

La confrontation des deux sources d'information, le PMSI et la SAE, montre que l'activité des établissements de santé publics et privés, mesurée en nombre de séjours, s'est stabilisée en 2001 à +0,2 % 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 (-1,1 %) et une croissance de 1,6 % de celles à temps partiel, plus marquée dans les établissements sous Objectif quantitatif national (OQN) [+7,0 %]. Les disciplines de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) enregistrent une baisse de 1,3 % des séjours de plus de 24 heures et une forte hausse (+6,7 %) de ceux de moins de 24 heures, tandis que les venues en psychiatrie diminuent de 2,5 %. L'activité d'hospitalisation complète en moyen séjour, globalement stable, recule de 1 % 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 concernent essentiellement la réadaptation fonctionnelle et progressent de 1%. Les soins de longue durée (exprimés en journées), essentiellement assurés par les hôpitaux publics, se stabilisent également avec +0,3 % en 2001.

La stabilité de l'activité concerne surtout les hôpitaux publics, alors que les établissements privés sous Dotation globale (DG) enregistrent une diminution de 2,6 % due à la baisse des venues en hospitalisation partielle (-4,1 %) 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 de près de 6 % 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 (-1,1 % après -1,9%) alors que le nombre de places poursuit sa progression (+1,8 %).

Guillemette BUISSON, Valérie CARRASCO, Magali COLDEFY, Édith THOMSON, Lauren TRIGANO

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle

L'activité des établissements de santé publics et privés mesurée en nombre de séjours est restée globalement stable en 2001 (+0,2 %) en France métropolitaine tous modes d'hospitalisation confondus¹. Cette évolution, qui fait suite à une augmentation de 1,3 % en 1998, 1,5 % en 1999 et 1,2 % en 2000, marque l'arrêt de la tendance à une croissance modérée constatée les années précédentes. Elle résulte toutefois de mouvements d'ampleur différente selon les disciplines. En nombre de séjours toujours, l'activité a ainsi augmenté de 1,0 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et de 0,6 % en soins de suite et réadaptation, alors qu'elle diminue de 2,2 % en psychiatrie. Pour les soins de longue durée dont l'acti-

1. 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 analysés ici et feront l'objet d'exploitations ultérieures.

tivité est mesurée en journées, la progression n'est également que de 0,3 % (tableau 1).

Ces résultats définitifs sont issus de la confrontation de deux sources d'information complémentaires et exhaustives sur leur champ respectif : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (encadrés 1 et 2). Ils mettent à jour les résultats provisoires publiés depuis août 2002², tirés de l'enquête trimestrielle de conjoncture réalisée par la DREES auprès d'un échantillon de cinq cents établissements hospitaliers publics et privés. Les différences constatées entre les résultats des deux enquêtes peuvent s'expliquer par des révisions successives de données. En particulier, les établissements répondants à l'enquête de conjoncture fournissent trimestre par trimestre une estimation provisoire de leur activité, susceptible d'être corrigée lors du bilan annuel d'activité repris dans la SAE. De même, lors du bilan annuel pour la SAE, certains établissements sont amenés à rectifier les données fournies pour l'année précé-

dente. Enfin, au niveau national, la comparaison des données du PMSI et de la SAE pour l'élaboration des résultats définitifs amène à corriger les données des deux sources, travail qui ne peut être fait pour l'enquête de conjoncture (encadré 3).

Diminution relative des prises en charge en hospitalisation complète et forte augmentation de celles à temps partiel confirment les tendances de fond

En dehors des prestations effectuées à titre externe, les patients sont pris en charge à l'hôpital selon deux modalités principales : l'hospitalisation complète dont l'activité diminue en 2001 de 1,1 % et l'hospitalisation partielle qui croît de 1,6 %. Ces évolutions de sens opposés sont plus marquées dans les établissements sous Objectif national quantifié (OQN) où l'hospitalisation partielle augmente fortement (+7,0 %).

En hospitalisation complète les variations sont d'ampleurs différentes suivant les disciplines. Ainsi, en MCO, les nombres d'entrées et de journées d'hospitalisation complète³ (encadré 2) ont diminué respectivement de 1,3 % et 1,5 %. Les autres disciplines conservent un niveau d'activité relativement stable, avec pour la psychiatrie +0,9 % en nombre

d'entrées et -0,1 % en nombre de journées, et pour les soins de suite +0,2 % en nombre d'entrées et +0,5 % en nombre de journées. Pour les soins de longue durée les journées réalisées s'accroissent de 0,3 % (tableau 1).

Parallèlement, l'hospitalisation partielle continue de progresser à un rythme rapide (+1,6 % en 2001) après les 5,5 % observés en 2000. Ce mouvement est particulièrement remarquable en médecine où l'hospitalisation complète diminue en nombre de séjours de 1,4 %, alors que l'hospitalisation partielle croît fortement, à la fois dans les établissements publics et les cliniques privées (+7,5 % pour l'ensemble). Ces évolutions s'accompagnent d'une diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète de 1,1 %, et d'une hausse de 1,8 % du nombre de places d'hospitalisation partielle, chiffres qui demeurent dans la lignée de la tendance observée ces dernières années⁴.

Toutefois, même pour la seule hospitalisation partielle, les différentes disciplines connaissent des évolutions contrastées. Ainsi, le nombre de séjours de moins de 24 heures en MCO (compre- nant pour les deux tiers des séjours médicaux) augmente fortement (+6,7 %), alors que les venues en psychiatrie diminuent de 2,5 %. Les venues en soins de suite et de réadaptation connaissent une croissance plus modérée (+0,9 %), reflétant des évolutions très disparates selon les secteurs : +18 % dans les établissements sous OQN, +4 % dans les hôpitaux publics et, à l'opposé, près de -6 % dans les établissements privés sous Dotation globale. Cependant, le nombre de venues en soins de suite et de réadaptation reste plus de deux fois plus élevé dans les établissements privés sous dotation globale que dans les deux autres secteurs pris séparément (tableau 1).

