

Mesurée en nombre de séjours, l'activité des établissements de santé publics et privés en France métropolitaine a connu en 2002 un léger recul de 0,3 %. La tendance à la réduction de l'activité en hospitalisation complète (-1,8 %) et à la croissance de l'hospitalisation partielle (+1,3 %) se confirme en 2002. Les établissements sous Objectif quantifié national (OQN) se démarquent des autres secteurs avec une hausse de l'activité de 1,6 %, due essentiellement à une forte augmentation de l'hospitalisation partielle (+6,7 %) et de leur activité globale en soins de suite et réadaptation (+8,8 %).

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits d'hospitalisation complète continue à diminuer (-1,3 %), en particulier de -1,5 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les soins de suite enregistrent toutefois une augmentation de leurs capacités d'hospitalisation à temps complet avec 1 100 lits supplémentaires (+1,3 %). Le nombre de places d'hospitalisation partielle qui diminue dans le secteur privé sous dotation globale (-1,7 %), augmente au contraire sensiblement dans les deux autres secteurs.

La structure des activités de court séjour de MCO par Catégories majeures de diagnostics reste stable. Dans ces disciplines, la hausse sensible de l'activité d'hospitalisation partielle est due principalement au traitement de la cataracte et aux endoscopies pour le secteur sous OQN, et aux soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques pour les hôpitaux publics. En psychiatrie, le nombre de séjours en hospitalisation complète augmente de 1,7 %, avec toutefois plutôt une tendance au recul de l'activité globale au sein de la discipline. L'activité de moyen séjour progresse de 3,5 % en 2002 grâce à la hausse des venues en hospitalisation partielle pour l'activité de réadaptation fonctionnelle et à la forte augmentation de l'activité en soins de suite dans le secteur sous OQN.

Enfin, l'activité en soins de longue durée, mesurée en journée d'hospitalisation, a diminué de 3,3 % en 2002 en raison de transferts vers le secteur médico-social. Les établissements privés sous dotation globale et sous OQN, qui effectuent respectivement 8 et 1 % des journées d'hospitalisation en soins de longue durée, maintiennent leur activité.

**Guillemette BUISSON,
Valérie CARRASCO, Magali COLDEFY,
Avec la collaboration
de Marie-Claude MOUQUET**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la protection sociale
Drees

L'activité des établissements de santé en 2002 en hospitalisation complète et partielle

L'activité des établissements de santé publics et privés¹ de France métropolitaine, mesurée en nombre de séjours tous modes d'hospitalisation confondus², montre en 2002 une très légère tendance à la diminution (-0,3 %). Après la stabilisation déjà observée en 2001, cette évolution confirme l'arrêt de la croissance modérée constatée dans les années 1998 à 2000. Les variations sont toutefois très différentes selon les disciplines et les types d'activité (hospitalisation complète ou partielle). Ainsi, l'activité reste constante (0,0 %) en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), après s'être accrue de 1 % en 2001. Elle continue à reculer en psychiatrie (-2,4 %), mais augmente fortement (+3,5 %) en soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR). L'activité en soins de longue durée, mesurée en journées, diminue quant à elle nettement (-3,3 %) [tableau 1].

1. Les données d'activité présentées ici sont des données annuelles à date de réalisation qui ne sont de ce fait pas directement comparables aux données de dépenses de soins comptabilisées à date de règlement. Le décalage est particulièrement sensible en 2001.

2. Les prestations réalisées sur les patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et cures ambulatoires ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysées dans ce document mais feront l'objet d'exploitations ultérieures.

Une confirmation des tendances de fond : poursuite de la diminution des prises en charge en hospitalisation complète et augmentation de celles à temps partiel

Tous secteurs et toutes disciplines confondus, l'activité hospitalière à temps complet diminue en 2002 de 1,8 %, alors que celle à temps partiel croît de 1,3 %, accentuant ainsi une tendance déjà observée en 2001 (respectivement -1,1 % en temps complet et +1,6 % en temps partiel).

Cette tendance s'observe en particulier dans l'activité de soins de court séjour – MCO. En effet, l'activité en hospitalisation complète y diminue de 2,1 % en 2002, faisant suite à un recul équivalent (-2,0 %) en 2001. Cette diminution se retrouve dans tous les secteurs d'hospitalisation : de même ampleur au sein du secteur public et des cliniques privées (-2 %), elle est plus importante pour les établissements privés sous dotation globale (-3,1 %). À l'inverse, l'hospitalisation à temps partiel connaît depuis plusieurs années une croissance continue de

son activité. Ainsi, en 2002, le nombre de venues augmente de 4,5 %, après un accroissement de 7,4 % en 2001. Cette croissance est légèrement différente selon les secteurs d'hospitalisation, plus faible au sein des établissements privés sous dotation globale (2,7 %) et des hôpitaux publics (3,8 %), elle est particulièrement marquée pour les cliniques privées (+5,5 %).

Les soins de suite et de réadaptation connaissent le même type d'évolution avec, tous secteurs confondus, une diminution de 1,2 % du nombre de séjours en hospitalisation à temps complet (+0,2 % en 2001), alors que les venues à temps partiel enregistrent une croissance de 6,7 % (+0,9 % en 2001). Néanmoins, pour cette discipline, seuls les secteurs public et privé sous dotation globale connaissent une diminution des séjours à temps complet (de 3 % dans les deux secteurs) et une croissance des venues à temps partiel (respectivement 6,8 et 3,9 %). Le secteur sous OQN se démarque très nettement, avec à l'inverse des autres secteurs une croissance

soutenue en hospitalisation complète (+3,3 %). En outre, son activité en hospitalisation à temps partiel augmente très fortement (+13,7 %).

