - different hospitals may have different optimal sizes, or different efficient modes of operation, depending on location, the population they serve, and the policies their respective provincial governments wish to implement. In addition, there are lessons to be learned by comparing the hospitals across the two provinces, since the inefficient hospitals in the small rural province predominantly use hospitals from the large urban province as benchmarks, such that substantially larger improvement potential can be identified by inter-provincial rather than intra-provincial benchmarking analysis

Dormont, B. et Milcent, C. (2012). Ownership and Hospital Productivity. *Document de travail ; 1205: 45 , tabl., graph.* <http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb1205.pdf>

There is ongoing debate about the effect of ownership on hospital performance as regards efficiency and care quality. This paper proposes an analysis of the differences in productivity and efficiency between French public and private hospitals. In France, public and private hospitals do not only differ in their objectives. They are also subject to different rules as regards investments and human resources management. In addition, they were financed

according to different payment schemes until 2004: a global budget system was used for public hospitals, while private hospitals were paid on a fee-for-service basis. Since 2004, a prospective payment system (PPS) with fixed payment per stay in a given DRG is gradually introduced for both private and public hospitals. Payments generally differ for the same DRG, depending on whether the stay occurred in a private or public hospital. A convergence of payments between the non-profit and for-profit sectors was planned by 2018 by the previous government, but this project has been abandoned by the newly elected government. Pursuing such a convergence comes down to suppose that there are differences in efficiency between private and public hospitals, which would be reduced by the introduction of competition between these two sectors. The purpose of this paper is to compare the productivity of public and private hospitals in France. We try to assess the respective impacts, on productivity differences, of differences in efficiency, patient characteristics and production composition. We have chosen to estimate a production function. For that purpose, we have defined a variable measuring the volume of care services provided by each hospital, synthesizing the hospital multiproduct activity into one homogenous output. Our data comes from two administrative sources which record exhaustive information about French hospitals. Matching these two databases provides us an original source of information, at the hospital-year level, about both the production composition (number of stays in each DRG), and production factors (number of beds, facilities, number of doctors, nurses, of administrative and support staff, etc.). We observe 1,604 hospitals over the period 1998-2003, of which 642 hospitals are public, 126 are private not-for-profit and 836 are private-for-profit. This database is relative to acute care and covers more than 95 % of French hospitals. We use a stochastic production frontier approach combined with hospitals fixed effects. We find that the lower productivity of public hospitals is not explained by inefficiency (distance to the frontier), but oversized establishments, patient characteristics and production characteristics (small proportion of surgical stays). Once patient and production characteristics are taken into account, large and medium sized public hospitals appear to be more efficient than private hospitals. As a result, payment convergence would provide incentives for public hospitals to change the composition of their supply for care.

Mathauer, I. et Wittenbecher, F. (2012). DRG-based payments systems in low- and middle-income countries: Implementation experiences and challenges. Genève OMS: 55 , tabl., graph., fig.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75150/3/HSS_HSF_DP.E.10.2_eng.pdf

This discussion paper provides an in-depth overview of DRG-based payment systems in low- and middle-income countries. This fills a research gap as it is the first in its kind. Evidence is presented of how DRG-based payment systems have been implemented in low- and middle-income countries, and what challenges they face to operate in their institutional environment. Of equal interest is their institutional design, e.g. the number of groups, type of costing, purchasing arrangements and related thereto the scope of fragmentation, expenditure ceilings and monitoring/review features. This overview reveals that DRG-based payment is increasingly applied across the world, with 13 low- and middle-income countries with national DRG-systems in place in Eastern Europe, across Asia and one in the Central American region. 12 other low- and middle-income countries across all regions are in the process of developing and piloting DRGs. Another 9 countries are in the explorative stage. Patterns emerge with regards to the role of government financing and presence of a public purchaser, the number and scope of DRGs, the choice of DRG variant, the approaches to adapt a DRG variant to a country context, and DRG piloting processes. Challenges relate to the technical complexity of a DRG-based payment system, and more so to wider health financing institutional design issues that are crucial for desirable DRG incentives to become effective.

O'Reilly, J., et al. (2012). "Paying for hospital care : the experience with implementing activity-based funding in five European countries." Health Economics Policy and Law **7**(1): 73-101.

Following the US experience, activity-based funding has become the most common mechanism for reimbursing hospitals in Europe. Focusing on five European countries (England, Finland, France, Germany and Ireland), this paper reviews the motivation for introducing activity-based funding, together with the empirical evidence available to assess the impact of implementation. Despite differences in the prevailing approaches to reimbursement, the five countries shared several common objectives, albeit with different emphasis, in moving to activity-based funding during the 1990s and 2000s. These include increasing efficiency, improving quality of care and enhancing transparency. There is substantial cross-country variation in how activity-based funding has been implemented and developed. In Finland and Ireland, for instance, activity-based funding is principally used to determine hospital budgets, whereas the models adopted in the other three countries are more similar to the US approach. Assessing the impact of activity-based funding is complicated by a shortage of rigorous empirical evaluations. What evidence is currently available, though, suggests that the introduction of activity-based funding has been associated with an increase in activity, a decline in length of stay and/or a reduction in the rate of growth in hospital expenditure in most of the countries under consideration.

2011

(2011). The Crisis, Hospitals and Healthcare. Bruxelles HOPE: 96 , cartes.

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf

The financial and economic crisis is hitting European hospitals and healthcare services. Spared at an earlier stage, most of them are now clearly impacted. HOPE has been looking for the past year at the direct and indirect effects of the crisis on the European health systems. This comparative report details impacts and measures taken, on hospital and healthcare services, on healthcare professionals and on patients and citizens.

Busse, R. (éd.), et al. (2011). Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill

At the EuroDRG final conference, which is held in Berlin, 17 November 2011, the main results of the EuroDRG research project will be presented and discussed with policy-makers, researchers and stakeholders from Europe and beyond. Diagnosis Related Group (DRG) systems were introduced in Europe to increase the transparency of services provided by hospitals and to incentivise greater efficiency in the use of resources invested in acute hospitals. In many countries, these systems were also designed to contribute to improving - or at least protecting ? the quality of care. After more than a decade of experience with using DRGs in Europe, the EuroDRG research project considered whether the extensive use of DRGs has contributed towards achieving these objectives. During this conference, a new Observatory publication *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* will be officially launched. The book is intended to contribute to the emergence of a 'common language' that will facilitate communication between researchers and policy-makers interested in improving the functioning and resourcing of the acute hospital sector (Résumé de l'éditeur).