E•1

Le champ de l'étude

Le champ retenu pour les chiffres globaux présentés dans cette étude est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné au cours de l'année 2001. Les prises en charge à domicile et l'activité se déroulant dans le champ médico-social ne sont donc pas concernées. De même, les consultations, les passages aux urgences et les traitements itératifs en court séjour comme les dialyses, les chimiothérapies et les radiothérapies ne sont pas prises en compte dans cette étude mais seront analysés dans d'autres publications. Toutefois, les traitements et cures ambulatoires en soins de suite et de réadaptation seront étudiés.

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 L-710-16.2 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 OQN » (Objectif quantifié national).

Les capacités de ces établissements sont mesurée en lits (dont les berceaux et couveuses agréées) et places installées au 31 décembre 2001, c'est-à-dire 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.

2. Voir *Études et Résultats*, n°184, août 2002 ; n° 208, décembre 2002 ; n° 222, février 2003 – DREES.

3. En MCO, l'hospitalisation complète renvoie aux séjours dont la durée est supérieure à 24 heures et l'hospitalisation partielle à ceux dont la durée est inférieure à 24 heures ; on parle aussi, pour désigner ces séjours de moins de 24 heures, d'activité ambulatoire.

4. En raison du déséquilibre existant (dix fois plus de lits que de places), les capacités totales d'hospitalisation diminuent.

La mesure de l'activité hospitalière à partir du PMSI et de la SAE

• Méthode de calcul

Deux sources d'information sont utilisées complémentaires, selon le domaine d'activité : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, profondément rénovée sur l'exercice 2000 (cf. encadré 4).

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 PMSI mesure 96 %, 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 de celui-ci ne couvre pas totalement l'activité MCO des établissements à tarifs d'autorité, ni celle 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 niveaux 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 :

- les séjours en hospitalisation complète correspondent aux « entrées directes », concept modifié lors de la refonte de SAE mise en place sur l'exercice 2000, pour se rapprocher de la notion de séjour du PMSI (cf. encadré 4).

- en hospitalisation partielle, on parle de « venues » en hospitalisation de jour ou de nuit, ou en anesthésie-chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un résumé de sortie anonymisé (RSA), exception faite des traitements itératifs, et de certaines prises en charge réparties sur deux établissements. Le nombre de RSA correspond donc théoriquement au total des entrées directes et des venues (exception faite toutefois des nouveau-nés qui donnent lieu à des RSA alors qu'ils ne sont pas enregistrés en « entrées directes » dans SAE). Cependant, de légers écarts peuvent exister du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année.

• Type d'activité

Des différences sensibles entre la SAE et le PMSI existent dans les critères de répartition des séjours entre les différents modes d'hospitalisations et entre les différentes disciplines.

Ainsi, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation dans la SAE : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures et par conséquent dans des lits, même si elle y reste moins de 24 heures et d'« 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 de séjour inférieure à 24 heures classe un séjour en hospitalisation partielle quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge, on parle alors d'activité ambulatoire. Une durée supérieure à 24 heures correspond automatiquement à un séjour en hospitalisation complète.

Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la 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, « médical » si le lit est catalogué « médecine »...

Le PMSI décrit, lui, les prestations délivrées au patient. L'ensemble du séjour du patient sera qualifié de « chirurgical » si au moins 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. Au cours d'un séjour chirurgical défini ainsi, plusieurs interventions chirurgicales peuvent avoir été pratiquées. En moyenne, grâce au rapprochement de ces deux sources (la SAE interroge sur le nombre d'interventions avec ou sans anesthésie), on recense 1,4 intervention chirurgicales avec intervention de personnel d'anesthésie par séjour chirurgical.

Dans le cadre de cette étude, ce sont les concepts du PMSI qui ont été adoptés pour décrire l'activité en MCO, alors que pour les autres disciplines, seul le concept de la SAE pouvait être retenu.

• Durée de séjour du patient en MCO

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

Dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline d'équipement à laquelle appartient le lit dans lequel le patient séjourne (médecine, chirurgie ou obstétrique). Par exemple, lorsqu'un patient de chirurgie est transféré dans un lit de médecine, ses journées sont successivement imputées à ces deux disciplines. 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 entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité (lorsque l'hospitalisation a lieu entièrement en MCO). La durée de séjour n'est donc 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 séjour en MCO.

T
01activité par grands groupes de disciplines
(hospitalisation complète et partielle en 2001)