Seule l'activité en psychiatrie ne semble pas suivre cette évolution tendancielle, avec en 2002 une augmentation du nombre de séjours à temps complet alors que les venues à temps partiel diminuent (-3 %). Toutefois, l'hospitalisation partielle y est probablement sous-estimée car, contrairement aux autres disciplines, des formes de prise en charge à temps partiel différentes de l'hospitalisation de jour ou de nuit, ont été développées en psychiatrie, mais n'entrent pas dans le champ couvert par la SAE (cf. infra l'évolution de la psychiatrie).

Les soins de longue durée connaissent également une diminution d'activité, pour des raisons détaillées plus loin. Cette discipline n'est pas concernée par l'hospitalisation à temps partiel puisqu'il s'agit essentiellement d'hébergement médicalisé des personnes âgées.

Au total, le secteur des établissements privés sous OQN connaît une croissance globale de son activité en 2002, avec une progression de 1,6 % qui s'explique par une augmentation rapide des venues à temps partiel, comme en 2001, ainsi que par une forte croissance de l'activité en soins de suite et de réadaptation. Le nombre de séjours diminue légèrement au sein du secteur public (-0,9 %), et s'infléchit plus sensiblement encore à la baisse (-1,6 %) dans le secteur privé sous dotation globale.

Poursuite de la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète et de l'augmentation du nombre de places en hospitalisation partielle

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue de 1,3 % en 2002 (soit un peu plus de 6 000 lits) et parallèlement, celui du nombre de places d'hospitalisation partielle progresse de 1,6 % (soit 750 places supplémentaires). Cette évolution s'inscrit dans la continuité des tendances observées depuis plusieurs années ; en 2001, les évolutions étaient respectivement de -1,1 % et de +1,8 %.

2

E•1

Le champ de l'étude

Les activités

Le champ retenu pour les résultats 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 2002. Les prises en charge à domicile et l'activité se déroulant dans le domaine 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 pris 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 y sont étudiés.

Les 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, identique à celui des établissements publics ;
- 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 mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréées) et places installés au 31 décembre 2002, 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.

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

La 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 (Dhos), et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), mise en place par la Drees, et profondément rénovée depuis l'exercice 2000.

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), la confrontation des données issues de la SAE et du PMSI permettent d'améliorer la qualité des informations recueillies dans chacun des deux systèmes d'information.

Le PMSI permet dans un premier temps de compléter la SAE des établissements non répondants à la SAE qui répondent au PMSI. En 2002, ce redressement conduit, par rapport aux données brutes, à une augmentation de 0,3 % des journées et des venues (hors séances) avec 160 000 journées et 6 000 venues supplémentaires. Ce sont essentiellement les établissements privés sous dotation globale qui sont concernés avec près de 2 % de journées et 1 % de venues en plus, contre 0,1 % pour le public et le secteur privé sous OQN, tous modes d'hospitalisation confondus.

Ce redressement effectué, on peut appréhender la couverture de l'activité du PMSI relativement à la SAE. En 2002 le PMSI contient 97 % de l'ensemble des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. Ce taux d'exhaustivité varie légèrement selon les différents secteurs d'hospitalisation : il est de 97 % pour les secteurs public et privé sous OQN et de 98 % pour le secteur privé sous DG. Ceci provient de deux phénomènes distincts : certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et, d'autre part, le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité en MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en Psychiatrie...). Par conséquent, deux sortes de redressements sont effectuées : d'une part, la non-exhaustivité des réponses au PMSI (non réponse partielle) est corrigée, établissement par établissement, à partir de la SAE, et, d'autre part, un calage sur l'activité recueillie à partir de la SAE est effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et du département d'implantation) pour corriger l'absence de réponse de certains établissements dans le PMSI (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.

L'activité mesurée

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

Dans la SAE :

- Les séjours en hospitalisation complète correspondent aux « entrées totales », concept modifié lors de la refonte de la SAE mise en place sur l'exercice 2000, pour se rapprocher de la notion de séjour du PMSI ;

- 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 à la somme des « entrées totales » et des « venues » (exception faite toutefois des nouveau-nés qui donnent lieu à des RSA alors qu'ils ne sont pas enregistrés en « entrées totale » dans la 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.

Le type d'activité

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisations et selon 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 le séjour dure 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, une durée de séjour inférieure à 24 heures classe celui-ci en « hospitalisation partielle » quel que soit 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 à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, est « médical » si le lit est catalogué en 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 à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

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 utilisé.