Clavier, C., et al. (2011). "Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe : Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni." Revue Française Des Affaires Sociales(2-3): 226-251.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE CAtEsR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article explique la persistance de différences de temps de travail entre les pays et à l'intérieur de chacun malgré l'existence d'une directive européenne. Cette explication est développée en trois temps : - la transposition de la directive dans le droit national donne lieu à des interprétations de la norme européenne selon les pays ; deux séries de facteurs sont ensuite avancées : la première renvoie au rôle de la négociation collective dans chacun des pays, la seconde renvoie au contexte hospitalier dans son ensemble. Le temps de travail apparaît comme un enjeu secondaire dans les pays étudiés, inscrit dans le contexte plus général des enjeux et des évolutions des politiques hospitalières nationales et de la démographie médicale.

Garel, P. et Lombardi, G. (2011). "Les hôpitaux européens et la crise." Revue Hospitaliere De France(540): 48-51.

[BDSP. Notice produite par EHESP oHIJR0xp. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE) vient de publier une étude "The crisis, hospitals and healthcare" qui analyse, pays par pays, l'impact de la crise financière et économique sur les services de santé, l'hôpital, les professionnels de santé, les patients et l'ensemble des citoyens. Cet article présente les principaux enseignements de cette étude disponible en langue anglaise sur le site internet de la fédération.

Lorenzoni, L. et Pearson, M. (2011). Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products in Seven OECD Countries. OECD Health Working Paper; 56. Paris OCDE: 114 , tabl., fig., annexes.

<http://dx.doi.org/10.1787/5kgdt91bpq24-en>

Most OECD countries use a mix of payment arrangements to finance hospital acute care. These lead to various different incentives for the quantity, quality and productive efficiency of hospital services. Of particular interest are per case/diagnosis related group (DRG) payments, which directly relate to actual levels of activity. They are fees established prospectively for a single product delivered by the hospital. In a survey of health systems characteristics carried out in 2009, 17 (out of 29 respondents) OECD countries reported the use of a payment per case/DRG. But are these DRG-based prices a reliable way of comparing costs across countries? The answer depends crucially on whether the same definitions are used to generate DRG payments across countries. This paper provides a description of the classification systems used to measure hospital services in selected OECD countries: Australia, Canada, England, France, Germany, Norway, and the United States. Three classifications are relevant: those on diagnoses; on procedures; and on products. In addition, methods used to measure the cost of hospital services are reviewed.

Saltman, R. B. (éd.), et al. (2011). Governing public hospitals : Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf

Governance of public hospitals in Europe is changing. Individual hospitals have been given varying degrees of semi-autonomy within the public sector and empowered to make key strategic, financial, and clinical decisions themselves. This study explores the major developments and their implications for national and European health policy. The study

focuses on hospital-level decision-making and draws together both theoretical and practical evidence. It includes an in-depth assessment of eight different country models of semi-autonomy, in the Czech Republic, England, Estonia, Israel, the Netherlands, Norway, Portugal and Spain. The evidence that emerges throws light on the shifting relationships between public-sector decision-making and hospital-level organizational behaviour and will be of real and practical value to those working with this increasingly important and complex mix of approaches.

Sorensen, B. S., et al. (2011). Hospital emergency response check-list : an all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 28.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/publications/2011/hospital-emergency-response-checklist>

Hospitals play a critical role in providing communities with essential medical care during all types of disaster. Depending on their scope and nature, disasters can lead to a rapidly increasing service demand that can overwhelm the functional capacity and safety of hospitals and the health-care system at large. The World Health Organization Regional Office for Europe has developed the Hospital emergency response checklist to assist hospital administrators and emergency managers in responding effectively to the most likely disaster scenarios. This tool comprises current hospital-based emergency management principles and best practices and integrates priority action required for rapid, effective response to a critical event based on an all-hazards approach. The tool is structured according to nine key

2010

Cylus, J. et Irwin, R. (2010). "The challenges of Hospital payment systems in Europe." Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **12**(3): 1-12, tabl., graph., fig.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf

Spending on hospital services has historically been one of the largest shares of total health care expenditures for the majority of countries in Europe and the developed world. According to the OECD, hospital spending on average accounted for approximately one third of total current expenditure on health care in European OECD countries in 2008, ranging from 26.7% in Slovakia to 46.9% in Sweden. In some countries in the WHO European region, particularly in CIS countries, inpatient expenditures as a share of total health care expenditures has at times been over 70%.² As hospitals continue to consume a considerable share of health care resources, policymakers have looked to new payment strategies to ensure that care is delivered efficiently. Hospital financiers are faced with the difficult task of designing systems aligning patient needs and provider incentives in order to obtain the best possible value for money; The financial incentives underlying hospital payment systems ultimately affect providers' organizational structure and treatment patterns. In the past, most European countries paid for hospital care through payment systems such as global fixed budgets, fixed rates per admission or per diem rates based on the number of bed days. Each of these systems encourages different approaches to providing hospital care. This issue talks about : The challenges of hospital payment systems ; DRG-type hospital payment in Germany ; - Structural reforms and hospital payment in the Netherlands ; Financing of hospital care in Finland.

Jeurissen, P. (2010). For-profit hospitals : a comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four western countries, Rotterdam : Erasmus University

Pôle de documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-hopital-en-france.epub

The central purpose of this study is to provide an international comparison and historical explanation of the development of for-profit hospital care. It will seek to answer the following questions. 1) How did for-profit hospital ownership actually develop within the context of different Western health care systems? 2) How can one understand and explain growth (and decline) in for-profit hospitals over the long term? 3) Why does the development of the for-profit hospital sector differ between Western countries? This research will look for plausible answers to these three questions and provide hypotheses for future study. Such work is still uncommon and limited to shorter periods or tends to be somewhat polemical in nature. Scholarly efforts have concentrated on the development of the much larger nonprofit and public hospital sectors or have sought to provide more general overviews. A comparative perspective on the development of for-profit hospitals is - with the exception of explorative work of Henry Burdett in the nineteenth century (1895) - still lacking to the knowledge of this study.