Disciplines d'équipements	Établissements publics de santé								Établissements privés sous Dotation globale							
	Entrées ou venues 2000	Entrées ou venues 2001	Évolution 2001 / 2000	Journées 2000	Journées 2001	Évolution 2001 / 2000	DMS (4) 2000	DMS (4) 2001	Entrées ou venues 2000	Entrées ou venues 2001	Évolution 2001 / 2000	Journées 2000	Journées 2001	Évolution 2001 / 2000	DMS (4) 2000	DMS (4) 2001
	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours
Médecine Chirurgie Obstétrique																
hospitalisation > 24 h (1)	6 195	6 112	-1,3	41 695	41 623	-0,2	6,7	6,8	670	679	1,3	4 456	4 448	-0,2	6,7	6,6
hospitalisation < 24 h (2)	2 023	2 181	7,8						263	266	1,1					
Ensemble	8 218	8 293	0,9						933	945	1,3					
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
hospitalisation complète	1 407	1 383	-1,7	10 741	10 667	-0,7	7,6	7,7	240	225	-6,3	1 694	1 573	-7,1	7,1	7,0
hospitalisation partielle	342	344	0,6						65	64	-1,5					
Ensemble	1 749	1 727	-1,3						305	289	-5,2					
<i>dont Séjours médicaux</i>																
hospitalisation complète	4 788	4 729	-1,2	30 899	30 956	0,2	6,5	6,5	430	454	5,6	2 762	2 808	1,7	6,4	6,2
hospitalisation partielle	1 681	1 837	8,5						198	202	2,0					
Ensemble	6 469	6 566	1,5						628	656	4,5					
Lutte contre les maladies mentales																
hospitalisation complète	397	400	0,8	12 880	12 751	-1,0	32,6	31,9	57	56	-1,5	2 765	2 664	-3,7	48,5	47,6
hospitalisation partielle	4 020	3 943	-1,9						1 089	1 040	-4,5					
Ensemble	4 417	4 343	-1,6						1 146	1 096	-4,4					
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
hospitalisation complète	384	387	0,9	12 525	12 391	-1,1	32,7	32,0	55	55	-1,3	2 633	2 580	-2,0	47,5	47,2
hospitalisation partielle	2 829	2 783	-1,6						775	742	-4,3					
Ensemble	3 213	3 170	-1,3						830	796	-4,0					
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
hospitalisation complète	13	13	-0,8	354	359	1,5	26,5	27,1	2	2	-5,5	132	84	-36,3	69,8	47,0
hospitalisation partielle	1 191	1 160	-2,6						314	298	-5,2					
Ensemble	1 204	1 173	-2,6						316	300	-5,1					
Soins de suite et de réadaptation																
hospitalisation complète	314	316	0,7	11 409	11 439	0,3	36,3	36,2	241	239	-0,6	8 317	8 443	1,5	34,5	35,3
hospitalisation partielle	280	291	3,9						715	676	-5,5					
Ensemble	594	607	2,2						956	915	-4,3					
Soins de longue durée																
hospitalisation complète	44	42	-3,8	27 086	27 154	0,3			4	4	-7,7	2 428	2 440	0,5		
Total section hôpital																
hospitalisation complète	6 950	6 870	-1,1	93 070	92 967	-0,1			972	978	0,6	17 966	17 995	0,2		
hospitalisation partielle	6 323	6 415	1,5						2 067	1 982	-4,1					
Ensemble	13 273	13 285	0,1						3 039	2 960	-2,6					

(1) : Hospitalisation complète : sont comptabilisés des entrées directes ou des résumés de sortie anonymisés (RSA).

(2) : Hospitalisation partielle : sont comptabilisées les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire.

Disciplines d'équipements	Établissements privés sous OQN (3)								Ensemble des établissements publics et privés							
	Entrées ou venues 2000	Entrées ou venues 2001	Évolution 2001 / 2000	Journées 2000	Journées 2001	Évolution 2001 / 2000	DMS (4) 2000	DMS (4) 2001	Entrées ou venues 2000	Entrées ou venues 2001	Évolution 2001 / 2000	Journées 2000	Journées 2001	Évolution 2001 / 2000	DMS (4) 2000	DMS (4) 2001
	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours
Médecine Chirurgie Obstétrique																
hospitalisation > 24 h (1)	3 654	3 588	-1,8	18 726	17 819	-4,8	5,1	5,0	10 520	10 379	-1,3	64 877	63 890	-1,5	6,2	6,2
hospitalisation < 24 h (2)	2 093	2 225	6,3						4 379	4 672	6,7					
Ensemble	5 747	5 813	1,1						14 899	15 051	1,0					
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
hospitalisation complète	2 138	2 133	-0,2	11 236	10 982	-2,3	5,3	5,1	3 785	3 741	-1,2	23 671	23 222	-1,9	6,3	6,2
hospitalisation partielle	904	966	6,9						1 311	1 374	4,8					
Ensemble	3 042	3 099	1,9						5 096	5 115	0,4					
<i>dont Séjours médicaux</i>																
hospitalisation complète	1 516	1 455	-4,0	7 504	6 913	-7,9	4,9	4,8	6 734	6 638	-1,4	41 165	40 677	-1,2	6,1	6,1
hospitalisation partielle	1 189	1 259	5,9						3 068	3 298	7,5					
Ensemble	2 705	2 714	0,3						9 802	9 936	1,4					
Lutte contre les maladies mentales																
hospitalisation complète	109	111	2,1	3 819	4 028	5,5	35,0	36,1	563	568	0,9	19 465	19 442	-0,1	34,6	34,2
hospitalisation partielle	69	66	-4,3						5 178	5 049	-2,5					
Ensemble	178	177	-0,6						5 741	5 617	-2,2					
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
hospitalisation complète	109	111	2,1	3 819	4 028	5,5	35,0	36,2	548	553	0,9	18 979	18 999	0,1	34,6	34,3
hospitalisation partielle	55	52	-6,0						3 659	3 577	-2,3					
Ensemble	164	163	-0,6						4 207	4 130	-1,8					
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
hospitalisation complète									15	15	-1,4	486	443	-8,8	31,9	29,5
hospitalisation partielle	14	14	1,9						1 519	1 472	-3,1					
Ensemble	14	14	0,0						1 534	1 487	-3,1					
Soins de suite et de réadaptation																
hospitalisation complète	236	237	0,2	7 524	7 516	-0,1	31,8	31,7	791	792	0,2	27 250	27 399	0,5	34,5	34,6
hospitalisation partielle	213	251	18,1						1 207	1 218	0,9					
Ensemble	449	488	8,7						1 998	2 010	0,6					
Soins de longue durée																
hospitalisation complète	1	1	-11,0	307	314	2,3			48	46	-4,3	29 821	29 908	0,3		
Total section hôpital																
hospitalisation complète	4 000	3 937	-1,6	30 376	29 677	-2,3			11 922	11 785	-1,1	141 413	140 639	-0,5		
hospitalisation partielle	2 375	2 542	7,0						10 764	10 939	1,6					
Ensemble	6 374	6 478	1,6						22 686	22 724	0,2					

(3) : Établissements privés sous OQN : cette appellation regroupe les établissements privés soumis à l'Objectif quantifié national ainsi que les quelques autres établissements privés hors dotation globale.