**T
01**activité par grands groupes de disciplines
(hospitalisation complète et partielle) en 2002

Disciplines d'équipements	Établissements publics de santé								Établissements privés sous Dotation globale							
	Entrées ou venues 2001	Entrées ou venues 2002	Évolution 2002 / 2001	Journées 2001	Journées 2002	Évolution 2002 / 2001	DMS (4) 2001	DMS (4) 2002	Entrées ou venues 2001	Entrées ou venues 2002	Évolution 2002 / 2001	Journées 2001	Journées 2002	Évolution 2002 / 2001	DMS (4) 2001	DMS (4) 2002
	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)	6 130	6 009	-2,0	41 739	41 483	-0,6	6,8	6,9	678	657	-3,1	4 455	4 243	-4,8	6,6	6,5
hospitalisation < 24 h (2)	2 206	2 289	3,8						261	268	2,7					
Ensemble	8 336	8 298	-0,5						939	925	-1,5					
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
hospitalisation complète	1 401	1 383	-1,3	10 817	10 731	-0,8	7,7	7,8	228	222	-2,6	1 608	1 530	-4,9	7,1	6,9
hospitalisation partielle	350	352	0,6						66	70	6,1					
Ensemble	1 742	1 749	0,4						294	292	-0,7					
<i>dont Séjours médicaux</i>																
hospitalisation complète	4 729	4 626	-2,2	30 922	30 752	-0,5	6,5	6,6	450	435	-3,3	2 847	2 713	-4,7	6,3	6,2
hospitalisation partielle	1 856	1 937	4,4						195	198	1,5					
Ensemble	6 552	6 540	-0,2						645	633	-1,9					
Lutte contre les maladies mentales																
hospitalisation complète	450	459	2,1	12 749	12 665	-0,7	28,3	27,6	63	64	2,6	2 702	2 632	-2,6	43,2	41,0
hospitalisation partielle	3 960	3 856	-2,6						1 037	981	-5,4					
Ensemble	4 410	4 315	-2,1						1 100	1 045	-5,0					
<i>dont Psychiatriegénérale</i>																
hospitalisation complète	434	444	2,4	12 397	12 335	-0,5	28,6	27,8	61	62	2,5	2 621	2 552	-2,7	43,2	41,0
hospitalisation partielle	2 790	2 725	-2,3						743	686	-7,6					
Ensemble	3 224	3 169	-1,7						803	748	-6,9					
<i>dont Psychiatrieinfanto-juvénile</i>																
hospitalisation complète	16	15	-6,6	352	330	-6,2	22,0	22,1	2	2	6,5	80	80	0,2	41,7	39,3
hospitalisation partielle	1 169	1 131	-3,3						295	295	0,2					
Ensemble	1 185	1 146	-3,3						297	297	0,2					
Soins de suite et de réadaptation																
hospitalisation complète	349	339	-3,0	11 450	11 314	-1,2	32,8	33,4	244	237	-3,0	8 390	8 146	-2,9	34,3	34,4
hospitalisation partielle	297	317	6,8						703	730	3,9					
Ensemble	646	656	1,5						947	967	2,1					
Soins de longue durée																
hospitalisation complète	46	45	-1,4	27 184	26 200	-3,6			4	4	16,8	2 388	2 392	0,2		
Total section hôpital																
hospitalisation complète	6 975	6 852	-1,8	93 122	91 662	-1,6			989	962	-2,7	17 935	17 413	-2,9		
hospitalisation partielle	6 463	6 462	0,0						2 001	1 979	-1,1					
Ensemble	13 438	13 314	-0,9						2 990	2 941	-1,6					

(1) : Hospitalisation complète : sont comptabilisés des entrées totales 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.

(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.

Établissements privés sous OQN (3)								Ensemble des établissements publics et privés								Disciplines d'équipements
Entrées ou venues 2001	Entrées ou venues 2002	Évolution 2002 / 2001	Journées 2001	Journées 2002	Évolution 2002 / 2001	DMS (4) 2001	DMS (4) 2002	Entrées ou venues 2001	Entrées ou venues 2002	Évolution 2002 / 2001	Journées 2001	Journées 2002	Évolution 2002 / 2001	DMS (4) 2001	DMS (4) 2002	
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																
3 579	3 508	-2,0	17 816	17 378	-2,5	5,0	5,0	10 387	10 174	-2,1	64 010	63 104	-1,4	6,2	6,2	hospitalisation > 24 h (1)
2 185	2 306	5,5						4 652	4 863	4,5						hospitalisation < 24 h (2)
5 764	5 814	0,9						15 039	15 037	0,0						Ensemble
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
2 121	2 097	-1,1	10 913	10 728	-1,7	5,1	5,1	3 750	3 702	-1,3	23 338	22 989	-1,5	6,2	6,2	hospitalisation complète
962	996	3,5						1 378	1 418	2,9						hospitalisation partielle
3 083	3 093	0,3						5 128	5 120	-0,2						Ensemble
<i>dont Séjours médicaux</i>																
1 458	1 411	-3,2	6 903	6 650	-3,7	4,7	4,7	6 637	6 472	-2,5	40 672	40 115	-1,4	6,1	6,2	hospitalisation complète
1 223	1 310	7,1						3 274	3 445	5,2						hospitalisation partielle
2 681	2 721	1,5						9 911	9 917	0,1						Ensemble
Lutte contre les maladies mentales																
111	111	-0,3	4 003	3 977	-0,7	36,1	35,9	623	634	1,7	19 454	19 274	-0,9	31,2	30,4	hospitalisation complète
56	67	19,7						5 053	4 904	-3,0						hospitalisation partielle
167	178	6,4						5 677	5 538	-2,4						Ensemble
<i>dont Psychiatriegénérale</i>																
111	110	-0,5	4 003	3 974	-0,7	36,1	36,0	605	617	1,9	19 022	18 860	-0,9	31,4	30,6	hospitalisation complète
42	49	17,2						3 575	3 460	-3,2						hospitalisation partielle
153	160	4,4						4 181	4 077	-2,5						Ensemble
<i>dont Psychiatrieinfanto-juvénile</i>																
0	0		0	3			17,2	18	17	-4,3	432	413	-4,3	24,1	24,1	hospitalisation complète
14	18	27,3						1 478	1 444	-2,4						hospitalisation partielle
14	18	28,5						1 496	1 461	-2,3						Ensemble
Soins de suite et de réadaptation																
241	249	3,3	7 553	7 817	3,5	31,4	31,4	835	825	-1,2	27 392	27 277	-0,4	32,8	33,1	hospitalisation complète
270	307	13,7						1 269	1 354	6,7						hospitalisation partielle
511	556	8,8						2 104	2 178	3,5						Ensemble
Soins de longue durée																
1	1	-1,6	366	368	0,5			50	50	-0,1	29 938	28 960	-3,3			hospitalisation complète
Total section hôpital																
3 932	3 869	-1,6	29 738	29 540	-0,7			11 895	11 683	-1,8	140 794	138 615	-1,5			hospitalisation complète
2 511	2 680	6,7						10 974	11 121	1,3						hospitalisation partielle
6 443	6 549	1,6						22 869	22 804	-0,3						Ensemble

(4) : DMS : Durée moyenne de séjour.

Champ : France métropolitaine.

Source : DHOS et DREES, SAE 2002 et PMSI 2002.