Koechlin, F., et al. (2010). Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study. *OECD Health Working Paper; 53*. Paris OCDE: 57 , tabl., fig., annexes.
[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)4&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)4&doclanguage=en)

Les services de santé représentent une part importante et croissante de la production et des dépenses dans les pays de l'OCDE mais avec des différences notables entre pays dans les dépenses par habitant. Savoir si de telles différences sont dues aux quantités de services consommés dans tel ou tel pays ou reflètent des différences dans les prix des services est une question fondamentale pour mener une politique pertinente. Jusqu'à présent, les comparaisons entre pays du prix des services de santé sont rares et rendues difficiles par les problèmes de mesure. Cet article présente un ensemble de prix comparatifs pour les services hospitaliers dans une sélection de pays de l'OCDE. Ces données sont inédites car elles reflètent « les quasi-prix » (prix négociés ou réglementés ou tarifs) de la production de services hospitaliers. Traditionnellement, les prix de ces produits étaient comparés en utilisant les prix des « input » (approche par les coûts) tels que les taux de salaire du personnel médical. La nouvelle méthodologie s'écarte de cette approche pour tendre vers une approche « output ». Cela devrait permettre de saisir les différences de productivité entre les pays et d'ouvrir la voie à des comparaisons plus significatives du volume des services de santé fournis aux consommateurs dans les différents pays. Un des résultats clés de cette étude pilote est que le niveau de prix des services hospitaliers aux États-Unis est de plus de 60% supérieur au niveau de prix moyen des 12 pays inclus dans l'étude. En revanche, les niveaux de prix sont significativement plus bas en Corée, en Israël et en Slovaquie.

Rechel, B., et al. (2010). "Even in tough times : investing in hospitals of the future." *Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* **12**(1): 12 , tabl., graph.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/80327/EuroObserver_Spring2010.pdf

This article is based on a two-part study undertaken in 2006-2009. The first part was a series of case studies from across Europe, illustrating innovative approaches to hospital planning and design.² The issues that emerged included flexible design, a focus on clinical pathways, integrated regional planning and integration of models of care into design.

2009

(2009). Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'évaluation. Saint-Denis La Plaine HAS: 116 , tabl., annexes.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf

Ce rapport effectue un premier bilan de l'organisation de l'hôpital en Europe et de sa place dans le système de santé. Il a d'abord rappelé qu'il existait des définitions internationales normées sur l'hôpital. Les statuts, la taille des établissements hospitaliers et les modes de gouvernance sont très variables d'un pays à l'autre. La plupart des pays restreignent l'accès à l'hôpital pour le premier recours par un système d'orientation recommandé ou imposé, mais qui est souvent contourné. Il existe de multiples innovations organisationnelles, souvent spécifiques à un pays pour éviter les hospitalisations. Ce rapport s'est attaché à en dresser une typologie en distinguant les phases de prise en charge avant, à la place et après hospitalisation. Il en a présenté le rationnel, a fourni les principaux indicateurs d'évaluation, sans prétendre à l'exhaustivité. Ces innovations organisationnelles ont fait la plupart du temps l'objet d'évaluations multiples qui ont été analysées ensuite dans des revues Cochrane. Si certaines ne permettaient pas de conclure sur leur intérêt pour réduire le recours à l'hôpital (consultations de spécialistes hospitaliers en soins primaires, centres de soins de premier recours, tris des patients, maisons de soins infirmiers, coopératives de médecins), d'autres sont plus favorables (renforcement des plates-formes de services de soins primaires dans ou près de l'hôpital, unités hospitalières de soins infirmiers, hôpital local ou de communauté, chirurgie ambulatoire). Pour autant le système de santé dans lequel s'intègrent ces innovations est parfois très différent de celui rencontré en France. Il est donc nécessaire de poursuivre des études en complément des informations fournies dans ce rapport.

Couty, E. (éd.), et al. (2009). Hospitals and major European Cities, Paris : Editions de santé

Comparer la place et le rôle des hôpitaux dans les grandes métropoles européennes a nécessité d'opérer des choix : choix de sujets d'étude, choix de métropoles, choix d'établissements hospitaliers, choix d'interlocuteurs...Cet ouvrage n'a donc pas la prétention d'aborder de manière exhaustive et rigoureusement scientifique le sujet traité. Outre le fait de nourrir le débat, il contribue à resituer l'hôpital dans les métropoles européennes et, modestement, à une meilleure connaissance du fonctionnement des systèmes hospitaliers dans les grandes villes européennes. L'ouvrage est bilingue français-anglais.

Drosler, S., et al. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. OECD Health Working Paper; 47. Paris OCDE: 105 , tabl., graph.

Ce document présente l'état d'avancement de la recherche et du développement d'un ensemble d'indicateurs en matière de sécurité des patients dans le cadre du projet sur les indicateurs de la qualité des soins (HCQI). Un groupe d'experts a recommandé l'utilisation des indicateurs présentés ici pour les comparaisons internationales sur une dimension clé de la qualité des soins : la sécurité. Les indicateurs ont été sélectionnés par un consensus d'experts, leur validité et leur comparabilité ont été testées. Bien qu'il reste quelques problèmes quant aux différences de codage et de déclaration venant des bases de données administratives hospitalières, la rigueur du travail sur les indicateurs a permis d'améliorer la capacité des pays à rendre compte de la qualité des soins. Le développement des indicateurs de la sécurité des patients met l'accent sur les progrès techniques réalisés dans la construction de mesures et le besoin récurrent d'améliorer la méthodologie. Les indicateurs présentés ici ne doivent pas donner lieu à des conclusions quant à la situation de la sécurité

des patients dans les pays, mais visent plutôt à poser des questions pour une meilleure compréhension des différences observées.

Van Essen, A. M. (2009). "New hospital payment systems: Comparing medical strategies in The Netherlands, Germany and England." Journal of Health Organisation and Management **23**(3): 304-318.

This paper seeks to identify different medical strategies adopted in relation to the new hospital payment systems in Germany, The Netherlands and England and analyse how the medical strategies have impacted on the emergence of these New Public Management policy tools between 2002 and 2007.