(4) : DMS : Durée moyenne de séjour.

Champ : France métropolitaine.

Source : DHOS et DREES, SAE 2001 et PMSI 2001.

La durée moyenne de séjour semble se stabiliser en 2001

En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours qui diminuait depuis quelques années, semble se stabiliser en 2001. En 1999 et 2000, la durée moyenne de séjour avait en effet décliné respectivement de 1,1 % et 1,3 % en MCO et de 6,4 % et 5,5 % en psychiatrie. En 2001, les diminutions enregistrées ne sont plus que de 0,2 % en MCO – ce qui marque un infléchissement notable –, en particulier en chirurgie, discipline qui était responsable pour l'essentiel de la réduction observée ces dernières années, et de 1,0 % en psychiatrie. Les soins de suite ont une durée de séjour relativement stable passant de 34,5 à 34,6 jours entre 2000 et 2001.

Stabilité de l'activité en hospitalisation des hôpitaux publics et croissance de celle des cliniques privées

En hospitalisation, l'activité des hôpitaux publics est restée globalement stable en 2001 (+0,1 %) tous modes de prise en charge confondus, avec une diminution de 1,1 % des séjours en hospitalisation complète et une hausse de 1,5 % en hospitalisation partielle. Le redéploiement des lits d'hospitalisation complète (-0,8 %) vers des places d'hospitalisation partielle (+2,1 %) se poursuit (tableau 2).

Les établissements privés sous OQN enregistrent le même mouvement. Les prises en charge en hospitalisation complète y ont diminué en 2001 de 1,6 %, tandis que les alternatives à l'hospitalisation progressent for-

tement (+7,0 %) et ce particulièrement en MCO et Soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette évolution se réalise dans un contexte global d'augmentation de l'activité (séjours en hospitalisation complète + venues en hospitalisation partielle) de 1,6 %. En parallèle, le redéploiement est encore plus accentué avec une baisse de 1,9 % du nombre de lits et une hausse de 3,7 % du nombre de places.

A *contrario*, l'activité des établissements privés sous Dotation globale (DG) diminue de 2,6 %. Ceci résulte d'une faible augmentation du nombre de séjours en hospitalisation complète (+0,6 %) et d'une diminution importante (de 4,1 %) des venues en hospitalisation partielle. Au sein de ces établissements, le nombre de lits et de places d'hospitalisation partielle diminuent également, respectivement de -1,1 % et de -1,0 %.

T
02

nombre de lits et places installés au 31 décembre 2001 selon les disciplines d'équipement

	Établissements de santé publics					Établissements privés sous Dotation globale				
	2000	2001	Évolution 2001 / 2000	TO (2) 2000	TO (2) 2001	2000	2001	Évolution 2001 / 2000	TO (2) 2000	TO (2) 2001
Hospitalisation complète (nombre de lits)										
Total Soins de courte durée MCO	154 626	152 553	-1,3%	78,3	79,2	19 020	18 375	-3,4%	72,3	72,3
Lutte contre les maladies mentales	42 710	42 063	-1,5%	83,1	84,0	9 234	8 927	-3,3%	83,0	82,9
<i>dont Psychiatrie générale</i>	40 955	40 343	-1,5%	83,8	84,8	8 653	8 573	-0,9%	84,0	82,9
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>	1 755	1 720	-2,0%	61,9	63,4	581	354	-39,1%	67,5	66,9
Soins de suite et de réadaptation	38 032	38 304	0,7%	84,8	85,6	28 640	28 895	0,9%	81,9	83,4
Soins de longue durée	76 099	76 127	0,0%	97,9	98,1	6 772	6 794	0,3%	98,3	98,7
Total section hôpital	311 467	309 047	-0,8%			63 666	62 991	-1,1%		
Hospitalisation partielle (nombre de places)										
Hospitalisation de jour ou de nuit MCO	6 891	7 242	5,1%			1 226	1 317	7,4%		
Hospitalisation de jour ou de nuit SSR (3)	973	1 016	4,4%			2 538	2 437	-4,0%		
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	20 880	21 090	1,0%			5 009	4 928	-1,6%		
<i>dont Psychiatrie générale</i>	13 926	14 177	1,8%			3 461	3 410	-1,5%		
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>	6 954	6 913	-0,6%			1 548	1 518	-1,9%		
Total section hôpital	28 744	29 348	2,1%			8 773	8 682	-1,0%		

(1) Établissements privés sous OQN : cette appellation regroupe les établissements privés soumis à l'Objectif quantifié national ainsi que les quelques autres établissements privés hors dotation globale.

(2) TO : Taux d'occupation des lits.

(3) SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 2001.

Les séjours médicaux augmentent plus vite que les séjours chirurgicaux

De façon globale, les séjours médicaux augmentent plus vite que les séjours chirurgicaux du fait d'une plus forte dynamique des séjours de moins de 24 heures (+7,5 % contre +4,8 %). En effet, alors que, de 1997 à 1999, l'activité chirurgicale augmentait plus rapidement que l'activité médicale en hospitalisation partielle, depuis 2000, la tendance s'est inversée sous l'effet conjugué de l'augmentation des pathologies chroniques et du développement des techniques médicales non invasives qui se substituent à la chirurgie. Si, entre 2000 et 2001, en hospitalisation complète, les séjours médicaux et chirurgicaux (cf. encadré 2) ont diminué dans des proportions identiques en activité de court séjour (respectivement de -1,2 % et -1,4 %), il reste que la part relative des sé-

jours médicaux est en augmentation.

Les mouvements observés diffèrent selon les types d'établissements. Au sein des établissements sous OQN, la croissance des séjours chirurgicaux reste ainsi plus rapide que celle des séjours médicaux. Cette évolution conduit à une modification de la répartition des activités de médecine et de chirurgie des différents secteurs. Ainsi, en chirurgie, la part des établissements privés sous OQN augmente d'un point entre 2000 et 2001 (60,6 % des séjours en 2001 contre 59,6 % en 2000) au détriment des établissements publics et, dans une moindre mesure, des établissements privés sous Dotation globale (respectivement 0,6 et 0,4 point). En revanche, en médecine, la répartition entre les différents secteurs reste stable.

