



HAL
open science

Pour une nouvelle planification hospitalière (une estimation des besoins hospitaliers en Bourgogne)

Didier Jaffre

► **To cite this version:**

Didier Jaffre. Pour une nouvelle planification hospitalière (une estimation des besoins hospitaliers en Bourgogne). [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques(LATEC). 1998, 19 p., ref. bib. : 17 ref. hal-01526868

HAL Id: hal-01526868

<https://hal.science/hal-01526868>

Submitted on 23 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

n° 9812

**Pour une nouvelle planification hospitalière.
Une estimation des besoins hospitaliers en Bourgogne**

Didier JAFFRE

octobre 1998

*Cet article a fait l'objet d'une communication au colloque franco-polonais
Poznan - 19-20 octobre 1998*

RESUME

Alors que l'approche institutionnelle de la planification sanitaire cible l'évolution du besoin en soins hospitaliers, c'est à dire en inputs, l'approche populationnelle part du besoin de santé global de la population, dont la satisfaction constitue l'output du processus de soins. La modélisation présentée dans cet article procède d'une telle logique populationnelle. Elle cherche à estimer le nombre de lits hospitaliers nécessaires et suffisants pour couvrir l'ensemble des besoins de la population d'une zone donnée, à partir des caractéristiques démographiques et des modes de recours à l'hospitalisation.

La détermination des besoins par zone est susceptible d'entraîner une nouvelle allocation des ressources hospitalières, qui ne seraient plus attribuées individuellement par établissement, mais collectivement par zone de besoin de santé. Cette logique de zone devrait favoriser la coopération entre les établissements de santé, allant jusqu'à la mise en réseau de leurs moyens. L'approche populationnelle peut ainsi permettre d'allouer les ressources hospitalières sous une double contrainte de qualité et d'égalité dans l'accès aux soins, c'est à dire sous une véritable contrainte d'équité.

Mots-clés : populationnelle – besoin – zone – réseau – équité

1. D'une planification institutionnelle à une planification populationnelle

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a instauré le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire [1], nouvel instrument de planification sanitaire. Cet outil, plus qualitatif, assure la répartition géographique des moyens hospitaliers quantitatifs déterminés par la carte sanitaire. Repris dans l'ordonnance du 24 avril 1996, carte sanitaire et Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ont pour objet " de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ... A cette fin, ils sont arrêtés sur la base d'une mesure des besoins de la population ".

Toutefois, deux approches de la planification sanitaire, l'une populationnelle, l'autre institutionnelle, peuvent être distinguées [2]. Davantage complémentaires que concurrentes, elles relèvent de deux logiques différentes. Si elles poursuivent le même objectif de satisfaction " optimale " des besoins, leurs modalités d'action divergent. L'approche populationnelle relève d'une logique de demande : elle cherche à adapter l'offre de soins hospitaliers aux besoins de la population. L'approche institutionnelle relève, quant à elle, d'une logique d'offre : elle cherche à améliorer l'offre de soins hospitaliers en fonction de critères de qualité et d'efficacité. Les politiques d'allocation des ressources qui en découlent diffèrent alors sur la méthode employée et le raisonnement poursuivi. Jusqu'à présent, force est de constater que l'approche institutionnelle a été privilégiée par les pouvoirs publics. Cette prédominance s'explique sans doute par la difficulté à définir et à évaluer le besoin de

santé. Il semble plus facile de cibler l'évolution sur les besoins en soins hospitaliers, c'est à dire en inputs, que sur le besoin de santé en lui-même, dont la satisfaction constitue l'output du processus de soins.