2008

(2008). Hospitals in the 27 Member states of the European Union, Paris La Défense : Dexia éditions

Depuis quelques années, les pays membres de l'Union européenne se trouvent confrontés à la même problématique : ils doivent garantir une offre de soins de santé de qualité, adaptée aux besoins de la population et accessible à tous, et ceci dans un contexte de ressources publiques limitées. Le secteur hospitalier tient un rôle important et spécifique même si son poids dans les dépenses de santé tend à diminuer depuis une vingtaine d'années. Ainsi, les quelque 15 000 hôpitaux recensés dans l'Union européenne, toutes structures et tous statuts confondus, représentent entre 26 % et 60 % des dépenses de santé selon le pays, ils assurent un rôle pivot dans la prise en charge des patients, dans la formation des praticiens et dans la recherche. Leur adaptation continue au contexte économique et social mais aussi aux avancées technologiques passe par des réformes de leurs modes de gouvernance et de leurs offres de soins. Cet ouvrage se propose de replacer ces changements majeurs du secteur hospitalier dans une analyse transversale des 27 systèmes nationaux de santé. L'analyse est organisée de façon à examiner les évolutions communes qui traversent les systèmes hospitaliers depuis quelques années tout en rendant compte de leur diversité d'un pays à l'autre en matière d'organisation territoriale des compétences hospitalières, de modes de financement du fonctionnement des hôpitaux et de leurs investissements, de leurs statuts, de l'organisation de leurs prestations, etc. En dernier lieu, l'ouvrage s'attache à examiner l'influence communautaire sur les systèmes de santé et hospitalier. Un tableau bilingue français/anglais proposant une comparaison, pays par pays, des principales caractéristiques des secteurs hospitaliers des Etats membres accompagne le livre.

Huseby, B. M. (2008). Centralization reform and regional differences in hospital use, Londres : LSE

In the last 30 years, the health systems of Scandinavian countries have been characterized by a strong degree of decentralization. In Norway and Sweden, the decentralization of specialized health care services and settlement patterns have contributed to regional differences in hospital utilization. In 1999, hospital utilization varied across counties by about 30 per cent in both countries. In Sweden, specialized health care has remained decentralized in the period from 1999 to 2005, however in Norway, these differences were challenged by the recentralization of specialized

Rechel, B., et al. (2008). Investing in hospitals of the future. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: 284 , fig., index.

<http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf>

Despite considerable investments in health facilities worldwide, little systematic evidence is available on how to plan, design and build new facilities that maximize health gain and ensure that services are responsive to the legitimate expectations of users. This book brings together current knowledge about key dimensions of capital investment in the health sector. A number of issues are examined, including new models of long-term care, capacity planning, the impact of capital investment on the health care workforce, markets and competition, systems used for procurement and financing, the whole lifecycle of health facilities, facility management, the wider impact of capital investment on the local community and economy, how care models can be translated into capital asset solutions, and issues of therapeutic and sustainable design.

2007

(2007). Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. KCE report; 70B. Bruxelles KCE: 237 , tabl.

<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=989>

Au départ, l'accréditation des hôpitaux a été initiée par le milieu hospitalier lui-même et visait une amélioration volontaire et continue de la qualité, mais depuis le milieu des années 90, tant les initiatives existantes que les nouvelles sont davantage axés sur une justification vis-à-vis du public, et des instances réglementaires et de financement. De plus en plus de pays initient des programmes d'accréditation afin d'évaluer les procédures, les moyens utilisés et les résultats obtenus. L'objectif s'est déplacé de la simple atteinte d'un niveau qualitatif donné à une amélioration continue de celui-ci. Compte tenu de l'état d'avancement du processus d'accréditation des hôpitaux à l'échelon européen, le moment semble opportun d'entreprendre une étude de faisabilité qui tienne compte de tous les enseignements européens et nationaux. Les principaux objectifs de cette étude sont de dresser un inventaire des programmes d'accréditation des hôpitaux en vigueur en Europe, de comparer leurs différentes caractéristiques (contenu, organisation, financement, termes juridiques) et d'évaluer leur applicabilité dans le contexte belge. Afin de réaliser ces objectifs, trois questions capitales ont été abordées dans cette étude : la démonstration de l'efficacité de l'accréditation, la comparaison internationale des programmes d'accréditation en vigueur dans les États membres européens et l'étude de faisabilité dans le contexte belge. Dans cette étude, l'accréditation des hôpitaux est définie comme suit : « L'accréditation des hôpitaux est un ensemble d'initiatives permettant l'évaluation externe des hôpitaux par rapport à des normes publiées, explicites et prédéfinies afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité des soins de santé ».

2006

Albreht, T., et al. (2006). Patient Mobility in the European union : learning from experience, Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98420/Patient_Mobility.pdf

La présente publication se compose de plusieurs études de cas qui décrivent le degré de mobilité des patients dans l'union européenne, l'étendue et la nature de la mobilité, les raisons de l'existence d'une mobilité, les facteurs qui la facilitent ou la freinent, et l'impact potentiel sur les systèmes de soins de santé concernés.

Kelley, E. et Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project : initial indicators report. OECD Health Working Papers ; 22. Paris OCDE: 151 , 152 graph., 155 tabl.
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>

Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) a été lancé en 2001. Son objectif à long terme est d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puissent être utilisés pour déterminer de nouvelles pistes de recherche sur la qualité des soins dans les pays de l'OCDE. Les indicateurs devant finalement être recommandés pour faire partie de cet ensemble d'indicateurs doivent en principe être pertinents du point de vue scientifique et importants sur le plan clinique et stratégique, et leur collecte réalisable dans la pratique au sens où les données y afférentes doivent être disponibles et comparables à l'échelon international. Ces indicateurs ne sont pas non plus censés permettre de porter un jugement sur la performance globale des systèmes de santé dans leur intégralité. Ils devraient essentiellement être utilisés comme point de départ pour comprendre pourquoi des différences existent et par quels moyens les réduire et améliorer les soins de santé dans tous les pays. Le projet est divisé en deux phases. La première, dont le présent rapport présente une synthèse, a été axée sur 17 indicateurs importants et facilement accessibles de l'efficacité des soins. Les indicateurs qui seront pris en compte dans la deuxième phase des travaux porteront sur un éventail plus large d'affections cliniques et d'aspects de la qualité des soins de santé. La première partie du rapport présente l'objet et l'historique du projet, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. La deuxième partie fait une synthèse des conclusions des analyses approfondies réalisées par l'OCDE au cours du printemps et de l'été 2005 sur un ensemble de cinq questions posées par les experts nationaux lors de la réunion qu'ils ont tenue en décembre 2004 à Paris. Ces questions concernant les données portent sur des problèmes de comparabilité entre les pays pour des indicateurs particuliers. La troisième et dernière partie du rapport présente des informations détaillées sur la pertinence scientifique et l'importance des indicateurs dont l'inclusion dans l'ensemble initial d'indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE a été recommandée, la disponibilité des données y afférentes et leur comparabilité au niveau international. Le document examine aussi en détail les indicateurs dont l'intégration dans cet ensemble initial n'est actuellement pas recommandée. Ces derniers ne sont pas pour autant définitivement écartés. Plusieurs d'entre-eux sont généralement considérés comme pertinents sur le plan scientifique, mais pour le moment, la disponibilité et la comparabilité des données qui s'y rapportent ne sont pas nécessairement tout-à-fait satisfaisantes. Par conséquent, ces indicateurs ne se prêtent pas actuellement à la comparaison internationale (tiré du résumé d'auteur).

Mordelet, P. et Vincent, G. p. (2006). Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, Rennes : Editions de l'Ehesp

Face à la crise que traversent la plupart des systèmes de santé et des hôpitaux, le statu quo est impossible. Quelles réformes d'envergure engager ? Les règles de la corporate governance appliquées au monde hospitalier dans les pays de l'OCDE sont-elles en mesure d'apporter des solutions durables ? Patrick Mordelet dresse un tableau complet des différents aspects du gouvernement d'entreprise appliqué à l'hôpital : nouveaux modes de tarification basés sur l'activité ou les résultats, convergence tarifaire, partenariat public-privé pour relancer les investissements, conseil exécutif et pôles d'activité clinique pour associer les médecins au pilotage stratégique. Les principales expériences européennes sont analysées en profondeur : systèmes de santé intégrés, virage ambulatoire, restructurations et changement de statut des hôpitaux publics. L'auteur termine par un diagnostic sans concession de la situation française.

2005

Chevreul, K., et al. (2005). Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique. Rapport Irdes. Paris IRDES: 135 , 117 tabl., 136 graph.

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum91.pdf>

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

2004

(2004). Measuring and comparing waiting lists : a study in four European countries. Bruxelles HOPE: 33 , tabl., graph.

<http://www.hope.be/07publi/WAITINGLISTS/HOPE%20WAITING%20LIST%20WORKING%20PARTY%20REPORT.pdf>

Timely access to health care services is a primary concern in the health care debate in many countries. Different policies to address long waiting lists have been tried - some of them being more efficient than others. However, of great importance to the management of waiting lists and actions against long waiting times is to have reliable and valid information on waiting times. Measurement is crucial to understanding how any system works; where a system contains problems, it is the key to finding solutions. Comparisons between different health care systems are always interesting since learning about others can be a way to greater understanding of one's own system. The aim of this report is therefore to describe and compare how waiting lists are reported and monitored in four European countries. A summary of difficulties and pitfalls in connection to waiting list measurement and statistics are also presented in the report.

Chevreul, K., et al. (2004). "Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(91): 8 , 1 tabl.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes91.pdf>

En France, le développement des soins hospitaliers à domicile (SHAD) offrant une alternative aux soins traditionnellement réalisés à l'hôpital n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y rattachent, tels que l'amélioration de la qualité des soins et de l'articulation entre la ville et l'hôpital. L'étude d'expériences étrangères de ces modes de prise en charge permet de connaître le contexte et les conditions de leur mise en oeuvre et de mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou freinent leur développement. Cette analyse a pour objet de nourrir la réflexion sur l'opportunité de maintenir et d'étendre ce type de services en France. Trois pays ont été choisis pour l'importance de la littérature disponible sur le thème des soins à domicile : l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni.

Forgione, D. A., et al. (2004). "The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries." Journal of Health Care Finance **31**(1): 41-54.

Lungen, M., et al. (2004). "Using diagnosis-related groups : the situation in the United Kingdom National Health Service and in Germany." European Journal of Health Economics (the) **5**(4): 287-289.

Cet article fait une analyse comparée de l'utilisation des groupes homogènes de malades au Royaume-Uni et en Allemagne sous différents angles : celui de la gestion hospitalière, celui des médecins à l'hôpital, celui de la société et des patients et celui de l'assurance maladie.

McKee, M. (éd.) et Healy, J. (éd.). (2004). Hospitals in a changing Europe, Buckingham : Open University Press

Dans un proche avenir, les hôpitaux seront confrontés en Europe à de difficiles challenges : nouvelles pathologies, émergence de nouvelles technologies, vieillissement de la population et contraintes budgétaires permanentes. Cet ouvrage tente d'analyser les pressions auxquelles doivent faire face les décideurs pour améliorer la gestion de l'hôpital tout en répondant aux besoins des usagers. Il décrit les perspectives de réforme envisageables, ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la performance du système hospitalier en Europe occidentale et dans les pays européens en transition (Peco).