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

La structure des activités de court séjour MCO par grandes catégories de diagnostics est stable depuis 1998. Près des deux tiers de l'activité sont décrits depuis cette date par les huit mêmes Catégories majeures de diagnostics (CMD) sur les 27 existantes. Ainsi en 2001, 15 % des séjours sont classés dans les affections du tube digestif, 11 % dans les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 9 % dans les affections de l'appareil circulatoire, 8 % dans les accouchements et grossesses pathologiques, 7 % dans les facteurs influant l'état de santé, c'est-à-dire les soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques, 6 % dans les affections ORL, et 5 % dans les affections de la peau et des tissus sous-cutanés et dans les affections du système nerveux.

Les cliniques privées sous OQN se différencient toutefois des deux autres catégories d'établissements par une plus forte concentration de leur activité : 78 % de leurs séjours (contre 66 % pour les deux autres secteurs) se classent dans les huit Catégories majeures de diagnostic citées précédemment et 55 % de leur activité se concentrent sur seulement quatre d'entre elles : les affections du tube digestif (23 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (14 %), les affections ORL (10 %) et celles de l'appareil circulatoire (8 %).

Les établissements publics et privés sous Dotation globale réalisent quant à eux respectivement 65 % et 69 % de leur activité dans les huit principales Catégories majeures de diagnostic (CMD). L'activité la plus importante dans le secteur public (10 % des séjours) se rapporte à la CMD « facteurs influant sur l'état de santé » qui regroupe des prises en charges pour des dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques. Dans le secteur privé sous dotation globale, l'activité la plus importante concerne le traitement des affections cancéreuses⁵ (11 %). Le secteur privé sous

5. Les séances de radiothérapie, chimiothérapie ne faisant pas partie du champ de l'étude, on sous-estime cette activité.

Établissements privés sous OQN (1)					Ensemble des établissements publics et privés				
2000	2001	Évolution 2001 / 2000	TO (2) 2000	TO (2) 2001	2000	2001	Évolution 2001 / 2000	TO (2) 2000	TO (2) 2001
67 171	64 905	-3,4%	77,5	75,8	240 817	235 833	-2,1%	77,5	77,8
10 813	11 359	5,0%	97,3	97,4	62 757	62 349	-0,7%	85,6	86,3
10 813	11 359	5,0%	99,4	96,5	60 421	60 275	-0,2%	86,4	86,8
					2 336	2 074	-11,2%	63,1	63,9
22 598	22 352	-1,1%	91,5	93,0	89 270	89 551	0,3%	85,6	86,8
846	867	2,5%	99,7	99,4	83 717	83 788	0,1%	98,0	98,1
101 428	99 483	-1,9%			476 561	471 521	-1,1%		
7 515	7 722	2,8%			15 632	16 281	4,2%		
920	1 026	11,5%			4 431	4 479	1,1%		
242	247	2,1%			26 131	26 265	0,5%		
172	177	2,9%			17 559	17 764	1,2%		
70	70	0,0%			8 572	8 501	-0,8%		
8 677	8 995	3,7%			46 194	47 025	1,8%		

Dotation globale, au sein duquel sont inclus les centres de lutte contre le cancer, prend ainsi en charge près de 20 % des séjours liés aux affections cancéreuses, alors qu'il ne prend en charge qu'environ 6 % de l'ensemble des séjours.

Une forte augmentation de l'activité ambulatoire due à la cataracte et à l'endoscopie

En MCO, 4,7 millions de séjours en 2001 ont une durée de moins de 24 heures. Depuis 1997, ce type de séjours progresse de près de 6 % en moyenne annuelle. Avec environ 160 000 séjours, la cataracte, les affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins, ainsi que les interruptions de grossesse⁶ sont les activités les plus fréquemment réalisées en chirurgie ambulatoire et, considérées globalement, connaissent une forte augmentation entre 2000 et 2001. Le nombre d'opérations de la cataracte réalisées en ambulatoire augmente ainsi de presque 17 %. Il croît moins fortement dans le secteur public (+4,5 %) que dans les secteurs privés sous Dotation globale comme sous OQN (+18,5 %) qui prennent désormais en charge 90,5 % de ces séjours (88 % pour le seul secteur des cliniques privées), soit une augmentation de 1,5 point en un an. Le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire pour des affections de la peau augmente quant à lui de 6,5 %.

Les séjours médicaux de moins de 24 heures ont également connu une très forte augmentation en 2001 et représentent désormais 3,3 millions de séjours. Plus du quart d'entre eux (27 %) sont liés à des endoscopies. 84 % des endoscopies sont pratiquées dans les cliniques privées sous OQN et seulement 11 % dans le secteur public. L'augmentation de ces séjours est de la même ampleur que la croissance globale des séjours médicaux de moins de 24 heures (+7,5 %). Elle est plus importante dans les établissements privés sous OQN (+8 %) que dans les deux autres types d'établissements où ils augmentent de 5 %. L'hospitalisation pour des soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (« facteurs influant sur l'état de santé ») avec une augmen-

Comparaison des résultats d'activité SAE-PMSI avec ceux issus de l'enquête trimestrielle de conjoncture hospitalière

Les résultats d'activité des établissements de santé en 2001 exposés ici présentent des écarts par rapport aux données provisoires publiées, estimées à l'aide de l'enquête trimestrielle de conjoncture hospitalière (ETC).