Notion floue, le besoin présente un caractère très subjectif. “ On a autant besoin de ce qu'on veut, qu'on veut ce dont on a besoin ” [3]. L'appréciation d'un besoin, qui traduit un sentiment de manque, dépend de l'environnement de l'individu, de l'évolution des techniques, des mentalités de la société. Le besoin évolue dans le temps et dans l'espace. Cette complexité s'accroît en santé, dans la mesure où la santé couvre elle-même un champ très large. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme “ un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ”. Les déterminants de la santé sont donc autant biologiques que sociologiques ou économiques et, par conséquent, le besoin de santé intègre toutes ces dimensions. Par ailleurs il convient de distinguer le besoin ressenti du besoin exprimé. Tout le besoin de santé ressenti ne s'exprime pas forcément sous la forme d'une demande de soins. Enfin, à l'hôpital, la demande émane rarement du patient lui-même (exception faite au service des urgences), mais très largement du médecin généraliste ou spécialiste. Le système de soins joue un rôle essentiel dans le processus de transformation du besoin en demande dans la mesure où il induit une majeure partie de la demande de soins [4]. Ainsi, si la demande de soins hospitaliers est couramment utilisée pour évaluer le besoin en soins hospitaliers, il faut garder à l'esprit, **d'une part, que le besoin en soins appréhende le besoin de santé par le biais des moyens mis en œuvre, et d'autre part que ce besoin en soins, simultanément sous-estime et surestime le besoin réel de santé.**

L'approche institutionnelle cible le besoin en soins hospitaliers. Elle se focalise sur chaque établissement dont elle compare l'activité à des critères jugés optimaux même s'ils ne sont pas validés scientifiquement [5] (nombre d'accouchements par an, nombre de passages aux urgences, ...). En appliquant ces critères, le planificateur se heurte d'emblée à un problème d'arbitrage entre sécurité (et qualité) et équité (égalité géographique dans l'accès aux soins) pour les petites structures [6]. Dès lors, apparaît un conflit entre la tutelle qui recommande la fermeture des services qui ne satisfont pas aux normes établies, et la population et les élus qui prônent le maintien de leur hôpital au nom de l'équité dans l'accès aux soins et de l'aménagement du territoire (sauvegarde des emplois et lutte contre la désertification rurale). Or, ce débat est un faux débat car sécurité des soins et accessibilité des soins sont le côté pile et le côté face d'une même pièce appelée besoin. Ces deux dimensions ne sont pas opposées mais complémentaires, puisqu'elles concourent à un même objectif : la satisfaction des besoins. L'égalité en matière de soins définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et rappelée dans [3], c'est simultanément : l'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents, l'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents et l'égalité de qualité des soins. Une planification fondée sur une approche populationnelle peut alors permettre de lever ce dilemme initié par l'approche institutionnelle. En considérant le besoin dans sa globalité, sécurité et équité sont prises en compte simultanément. Il s'agit d'adapter l'offre en fonction des besoins hospitaliers définis sur une zone donnée, donc de réorganiser l'offre sur la zone de manière à ce que sécurité et proximité des soins hospitaliers soient garanties pour tous.

Comment évaluer ces besoins pour asseoir une politique d'allocation optimale des ressources hospitalières sous une double contrainte de qualité et d'égalité dans l'accès aux soins, c'est à dire sous une véritable contrainte d'équité ?

2. Une estimation des besoins hospitaliers en Bourgogne

2.1. Matériels et méthodes

L'échelon statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne a élaboré un modèle d'estimation des besoins hospitaliers sur une zone donnée. Ce modèle permet d'estimer le nombre de lits hospitaliers nécessaires et suffisants à la couverture des besoins de la population (annexe I). Le modèle a été appliqué à la région Bourgogne. Celle-ci a été découpée en treize zones homogènes sur les plans géographique et démographique. Un taux de flux migratoire a été estimé pour chaque zone.

Une première modélisation permet de projeter la population par zone à partir des données cantonales issues du recensement de 1990. Trois facteurs sont utilisés : la mortalité par âge et par sexe, la natalité et le flux migratoire. Les taux de mortalité par âge et par sexe sont estimés en fonction des évolutions constatées entre les recensements de 1975, 1982 et 1990. Le nombre de naissances repose sur l'hypothèse fondamentale de décroissance linéaire du taux moyen de fécondité par femme, passant de 1,8 enfants par femme en âge de procréer en 1990 à 1,45 en 2020. La combinaison du nombre de naissances, des taux de mortalité par âge et par sexe, des flux migratoires et de la

répartition par âge et par sexe de la population cantonale bourguignonne en 1990 permet d'obtenir les projections de population, par canton, jusqu'en 2020.

Une seconde modélisation permet d'évaluer le nombre de lits hospitaliers en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) et en soins de suite et de réadaptation nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers de la population d'une zone donnée. La demande d'hospitalisation est évaluée à partir des taux de recours à l'hospitalisation par âge et par sexe pour chaque pathologie de court séjour (19 catégories majeures de diagnostic), issus de l'enquête nationale de morbidité hospitalière réalisée par le SESI en 1993. Un tableau de conversion permet de répartir les séjours de chaque pathologie dans les trois disciplines médecine, chirurgie et obstétrique. Les taux pour les soins de suite proviennent des enquêtes H80 et EHP en Bourgogne pour l'année 1991. A partir de ces taux de fréquentation hospitalière, un nombre d'entrées théoriques est estimé pour chaque pathologie en fonction de la répartition par âge et par sexe de la population projetée en l'année m. Ce nombre d'entrées théoriques est multiplié par les durées moyennes de séjour par âge et par sexe pour chaque pathologie, issues également de l'enquête de morbidité hospitalière du SESI. La multiplication donne un nombre de journées théoriques par pathologie. Ce nombre de journées théoriques est à son tour divisé par 365 jours et par les taux d'occupation cibles¹ par discipline afin d'obtenir le nombre de lits théoriques hospitaliers par discipline nécessaires et suffisants pour couvrir l'ensemble des besoins. La démarche est identique pour les soins de suite.

¹ 80% pour l'obstétrique, 85% pour la chirurgie et la médecine.

Ce nombre théorique de lits en médecine, chirurgie, et obstétrique, et en soins de suite et de réadaptation, obtenu pour chaque zone, peut alors être comparé au nombre de lits réellement installés.

2.2. Des résultats qui prêtent à discussion

Il apparaît, en 1996, pour l'ensemble de la région Bourgogne, que le nombre de lits théoriques en court séjour, c'est à dire susceptibles de satisfaire l'ensemble des besoins de la population bourguignonne, est inférieur au nombre total de lits installés (secteurs publics et privés confondus), ce qui signifie a priori un excédent de 627 lits installés en court séjour, dont 84% en médecine, 3% en chirurgie et 13 % en obstétrique. Par contre, le nombre de lits théoriques en soins de suite et de réadaptation est nettement supérieur au nombre de lits installés : il manquerait 136 lits en soins de suite et de réadaptation pour répondre pleinement aux besoins bourguignons. En définitive, toutes disciplines confondues, la région Bourgogne serait excédentaire de 491 lits (tableau I).

Or, cette tendance n'est pas confirmée dans la partie centrale de la Bourgogne qui regroupe quatre zones : le Châtillonnais et l'Auxois (zone 1), le Morvan et le Haut Nivernais (zone 2), l'Autunois (zone 3), et le Tonnerrois, l'Avalonnais et la Puisaye (zone 4). Relief accidenté et très faible densité caractérisent cet espace central de la Bourgogne, ce qui entraîne des problèmes pour le maintien de l'accessibilité aux soins. D'autant plus que le dispositif hospitalier dans ce territoire n'est composé que de centres hospitaliers de proximité et d'hôpitaux locaux. D'après le modèle, il manquerait 580 lits

toutes disciplines confondues, dont 17% en médecine, 38% en chirurgie, 3% en obstétrique et 41% en soins de suite, par rapport aux capacités actuelles, pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers des 4 zones réunies (tableau II). Zone par zone, la répartition des déficits et des excédents en lits diffère selon la discipline. Ainsi, dans la zone 1, on observe un excédent de 38 lits en médecine, mais un déficit de 66 lits en chirurgie, de 2 en obstétrique et de 39 en soins de suite. Par contre, dans la zone 5, il manque des lits (280) dans toutes les disciplines : 34% en médecine, 34% en chirurgie, 4% en obstétrique et 28% en soins de suite. Dans la zone 6, seuls les lits d'obstétrique sont excédentaires. Enfin, dans la zone 13, le nombre de lits installés est de 96 lits inférieur au nombre théorique. Au vu de ces résultats, la partie centrale de la Bourgogne est-elle réellement déficitaire en lits hospitaliers par rapport aux besoins ?

2.3. A propos de la construction du modèle d'estimation

Plusieurs limites méritent d'être soulevées :

- d'une part sur les données utilisées :

En ce qui concerne les projections de population, celles-ci sont faites à partir du recensement de 1990 et des évolutions constatées entre 1975 et 1990. Or plus on s'éloigne de 1990, moins les projections sont fidèles à la réalité. Le modèle devra être actualisé avec les chiffres du prochain recensement.

Les taux de fréquentation hospitalière et les durées moyennes de séjour sont des données nationales obtenues par une enquête effectuée en 1993. Les évolutions à la fois dans le mode de recours aux soins et dans les modes de prises en charge (développement de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile, de

l'hospitalisation de jour, diminution de la durée moyenne de séjour) ne sont donc pas prises en compte. Le modèle suppose que 99% des lits théoriques obtenus correspondent à de l'hospitalisation complète. Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information permettraient, à un niveau régional, d'estimer la fréquentation hospitalière en intégrant les nouvelles modalités de prise en charge et les pratiques spécifiques à la région. Le nombre de lits hospitaliers nécessaires serait alors déterminé par groupes homogènes de malades.

- d'autre part sur les hypothèses :

L'âge et le sexe sont les seuls facteurs explicatifs de la demande d'hospitalisation dans le modèle. Or la demande de santé dépend de nombreux autres facteurs, tels que le revenu, le niveau d'instruction, le cadre de vie (urbain / rural), ... Autant de dimensions qui ne sont pas prises en compte, mais qui influent pourtant fortement sur le comportement en matière de recours au dispositif hospitalier.

Le taux de fécondité utilisé est un taux moyen pour l'ensemble de la Bourgogne. Or, selon les zones, il est soit inférieur, soit supérieur à ce taux moyen. Pour une analyse plus approfondie de l'évolution des naissances, les taux de fécondité réels dans chaque zone devraient être appliqués.

Par ailleurs, l'activité hospitalière est censée représenter la demande d'hospitalisation. Or, celle-ci prend en compte les hospitalisations non nécessaires mais ne tient pas compte des besoins non exprimés.

2.4. A propos de la signification des résultats

Le nombre théorique de lits hospitaliers estimés correspond au nombre de lits nécessaires et suffisants, compte tenu des hypothèses avancées, pour satisfaire l'ensemble des besoins hospitaliers de la zone considérée, toutes pathologies confondues. Or, certaines maladies ne peuvent pas être prises en charge par les établissements de la zone (plateau technique trop exigeant) et les habitants de la zone peuvent être hospitalisés à l'extérieur. **C'est ici que l'approche populationnelle doit être couplée à une approche institutionnelle**, en termes d'activité et de flux des patients. Le nombre de lits théoriques doit ainsi être pondéré, d'une part par des analyses en termes de qualité et de niveaux de soins, d'autre part par des données sur les attractions des établissements de santé. Bien que l'approche reste fondée sur les besoins, sont introduits néanmoins le comportement de la population et les spécificités géographiques de prise en charge médicale. Ceci montre avec quelle prudence les résultats obtenus doivent être interprétés. Le modèle calcule en fait un nombre maximal de lits (publics et privés) nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers d'une zone donnée. Mais il ne s'agit pas du nombre optimal de lits.

3. Quelques pistes pour une nouvelle allocation des ressources hospitalières

Le modèle est construit sur l'idée forte de zone de besoin. Pour une zone prédéterminée, il détermine le nombre de lits hospitaliers nécessaires et suffisants pour satisfaire les besoins. Cette zone peut être le département, un secteur sanitaire, un bassin

de vie, une zone d'emploi, ou la partie centrale de la Bourgogne par exemple (avec 250 000 habitants en 1996, elle peut constituer un secteur sanitaire). **Le modèle estime un nombre de lits pour une zone et non pour chaque établissement de santé de cette zone : on passe véritablement d'une logique d'établissement à une logique de zone de besoin de santé.** Soulignons encore que cette zone peut être une zone de complémentarité ou une communauté d'établissements.

Dans le cadre de la révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, la détermination des zones de besoin de santé et du nombre de lits hospitaliers afférents par discipline pourrait être confiée à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation² [7]. Mais les hôpitaux garderaient une certaine liberté d'initiative. Dans le cadre de la signature des contrats d'objectifs et de moyens [8] entre les établissements et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, si l'objectif recherché est la satisfaction des besoins des patients à moindre coût, le partage des lits entre les établissements doit se faire sur la base d'une négociation entre les partenaires. **Cette logique de zone de besoin de santé doit ainsi favoriser la coopération entre les établissements, une coopération allant jusqu'à la mise en réseau de leurs moyens.** Le réseau [9], en tant qu'organisation, peut se définir comme un ensemble de plusieurs acteurs (ici les établissements de santé), dispersés dans une zone géographique donnée (zone de complémentarité, bassin de vie), dont les compétences sont différentes et complémentaires (différentes spécialités médicales), qui travaillent dans un objectif commun (une meilleure prise en charge des patients) en partageant des normes (protocoles de soins) et des valeurs (éthique, confiance, ...), sur

² Mises en place par l'Ordonnance du 24 avril 1998, les Agences de l'Hospitalisation ont pour mission de mettre en œuvre la politique hospitalière régionale, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé et de leur allouer les ressources. A ce titre, le directeur de l'Agence arrête le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

la base d'une coopération volontaire. A l'intérieur de la zone de besoin de santé, les structures de soins sont libres de coopérer ou non. On peut penser néanmoins que si quelques unes s'engagent volontairement dans une stratégie de coopération, les autres suivront par un effet "boule de neige" (effet d'entraînement, mimétisme, ...) [10] caractéristique d'une organisation en réseau. La mise en réseau généralisée des établissements hospitaliers, outre le fait qu'elle favorisera la réalisation d'économies d'échelle notamment au niveau des activités logistiques, permettra alors de lever le dilemme qualité-équité en favorisant l'équité, c'est à dire l'égalité dans l'accès de tous à des soins de qualité [11].

CONCLUSION :

de la zone de besoin à la mise en réseau des établissements de santé

Si la modélisation présentée précédemment reste perfectible à la fois dans les hypothèses et les données employées, son approche populationnelle n'en demeure pas moins intéressante pour asseoir une nouvelle politique d'allocation des ressources. Les moyens ne devraient plus être attribués par établissement, mais par zone de besoin de santé à charge pour les établissements de les répartir entre eux par le biais de formes juridiques et institutionnelles de coopération sanitaire telles que la convention, le syndicat interhospitalier, le groupement de coopération sanitaire [12], ... Ainsi le rapport Nicolas [13] préconise une organisation en réseau pour un bassin de population de 150 000 à 300 000 personnes avec une redéfinition du rôle et des missions des structures existantes autour d'un centre hospitalier référent. Les postes de praticiens seraient plus attractifs grâce à la possibilité d'une activité plus importante et plus diversifiée, notamment dans les disciplines de chirurgie, d'anesthésie-réanimation, et de

gynécologie-obstétrique, où de nombreux postes sont vacants, notamment dans les petits hôpitaux. Les établissements du réseau désigneront un centre référent qui coordonnera leur activité sur la base de l'instauration de protocoles de soins qui sont autant de normes indispensables à une régulation satisfaisante [14]. Par ailleurs il n'est pas totalement utopique de supposer que de la concertation et de la pratique commune naîtra une confiance tout aussi nécessaire à cette régulation et d'autant plus vraisemblable qu'elle s'appuiera sur des habitudes et sur une culture locales [15, 16].

Il s'agit en fait, à partir d'une attribution des moyens par zone de besoins et sur la base d'une organisation en réseau de l'activité hospitalière dans cette zone, de tirer tous les bénéfices qu'on peut attendre d'une organisation de ce type, en termes d'efficacité et d'équité, dans une perspective [17] tout à la fois " d'allocation de ressources ", c'est à dire d'utilisation optimale des ressources disponibles, mais aussi de " création de ressources ", c'est à dire d'apprentissage et d'innovation organisationnelle susceptible de favoriser un processus cumulatif et auto entretenu de coopération.

REMERCIEMENTS : *L'auteur adresse tous ses remerciements à Michel FALLET, statisticien régional à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne, pour sa précieuse collaboration.*

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'une recherche cofinancée par le Conseil Régional de Bourgogne et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jourdain A, De Turenne I. *100 mots-clés de planification sanitaire*. Rennes : éditions ENSP. 1997 : 122-125.
- [2] Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé. Concepts-méthodes-stratégies*. Montréal : Editions Nouvelles. 1995 : 486.
- [3] Le Pen C. *Efficacité et Equité en Economie de la Santé*. Dijon : Communication aux XVIIIèmes Journées des Economistes de la Santé. 1996 : 24.
- [4] Béjean S. *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*. Paris : Ed. Economica. 1994 : 317.
- [5] Association des Petites Villes de France. *Livre Blanc sur les hôpitaux de proximité*. 1998 : 21.
- [6] Jaffre D. *Peut-on sauvegarder les petits hôpitaux ? Le dilemme équité-qualité de la planification hospitalière*. Dijon : Université de Bourgogne mémoire de DEA d'Analyse et Politiques Economiques. 1996 : 134.
- [7] Stingre D. *Le service public hospitalier*. Paris : éditions PUF. 1997 : 135.
- [8] Segade JP. Le contrat d'objectif : un moyen de recomposition du paysage hospitalier. *Gestions Hospitalières* 1997 ; 371 : 817-820.
- [9] UHNO. Evaluation et contrats dans le cadre de réseaux de soins. *Revue Hospitalière de France* 1997 ; 5 : 640-654.
- [10] Béjean S, Gadreau M. *Réseaux et système de santé*. Dijon : document de travail LATEC n°9607. 1996 : 25.
- [11] Mick S, Naiditch M, Bourgueil Y. Les petits hôpitaux et les enjeux de la restructuration. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997 ; 19 : 26-30.
- [12] UHSE. Les communautés hospitalières et les groupements de coopération sanitaire. *Revue Hospitalière de France* 1998 ; 1 : 12-33.
- [13] Nicolas G, Duret M. *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1998 : 51.
- [14] Grémy F. Filières et réseaux. *Gestions Hospitalières* 1997 ; 367: 433-438.
- [15] Naiditch M, Oberlin P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ?. *Gestions Hospitalières* 1995 ; 739-746.

- [16] Bourgueil Y, Naiditch M. Comment peuvent naître et se développer de nouvelles pratiques coopératives en périnatalité : le cas du réseau de santé du Haut-Nivernais ?. *La Lettre d'Image* 1996 ; 9 : 4-7.
- [17] Béjean S, Gadreau M. Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'Economie Industrielle* 1997 ; 81 : 77-97.

Tableau I :
Estimation des besoins en lits hospitaliers en Bourgogne
(année 1996)

Discipline	Besoin théorique en lits hospitaliers	Lits hospitaliers installés *	Excédent
Médecine	3 325	3 856	531
Chirurgie	3 031	3 050	19
Obstétrique	652	729	77
Total Court Séjour	7 008	7 635	627
Soins de suite	2 485	2 349	-136
Total Disciplines	9 493	9 984	491

** source : Statistiques d'Activité des Etablissements de santé 1996*

Tableau II :

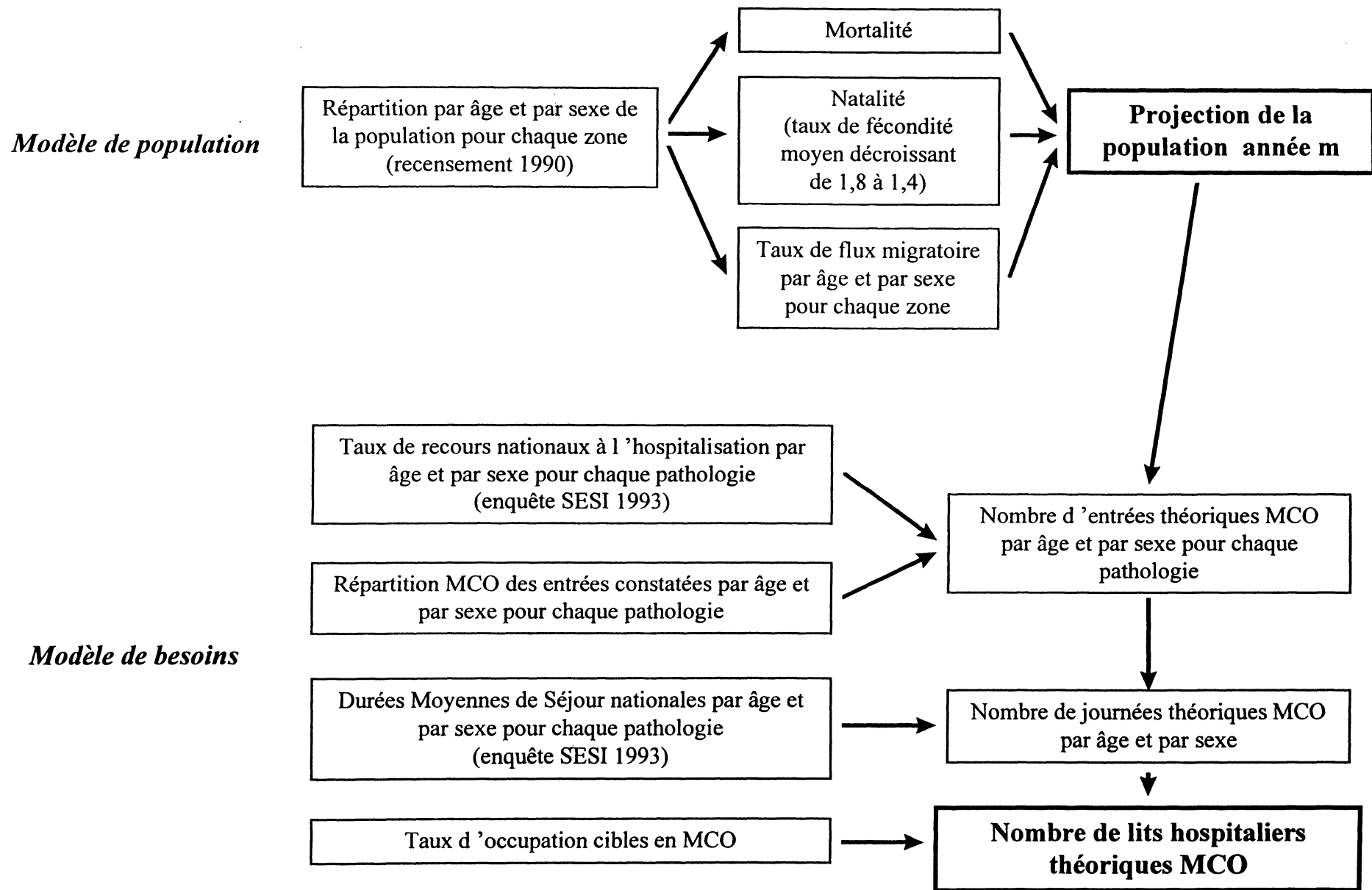
Estimation des besoins en lits hospitaliers dans la partie centrale de la Bourgogne

(année 1996)

Discipline	Besoin théorique en lits hospitaliers	Lits hospitaliers installés *	Excédent
Médecine	599	497	-102
Chirurgie	528	308	-220
Obstétrique	90	73	-17
Total Court Séjour	1 217	878	-339
Soins de suite	475	234	-241
Total Disciplines	1 692	1 112	-580

** source : Statistiques d'Activité des Etablissements de santé 1996*

ANNEXE I : La démarche générale de la modélisation



MCO : Médecine, Chirurgie, obstétrique