2003

Moon, L., et al. (2003). Stroke care in OECD countries : a comparaison of treatment, costs and outcomes in 17 countries. OECD Health Working Papers ; 5. Paris OCDE: 102 , 103 ann., graph, tabl. <http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf> -

[http://www.olis.oecd.org/OLIS/2003DOC.NSF/LINKTO/DELSA-ELSA-WD-HEA\(2003\)5](http://www.olis.oecd.org/OLIS/2003DOC.NSF/LINKTO/DELSA-ELSA-WD-HEA(2003)5)

L'étude sur les maladies liées au vieillissement compare les divers systèmes de santé en examinant les tendances en matière de traitements et de résultats par type de maladie. La plupart des décisions prises quotidiennement et qui déterminent la performance des systèmes de soins de santé le sont au moment du traitement d'une maladie spécifique. Ainsi, lors de la comparaison de la performance des systèmes de soins de santé par maladie, le projet des maladies liées au vieillissement effectue une approche du bas vers le haut plutôt que l'approche plus habituelle, et va ainsi au coeur de la performance des systèmes de soins de santé. Ce document présente une telle analyse en ce qui concerne les accidents cérébrovasculaires. Les tendances dans les traitements préconisés varient considérablement d'un pays à l'autre pour les mêmes maladies et peuvent s'expliquer par des différences caractéristiques structurelles propre à chaque système de santé. Une analyse par type de maladie commence par l'examen de ces caractéristiques : les incitations économiques, les politiques et les réglementations qui influencent les décisions prises par des fournisseurs individuels dans le traitement d'une maladie spécifique et qui définissent l'approche de chaque système de santé. Afin d'évaluer correctement la performance des systèmes de santé, cette analyse doit s'accompagner d'un examen des conséquences qui résultent de ces tendances dans le domaine des traitements. Pour finir, l'analyse de la performance des systèmes de santé ne sera pas complète d'un point de vue économique sans une analyse du coût des approches des divers systèmes de santé face au traitement de la maladie (tiré du résumé d'auteur). Ce document est disponible sur le site de l'OCDE : <http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf>

Rodrigues, J. M., et al. (2003). "Tarification à l'activité dans les hôpitaux : les expériences étrangères peuvent-elles fournir des idées pour la réforme prévue pour 2004 en France ?" Journal D'economie Medicale **21**(1-2): 81-84.

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8HR0xj1Q. Diffusion soumise à autorisation]. Dans cet article, les auteurs développent, en 7 points, le constat sur l'utilisation des systèmes case mix de type Diagnosis Related Groups (DRG) dans le monde pour le financement, puis 8 recommandations qui en découlent.

Siciliani, L. et Hurst, J. (2003). Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Papers ; 7. Paris OCDE: 73 , graph., tabl.

Dans près de la moitié des pays de l'OCDE, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes constituent un important sujet de préoccupation pour les responsables de la politique de la santé. Le projet de l'OCDE sur ce sujet vise principalement les objectifs suivants : i) examiner les initiatives prises par les pouvoirs publics en vue de réduire ces délais d'attente dans douze pays Membres ; ii) rechercher les causes des différences observées d'un pays à l'autre quant à ces délais. Le premier objectif a été étudié dans un précédent rapport (Hurst et Siciliani, 2003 ; document de travail de l'OCDE sur la santé, n°6). Le présent document porte sur le second objectif. Il est intéressant de noter que, si certains pays de l'OCDE font état de délais d'attente non négligeables, ce n'est pas le cas pour d'autres. Ces délais posent un épineux problème de fond en matière de santé dans les douze pays qui participent au projet (Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède). Or, dans huit autres pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Etats-Unis, France, Japon, Luxembourg et Suisse), ces temps d'attente sont, semble-t-il, peu importants. Cet exposé présente une analyse comparative de la situation de ces deux groupes de pays et s'intéresse aux facteurs de nature à expliquer l'absence de délais d'attente dans le second.

2002

Baret, C. (2002). "Hôpital, le temps de travail sous tension : une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède." Sciences Sociales Et Sante **20**(3): 75-107.

Cette recherche sur les évolutions de l'emploi et de la gestion du temps de travail dans le secteur de la santé a porté sur six pays de l'Union européenne. Sur le plan théorique, la démarche adoptée s'inspire de l'analyse sociétale et vise à identifier les principaux rapports sociaux interagissant avec les phénomènes étudiés. Quatre catégories de rapports sociaux ont été identifiées a priori et confirmées par l'enquête : le rapport socioéconomique, le rapport organisationnel, le rapport industriel et le rapport domestique. Du point de vue empirique, ce travail est fondée sur une méthode multi-niveaux (nation, secteur et établissement) intégrant des études de cas. Dans chaque pays, les équipes de recherche ont réalisé l'étude approfondie d'un hôpital et, plus particulièrement, des services d'orthopédie et d'obstétrique. Les observations réalisées apportent des résultats contrastés. En effet, si les pratiques de gestion de l'emploi et du temps de travail restent très différentes d'un pays à l'autre, comme en atteste par exemple le différentiel de taux de temps partiel, des évolutions communes sont aussi à l'œuvre dans les six pays, avec notamment le développement du travail à temps partiel et l'intensification de la charge de travail du personnel soignant sous le triple effet d'une limitation des effectifs pour des raisons économiques, d'une demande sociale accrue d'amélioration de la qualité des soins et d'une carence de main d'œuvre (Résumé d'auteur). Les résultats sont issus d'une recherche

comparative européenne sur les "Nouvelles formes d'emploi et de temps de travail dans les activités de service" financée par la Commission des Communautés européennes dans le cadre du programme "Targeted Socio-Economic Research". Cette recherche ne présente que l'activité santé, une des cinq activités de service concernées, et fut réalisée en 1999-2000. Françoise Acker, sociologue au Centre de Recherche en Médecine, Maladie et Sciences Sociales (CERMES) à Paris, poursuit la réflexion dans un article de ce numéro de Sciences sociales et santé, et intitulé " Temps de travail féminin, temps de travail soignant : quelles configurations, quels réajustements ? " (pp. 109-117).

McKee, M. et Healy, J. (2002). "Réorganisation des systèmes hospitaliers : leçons tirées de l'Europe de l'Ouest." Revue Médicale De L'assurance Maladie **33**(1): 31-36, 34 graph.

Cet article est extrait d'une récente enquête menée par l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé. Il analyse, dans un contexte de réorganisation des systèmes hospitaliers entrepris dans plusieurs pays européens, le rôle de l'hôpital en Europe ainsi que les succès et échecs des tentatives de réorganisation.

Mikkola, H., et al. (2002). "DRG-related prices applied in a public health care system : can Finland learn from Norway and Sweden ?" Health Policy **59**(1): 37-51.