En ce qui concerne les établissements publics de santé, auprès desquels l'ETC est réalisée depuis 1993, les résultats d'activité exprimés en nombre de journées sont relativement proches de ceux publiés à partir des résultats de l'enquête de conjoncture (-0,1 % contre -0,4 %). Le diagnostic issu de la combinaison des sources SAE et PMSI est cependant légèrement plus optimiste, notamment pour les disciplines de psychiatrie (-1,0 % contre -2,0 %) et de soins de suite et de réadaptation (+0,3 % contre -0,8 %). Il est très proche en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (-0,2 % contre -0,1 %). À l'inverse, les évolutions en nombre d'entrées directes et de venues mesurées par la SAE et le PMSI présentent des écarts plus importants et sont moins favorables que les informations provisoires dispensées par l'enquête de conjoncture (respectivement -1,1 % contre -0,2 % et +1,5 % contre +2,3 %). Ceci met en évidence les difficultés provoquées par le changement de définition des entrées directes (fait pour se rapprocher du PMSI), dont l'effet s'observe à des dates différentes dans les deux enquêtes.

En ce qui concerne les établissements privés sous Dotation globale (DG), les données de l'enquête de conjoncture n'ont été publiées que sur les établissements Participant au service public (PSPH), les autres établissements privés sous DG n'étant enquêtés que depuis 2000. De ce fait, la comparaison avec la source SAE-PMSI n'est en toute rigueur pas possible. Cependant, en MCO et en psychiatrie, disciplines principales de ces établissements pour lesquelles une comparaison est possible pour les seuls PSPH, les résultats évalués en journées sont proches (respectivement -6,1 % contre -6,1 % et -2,7 % contre -2,9 %). En revanche, ils apparaissent beaucoup plus éloignés pour les soins de moyenne et longue durée et pour les hospitalisations de moins de 24 heures.

Pour les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN), le sens des écarts varie selon les disciplines. En particulier, les nombres de journées et d'entrées directes en MCO évoluent de façon plus défavorable que dans les estimations issues de l'ETC (respectivement -4,8 % contre -2,7 % et -1,8 % contre +0,4 %). Toutefois, les évolutions du nombre de journées, toutes disciplines confondues, sont proches dans les deux sources (-2,3 % contre -2,0 %). Par contre, les venues, toutes disciplines confondues, augmentent davantage selon la SAE et le PMSI (+0,6 % contre +0,2 %). Pour cette dernière catégorie d'établissements, l'ETC n'est réalisée que depuis l'exercice 2000 et les résultats publiés présentent, de ce fait, un caractère relativement exploratoire. Les méthodes d'échantillonnage et d'exploitation sont régulièrement affinées pour obtenir des estimations avancées de meilleure qualité.

comparaisons ETC et SAE-PMSI

	ETC			SAE-PMSI		
	Public	PSPH	OQN	Public	PSPH	OQN
	en %					
	Journées					
MCO	-0,1	-6,1	-2,7	-0,2	-6,1	-4,8
Psychiatrie	-2,0	-2,9		-1,0	-2,7	
Soins de suite et réadaptation	-0,8	-1,4		0,3	3,9	
Soins de longue durée	0,0	1,0		0,3	5,4	
Total hospitalisation complète	-0,4	-2,9	-2,0	-0,1	-0,1	-2,3
	Séjours					
	entrées directes (hospitalisation > 24h)					
MCO	0,2	-2,9	0,4	-1,3	-4,9	-1,8
Total hospitalisation complète	-0,2	-3,4	0,2	-1,1	-3,4	-1,6
	venues (hospitalisation < 24h)					
Total hospitalisation partielle	2,3	6,1	4,5	1,5	2,7	7,0

6. Séjours classés dans le Groupe homogène de malade 777 (GHM) : dilatations et curetages au cours de la grossesse en ambulatoire.

tation de 10 % en 2001, constitue également une part importante des séjours médicaux de moins de 24 heures (16 %). Contrairement à l'endoscopie, c'est essentiellement le secteur public qui prend en charge ce type de séjours, puisque 86 % y ont eu lieu en 2001 comme en 2000. Ces évolutions confirment, pour la médecine, la spécialisation des cliniques privées dans les disciplines donnant lieu à des actes diagnostiques (gastro-entérologie et cardiologie), alors que le secteur sous Dotation globale assure celles qui font appel à d'autres formes de prises en charge ⁷.

Stabilisation de l'hospitalisation complète en psychiatrie, avec des évolutions différenciées selon les secteurs d'hospitalisation

En psychiatrie, la diminution soutenue du nombre de journées d'hospitalisation complète, observée depuis 1997 (-2,5 % en 1998, -3 % en 1999 et -2,1 % en 2000) s'interrompt (-0,1 %). Comme en 2000, cette évolution reste différente selon le type d'établissements concernés. Le recul du nombre de journées d'hospitalisation complète est modéré dans le secteur public (-1 %). Les établissements privés sous Dotation globale enregistrent, quant à eux, une diminution beaucoup plus marquée (-3,7 %), qui reste cependant très inférieure à celle observée en 1999 et 2000 (-8,9 et -8,2 %), et sans doute consécutive à des fermetures d'établissements ou de lits. Dans ce secteur, on constate en effet une baisse de plus de 3 % du nombre des lits (contre 1,5 % dans le secteur public).

Les établissements privés sous OQN enregistrent pour leur part, une augmentation importante de 5,5 % du nombre de leurs journées d'hospitalisation en psychiatrie. Une partie de cette évolution tient à l'ouverture de centres de post-cure pour maladies mentales. Le nombre de lits a ainsi connu dans ce secteur une augmentation de 5 % entre 2000 et 2001.

Le nombre d'entrées directes en hospitalisation complète augmente quant à

lui de 0,9 % en psychiatrie en 2001, l'accroissement étant plus important dans les établissements privés sous OQN (+2,1 %) que dans le secteur public. Par contre, elles sont en diminution dans les établissements privés sous Dotation globale, aussi bien en psychiatrie générale qu'infanto-juvénile.