T
02nombre de lits et places installés au 31 décembre 2002
selon les disciplines d'équipement

	Établissements de santé publics					Établissements privés sous Dotation globale				
	2001	2002	Évolution 2002 / 2001 (%)	TO (2) 2001	TO (2) 2002	2001	2002	Évolution 2002 / 2001 (%)	TO (2) 2001	TO (2) 2002
Hospitalisation complète (nombre de lits)										
Total Soins de courte durée MCO	152 636	151 374	-0,8	79.2	78.9	18 375	17 724	-3,5	72.3	71.0
Lutte contre les maladies mentales	42 063	40 831	-2,9	84.0	86.0	9 054	8 602	-5,0	82.9	85.4
dont <i>Psychiatriegénérale</i>	40 343	39 140	-3,0	84.9	87.0	8 695	8 232	-5,3	83.7	86.6
<i>Psychiatrieinfanto-juvénile</i>	1 720	1 691	-1,7	61.5	58.7	359	370	3,1	63.1	58.5
Soins de suite et de réadaptation	38 325	38 451	0,3	85.6	82.6	28 791	28 591	-0,7	82.4	82.4
Soins de longue durée	76 210	73 780	-3,2	98.1	97.7	6 650	6 682	0,5	98.7	98.8
Total section hôpital	309 234	304 436	-1,6	85.4	85.0	62 870	61 599	-2,0	81.3	81.4
Hospitalisation partielle (nombre de places)										
Hospitalisation partielle MCO	7 251	7 511	3,6			1 326	1 355	2,2		
Hospitalisation partielle en psychiatrie	21 091	21 201	0,5			4 941	4 746	-3,9		
dont <i>Psychiatriegénérale</i>	14 178	14 239	0,4			3 423	3 243	-5,3		
<i>Psychiatrieinfanto-juvénile</i>	6 913	6 962	0,7			1 518	1 503	-1,0		
Hospitalisation partielle SSR (3)	1 025	1 127	10,0			2 437	2 451	0,6		
Total section hôpital	29 367	29 839	1,6			8 704	8 552	-1,7		

(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 2002.

6

En MCO, le nombre de lits diminue au même rythme que les journées d'hospitalisation complète (-1,5 %), d'où une stabilité du taux d'occupation, qui se maintient à 77,6 %. La diminution un peu plus forte du nombre de séjours (-2,1 %) que du nombre de journées ne suffit toutefois pas à modifier la durée moyenne de séjour (DMS) qui reste pour la troisième année consécutive à 6,2 jours. Dans cette discipline, c'est le secteur des établissements privés sous dotation globale qui connaît la diminution la plus importante du nombre de lits (-3,5 %), suivi par celui des cliniques privées (-2,4 %), le nombre de lits en MCO des hôpitaux publics ne diminuant que très modérément (-0,8 %).

En 2002, les soins de suite et réadaptation (SSR) sont la seule discipline au sein de laquelle on enregistre une aug-

mentation des capacités d'hospitalisation à temps complet avec 1,3 % de lits supplémentaires (un peu plus de 1 100 lits). Le nombre de journées restant à peu près stable (-0,4 %), le taux d'occupation (85,3 %) recule d'un point mais la DMS augmente légèrement, passant de 32,8 à 33,1 jours. La progression du nombre de lits dans cette discipline résulte essentiellement d'une politique volontariste de conversion des capacités de court séjour en lits de moyen séjour au sein des cliniques privées (cf. infra les soins de suite et de réadaptation). Ce secteur connaît en effet une croissance de 5,4 % de ses capacités en hospitalisation complète, alors que celles des hôpitaux publics s'accroissent très légèrement de 0,3 % et que celles des établissements privés sous dotation globale diminuent de 0,7 %.

En psychiatrie, on constate aussi une diminution de 2,6 % du nombre de lits d'hospitalisation complète, mais une moindre diminution du nombre de journées d'hospitalisation réalisées, ce qui se traduit par une augmentation du taux d'occupation (de 86,3 % à 87,9 %). En revanche, la DMS baisse, passant de 31,2 à 30,4 jours. L'évolution des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie apparaît assez différenciée selon les secteurs. La diminution est forte dans les établissements privés sous dotation globale (-5 %) correspondant à la disparition d'environ 450 lits. Elle l'est également au sein des hôpitaux publics (-3 %, soit environ 1 200 lits). Par contre, les capacités restent à peu près stables dans les cliniques (+0,6 %).

En soins de longue durée où le secteur public concentre près de 90 % des

Établissements privés sous OQN (1)					Ensemble des établissements publics et privés					
2001	2002	Évolution 2002 / 2001 (%)	TO (2) 2001	TO (2) 2002	2001	2002	Évolution 2002 / 2001 (%)	TO (2) 2001	TO (2) 2002	
Hospitalisation complète (nombre de lits)										
64 962	63 409	-2,4	75.8	76.4	235 973	232 507	-1,5	77.7	77.6	Total Soins de courte durée MCO
11 292	11 361	0,6	97.4	96.8	62 409	60 794	-2,6	86.3	87.9	Lutte contre les maladies mentales
11 292	11 337	0,4	97.4	97.3	60 330	58 709	-2,7	87.1	89.0	dont <i>Psychiatriegénérale</i>
0	24			13.1	2 079	2 085	0,3	61.8	57.3	<i>Psychiatrieinfanto-juvénile</i>
22 456	23 679	5,4	92.9	93.2	89 572	90 721	1,3	86.4	85.3	Soins de suite et de réadaptation
1 011	1 011	0,0	99.5	99.9	83 871	81 473	-2,9	98.1	97.8	Soins de longue durée
99 721	99 425	-0,3	82.3	82.9	471 825	465 460	-1,3	84.2	84.1	Total section hôpital
Hospitalisation partielle (nombre de places)										
7 725	8 114	5,0			16 302	16 980	4,2			Hospitalisation partielle MCO
222	260	17,1			26 254	26 207	-0,2			Hospitalisation partielle en psychiatrie
152	170	11,8			17 753	17 652	-0,6			dont <i>Psychiatriegénérale</i>
70	90	28,6			8 501	8 555	0,6			<i>Psychiatrieinfanto-juvénile</i>
1 026	1 049	2,2			4 488	4 627	3,1			Hospitalisation partielle SSR (3)
8 973	9 423	5,0			47 044	47 814	1,6			Total section hôpital

capacités d'hospitalisation, les capacités diminuent également, mais principalement en raison d'un « effet de champ » (-3,2 % pour les hôpitaux publics et -2,9 % tous secteurs confondus). Cette évolution serait en effet due au basculement de plusieurs établissements du champ sanitaire vers le champ médico-social (cf. infra les soins de longue durée).