In the early 1990s, DRG based hospital financing was introduced into some hospital districts in Finland. The 1993 state subsidy reform decentralising all hospital financing to municipalities, and the aim of improving productivity, were the driving forces for introducing DRG. This study addresses the pros and cons of DRG in hospital financing in the Finnish health care system and puts forward several solutions to avoid potential problems. We consider the objectives and optimal features of hospital financing systems in the context of the public health care system, where the public sector owns and finances hospitals. We analyse impacts of introducing different types of DRG based hospital financing systems, taking into account earlier experiences in countries such as Sweden and Norway, as well as Finnish system specific features. DRG could assist the Finnish municipalities to compare quality, costs and prices of services between hospitals, and related cost information might help them budget expenditure more accurately. System specific features mean that traditional uses of DRG in hospital pricing are not feasible in Finland. But some benefits of DRG could be exploited, for instance in the controlled contracts between municipalities and hospitals (d'après Medline).

Mousques, J., et al. (2002). Le fonctionnement des hôpitaux dans 6 pays étrangers. Rapport pour la Cour des Comptes. Rapport Credes.: 44.

http://www.irdes.fr/En_ligne/Rapport/hopfonc.pdf

Cette étude a pour objectif de décrire le fonctionnement des soins hospitaliers dans six pays, qui sont l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède. Après avoir abordé les conditions d'accès de la population aux soins hospitaliers et les caractéristiques de l'offre, quatre thématiques seront traitées : le partage des responsabilités entre les acteurs et les différents niveaux de " gouvernement " concernant l'organisation des soins hospitaliers et leur financement ; les méthodes utilisées, d'une part pour encadrer la dépense globale en soins hospitaliers et éventuellement la répartir régionalement, d'autre part pour rémunérer les établissements ; le statut des établissements et des personnels participant à la production de soins hospitaliers ; une évaluation modeste des performances des systèmes hospitaliers des six pays, principalement basée sur des éléments d'auto diagnostic présentés par des experts nationaux. Notre analyse s'est concentrée sur les soins hospitaliers aigus et ne fait référence aux soins psychiatriques et aux soins de long terme que

pour expliquer les tendances observées. Ce choix s'est imposé du fait de l'extrême variabilité des concepts et des pratiques dans ces deux secteurs, qui ne sont pas toujours inclus dans le champ des établissements hospitaliers. Les éléments rassemblés ici proviennent essentiellement de la littérature publiée, des bases de données internationales et nationales et de la consultation d'experts nationaux (résumé d'auteur).

Naylor, C. D., et al. (2002). Etre à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE : Measuring up : improving Health System Performance in OECD countries. Paris OCDE: 395, tabl., graph.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/measuringup-improvinghealthsystemperformanceinoecdcountries.htm>

Comment mesurer la performance des systèmes de santé ? Et comment peut-on l'améliorer de façon constante grâce à ce type de mesures ? Telles sont les grandes questions traitées dans ce volume. Les responsables des politiques de santé cherchent de plus en plus à encourager les systèmes de santé à améliorer leur performance, performance qui se mesure en termes de qualité, d'efficience ou d'équité. De meilleures performances devraient contribuer à réduire la tension entre une demande en augmentation et des ressources limitées. Par ailleurs, on exige de plus en plus des organismes de financement et des prestataires de services de santé qu'ils rendent compte de leurs actes. Cet ouvrage aborde les principaux éléments d'un cadre d'analyse possible de la performance permettant de procéder à des évaluations des systèmes de santé à l'échelon national et d'établir des comparaisons internationales. Il traite aussi de quelques problèmes épineux non résolus : comment pallier l'absence de mesures des résultats en matière de santé ? Comment mieux faire cadrer les incitations et les informations sur les performances avec les objectifs de la politique de santé ? Comment concilier la démarche traditionnelle d'autorégulation professionnelle avec l'exigence d'une plus grande responsabilité de la profession à l'égard du public quant à la qualité des soins de santé dispensés ?

2001

(2001). Overview of Hospital Systems. Bruxelles CEHP: 150, tabl.

Ce rapport rassemble les principaux chiffres-clés sur l'hôpital privé dans les pays de l'Union européenne.

Hartmann, L., et al. (2001). "La tarification à la pathologie aux Etats-Unis." Dossiers Solidarite Et Sante(1): 17-31, 13 tabl., 11 graph., 12 enc.

Après une analyse approfondie de l'adéquation du modèle américain de tarification à la pathologie au modèle théorique de concurrence par comparaison (Yardstick Competition) - qui vise à favoriser l'amélioration de la productivité des établissements et une meilleure répartition de leurs ressources - les auteurs tirent un bilan mitigé de vingt ans de mise en oeuvre du paiement prospectif aux Etats-Unis. D'une part, du point de vue de l'application du modèle de concurrence par comparaison, le système américain utilise, comme base de fixation des prix, les coûts moyens historiques (observés avant l'application de la tarification à la pathologie) au lieu de fixer, pour chaque établissement, un prix dépendant des performances des autres établissements. D'autre part, si l'on a assisté, à court terme, à une réduction des dépenses globales des établissements américains (moins sensible à moyen et long terme), essentiellement due à une diminution de la durée de séjour, des interrogations perdurent sur les ajustements stratégiques que peuvent adopter les offreurs de soins en

matière notamment de sélection des patients, de "sur-codage" des séjours (exagération de la gravité des séjours) ou de qualité des soins. Les auteurs concluent en livrant des pistes de réflexion sur différentes modalités de contrôle visant à limiter les effets pervers du système. (Résumé d'auteur).

Kroneman, M. (2001). Healthcare systems and hospital bed use. ICS Dissertation: 181 , tabl., graph.

Basé sur des résultats d'enquêtes, des revues de la littérature, ainsi que sur des visites effectuées dans différents centres de recherche, ce rapport passe en revue les politiques de santé des pays de l'Union européenne, en s'intéressant plus particulièrement à la planification hospitalière. Il aborde les problématiques suivantes : fermeture ou restructuration des lits d'hôpitaux, développement des alternatives à l'hospitalisation, dont la chirurgie ambulatoire, modes de financement des soins...

2000

Busson, O., et al. (2000). Chirurgie ambulatoire : comparaison France et Etats-Unis, Paris : CREDES

Les auteurs de cette communication présentent les premiers résultats d'une comparaison France/Etats-Unis sur la chirurgie ambulatoire. Les données américaines sont issues de deux enquêtes représentatives réalisées par le NCHS : l'une sur la chirurgie ambulatoire (NSAS) réalisée en 1996 auprès des hôpitaux et des centres spécifiques de chirurgie ambulatoire, l'autre sur les hospitalisés sortants (NHDS), réalisée annuellement auprès des hôpitaux depuis 1965. Les données françaises sont issues de la base de données nationale PMSI de 1997, rassemblant le secteur public et privé.

Ortiz, A. c., et al. (2000). "L'hôpital public et l'Union européenne. Contribution à la réflexion sur la construction européenne." Revue Hospitaliere De France(5): 22-36.

[BDSP. Notice produite par ENSP fR0xkQK1. Diffusion soumise à autorisation]. La Fédération hospitalière de France a retrouvé sa place dans le cercle des instances européennes et internationales. L'efficacité de cette présence dépendra cependant de l'information et de l'engagement de tous les hospitaliers. Une description et une réflexion sur la place de l'hôpital dans l'Union européenne étaient nécessaires. Un groupe de travail a ainsi été constitué au début de cette année sur ce thème. Les résultats de ses travaux sont présentés ici. Ils intéresseront tous ceux qui souhaitent se situer dans cet environnement européen et veulent s'y engager. Ce rapport fera l'objet d'une communication en conseil d'administration de la Fédération hospitalière de France.

1993

Wolfe, P. R. et Moran, D. W. (1993). "Global budgeting in the OECD countries." Health Care Financing Review **14**(3): 55-76, tabl.

La plupart des pays industrialisés ont introduit le système du budget global pour maîtriser les dépenses de santé. Ce procédé n'est pas généralisé aux Etats-Unis et varie d'un état à l'autre. Cet article essaie de faire le point sur la question.

1989

Fontenau, R. et Etienne, J. P. p. (1989). Les hôpitaux sous contrainte financière - Les expériences étrangères du budget global : Grande -Bretagne, Suisse, U.S.A., Québec, Paris : MEDSI/Mc Graw Hill

1988

Sailly, J. C., et al. (1988). Analyse de six systèmes de production, de tarification et de financement des soins de santé : Belgique, France, Grande-Bretagne, Japon, Québec et Suède. Lille : Cresge : 443 , ann.

Comparaisons des systèmes d'organisation, de tarification et de financement des soins de santé de la Belgique, de France, du Japon, du Québec, du Royaume Uni et de la Suède, et analyse de leurs évolutions et des modes de régulations sur plus de 20 ans. Ce travail s'appuie sur des monographies et sur des analyses des systèmes de santé dans chacun des pays et sur l'élaboration de profils moyens d'évolution (pour chaque pays et pour les six pays simultanément) à partir d'indicateurs d'environnement, de consommation médicale, de dépenses, de structures de soins et d'état de santé (1960-1983) issus de la banque de données O.C.D.E. constituée par J.P. Poullier.

1984

Abel-Smith, B. (1984). L'expérience de douze pays européens en matière de contrôle du coût des soins de santé (1977-1983). Luxembourg Office des publications officielles des Communautés Européennes: 148, tabl.

Ce document présente les différentes mesures prises pour freiner les coûts de santé dans les pays européens de 1977 à 1983. Dans une première partie sont réunies et résumées les principales données des politiques de santé des pays européens. Dans une deuxième partie, les mesures de maîtrise des coûts de santé sont reprises plus en détail pays par pays (dépenses courantes de santé, prescriptions d'examen, produits pharmaceutiques, lits d'hôpitaux, études médicales...). Le dernier chapitre est consacré à l'organisation et au financement des soins de santé en Espagne, en Grèce et au Portugal.

Ressources électroniques

► Site de l'Irdes :

- [Historique des réformes hospitalières en France](#)

Juillet 2021

- [Loi Ségur d'amélioration du système de santé la confiance et la simplification](#)

Mai 2021

- [Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#)

Mai 2021

- [Loi de modernisation de notre système de santé](#)

Mai 2021

- [Loi Hôpital Patients Santé Territoire](#)

Mai 2021

- [Les indicateurs de la qualité des soins](#)

Mars 2018

- [E-santé : télésanté, santé connectée ou santé numérique](#)

Octobre 2022

- [La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations](#)

Novembre 2018

- [Les outils de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger](#)

Juillet 2018

- [Liens utiles : entrée thématique « Hôpital »](#)

► **Site du Ministère chargé e la santé :**

Consulter la rubrique : [Gérer un établissement de santé / Médico-social](#)

- Investissement en santé : [Ségur de santé : les conclusions](#)

Octobre 2021

- [Groupements hospitaliers de territoire](#)

Septembre 2019

- [Loi de modernisation du système de santé](#)

2016

- La gouvernance hospitalière, 13 février 2015

[Dossier du Ministère, décembre 2021](#)

- [Présentation des opérations retenues au titre du Plan Hôpital 2012](#)

10 février 2010

- [Loi hôpital patients santé territoires](#)

2009

► **Site d'Ameli :**

[Tarification à l'activité \(T2A\) - Documentation technique du site AMELI](#)

► **Site de Vie publique :**

- Crise des urgences médicales : un malaise persistant. Dossier de Vie publique

[Septembre 2022](#)

- Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ?
[Septembre 2022](#)
- Quels sont les organes consultatifs dans les hôpitaux
[Décembre 2021](#)
- [Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#)
Avril 2021
- L'hôpital au service du droit de la santé
[Octobre 2020](#)
- [L'hôpital et la politique hospitalière](#)
Février 2020
- [Ségur de la santé : après les accords salariaux, une nouvelle gouvernance pour l'hôpital](#)
Juillet 2020
- [Conditions de travail à l'hôpital](#)
Mars 2019

► **Site de l'Ehesp :**

- [Sécurité des soins en établissement sanitaire et médico-social](#)
Janvier 2023
- [L'hôpital](#)
Septembre 2022
- [Le Ségur de la santé](#)
Septembre 2022
- [Loi de modernisation de notre système de santé](#)
Septembre 2022
- [Loi HPST](#)
Septembre 2022
- [Ma santé 2022 : stratégie nationale de santé : dossier documentaire](#)
Septembre 2022
- [Les groupements hospitaliers de territoire](#)
Janvier 2022
- [Risques professionnels dans les établissements sanitaires et médico-sociaux](#)
Avril 2021