La durée moyenne de séjour se stabilise à 34,3 jours en psychiatrie générale et est réduite à 29,5 jours en psychiatrie infanto-juvénile (31,9 en 2000). Ces durées et leurs évolutions varient fortement selon le type d'établissements concernés. La durée moyenne de séjour est moins élevée dans le secteur public : 32 jours en psychiatrie générale et 27,1 jours en psychiatrie infanto-juvénile. Elle atteint 36,2 jours en psychiatrie générale dans les établissements privés sous OQN (+1,2 jours par rapport à 2000). Elle reste enfin très supérieure dans les établissements privés sous Dotation globale (47,2 jours en psychiatrie générale et 47 jours en psychiatrie infanto-juvénile en 2001, contre respectivement 47,5 et 69,8 jours en 2000).

La diminution globale du nombre de lits en psychiatrie marque, elle aussi, un temps d'arrêt en 2001 : -0,7 % tous secteurs confondus, contre -5,4 % entre 1999 et 2000. Elle est plus modérée dans le secteur public que dans les établissements privés sous Dotation globale, et la tendance est même, comme on l'a vu, inversée dans les établissements privés sous OQN. En psychiatrie générale, 400 lits ont été fermés entre 2000 et 2001 sur les 62 757 lits disponibles en 2000. Ce recul a été plus important en psychiatrie infanto-juvénile, avec -250 lits sur les 2 336 installés en 2000, dont les quatre cinquièmes dans des établissements privés sous Dotation globale. Les taux d'occupation observés en psychiatrie infanto-juvénile attestent de la volonté que les enfants conservent un contact avec leur famille lorsqu'ils sont hospitalisés, par des sorties pour les week-ends et les vacances scolaires. En supprimant les week-ends et congés scolaires des journées exploitables, le taux d'occupation estimé dé-

passerait alors 93 %, ce qui confirme l'existence d'une réelle tension liée à des capacités d'accueil insuffisantes ⁸.

Quels que soient les types d'établissements ou de populations prises en charge, le nombre de venues en hospitalisation partielle connaît quant à lui une diminution en 2001 en psychiatrie. Ceci doit toutefois être interprété avec prudence, les frontières entre hospitalisation partielle et autres prises en charge en accueil de jour pouvant être

E•4

La nouvelle Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

En 1999, il a été décidé de s'appuyer sur la généralisation du PMSI pour refondre la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). L'objectif retenu est de 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 établissements 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 et 2002, le nouveau questionnaire a été administré respectivement au titre des exercices 2000 et 2001, 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 (les entrées directes et les venues) entre 1999, d'une part, et 2000 et 2001, d'autre part.

Ces changements ont, de plus, entraîné une fragilité provisoire des résultats sur l'année 2000. De ce fait, les résultats publiés pour l'année 2000 ont été révisés à l'aide des données de l'exercice 2001. C'est la raison pour laquelle, les résultats des deux exercices, 2000 (révisés) et 2001, figurent dans cette publication.*

* Bureau des établissements de santé, avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET et de Namik TARIH, « L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers », *Études et Résultats*, n° 177, juin 2002, DREES.

7. Voir Dr Dominique BAUBEAU, Édith THOMSON, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 – Une évolution contrastée, reflet de la spécialisation croissante des secteurs public et privé », *Études et Résultats*, n° 189, septembre 2002, DREES.

8. À paraître, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », *Document de travail*, série Études, DREES.

floues en psychiatrie, et liées aux capacités d'accueil disponibles. Le nombre de places d'hospitalisation partielle augmente sensiblement en 2001 en psychiatrie générale (+1,2 %) et diminue en psychiatrie infanto-juvénile (-0,8 %), cette dernière tendance étant essentiellement le fait des établissements privés sous Dotation globale.

Recul des soins de suite mais montée de l'activité de réadaptation fonctionnelle

En 2001, l'activité et le nombre de lits de moyen séjour de l'ensemble des établissements de santé se stabilisent en hospitalisation complète, interrompant la légère baisse observée en 1999 et 2000. L'activité d'hospitalisation de jour continue à augmenter (+1 % de places et de venues en hospitalisation de jour), mais de façon beaucoup moins importante que les deux années précédentes.

L'évolution de l'hospitalisation complète comme de l'activité ambulatoire est très différente dans les deux disciplines qui composent le moyen séjour⁹.

Alors que l'activité de soins de suite, qui représente 70 % des lits et des journées d'hospitalisation complète en moyen séjour, continue à reculer en 2001 (-1 % par rapport à 2000, en termes de lits, d'entrées directes et de journées), les hospitalisations complètes en réadaptation fonctionnelle progressent nettement : les entrées directes augmentent de 3,2 %, les journées de 4,8 %, l'augmentation du nombre de lits étant un peu moins importante (+3,1 %). Compte tenu des besoins liés au vieillissement de la population, on assiste en effet à une reconversion des capacités de convalescence non gériatrique (maison de régime ou de repos) au profit de celles de rééducation fonctionnelle destinées à des patients plus lourds.

Le secteur public, qui concentre presque la moitié des lits d'hospitali-

sation en soins de suite (48 %), maintient cette activité presque au même niveau qu'en 2000, alors que celle-ci décroît modérément dans le secteur privé sous Dotation globale (-0,2 % du nombre de lits, -0,6 % du nombre de journées et -2,2 % du nombre d'entrées directes) et plus fortement dans le secteur privé sous OQN, avec une diminution de 4 % du nombre de lits et de 3,4 % des journées, mais seulement de 2 % des entrées directes. La durée moyenne de séjour, qui reste égale en moyenne à 34,7 jours pour l'ensemble de l'hospitalisation en soins de suite, recule ainsi d'une demi-journée dans les établissements privés sous OQN, passant de 31,4 à 30,9 jours, l'écart avec le secteur public (37,8 jours en 2001 comme en 2000) atteignant désormais près de 7 jours.