En résumé, la diminution des capacités d'hospitalisation complète est liée en 2002 à la diminution de 1,6 % du nombre lits d'hospitalisation complète dans les hôpitaux publics, concernant proportionnellement plus les disciplines

de psychiatrie et long séjour ; une diminution de 2 % du nombre de lits dans les établissements privés sous DG qui porte plus sur les disciplines de MCO et la psychiatrie ; et une quasi-stabilité du nombre de lits dans le secteur des cliniques, avec à la fois un recul sensible en MCO et une forte croissance en SSR.

En ce qui concerne les places d'hospitalisation partielle, les capacités diminuent uniquement dans le secteur privé sous dotation globale (-1,7 %), alors que les établissements publics les accroissent de 1,6 % et que les établissements privés sous OQN offrent 5 % de places supplémentaires.

Stabilité des séjours médicaux et chirurgicaux

Après une augmentation plus rapide en 2001 des séjours médicaux que des séjours chirurgicaux, leurs nombres respectifs restent à peu près constants en 2002 avec +0,1 % en médecine et -0,2 % en chirurgie, et ce, malgré la progression sensible des venues en hospitalisation à temps partiel³ qui augmentent de 5,2 % en médecine et de 2,9 % en chirurgie.

Cette stabilité de l'activité se retrouve dans le secteur public avec -0,2 % de séjours médicaux et +0,4 % de séjours chirurgicaux. Cependant, tandis que l'ac-

3. Par abus de langage et afin de simplifier la rédaction, on désigne par hospitalisation à temps partiel tout ce qui concerne les activités d'hospitalisation de jour, de nuit et de chirurgie ambulatoire, le terme d'hospitalisation partielle étant en toute rigueur normalement réservé aux seules hospitalisations de jour et de nuit.

Les Catégories majeures de diagnostics

Dans le PMSI chaque séjour hospitalier est classé, à partir des données médico-administratives (durée de séjours, diagnostics principaux, actes réalisés, âge des patients), dans un Groupe homogène de malades (GHM) qui présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Les 600 GHM existants sont ensuite classés en grands groupes d'activité – les Catégories majeures de diagnostics (CMD). Tous les séjours de moins de 24 heures sont classés dans le même grand groupe d'activité (la CM24). Les séjours de plus de 24 heures sont ensuite classés dans l'une des 27 autres CMD. Pour comparer les évolutions et étudier l'activité tous modes d'hospitalisation confondus (hospitalisations complète et partielle), on répartit les différents GHM de la CM24 dans les 27 autres catégories majeures permettant de décrire l'activité en hospitalisation complète. Les autres groupes pour lesquels on ne dispose pas d'indication de reclassement sont classés, pour cette étude, comme l'indique le tableau.

Table de passage entre les GHM et les CMD en hospitalisation complète

GHM	Libellé du GHM	CMD attribuée	libellé de la CMD
762	Interventions sur le cristallin, en ambulatoire	02	Affections de l'œil
763	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies, en ambulatoire	03	Affections ORL
764	Drains transtympaniques, en ambulatoire	03	Affections ORL
885	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	03	Affections ORL
765	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	05	Affections de l'appareil circulatoire
886	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies, en ambulatoire	05	Affections de l'appareil circulatoire
766	Interventions réparatrices pour hernies abdominales, en ambulatoire	06	Affections du tube digestif
767	Interventions sur le rectum et l'anus, en ambulatoire	06	Affections du tube digestif
830	Endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire	06	Affections du tube digestif
761	Libération du canal carpien, en ambulatoire	08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique
768	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation, en ambulatoire	08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique
769	Interventions sur la main, en ambulatoire	08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique
770	Arthroscopies, en ambulatoire	08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique
839	Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	10	Affections endocriniennes
771	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie, en ambulatoire	11	Affections des reins et des voies urinaires
887	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	11	Affections des reins et des voies urinaires
772	Interventions sur les testicules, en ambulatoire	12	Affections de l'appareil génital masculin
773	Circoncisions, en ambulatoire	12	Affections de l'appareil génital masculin
774	Interventions sur le système utéro-annexiel, en ambulatoire	13	Affections de l'appareil génital féminin
775	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin, en ambulatoire	13	Affections de l'appareil génital féminin
776	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, et conisation, en ambulatoire	13	Affections de l'appareil génital féminin
777	Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en ambulatoire	14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections post partum
831	Mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire	23	Facteurs influants sur l'état de santé
880	@Décès immédiat	23	Facteurs influants sur l'état de santé
890	@Transfert immédiat	23	Facteurs influants sur l'état de santé
838	Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire	25	Traumatismes, allergies et empoisonnements

tivité recule dans le secteur privé sous dotation globale dans les deux disciplines (-1,9 % et -0,7 %), elle augmente dans les établissements sous OQN, faiblement en chirurgie (+0,3 %) et plus fortement en médecine (+1,5 %). Les venues en chirurgie ambulatoire représentent encore 15 % de l'ensemble des séjours dans ce dernier secteur en 2002, contre moins de 3 % dans les deux secteurs sous dotation globale.

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

La structure des activités de court séjour en MCO par grandes catégories de diagnostics est stable depuis 1998. Environ les deux tiers de l'activité sont recouverts depuis cette date par huit mêmes catégories majeures de diagnostics (CMD) sur les 27 existantes (encadré 3). Ainsi en 2002, 15 % des séjours se rapportent à des affections du tube digestif, 12 % à des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 9 % à des affections de l'appareil circulatoire, 9 % aux accouchements et grossesses pathologiques, 8 % aux facteurs influant sur l'état de santé, c'est-à-dire les soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques, 6 % à des affections ORL, et 5 % à des affections du système nerveux et à des affections de la peau et des tissus sous-cutanés. Ce classement varie selon les secteurs d'hospitalisation. Néanmoins, les quatre premières CMD sont parmi les plus fréquentes dans tous les secteurs.

Les cliniques privées se différencient des deux autres secteurs sur deux points. Tout d'abord, et surtout, leur activité est plus concentrée. Les huit CMD principales regroupent 74 % de leurs séjours contre 64 % pour l'ensemble des deux autres secteurs. En outre, 57 % de leur activité se concentre sur seulement quatre catégories de diagnostics : les affections du tube digestif (24 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (15 %), affections ORL (10 %) et les affections de l'appareil circulatoire (9 %).

Enfin, dans le groupe des huit CMD les plus fréquentes au sein de l'activité des cliniques privées s'ajoutent deux types d'affections spécifiques : les affections de l'œil (8 % de son activité) et celles de l'appareil génital féminin (4 %). En revanche, les facteurs influant sur l'état de santé sont classés à la onzième place et les affections du système nerveux en treizième position.

Les établissements publics et privés sous dotation globale concentrent quant à eux respectivement 64 % et 63 % de leur activité sur les huit catégories majeures de diagnostic (CMD) citées précédemment. L'activité la plus importante dans le secteur public est liée aux soins relatifs aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (« facteurs influant sur l'état de santé », 12 %) et dans le secteur privé sous dotation globale, au traitement des affections du tube digestif (13 %). Le secteur public réalise, en outre, parmi ces huit grands groupes, respectivement 6 % de son activité pour le traitement des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles et 4 % pour celui de l'appareil respiratoire. Dans ce secteur les affections de la peau et des tissus sous-cutanés se situent en neuvième position, et les affections ORL en dixième.

Une forte augmentation de l'activité ambulatoire due au traitement de la cataracte, aux endoscopies et aux soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques

En MCO, 4,9 millions de séjours en 2002 ont été pris en charge en hospitalisation à temps partiel, soit une augmentation de près de 4 % par rapport à 2001. Depuis 1997, ce type de séjours progresse de près de 6 % en moyenne annuelle.

Avec 188 000 séjours, le traitement de la cataracte représente l'activité la plus

fréquemment réalisée en chirurgie ambulatoire. Elle est suivie par les soins des affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins (176 000 séjours), les interruptions de grossesse⁴ (155 000 séjours), les amygdalotomies et adénoïdectomies (120 000 séjours) et les interventions pour libération du canal carpien (93 000 séjours). Ces différents types d'interventions représentent plus de la moitié des prises en charge en chirurgie ambulatoire (51,8 %).

Les opérations de la cataracte sont les interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire qui augmentent le plus rapidement, avec une hausse de 16 % en 2002. 41 % de ces interventions ont eu lieu dans ce cadre (soit une augmentation de 3 points par rapport à 2001). Elles s'accroissent cette année plus fortement dans les secteurs sous dotation globale (secteur privé +36 %, secteur public +19 %) que dans le secteur privé sous OQN (+15 %), mais ce dernier conserve cependant la prise en charge de 86 % de ces séjours. Les séjours de chirurgie ambulatoire pour libération du canal carpien et pour des affections de la peau augmentent quant à eux respectivement de 9 et 7 %.

Les séjours médicaux de moins de 24 heures représentent, en 2002, 3,4 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, contre 11 % dans le secteur public. L'augmentation de cette activité atteint 7 % en 2002. Elle est plus importante dans les établissements privés sous dotation globale (+9 %) que dans les établissements publics et ceux privés sous OQN (+7 %). L'hospitalisation pour des soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (« facteurs influant sur l'état de santé »), avec une augmentation de 18 % en 2002, constitue également une part importante des séjours médicaux

de moins de 24 heures (18 %). Contrairement à l'endoscopie, c'est essentiellement le secteur public qui prend en charge ce type de séjours, puisque 89 % y ont eu lieu en 2002.

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

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète en psychiatrie augmente de 1,7 % en 2002, l'accroissement étant exclusivement le fait des établissements privés sous dotation globale (+2,6 %) et des établissements publics (+2,1 %). Toutefois, il semble que cette augmentation du nombre de séjours, essentiellement concentrée au sein des établissements participant à la sectorisation psychiatrique, soit pour partie liée à une augmentation des entrées par mutation⁵.

La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète, observée depuis 1997 (-2,5 % en 1998, -3 % en 1999 et -2,1 % en 2000), qui s'était interrompue en 2001 (-0,1 %), reprend toutefois plus faiblement en 2002 (-0,9 %). Cette tendance s'explique essentiellement par une stabilisation de l'activité au sein des établissements privés sous OQN. Ces derniers avaient enregistré l'année précédente une augmentation importante du nombre de leurs journées d'hospitalisation en psychiatrie, expliquée en partie par l'ouverture de centres de post-cure pour maladies mentales. Dans les autres secteurs, les tendances observées les années précédentes se poursuivent à un rythme plus modéré. Le recul du nombre de journées d'hospitalisation complète se ralentit dans le secteur public (-0,6 % contre -1 % entre 2000 et 2001). Les établissements privés sous dotation globale enregistrent, quant à eux, une diminution plus marquée (-2,4 %) mais

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

5. Ceci signifie que sont comptabilisées comme séjours supplémentaires des prises en charges de patients déjà hospitalisés en psychiatrie dans le même établissement, mais au sein d'autres services. Cet artefact de comptabilisation, difficile à mesurer avec précision, pourrait être expliqué par le développement des dispositifs intersectoriels et par la nécessité d'hospitaliser, dans certains cas, un patient dans un secteur différent du sien, le temps de lui trouver une place dans son secteur d'appartenance.

cependant très inférieure à celle observée précédemment (-8,9 % en 1999, -8,2 % en 2000 et -3,7 % en 2001).

La durée moyenne de séjour (DMS) se situe en 2002 à 30,6 jours en psychiatrie générale et à 24,1 jours en psychiatrie infanto-juvénile. Du fait de la possible surestimation du nombre de séjours, la légère baisse constatée par rapport à 2001 en psychiatrie générale (-0,8 jour) reflète en partie l'évolution des pratiques d'hospitalisation en psychiatrie. Quoiqu'il en soit, à définition constante, la DMS varie fortement selon le type d'établissements concernés. Elle est moins élevée dans le secteur public : 27,8 jours en psychiatrie générale et 22,1 jours en psychiatrie infanto-juvénile. Elle atteint 36 jours en psychiatrie générale dans les établissements privés sous OQN. Malgré une réduction sensible, elle reste enfin très supérieure dans les établissements privés sous dotation globale (41 jours en psychiatrie générale et 39,3 jours en psychiatrie infanto-juvénile en 2002, contre respectivement 43,2 et 41,7 jours en 2001).

Excepté dans les établissements privés sous OQN, le nombre de venues en hospitalisation partielle en psychiatrie connaît quant à lui une diminution en 2002 : -2,6 % dans les établissements publics et -5,4 % dans les établissements privés sous dotation globale. Dans ces deux secteurs, la plupart des établissements participent à la sectorisation psychiatrique, proposant ainsi d'autres formes de prises en charge à temps partiel au sein de structures extra-hospitalières. Cet accueil de jour (en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, atelier thérapeutique...) se situe à la frontière, parfois floue, de l'hospitalisation à temps partiel au sein de laquelle il n'est pas comptabilisé. Les journées en accueil de jour dans ces structures extra-hospitalières ont ainsi crû de 2,2 % dans les établissements publics et de 8,9 % dans les établissements privés sous dotation globale en 2002, se substituant de fait à l'hospitalisation partielle classique.

Les établissements privés sous OQN enregistrent quant à eux une forte augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle (en valeur relative) depuis 2001. Ces établissements ont depuis le décret du 8 octobre 1992 la possibilité de créer des places d'hospitalisation de jour et de nuit. Toutefois, le développement de l'hospitalisation à temps partiel y est resté très limité⁶. Afin de répondre à des besoins identifiés, certaines régions, telles que le Languedoc-Roussillon et le Centre, ont mis en place des tarifs à titre expérimental pour inciter au développement de cette forme de prise en charge au sein des établissements privés sous OQN.

Progression de l'activité globale de moyen séjour grâce au développement de l'hospitalisation partielle

Après une stabilisation en 2001, l'activité de moyen séjour de l'ensemble des établissements de santé progresse de 3,5 % en 2002, du fait de l'augmentation des venues en hospitalisation partielle. Si le nombre de lits d'hospitalisation complète continue à augmenter (+1,3 %), les entrées comme les journées d'hospitalisation réalisées amorcent une baisse, sauf dans les établissements sous OQN dans lesquels la très forte augmentation du nombre de lits (+5,4 %) s'accompagne d'un accroissement des entrées de 3,3 % et des journées de 3,5 %. Cette évolution s'explique en partie par la reconversion, dans le secteur sous OQN, de lits de médecine en lits de soins de suite ou réadaptation, qui est à l'origine de près de 30 % de l'augmentation du nombre de lits constatée en moyen séjour.

Quant au nombre de venues en hospitalisation de jour, il croît nettement plus vite que les places, quel que soit le secteur, avec globalement +6,7 % de venues et +3,1 % de places.

Stabilité globale de l'activité de soins de suite avec un essor des prises en charge dans les établissements sous OQN

Conformément à la tendance globale de l'activité des établissements de santé, l'activité de soins de suite, qui s'effectue essentiellement en hospitalisation complète (85 % des séjours), reste à peu près constante en 2002 (-0,1 %). Le poids de l'hospitalisation partielle reste à cet égard trop faible pour que l'importante augmentation du nombre de venues en hospitalisation de jour constatée en 2002 (+ 18 %) compense la diminution de 2,8 % du nombre d'entrées en hospitalisation complète. Cependant le nombre de lits d'hospitalisation complète se maintient (+0,8 %) et le nombre de journées effectuées diminue moins vite que les entrées (-1,1 %). D'où une augmentation de la durée moyenne de séjour en soins de suite (de 32,9 à 33,4 jours), avec cependant un taux d'occupation moins élevé qu'en 2001 (86,3 % au lieu de 87,6 %). L'hospitalisation partielle a, comme dans les autres disciplines, fortement progressé, avec 14 % de places supplémentaires et une augmentation de 18 % du nombre de venues en hospitalisation de jour ou de nuit, leur part dans l'ensemble des séjours passant ainsi de 13 à 16 %. Les séances de traitements et cures ambulatoires constituent encore un mode de prise en charge peu fréquent en soins de suite, réservé aux unités accueillant des patients en postcure (alcool, toxicomanie ou affections mentales) ; elles ont cependant presque doublé en 2002, passant de 8 000 à presque 16 000 séances. Cette variation est entièrement imputable au secteur privé sous OQN qui n'a démarré cette activité qu'en 2002, avec 8 500 séances.

Comme pour l'activité de MCO, les évolutions sont très différentes selon les secteurs : stabilité des séjours de soins de suite dans les établissements publics (+0,9 %), recul dans les établissements privés sous dotation globale (-3,5 %) et hausse dans les autres

6. Notamment, en raison de l'absence d'une tarification adaptée de cette activité pour ce secteur.

établissements privés (+2,1 %). Seuls les établissements sous OQN ont une activité de soins de suite qui progresse en hospitalisation complète. Ils augmentent leurs capacités de 4 % avec environ 650 lits supplémentaires, la montée en charge de l'activité étant bien sûr plus progressive (hausse des entrées de 0,8 % et des journées de 1,4 %), le taux d'occupation des lits restant aussi élevé qu'en 2001 (92,6 %). Le secteur public, à l'inverse, ralentit son activité d'hospitalisation complète en soins de suite. Les journées diminuent cependant moins que les entrées (-0,9 % contre -3,5 %) d'où une augmentation de la durée moyenne de séjour qui passe de 34,2 à 35,1 jours. Enfin, une diminution plus importante de l'hospitalisation complète est observée dans le secteur privé sous dotation globale, avec une baisse du nombre de lits de 2,2 %, du nombre d'entrées de 5,6 % et du nombre de journées de 4,3 %. C'est également dans ce secteur que l'hospitalisation partielle progresse le moins, avec des places en réduction et une augmentation des venues de seulement 3 %. En revanche, ce type de prise en charge est en pleine expansion dans le secteur public, qui offre 22 % de places supplémentaires et où le nombre de venues a augmenté d'un tiers. C'est encore davantage le cas dans le secteur privé sous OQN, qui n'a débuté ce type d'activité qu'en 2001. En 2002, les places disponibles en soins de suite dans les établissements sous OQN ont été multipliées par trois et les venues ont presque doublé, portant la part de ce secteur à 10 % des places et 5 % des venues. Si l'on y ajoute les traitements et cures ambulatoires, la part du secteur sous OQN dans les alternatives à l'hospitalisation complète en soins de suite atteint désormais 11 %.

La réadaptation fonctionnelle en fort développement, essentiellement grâce à l'hospitalisation partielle

La réadaptation fonctionnelle, qui constitue l'autre versant du moyen séjour, connaît une évolution largement différente. À l'inverse des soins de suite, l'essentiel de son activité se fait en hospitalisation partielle (83 % des séjours), et elle connaît une hausse globale de 5,3 % en 2002. Les deux types de prise en charge progressent, et bien que l'augmentation du nombre de séjours en hospitalisation complète soit plus modérée (+2,7 % d'entrées contre +5,8 % de venues en hospitalisation de jour ou de nuit), le nombre de lits augmente plus que le nombre de places d'hospitalisation partielle (respectivement +2,3 et +1,8 %). Cette augmentation de l'hospitalisation complète en réadaptation fonctionnelle est essentiellement due au secteur sous OQN, dont les capacités en lits s'accroissent (comme les journées) de 8,4 % et les entrées de presque 10 %. Le secteur sous dotation globale conserve une activité d'hospitalisation complète globalement stable, résultant d'une diminution des entrées dans le secteur public de -1,3 % et d'une hausse de 1,2 % dans le privé.

L'hospitalisation partielle en réadaptation fonctionnelle augmente quant à elle dans tous les secteurs, mais plus modérément dans le secteur sous dotation globale (+3 % de venues dans les établissements publics et +4 % dans les établissements privés sous dotation globale) que dans les établissements sous OQN (+13 % de venues). L'évolution globale du nombre de venues en hospitalisation partielle atteint ainsi 5,8 % mais est peut-être artificiellement augmentée du fait d'une sous-évaluation en 2002 des traitements et cures ambulatoires (220 000 séances en 2002). Ainsi, cette sous-évaluation se traduit par un gonflement des venues en hospitalisation de jour ou de nuit, les deux types de prise

en charge n'étant pas toujours bien dissociés. Si l'on considère l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète (en ajoutant les venues et les séances de traitements et cures ambulatoires), l'activité s'accroît globalement de 4 et 9 % dans les établissements sous OQN.

Recul de l'activité en soins de longue durée

Globalement, en France métropolitaine, l'activité en soins de longue durée, mesurée en journées d'hospitalisation, a diminué de 3,3 % en 2002, après un ralentissement en 2001, qui marquait l'arrêt de la croissance observée les années précédentes. L'origine de cette évolution est liée au secteur public (-3,6 %), qui concentre 91 % de cette activité. Elle s'explique notamment par un « effet de champ » dû à la poursuite de la transformation de certains établissements sanitaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les établissements privés sous dotation globale et les établissements privés sous OQN, dans lesquels sont effectuées respectivement 8 et 1 % des journées d'hospitalisation en soins de longue durée, maintiennent quant à eux leur activité.

L'évolution du nombre de lits est très proche de celle des journées d'hospitalisation avec un recul un peu moins marqué (-2,9 % par rapport à 2001). Cette diminution du nombre de lits n'a lieu que dans le secteur public, qui concentre toujours 91 % de l'ensemble des capacités. Parallèlement à cette diminution, on observe la création d'un nombre un peu inférieur de lits d'hébergement pour personnes âgées au sein des établissements publics du champ médico-social (1 946 contre 2 430). Ce différentiel peut en partie s'expliquer par la transformation de lits de soins de longue durée en lits d'hébergement pour personnes âgées non médicalisés⁷. ●

7. Le transfert de lits de soins de longue durée en lits d'hébergement pour personnes âgées est difficile à suivre dans la mesure où la SAE ne recueille cette dernière activité que dans les établissements publics dépendant toujours d'une entité juridique sanitaire. C'est cependant le cas en 2002 pour la quasi-totalité des établissements ayant eu une activité de soins de longue durée en 2001. En particulier, les 27 établissements publics déclarant des lits d'hébergement pour personnes âgées en 2002, et n'ayant plus les lits de soins de longue durée qu'ils avaient en 2001, sont responsables du transfert d'un peu plus de 2 000 lits d'une discipline vers l'autre.

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

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 :

« Psychiatrie et santé mentale : innovations dans le système de soins et de prise en charge »
n° 1, janvier - mars 2004

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« La microsimulation des politiques de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :
objectifs, outils et principales études et évaluations », n° 3, juillet-septembre 2003

« Les revenus sociaux en 2002 », n° 4, octobre - décembre 2003

- 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