

D'après les résultats de l'enquête SAE et du PMSI pour 2000, l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)) a augmenté de 1,2 %, tous modes d'hospitalisation confondus, poursuivant ainsi la tendance constatée depuis plusieurs années (+1,1 % en 1998, +1,5 % en 1999). Cette évolution correspond au redéploiement des hospitalisations à temps complet vers les prises en charge à temps partiel, particulièrement marqué dans les établissements privés sous dotation globale. La croissance de l'activité se poursuit dans le secteur public (1,5 %) et ralentit dans les cliniques privées, passant de 2,4 % en 1999 à 0,6 % en 2000.

On note cependant peu d'évolution du partage de l'activité de court séjour entre les secteurs d'hospitalisation : le secteur public qui cumulait 55,3 % des séjours et venues en 1998 en regroupe 55,2 % en 2000 ; le secteur privé sous dotation globale 6,2 % en 1998 et 6,3 % en 2000 ; le secteur privé sous OQN 38,5 % en 1998 et en 2000.

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 de 8 à 9 %.

La tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour s'accélère en 2000 (-2 %).

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 (-2,1 % en 2000, -1 % en 1999) alors que les soins de longue durée enregistrent une légère croissance (+0,6 %).

Quant au nombre de lits installés, il diminue en 2000 de façon plus prononcée qu'en 1999 (-2,1 % après -1,3 %).

Bureau des établissements de santé
avec la collaboration de **Frédéric BOUSQUET**
Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES
et de **Namik TARIHT**, CHU Nantes

L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers

Mesurée globalement en nombre de séjours, l'activité des établissements de santé publics et privés en soins de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO) a augmenté de 1,2 % en 2000, tous modes d'hospitalisation confondus en France métropolitaine (tableau 1). Cette évolution, qui fait suite à une augmentation de l'activité de 1,1 % en 1998 et de 1,5 % en 1999, s'inscrit ainsi dans la tendance constatée depuis plusieurs années d'une croissance régulière et modérée de l'activité hospitalière en court séjour MCO.

Cette régularité résulte d'une tendance plus structurelle opposant les évolutions de l'hospitalisation à temps complet (-0,6 % en 2000) à celle des prises en charge à temps partiel (+5,5 % en 2000). Évaluées plus globalement sur deux ans, entre 1998 et 2000, les premières diminuaient de 0,4 %, alors que les secondes connaissaient une croissance de près de 11 %.



***Un redéploiement marqué
vers les prises en charge à temps
partiel dans les établissements
privés sous dotation globale***

Ces évolutions, communes aux trois secteurs d'hospitalisation, apparaissent beaucoup plus marquées parmi les établissements privés sous dotation globale. En 2000, l'activité de ce secteur est ainsi caractérisée par une baisse sensible des hospitalisations à temps complet (-4 %) et une augmentation très forte des hospitalisations à temps partiel, de plus de 15 %. Ces évolutions semblent liées à un redéploiement prononcé, en médecine, des prises en charge à temps complet vers les hospitalisations de moins de 24 heures. Dans cette discipline, l'activité en hospitalisation complète recule en effet de près de 6 % alors que les hospitalisations de jour s'accroissent de 18 %. Les évolutions des capacités d'accueil (-3 % de lits de médecine et à l'inverse +8 % de places d'hospitalisation de jour) corroborent l'hypothèse d'un redéploiement important, en 2000, des prises en charges entre les deux modes d'hospitalisation.

Néanmoins, ces résultats peuvent être artificiellement exagérés du fait de la nette amélioration de la qualité du recueil des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en 2000 par rapport à 1999 ; la forte croissance enregistrée en 2000 pourrait ainsi résulter d'une sous-estimation des séjours en 1999. La tendance observée n'en reste pas moins réelle puisque, même vraisemblablement sous-estimée en 1999, la croissance de l'activité de médecine à temps partiel approchait les 8 %, alors que le nombre de séjours de plus de 24 heures restait stable.

***Une croissance de l'activité
qui se poursuit dans le secteur
public, grâce aux hospitalisations
à temps partiel***

En tendance sur deux ans (1998-2000), les hôpitaux publics et les cliniques privées connaissent des évolutions de leur activité de court séjour MCO relativement similaires (+2,4 % dans le secteur public et +2,8 % dans le secteur privé sous Objectif quantifié national (OQN). Toutefois, alors qu'en 1999,

la croissance de l'activité des cliniques était un peu plus soutenue que celle des hôpitaux publics (2,4 % contre 1,1 %), la situation est inversée en 2000.

L'activité de court séjour MCO augmente ainsi de 1,5 % dans le secteur public. Cette croissance est quasi-exclusivement due au développement soutenu des prises en charge à temps partiel, tant dans les disciplines de chirurgie que dans celles de médecine (entre 6 et 7 % de croissance chacune). Dans le même temps, l'activité d'hospitalisation à temps complet reste stable, voire décroît légèrement (-0,1 %), en raison d'une diminution plus marquée en chirurgie (-1,3 %) qu'en médecine (+0,2 %). Cette situation semble, au moins en partie, traduire une accélération du développement de la chirurgie ambulatoire dont rend également compte la forte croissance du nombre de places créées en 2000 (plus de 16 %, contre 7 % en 1999 et 4,4 % en 1998). En 2000, dans les hôpitaux publics, la prise en charge ambulatoire représente désormais 20 % de l'activité de chirurgie, contre 18 % en 1998. De même, la part des prises en charge en hospitalisation de jour (médecine) continue à croître.

2

T 01 activité en médecine, chirurgie et obstétrique en 2000

Groupes de séjours	Établissements publics de santé				Établissements privés sous dotation globale			
	Séjours en milliers	Évolution du nombre de séjours 2000/1999 en %	Journées en milliers	DMS* en jours	Séjours en milliers	Évolution du nombre de séjours 2000/1999 en %	Journées en milliers	DMS* en jours
Séjours chirurgicaux supérieurs à 24 heures	1 407	-1,3	10 741	7,6	240	-0,6	1 694	7,1
Séjours chirurgicaux inférieurs à 24 heures	342	5,9			65	6,9		
Total séjours chirurgicaux	1 749	0,1			305	1,0		
Séjours médicaux supérieurs à 24 heures	4 788	0,2	30 899	6,5	432	-5,9	2 762	6,4
Séjours médicaux inférieurs à 24 heures	1 701	6,7			199	18,1		
Total séjours médicaux	6 489	1,9			631	1,7		
Total séjours supérieurs à 24 heures	6 195	-0,1	41 640	6,7	672	-4,0	4 456	6,6
Total séjours inférieurs à 24 heures	2 043	6,5			264	15,3		
Total	8 238	1,5			936	1,4		

* Durée moyenne de séjour
Champ : France métropolitaine.
Source : DHOS et DREES, SAE 2000 et PMSI 2000.

tre, passant de 24 % du total des séjours de médecine en 1998 à 26 % en 2000, le nombre de places correspondantes augmentant tout aussi fortement (+14 % contre 3,2 % en 1999 et 2,7 % en 1998).

Ralentissement de l'activité dans les cliniques privées

Après une augmentation de 2,4 % en 1999, l'activité de court séjour MCO des cliniques privées marque le pas en 2000 avec une évolution de 0,6 %. Cette faible évolution s'explique à la fois par un recul sensible des hospitalisations à temps complet (-0,9 % en 2000 contre +0,6 % en 1999) et par un ralentissement de la croissance du nombre de prises en charge à temps partiel (+3,2 % en 2000 contre +6 % en 1999). À cela, plusieurs explications : la forte croissance¹ de

l'hospitalisation partielle observée en 1999 a, en effet, pu être liée à l'ouverture du droit à facturation, au deuxième semestre 1998, de certaines prises en charge dont la durée est comprise entre 6 et 24 heures. Elle a pu avoir pour conséquence de faire apparaître dans les statistiques 1999 une activité qui restait jusque là non déclarée, créant ainsi un différentiel important sur le champ de l'hospitalisation de moins de 24 heures avec l'année 1998. Le ralentissement constaté en 2000 pourrait ainsi être, pour partie, dû à la normalisation, en 1999, des déclarations de ces séjours.

Un autre élément explicatif s'avère le net ralentissement de la création de places de chirurgie ambulatoire dans le secteur des cliniques, qui en détient encore près de 79 % en 2000 (81 % en 1998). Au sein des établissements sous OQN, la croissance du nombre de places était de 2,6 % en 1998 et de 2 % en 1999 ; elle n'est plus que de 0,9 % en 2000. On peut y voir l'effet combiné du ralentissement de la conversion de lits en places par les établissements, et la disparition de cliniques dont les autorisations peuvent notamment être reprises par les sec-

teurs publics ou privés sous dotation globale. On constate en effet que le nombre d'établissements sous OQN déclarant une activité de chirurgie est passé de 715 en 1999 à 679 en 2000, soit une diminution de 5 %.

L'impact de la diminution du nombre d'établissements sur l'activité globale du secteur reste cependant délicat à analyser. L'activité de chirurgie à temps complet n'enregistre qu'une baisse limitée (-0,4 %) et ce, malgré une baisse de 3,3 % des lits de chirurgie. Les restructurations importantes de ce secteur qui conduisent à des regroupements ou à des disparitions accompagnées ou non de changements de secteur (passages du privé sous OQN au privé sous dotation globale et, plus rarement, l'inverse) rendent nécessaire une analyse plus détaillée compte tenu des modifications de champ qu'elles impliquent.

Peu d'évolution du partage de l'activité de court séjour entre les secteurs d'hospitalisation

Entre 1998 et 2000, la répartition globale de l'activité de court séjour MCO, exprimée en pourcentage de séjours (hospitalisations complètes et venues en hospitalisation à temps partiel) n'a pas évolué entre les trois secteurs d'hospitalisation. Ainsi, en 1998, le secteur public cumulait 55,3 % des séjours et venues, le secteur privé sous dotation globale 6,2 % et le secteur privé sous OQN 38,5 %. En 2000, ces proportions sont respectivement de 55,2 % pour le public, 6,3 % pour le privé sous dotation globale et 38,5 % pour l'OQN.

Une légère modification se produit cependant dans la répartition des activités de médecine et de chirurgie au sein des différents secteurs. En chirurgie, la part des établissements sous OQN a augmenté de 59 % en 1998 à 60 % en 2000, celle du secteur public a baissé de 35 à 34 % et celle des établissements privés sous dotation globale est restée stable avec 6 % des séjours chirurgicaux. En médecine, les évolutions sont au contraire très faibles. La part du secteur privé sous OQN diminue de 0,2 point passant de 27,8 à 27,6 % des séjours, essentiellement au profit des établissements privés sous dotation globale, dont la part dans les séjours de médecine évolue de

1. Valérie CARRASCO, Marc JOUBERT, Édith THOMPSON, « L'activité des établissements de santé en 1999 », Études et Résultats n° 118, juin 2001.

Établissements privés sous OQN				Ensemble du champ MCO			
Séjours en milliers	Évolution du nombre de séjours 2000/1999 en %	Journées en milliers	DMS* en jours	Séjours en milliers	Évolution du nombre de séjours 2000/1999 en %	Journées en milliers	DMS* en jours
2 138	-0,4	11 236	5,3	3 785	-0,7	23 671	6,3
904	3,3			1 311	4,2		
3 042	0,7			5 096	0,5		
1 518	-1,6	7 504	4,9	6 738	-0,6	41 165	6,1
1 196	3,1			3 096	6,0		
2 714	2,4			9 834	1,5		
3 656	-0,9	18 740	5,1	10 523	-0,6	64 836	6,2
2 100	3,2			4 407	5,5		
5 756	0,6			14 930	1,2		

6,2 à 6,4 %, la part du secteur public restant stable à 66 %.

Stabilité de l'activité par grandes catégories de diagnostics en médecine et en chirurgie

La structure d'activité des établissements de santé en court séjour MCO reste également très stable dans le temps. Comme en 1997, 1998 et 1999, sept catégories majeures de diagnostics (CMD) sur vingt-sept permettent de décrire près des deux tiers de l'activité de court séjour des hôpitaux. En 2000, la hiérarchie de ces CMD est presque la même qu'en 1999 ; néanmoins, la part des séjours liés aux grossesses et aux accouchements augmente passant de 8 à 9 % de la totalité des séjours MCO alors que celle des séjours classés en « facteurs influant sur l'état de santé »² diminue de 8 à 6 %. Ce dernier élément est probablement lié à une amélioration du codage des séjours par les établissements, un nombre important de séjours auparavant classés dans cette CMD se trouvant dorénavant comptabilisés dans d'autres catégories. En 2000, les séjours les plus fréquents sont rattachés à des diagnostics classés dans les affections du tube digestif (15 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (12 %), les affections de l'appareil circulatoire (9 %), les grossesses pathologiques et accouchements (9 %), les facteurs influant sur l'état de santé (6 %), les affections ORL (6 %), les affections du système nerveux (6 %). Ils regroupent ainsi 63 % de la totalité des séjours.

Au total, en 2000, le nombre de séjours chirurgicaux augmente de 0,5 % contre 1,5 % en 1999 et 0,4 % en 1998. Les deux tiers de ces séjours chirurgicaux restent concentrés sur quelques groupes de pathologies : les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, les affections de l'œil, celles du tube digestif, les affections ORL et les affections de la peau.

Cette légère croissance est, on l'a vu, exclusivement le fait de la chirurgie ambulatoire, dont l'activité privilégiée, notamment, les affections ORL (47 % de séjours inférieurs à 24 heures), les séjours liés à la grossesse (45 %) ou les affections de l'œil (33 %). Globalement, les prises en charge chirurgicales de moins

de 24 heures représentent 26 % des séjours chirurgicaux.

En 2000, si la progression des séjours médicaux est un peu plus rapide que celle des séjours chirurgicaux (1,5 % contre 0,5 %), l'évolution est à peu près semblable depuis 1998, avec une croissance globale proche de 2,5 %. Parmi les séjours médicaux, les deux tiers de l'activité sont concentrés sur les affections du tube digestif, celles de l'appareil circulatoire, les grossesses et accouchements et les facteurs influant sur l'état de santé. De même qu'en chirurgie, la croissance de l'activité de médecine est exclusivement liée, depuis 1998, aux prises en charge à temps partiel (-0,7 % contre +10 %). Ces dernières sont tout particulièrement fréquentes dans deux catégories de séjours : 58 % des séjours liés aux affections du tube digestif sont ainsi effectués en hospitalisation de jour ; cette proportion est de 53 % pour des facteurs influant sur l'état de santé.

Accélération de la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour

En médecine, chirurgie et obstétrique, le nombre global de journées d'hospitalisation complète en 2000 s'inscrit en recul de 2 %. Cette diminution traduit, outre l'inflexion à la baisse du nombre de séjours en hospitalisation temps plein (-0,6 %), la poursuite de la réduction de la durée moyenne de séjour. Celle-ci diminue de près de 0,1 jour en 2000 pour se situer à 6,16 jours, ce qui marque une tendance à l'accélération sur les trois dernières années connues. La durée moyenne de séjour a ainsi diminué de 0,8 % en 1998, de 1,1 % en 1999 et de 1,4 % en 2000. Cette dernière année, la diminution résulte d'une évolution plus importante en chirurgie (-0,2 jour pour s'établir à 6,25 jours), qu'en médecine (6,1) où elle reste quasi stable. En chirurgie, la baisse de la durée moyenne de séjour est un peu plus rapide dans l'ensemble des établissements sous dotation globale (environ -2,5 %) que dans les cliniques privées (-1,9 %). Mais les écarts de durée moyenne de séjour entre ces deux groupes restent importants, de l'ordre de deux jours. En médecine, l'écart est un peu plus faible (1,5 jour), mais assez curieusement, seuls les établisse-

ments sous OQN enregistrent en 2000, une diminution de la durée moyenne de séjour dans cette discipline, de près de 0,2 jour.

Baisse tendancielle du nombre global de journées d'hospitalisation complète dans l'ensemble des disciplines

L'édition 2000 de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), sur laquelle est fondée la majeure partie des résultats présentés dans cet article, a connu de substantielles modifications (encadré 1) qui affectent notamment le concept de séjours et leur nombre. À l'exception de ceux de médecine, chirurgie et obstétrique³, ces modifications interdisent de mesurer directement l'évolution de l'activité des établissements en se fondant sur la comparaison des chiffres extraits de la SAE en 1999 et 2000. En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation complète, de même que le nombre de venues en hospitalisation à temps partiel ne sont pas affectés. Ceci permet une comparaison partielle de l'activité entre les deux années pour les autres disciplines que la MCO, mais qui a, en elle-même, des limites importantes du fait de la diminution régulière de la durée de séjour en hospitalisation complète. C'est donc plutôt en fonction des écarts à la baisse tendancielle du nombre de journées qu'il faut interpréter les évolutions de l'année 2000 pour les différentes disciplines autres que le court séjour (tableau 2).

En psychiatrie, des évolutions disparates selon les secteurs d'hospitalisation

En psychiatrie, la diminution de 2,1 % du nombre de journées en hospi-

2. Il s'agit principalement des examens de contrôle sans résultats anormaux, ainsi que, dans une moindre mesure, des recours à l'hôpital pour motifs sociaux liés à l'urgence.

3. Le comptage est ici fondé sur un autre système d'information : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dont la cohérence avec la SAE est néanmoins assurée par des techniques de redressement statistiques (voir encadré 1).

Méthodologie

Champ de l'étude

Le champ retenu pour les chiffres globaux présentés dans cette étude est restreint aux données relatives à l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé en activité au cours de l'année 2000. Les prises en charge à domicile et l'activité se déroulant dans le domaine médico-social ne sont donc pas étudiées. De même, les consultations et les traitements itératifs comme les dialyses, les chimiothérapies, et les radiothérapies ne sont pas prises en compte.

Méthode de calcul

Deux sources d'information sont utilisées complémentaires, selon le domaine d'activité : le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), profondément rénovée sur l'exercice 2000 (encadré 2).

En psychiatrie, comme en soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mesure 95 %, de l'activité. En effet, certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité MCO dans le PMSI et, d'autre part, le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO des établissements à tarif d'autorité, ni celles des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Par conséquent, deux sortes de redressements sont effectuées : d'une part, la non-exhaustivité des réponses (« non réponse partielle ») est redressée, établissement par établissement, à partir de la SAE et, d'autre part, un calage sur l'activité recueillie dans la SAE est effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et de la région d'implantation) pour corriger l'absence de réponse de certains établissements (« non-réponse totale »). Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des volumes d'activité en MCO et pour calculer leur évolution compte tenu de la forte amélioration de la représentativité du PMSI.

Activité mesurée

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en journées.

Dans la SAE,

- pour l'hospitalisation complète, les séjours correspondent aux « entrées directes », concept modifié lors de la refonte de SAE mise en place sur l'exercice 2000, pour se rapprocher du PMSI (encadré 2) ;

- pour l'hospitalisation partielle, il s'agit de « venues » en hospitalisation de jour ou de nuit, ou en anesthésie-chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, il s'agit du nombre de résumés de sorties anonymes (RSA).

Chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un RSA, exception faite des traitements itératifs, et de certaines prises en charge réparties sur deux établissements. Ainsi, la notion de séjour correspondant au RSA dans le PMSI est cohérente avec celle d'entrée directe ou de venue dans la SAE¹.

Durée de séjour du patient en MCO

Les deux sources PMSI et SAE fournissent des informations sensiblement différentes sur la durée des séjours.

Dans SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline d'équipement à laquelle appartient le lit dans lequel le patient séjourne (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est catalogué « chirurgie », même si le patient n'est pas opéré. Lorsqu'un patient est transféré au décours de l'intervention, en réanimation par exemple, ses jour-

nées sont successivement imputées en chirurgie puis en médecine. Les durées de séjour qui, avant 2000, étaient mesurées par le rapport entre le nombre de journées aux entrées directes, correspondaient donc à des durées de séjour au sein d'une discipline donnée et ne renseignaient pas sur la durée totale de prise en charge du patient.

Le PMSI décrit, lui, les prestations délivrées au patient. L'ensemble du séjour du patient sera qualifié de « chirurgical » si un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline des lits dans lesquels le patient a été pris en charge. La durée de séjour du patient dans l'entité qui se mesure par la différence entre la date d'entrée et la date de sortie, n'est pas soumise aux aléas des transferts internes et des différents modes d'organisation.

La durée de séjour du patient étant plus significative de l'évolution des prises en charge, c'est le PMSI qui fournit dorénavant cette information pour le MCO.

Type d'activité

De la même façon, les critères de répartition entre hospitalisation complète et partielle diffèrent entre SAE et PMSI.

Ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le type d'activité dans SAE : « Hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures (lits) ou hospitalisation partielle quand elle mobilise une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie - chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, c'est l'intervalle entre la date d'entrée et de sortie du patient qui fait la différence : une durée inférieure à 24 heures classe un séjour dans la Catégorie majeure de diagnostic 24 (CM24) quel que soit le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée supérieure à 24 heures correspond automatiquement à un séjour en hospitalisation complète.

C'est le concept du PMSI qui a été adopté pour l'activité en MCO, alors que pour les autres disciplines seul le concept de la SAE pouvait être utilisé.

Établissements

Les établissements sont répartis en trois secteurs :

- le secteur public rassemble les établissements de santé publics ;
- le secteur privé sous dotation globale comprend l'ensemble des établissements privés ayant opté pour ce mode de tarification ;
- le troisième secteur regroupe les établissements privés relevant de l'article L710-16.2 du Code de la Santé publique, les établissements à tarif d'autorité, ainsi que les établissements sans mode de fixation des tarifs. Dans le cadre de cette étude, ce secteur est intitulé « établissements sous Objectif quantifié national » (OQN).

Lits et places

Le nombre de lits et places comptabilisés dans la SAE correspond aux capacités installées au 31 décembre 2000 dans les établissements de santé publics et privés, c'est-à-dire au nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréées) et places en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

Ce nombre ne correspond pas nécessairement aux capacités autorisées recensées dans la carte sanitaire, puisque les établissements disposent d'un délai maximum de trois ans pour mettre en œuvre les autorisations reçues.

1. Exception faite des nouveau-nés qui sont enregistrés dans le PMSI mais pas dans SAE.

T
02

activité par grands groupes de disciplines en 2000
en hospitalisation complète et partielle

Disciplines d'équipements		Établissements publics de santé			Établissements privés sous dotation globale		
		Entrées ⁽³⁾ ou venues en milliers	Journées en milliers	Évolution des journées 2000/1999	Entrées ⁽³⁾ ou venues en milliers	Journées en milliers	Évolution des journées 2000/1999
Médecine Chirurgie Obstétrique	- hospitalisation > 24 h ⁽¹⁾	6 195	41 640	-0,9 %	672	4 456	-4,8 %
	- hospitalisation < 24 h ⁽²⁾	2 043			264		
	- Ensemble	8 238			936		
Lutte contre les maladies mentales	- hospitalisation complète	395	12 880	-1,7 %	62	2 766	-8,2 %
	- hospitalisation partielle	4 020			1 046		
	- Ensemble	4 415			1 108		
Soins de suite et de réadaptation	- hospitalisation complète	306	11 316	-1,0 %	236	8 420	-3,1 %
	- hospitalisation partielle	280			715		
	- Ensemble	586			951		
Soins de longue durée	- hospitalisation complète	43	26 849	0,0 %	4	2 428	5,7 %
Total section hôpital	- hospitalisation complète	6 939	92 685	-0,9 %	974	18 070	-0,4 %
	- hospitalisation partielle	6 343			2 025		
	- Ensemble	13 282			2 999		

1. Hospitalisation complète : ce sont des entrées directes ou des RSA qui sont comptabilisées.

2. Durée moyenne de séjour mesurée en journées à partir du PMSI.

3. Le concept des entrées a été modifié en 2000, voir encadré 1.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 2000 et PMSI 2000.

6

talisation complète, observée tous types d'établissements confondus, s'inscrit dans une tendance régulière et soutenue (-2,5 % en 1998 et -3 % en 1999). En 2000, cette évolution est cependant très disparate selon le type d'établissements concernés. Le recul du nombre de journées en hospitalisation complète est modéré dans le secteur public (-1,7 %) et correspond à une évolution déjà constatée en 1999. Les établissements privés sous dotation globale enregistrent, quant à eux, une diminution beaucoup plus marquée (-8,2 %) qui fait suite à une baisse à peu près équivalente en 1999 (-8,9 %), sans doute consécutive à des fermetures d'établissements. Dans ce secteur, on constate en effet une baisse de près de 7 % du nombre des lits (contre un peu plus de 4 % dans le secteur public).

Les établissements sous OQN enregistrent, pour leur part, une augmentation modérée de 1,3 % du nombre de journées d'hospitalisation. Il est intéressant

de noter, même s'il n'est pas possible de comparer l'évolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète, que ce mode de prise en charge est très caractéristique du secteur privé sous OQN. C'est en effet le seul secteur pour lequel il soit largement majoritaire par rapport à l'hospitalisation partielle alors que la proportion est de 1 à 10 dans le secteur public.

L'offre de soins psychiatriques fait l'objet d'une organisation très spécifique. On distingue ainsi la psychiatrie sectorisée qui regroupe une majorité des établissements publics et une partie des établissements privés sous dotation globale, de la psychiatrie non sectorisée composée du reste des établissements (donc essentiellement privés). La psychiatrie sectorisée propose ainsi une forme de prise en charge des patients en réseau au sein de zones géo-démographiques déterminées.

En 2000, les secteurs de psychiatrie ont assuré plus des trois quarts du total

des hospitalisations complètes en psychiatrie, en France métropolitaine. Cette part est encore plus considérable en matière d'hospitalisation de jour et de nuit, puisque les secteurs concentrent plus de 86 % de ces venues. Ces dernières constituent ainsi une part très importante de l'activité des secteurs puisqu'elles représentent 91 % de la totalité des séjours hospitaliers. Elles ne mobilisent pourtant que le tiers des capacités d'accueil.

4. En dehors de l'hospitalisation de jour ou de nuit, les secteurs proposent d'autres modalités de prise en charge à temps partiel, à temps complet ou en ambulatoire au sein de structures situées le plus souvent en dehors des murs de l'hôpital (centres d'accueil thérapeutiques, ateliers thérapeutiques, etc.). Pour plus de détail, se référer à Magali COLDEFY, Frédéric BOUSQUET, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale », Études et Résultats n° 163, mars 2002.

Les secteurs offrent également d'autres formes d'accueil et de prise en charge, alternatives à l'hospitalisation⁴. Ces dernières sont pour la plupart très spécifiques et quasi-exclusives de l'offre sectorisée. En particulier, l'accueil de jour en centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel ou en ateliers thérapeutiques est réalisé, dans 95 % des cas, au sein des secteurs.

Ralentissement de la croissance de l'activité de soins de suite et de réadaptation

En soins de suite et de réadaptation, l'activité mesurée en journées d'hospitalisation décroît globalement de 2,1 % accélérant ainsi un mouvement de baisse déjà constaté en 1999 (-1 %) alors qu'en 1998 était enregistrée une augmentation du nombre de journées. Bien qu'il ne soit pas possible de calculer pour les soins de suite et de réadaptation une durée moyenne de séjour en 2000, on peut penser que cette baisse est en partie expliquée par la diminution de cette durée. Dans l'ensemble, entre 1997 et 1999, la durée moyenne de séjour avait déjà diminué de presque un jour, passant de 32,9 à 32,1 jours. Quant à la tendance de forte croissance des hospitalisations à temps partiel constatée les années précédentes,

Établissements privés sous OQN			Ensemble établissements publics et privés		
Entrées ⁽³⁾ ou venues en milliers	Journées en milliers	Évolution des journées 2000/1999	Entrées ⁽³⁾ ou venues en milliers	Journées en milliers	Évolution des journées 2000/1999
3 656	18 740	-3,7 %	10 523	64 836	-2,0 %
2 100			4 407		
5 756			14 930		
111	3 804	1,3 %	568	19 450	-2,1 %
69			5 135		
180			5 703		
239	7 416	-2,7 %	781	27 152	-2,1 %
213			1 208		
452			1 989		
1	353	18,3 %	49	29 629	0,6 %
4 007	30 313	-4,8 %	11 921	141 067	-1,7 %
2 382			10 750		
6 389			22 671		

T 03 nombre de lits et places installés au 31 décembre 2000 selon les disciplines d'équipement

	Établissements publics de santé			Établissements privés sous dotation globale			Établissements privés sous OQN			Ensemble		
	2000	Évolution 2000/1999	TO	2000	Évolution 2000/1999	TO	2000	Évolution 2000/1999	TO	2000	Évolution 2000/1999	TO
Hospitalisation complète (nombre de lits)												
Total Soins de courte durée MCO	154 646	-0,8	78,3	19 020	-2,4	72,3	67 171	-3,8	77,3	240 837	-1,8	77,6
Lutte contre les maladies mentales	42 710	-5,5	83,1	9 251	-7,9	82,8	10 377	-2,6	99,0	62 338	-5,4	85,8
Soins de suite et de réadaptation	37 947	-0,6	84,3	28 570	-4,1	84,2	22 550	-2,8	90,3	89 067	-2,3	85,8
Soins de longue durée	75 703	-0,4	97,8	6 682	3,7	99,7	889	7,6	99,6	83 274	0,0	98,1
Autres disciplines de la section hôpital	0											
Total section hôpital	311 006	-1,4		63 523	-3,4		100 987	-3,3		475 576	-2,1	
Hospitalisation partielle (nombre de places)												
Hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie	6 784	14,1		3 349	7,8		2 527	1,7		12 660	9,9	
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	21 032	-1,8		4 855	-7,7		242	-2,8		26 129	-3,0	
Anesthésie et chirurgie ambulatoire	1 212	16,1		382	10,1		5 920	0,9		7 514	3,6	
Total	29 028	2,1		8 586	-1,5		8 689	1,2		46 303	1,3	

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 2000.

elle ne semble pas se prolonger en 2000.

La baisse du nombre de journées en soins de suite et de réadaptation enregistrée en 2000 concerne les trois secteurs d'hospitalisation. Elle est cependant plus marquée dans le secteur privé (-3,1 % pour les établissements sous dotation globale et -2,1 % pour ceux sous OQN) que dans le secteur public (-1 %). Ces évolutions semblent assez cohérentes avec la

diminution du nombre de lits qui atteint respectivement -4,1 %, -2,8 % et -0,6 %.

Légère progression pour les soins de longue durée

Reflète du vieillissement progressif de la population, les soins de longue durée constituent la seule discipline d'équipement pour laquelle le nombre global de

journées d'hospitalisation augmente, quoique de manière modérée (0,6 %). L'activité du secteur public recule modérément (-0,3 %), mais d'importantes recompositions du champ de l'hospitalisation privée dans cette activité rendent impossibles les comparaisons d'activité entre les deux secteurs.

Diminution plus prononcée du nombre de lits

En 2000, le nombre de lits installés diminue de 2,1 % (tableau 3), plus rapidement qu'il ne l'avait fait en 1999 (1,3 %). Cette accélération modérée du processus de réduction du nombre de lits installés se retrouve dans l'ensemble des disciplines d'équipement. Le recul est ainsi de 1,8 % en médecine, chirurgie, obstétrique contre 1,7 % en 1999, de 5,4 % en psychiatrie (-3,1 % en 1999), de 2,3 % en soins de suite et de réadaptation (-1,1 % l'année précédente). En soins de longue durée, on observe une stabilité en 2000 alors que le nombre de lits installés augmentait de 1,1 % en 1999.

L'évolution du nombre de lits dans le secteur public s'inscrit dans le prolongement de la tendance observée ces dernières années avec une diminution de 1,4 % contre 1,1 % en 1999. Dans le secteur privé, d'importants mouvements de champs dans la discipline des soins de longue durée rendent difficiles une comparaison directe entre établissements sous dotation globale et établissements sous OQN. ●

E•2

La nouvelle SAE

En 1999, il a été décidé de s'appuyer sur la généralisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour refondre la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). L'objectif retenu est de médicaliser son contenu pour permettre une meilleure appréciation des activités et des moyens à partir desquels les établissements dispensent leurs soins. Le parti a été pris de la complémentarité avec le PMSI pour réduire la charge de réponse des enquêtés, et d'une interrogation par établissements géographiques pour harmoniser le niveau de description des établissements publics et privés et localiser les activités et les équipements.

En 2001, le nouveau questionnaire a été administré au titre de l'exercice 2000, avec un nombre important de questions facultatives pour tenir compte des délais nécessaires d'adaptation du système d'information des établissements.

Ce renouvellement profond, tant dans les concepts que sur le questionnement, rend parfois difficile l'analyse des évolutions de certaines variables d'activité entre 1999 et 2000.

Ainsi la définition des entrées directes a été modifiée pour se rapprocher des concepts retenus dans le PMSI. En effet, il s'agit désormais d'entrées en provenance du domicile ou des urgences, ou d'un changement de mode de prise en charge (passage de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation complète), ou d'un changement de groupe de discipline d'équipement. Il n'est donc pas possible d'analyser l'évolution du nombre d'entrées issu de la SAE entre 1999 et 2000.

De même, le concept de venues n'a pas changé dans la nouvelle SAE, mais le mode d'interrogation sur cette variable s'est un peu transformé et a pu induire quelques écarts de déclaration entre la SAE 1999 et la SAE 2000.

En revanche, le concept de journée d'hospitalisation n'a pas été modifié. C'est pourquoi les analyses d'évolution se concentrent sur cette variable pour les autres disciplines que celle de MCO. L'évolution de l'activité de cette dernière discipline est quant à elle fondée sur les données du PMSI (encadré 1).