L'hospitalisation complète en réadaptation fonctionnelle a lieu pour la plus grande part (environ 39 %) dans les établissements privés sous Dotation globale, la part du secteur public étant légèrement plus importante que celle des établissements sous OQN (32 % contre 28 %). Si cette activité progresse modérément dans le secteur public et dans les établissements privés sous Dotation globale, avec une augmentation du nombre de lits de respectivement 1,3 % et 2,4 % et du nombre d'entrées directes de 1,9 et 2 %, elle est en forte expansion dans le secteur sous OQN, qui semble privilégier cette activité par rapport aux soins de suite. Le nombre de lits de réadaptation fonctionnelle, comme celui des entrées directes, y augmente en effet de plus de 6 %, et les journées d'hospitalisation de 8,5 %.

À l'inverse de l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle et les traitements et cures ambulatoires concernent surtout la réadaptation fonctionnelle, et très peu les soins de suite, avec 1,1 million de venues en hospitalisation de jour (contre 90 000 pour les soins de suite), et 229 000 séances de traitement et cures ambulatoires (contre 8 000 pour les soins de suite). Ceci

s'explique par la différence d'activité et de clientèles, les soins de suite étant majoritairement destinés à des patients âgés relevant de soins continus après une intervention lourde ou un épisode aigu. Les traitements et cures ambulatoires ne concernent pour ce secteur que les unités accueillant des patients en postcure (alcool, toxicomanie ou affections mentales). Par contre, la rééducation cardiaque après un infarctus ou la rééducation de l'appareil locomoteur après une prothèse de hanche ou un accident vasculaire cérébral se prête à des prises en charge discontinues effectuées en ambulatoire (séances de kinésithérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie...).

54 % des places d'hospitalisation de jour se situent dans les établissements de santé privés sous Dotation globale (qui prennent en charge 56 % des venues), le reste se partageant pour moitié entre le secteur public et les établissements privés sous OQN. Cette répartition a beaucoup changé entre 2000 et 2001, le nombre de places et de venues ayant diminué de respectivement 4 et 5,5 % dans le secteur privé sous Dotation globale, alors qu'il augmentait de 4 % dans le secteur public et encore plus fortement dans les autres établissements privés, avec 12 % de places et 18 % de venues supplémentaires. L'augmentation globale de 1 % de l'hospitalisation de jour recouvre donc une redistribution des parts de l'activité de réadaptation fonctionnelle réalisée en ambulatoire par les différents établissements, au profit du secteur public et du secteur privé sous OQN.

Les séances de traitements et cures ambulatoires ont, à cet égard, très fortement augmenté en 2001 (+ 9 %), et cette activité a doublé dans le secteur public où elle était marginale. Elle a progressé de 4 % dans les établissements privés sous OQN, mais diminué de 4 % dans les établissements sous Dotation globale. En 2001, 85 % de ces traitements ont été réalisés dans le secteur privé, pour la plus grosse part (48 %)

9. Les services de soins de suite et de réadaptation ne bénéficient pas d'une définition précise quant à leur activité. On distingue cependant d'une part les soins de suite qui rassemblent notamment les unités de « convalescence, repos, régime et réadaptation non spécialisée » ou de « postcure » ; ils permettent la poursuite et le suivi des soins entrepris en court séjour, la restauration somatique et psychologique, l'éducation du patient et la préparation de la sortie. D'autre part, les services de réadaptation fonctionnelle spécialisée sont destinés à la rééducation active de la fonction locomotrice mais aussi cardiaque ou pulmonaire pour limiter les handicaps physiques et permettre la réinsertion.

dans les établissements de santé sous OQN, et 15 % dans le secteur public.

Ralentissement de la progression de l'activité en soins de longue durée

Globalement, en France métropolitaine, l'activité en soins de longue durée, mesurée en journées d'hospitalisation, s'est accrue en 2001 de 0,3 % soit un léger ralentissement par rapport aux années précédentes (+0,6 % en 2000 et +1,6 % en 1999). Cette évolution peut s'expliquer par le début de la reconversion de certains établissements sanitaires en établissements médico-sociaux (EHPAD). Les soins de longue durée sont essentiellement assurés par les hôpitaux publics (91 %), les établissements privés sous Dotation globale y contribuent pour 8 % tandis que les autres établissements privés (une quinzaine d'établissements dont la presque totalité est à but lucratif) ne représentent que 1 % du total. Ces proportions ne varient pas par rapport à 2000, bien que l'activité de soins de longue durée augmente davantage dans les établissements privés sous Dotation globale (+0,5 %) et plus encore dans les autres établissements privés (+2,3 %) ¹⁰.

Le nombre de lits progresse encore moins vite (+0,1 %) soit quelques dizaines de lits dont plus du quart dans les établissements hors Dotation globale. Il en résulte un resserrement des taux d'occupation qui atteignent 98,1 % pour l'ensemble des établissements et 99,4 % dans les établissements à vocation commerciale. ●

Pour en savoir plus...

- Bureau des établissements de santé, avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET et de Namik TARIGHT, « L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers », Études et Résultats, n° 177, juin 2002, DREES.
- Nelly GOUIDER, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2001, Résultats provisoires », Études et Résultats, n° 184, août 2002, DREES.
- Dr Dominique BAUBEAU, Édith THOMSON, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 – Une évolution contrastée, reflet de la spécialisation croissante des secteurs public et privé », Études et Résultats, n° 189, septembre 2002, DREES.
- Lauren TRIGANO, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier semestre 2002 », Études et Résultats, n° 208, décembre 2002, DREES.
- Lauren TRIGANO, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours des trois premiers trimestres 2002, Résultats provisoires », Études et Résultats, n° 222, février 2003, DREES.

10. Les évolutions sont plus sensibles si on considère les entrées, mais cet indicateur est peu significatif en ce qui concerne cette discipline.

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Handicap, incapacités, dépendance »

n^{os} 1-2, janvier-juin 2003

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement », n^o 1, janvier-mars 2003

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr