



En 2005, l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine s'est accrue de 3,2 %. Cette hausse s'explique essentiellement par celle de l'hospitalisation partielle (+6,5 %), tandis que l'hospitalisation complète se stabilise (-0,1 %).

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'hospitalisation partielle poursuit sa croissance (+11,3 %), notamment en chirurgie ambulatoire et dans les cliniques privées. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour continue de diminuer (moins de 6 jours).

En psychiatrie générale, l'activité à temps complet enregistre une baisse de 0,8 %, surtout dans les établissements publics.

L'activité des établissements de santé en soins de suite et de réadaptation (SSR) continue de croître, quel que soit le mode d'hospitalisation (+2,0 % pour les entrées et +8,8 % pour les venues). Enfin, l'activité en soins de longue durée poursuit sa diminution (-5,0 %).

Globalement, en hospitalisation partielle, le nombre de places augmente (+2,5 %) mais beaucoup moins que l'activité; parallèlement, en hospitalisation complète le nombre de lits diminue alors que l'activité est stable.

L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle

En 2005, les établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ont enregistré plus de 24 millions de séjours, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de 3,2 % par rapport à 2004.

Cette hausse est essentiellement portée par l'activité en hospitalisation partielle (+6,4 %), tandis que l'activité en hospitalisation complète se stabilise (-0,1 %). Depuis 2004, les séjours en hospitalisation partielle (venues) sont plus fréquents que ceux en hospitalisation complète (entrées).

■ L'hospitalisation partielle continue d'augmenter.

L'activité en hospitalisation partielle a augmenté de 6,4 % en 2005, atteignant ainsi 12,7 millions de venues (tableau 1). Cette évolution s'inscrit dans la durée puisque l'activité en hospitalisation partielle a augmenté de 16 % en quatre ans. Toutes les disciplines affichent une hausse d'activité pour ce mode de prise en charge. En 2005, la croissance est particulièrement sensible en médecine, chirurgie, obstétrique (+11,3 %) ainsi qu'en soins de suite et

T
•01 **activité et capacités par grands groupes de disciplines en 2005**

Hospitalisation complète	Activité		Capacités	
	Nombre d'entrées en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de lits en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
Médecine chirurgie obstétrique	9 979	-0,2	224 247	-0,7
Lutte contre les maladies mentales	620	-0,5	57 313	-0,9
Soins de suite et de réadaptation	849	+2,0	90 518	-0,5
Soins de longue durée	40	-6,5	71 689	-5,7
Ensemble	11 488	-0,1	443 767	-1,5
Hospitalisation partielle	Nombre de venues en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de places en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
	Médecine chirurgie obstétrique	6 090	+11,3	19 092
Lutte contre les maladies mentales	4 966	+0,4	26 166	+0,5
Soins de suite et de réadaptation	1 610	+8,8	5 460	+8,3
Ensemble	12 666	+6,4	50 718	+2,5

Champ : France métropolitaine.
Sources : DHOS et DREES, SAE et PMSI 2004-2005, données statistiques.

T
•02 **activité et capacités en court séjour en hospitalisation partielle**

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de places en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
Médecine chirurgie obstétrique				
Etablissements publics	2 768	+7,8	8 555	+3,9
Etablissements privés à but non lucratif	483	+9,3	1 951	+4,8
Etablissements privés à but lucratif	2 838	+15,3	8 586	+3,5
Etablissements publics et privés	6 090	+11,3	19 092	+3,8
dont séjours classés en médecine				
Etablissements publics	2 199	+8,1	5 970	+3,8
Etablissements privés à but non lucratif	322	+8,5	1 085	+4,1
Etablissements privés à but lucratif	1 495	+17,1	1 665	+5,6
Etablissements publics et privés	4 016	+11,3	8 720	+4,2
dont séjours classés en chirurgie				
Etablissements publics	332	+8,9	1 714	+7,5
Etablissements privés à but non lucratif	146	+10,3	847	+6,3
Etablissements privés à but lucratif	1 255	+13,5	6 892	+2,9
Etablissements publics et privés	1 733	+12,3	9 453	+4,0
dont séjours classés en obstétrique				
Etablissements publics	238	+3,3	871	-1,9
Etablissements privés à but non lucratif	15	+18,1	19	-13,6
Etablissements privés à but lucratif	87	+10,7	29	+38,1
Etablissements publics et privés	340	+5,7	919	-1,3

Champ : France métropolitaine.
Sources : DHOS et DREES, SAE et PMSI 2004-2005, données statistiques.

de réadaptation (+8,8 %). L'augmentation est plus modeste pour l'activité de psychiatrie (+0,4 %), discipline dans laquelle le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète est très ancien.

Sur dix venues, cinq ont lieu en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), quatre en psychiatrie et une en soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'évolution des capacités est proche de celle de l'activité. Le nombre de places augmente de 2,5 % en 2005, s'établissant ainsi à 50 700 après 49 500 en 2004. Cette hausse se ressent notamment en SSR (+8,3 %) et dans une moindre mesure en MCO (+3,8 %). Le nombre de places évolue peu en psychiatrie (+0,5 %).

■ **L'hospitalisation complète se stabilise.**

En 2005, il y a autant d'entrées en hospitalisation complète qu'en 2004. Après une baisse de l'activité jusqu'en 2003, l'hospitalisation complète s'est stabilisée à 11,5 millions d'entrées. Cette stabilité est notamment visible pour l'activité en MCO (-0,2 %), qui représente neuf entrées sur dix. L'activité en psychiatrie diminue légèrement (-0,5 %), tandis que celle de SSR augmente (+2 %). L'activité en soins de longue durée (SLD) diminue de 5 % en nombres de journées¹.

Bien que l'activité se soit stabilisée, le nombre de lits continue de diminuer, passant de 451 000 en 2004 à 444 000 en 2005. La baisse des capacités concerne toutes les disciplines, notamment en SLD (-5,7 %).

Sur dix lits, cinq se trouvent dans des services de MCO, deux dans des services de SSR; les trois autres sont soit des lits de psychiatrie, soit des lits de SLD. Avec une durée moyenne de séjour de 5,9 jours, les séjours sont cinq fois plus courts en MCO qu'en psychiatrie (29,8 jours) ou SSR (33,2 jours).

1. Étant donné le faible taux de rotation des patients dans cette discipline, le nombre de journées est un meilleur indicateur de l'activité que le nombre d'entrées.

Médecine, chirurgie, obstétrique

En 2005, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) comporte un peu plus de 16 millions de séjours, tous modes de prise en charge et toutes disciplines confondus, soit une hausse de 3,9 % par rapport à 2004. Cette évolution est encore majoritairement portée par l'hospitalisation partielle.

■ **L'hospitalisation partielle de court séjour se développe toujours.**

La hausse de la prise en charge en hospitalisation partielle (+11,3 %) s'inscrit dans une tendance amorcée depuis plusieurs années, le nombre de venues dépassant ainsi les 6 millions pour l'ensemble des établissements publics et privés (tableau 2). La chirurgie ambulatoire est la discipline qui connaît la plus forte croissance (+12,3 %). Les cliniques privées (établissements privés à but lucratif) enregistrent la hausse la plus conséquente (+13,5 %). Elles offrent à elles seules sept places de chirurgie ambulatoire sur dix et réalisent 72,4 % de cette activité. La spécialisation de ce type d'établissement en chirurgie programmée continue donc de s'accroître en 2005.

Concernant les activités classées en médecine, les cliniques privées ont encore une fois la particularité de concentrer l'essentiel de l'augmentation des séjours en hospitalisation partielle (+17,1 %) par rapport à 2004. Ainsi, le nombre de venues en médecine pour ces établissements se rapproche progressivement de celui des établissements publics (respectivement près de 1,5 million et 2,2 millions de venues).

■ **La durée moyenne de séjour poursuit sa diminution.**

Si le nombre d'entrées pour tous les établissements publics et privés est plutôt stable (-0,2 %), le volume des journées décroît encore en 2005, passant de 64 millions en 2001 à 59 millions en 2005 (tableau 3). La durée moyenne de séjour est donc en constante diminution pour toutes les disciplines quel que soit le statut de l'établissement. Cette der-

T
•03

activité et capacités en court séjour en hospitalisation complète

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de journées en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de lits en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
Médecine chirurgie obstétrique						
Etablissements publics	6 056	+1,9	39 932	+0,5	147 680	-0,6
Etablissements privés à but non lucratif	803	0,0	4 769	-1,3	19 814	+0,1
Etablissements privés à but lucratif	3 119	-4,2	14 535	-6,2	56 753	-1,4
Etablissements publics et privés	9 979	-0,2	59 236	-1,3	224 247	-0,7
dont séjours classés en médecine						
Etablissements publics	3 994	+2,4	26 208	+0,7	91 168	+0,1
Etablissements privés à but non lucratif	429	0,0	2 632	-0,5	9 715	+0,3
Etablissements privés à but lucratif	935	-3,9	4 298	-5,9	11 230	+0,5
Etablissements publics et privés	5 358	+1,0	33 138	-0,3	112 113	+0,1
dont séjours classés en chirurgie						
Etablissements publics	1 453	+0,7	10 717	-0,1	42 247	-2,1
Etablissements privés à but non lucratif	305	-0,9	1 790	-3,1	8 491	-1,0
Etablissements privés à but lucratif	1 911	-4,4	8 878	-6,3	39 301	-1,8
Etablissements publics et privés	3 669	-2,1	21 384	-3,0	90 039	-1,9
dont séjours classés en obstétrique						
Etablissements publics	610	+2,0	3 007	+1,5	14 265	-0,1
Etablissements privés à but non lucratif	69	+3,9	347	+2,7	1 608	+5,2
Etablissements privés à but lucratif	273	-3,5	1 360	-6,4	6 222	-1,9
Etablissements publics et privés	952	+0,5	4 713	-0,8	22 095	-0,3

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS et DREES, SAE et PMSI 2004-2005, données statistiques.

nière passe pour la première fois en dessous des 6 jours pour l'ensemble du système hospitalier (tableau 4).

Dans les établissements publics, les nombres d'entrées et de journées sont tous deux en hausse (+1,9 % et +0,5 %). Toutefois, le volume des journées n'augmentant pas aussi rapidement que les entrées en MCO, la durée moyenne de séjour a diminué de 6,7 à 6,6 jours.

Dans les cliniques privées en revanche, l'hospitalisation à temps complet connaît une forte diminution, aussi bien sur les entrées (-4,2 %) que sur les journées (-6,2 %). Ainsi, le glissement de l'activité entre les deux types d'hospitalisation s'accroît en 2005 et renforce le caractère spécialisé des cliniques privées dans le traitement de très court séjour.

Le taux d'occupation reste quant à lui stable par rapport à 2005, quels que soient la discipline et le statut des établissements (tableau 5). En effet, la

baisse du nombre de lits est compensée par celle du nombre de journées.

■ **Poursuite de la reprise en obstétrique.**

L'évolution de l'obstétrique (1,8 %) reste cohérente avec celle des naissances : en effet, la hausse de l'activité dans cette discipline sur l'ensemble des établissements suit le même rythme que le nombre de naissances entre 2004 et 2005 (+0,9 %, source : INSEE, État-civil), après la baisse enregistrée en 2002 et 2003.

La part de l'obstétrique dans l'ensemble des séjours de MCO, avec 952 000 entrées et 340 000 venues, reste faible : pour 100 séjours d'hospitalisation complète, environ 10 sont des séjours classés en obstétrique contre 54 en médecine et 36 en chirurgie. Ces écarts se creusent davantage pour la prise en charge à temps partiel, qui correspond notamment pour cette discipline à des surveillances de grossesse ou

3

T
• 04 durées moyennes de séjour (DMS) par discipline en hospitalisation complète

	DMS 2004 en jours	DMS 2005 en jours	Evolution 2004/2005 en jours
Médecine chirurgie obstétrique	6,0	5,9	-0,1
Séjours classés en médecine	6,3	6,2	-0,1
Séjours classés en chirurgie	5,9	5,8	-0,1
Séjours classés en obstétrique	5,0	4,9	-0,1
Lutte contre les maladies mentales	29,6	29,8	+0,2
Psychiatrie générale	29,9	30,1	+0,2
Psychiatrie infanto-juvénile	22,1	20,4	-1,7
Soins de suite et de réadaptation	33,1	33,2	+0,1

Champ : France métropolitaine.
Sources : DHOS et DREES, SAE et PMSI 2004-2005, données statistiques.

T
• 05 taux d'occupation (TO) par discipline en hospitalisation complète

	TO 2004 en %	TO 2005 en %	Evolution 2004/2005 en %
Médecine chirurgie obstétrique	77,1	77,2	+0,1
Médecine	83,0	84,0	+1,0
Chirurgie	71,2	70,1	-1,2
Gynéco-obstétrique	72,0	72,3	+0,2
Lutte contre les maladies mentales	87,8	88,8	+1,0
Psychiatrie générale	88,8	89,9	+1,1
Psychiatrie infanto-juvénile	60,5	59,8	-0,7
Soins de suite et de réadaptation	85,6	87,5	+1,9
Soins de longue durée	97,5	98,3	+0,8

Champ : France métropolitaine.
Sources : DREES, SAE 2004-2005, données statistiques.

4

des affections de post-partum de moins d'un jour.

Les deux tiers des femmes choisissent d'accoucher dans les maternités des établissements publics. L'augmentation de l'activité d'obstétrique dans ce type d'établissement est équilibrée entre les deux modes de prise en charge (temps complet et temps partiel) et la durée moyenne de séjour descend juste en dessous du seuil des 5 jours.

Psychiatrie

Majoritairement publique, la psychiatrie fait l'objet d'une organisation spécifique. Elle est pour l'essentiel fondée sur la sectorisation du territoire, qui propose une prise en charge des patients en réseau, au sein de zones « géo-démographiques » déterminées. Elle regrou-

pe la majorité des établissements publics et une partie des établissements privés à but non lucratif. Ce dispositif est complété par une offre non sectorisée, comprenant des établissements publics et privés.

La prise en charge des patients se décline suivant les lieux d'hospitalisation selon plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet². Sont distinguées la psychiatrie générale dédiée aux soins des adultes de plus de 16 ans et la psychiatrie infanto-juvénile, en charge des enfants et adolescents. Cette dernière se caractérise par un poids beaucoup plus important de l'hospitalisation à temps partiel que la psychiatrie adulte. En effet, seules 3 % des entrées en hospitalisation complète relèvent de l'infanto-juvénile contre 30 % des venues en

temps partiel. Ces deux branches de la discipline connaissant des évolutions distinctes, il convient donc de les aborder séparément (tableaux 6 et 7).

■ Psychiatrie générale.

L'activité hospitalière à temps complet en psychiatrie générale est plutôt à la baisse comme celle des capacités. En effet, l'activité mesurée en entrées atteint environ 600 000 (-0,8 %) par rapport à 2004. Cette diminution concerne essentiellement les établissements publics, le secteur privé enregistrant au contraire 0,9 % d'entrées supplémentaires, mais l'activité de ce dernier ne représente que 30 % des entrées en psychiatrie générale. Le nombre de journées d'hospitalisation est globalement plus stable. Toutefois, il diminue dans les établissements privés à but non lucratif (-9,1 %), dans les établissements publics (-0,4 %), tandis qu'il augmente dans les cliniques privées (+6,6 %). Parallèlement, le nombre de lits continue à décroître (-0,8 %). Cette diminution est particulièrement marquée dans les établissements privés à but non lucratif (-10,7 %) et dans les établissements publics (-0,9 %). En lien avec l'activité, les établissements privés à but lucratif voient leur nombre de lits augmenter de façon sensible (+6,2 %). Étant donné ces évolutions, la durée moyenne de séjour reste, comme les années précédentes, relativement stable autour de 30 jours (tableau 4). Après plusieurs années de baisse, puis une croissance forte de l'activité en hospitalisation partielle en 2004, l'année 2005 se caractérise par une stabilisation de l'activité de psychiatrie (3,5 millions de venues). En effet, dans le secteur public, où sont concentrées 80 % de l'activité et des capacités, les évolutions des nombres de venues et de places sont modérées : respectivement +0,4 % et +0,7 %. Les évolutions sont plus marquées pour le secteur privé (diminution dans les établissements privés à but non lucratif et forte hausse dans les cliniques privées). Toutefois,

2. Ne sont étudiés ici que l'hospitalisation à temps partiel et temps complet.

elles ne suffisent pas à influencer sur la tendance globale impulsée par le public.

■ Psychiatrie infanto-juvénile.

La psychiatrie infanto-juvénile est quant à elle plutôt caractérisée par une hausse de l'activité sans évolution similaire des capacités d'hospitalisation. Tout d'abord, en hospitalisation complète, le nombre d'entrées a fortement augmenté (+8,1%), atteignant ainsi 21 000. Les taux de croissance sont forts dans les établissements privés et notamment ceux à but non lucratif (+43,4 %). Toutefois, l'activité de psychiatrie infanto-juvénile se concentre à 80 % dans les établissements publics. Malgré cette hausse de l'activité, le nombre de lits a globalement diminué de 1,7 %. En conséquence, la durée moyenne de séjour continue à baisser pour atteindre 20,4 jours en 2005 (tableau 4). L'activité à temps partiel est également quasi stable en psychiatrie infanto-juvénile. La tendance est toujours plutôt à la hausse avec environ 4 000 venues supplémentaires (+0,3 %) et 16 nouvelles places (+0,2 %).

Soins de suite et de réadaptation

■ Activité en hausse en hospitalisation complète et partielle.

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé est en constante augmentation depuis plusieurs années en terme d'activité avec des capacités globalement stables. Cette activité représente 21 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 13 % des venues en hospitalisation partielle (tableaux 6 et 7). Les soins de suite et de réadaptation se décomposent en deux activités plus fines.

- La réadaptation fonctionnelle comprend la réadaptation fonctionnelle cardiaque ou respiratoire, la médecine physique et de réadaptation (MPR) et les autres types de rééducation fonctionnelle.

- Les soins de suite comprennent les disciplines d'équipement telles que cures thermales avec hospitalisation, les cures médicales spécialisées pour les enfants, la réadaptation fonctionnelle, la convalescence pour personnes âgées, etc.

E•1

Le champ de l'étude

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés dans cette étude est restreint aux activités et capacités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné au cours de l'année 2005, en France métropolitaine.

• **L'activité hospitalière** est mesurée en nombre de « séjours » en hospitalisation complète et partielle (encadré 2) et en « journées ». Dans le cadre de cette étude, l'activité ne comprend pas les prises en charge à domicile et l'activité du domaine médico-social. De même, les prestations réalisées pour des patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et les cures ambulatoires, ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysés dans la présente étude. Enfin, l'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas prise en compte car ces derniers ne sont pas assez bien représentés dans le PMSI (encadré 3) en 2005.

• **Les capacités** des établissements de santé sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréés) et places installés au 31 décembre 2005, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

• **Les établissements de santé** sont désormais répartis selon leur statut juridique. En effet, avec la réforme du mode de financement (mise en place progressive de la tarification à l'activité depuis 2004), en particulier pour les établissements de court séjour, la distinction entre établissements financés par dotation globale et ceux financés hors dotation globale n'est plus pertinente. Ainsi, on distingue les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif (désignés aussi par le terme cliniques privées).

Les résultats de cette étude proviennent de deux sources :

• **Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : mis en place depuis 1997 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et collecté par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le PMSI fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO) des établissements de santé, pour chacun des séjours réalisés : l'ensemble constitue le PMSI-MCO.

• **La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** : réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), elle décrit l'activité des établissements de santé publics et privés (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), ainsi que leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels). En 2000, elle a été refondue, permettant ainsi de rapprocher ses concepts de ceux du PMSI et d'améliorer la complémentarité de ces deux sources (encadré 3).

E•2

Principales définitions

• **Hospitalisation complète** : il s'agit d'unités d'accueil hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à un jour. Cette durée diffère selon les sources (encadré 3) : nous retenons dans cette étude le seuil d'un jour. L'hospitalisation complète comprend également ici les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine). On parle d'« entrées » et de « journées » pour décrire l'activité en hospitalisation complète et de « lits » pour décrire les capacités.

• **Hospitalisation partielle** : hospitalisation de moins d'un jour. On parle de « venues » pour décrire l'activité en hospitalisation partielle et de « places » pour décrire les capacités.

• **Séjour** : le nombre de séjours commentés dans cette étude correspond aux entrées en hospitalisation complète et aux venues en hospitalisation partielle.

• **Durée moyenne de séjour** : elle s'obtient en rapportant le nombre de journées au nombre d'entrées totales pour l'hospitalisation complète.

• **Taux d'occupation** : le taux d'occupation est calculé pour l'hospitalisation complète. Il se définit donc comme le rapport entre le nombre de « journées réalisées » et le nombre de « journées exploitables », c'est-à-dire le nombre de lits potentiellement disponibles sur un an pour chaque journée de l'exercice (à l'exception de ceux rendus provisoirement indisponibles).

T
• 06

activité et capacités hors court séjour en hospitalisation partielle

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de places en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
Lutte contre les maladies mentales				
Etablissements publics	3 902	+0,3	21 272	+0,6
Etablissements privés à but non lucratif	990	-0,6	4 607	-2,0
Etablissements privés à but lucratif	74	+17,6	287	+44,9
Etablissements publics et privés	4 966	+0,4	26 166	+0,5
dont psychiatrie générale				
Etablissements publics	2 758	+0,4	14 180	+0,7
Etablissements privés à but non lucratif	648	-1,0	3 018	-2,2
Etablissements privés à but lucratif	72	+15,4	276	+39,4
Etablissements publics et privés	3 478	+0,4	17 474	+0,6
dont psychiatrie infanto-juvénile				
Etablissements publics	1 145	+0,2	7 092	+0,4
Etablissements privés à but non lucratif	341	+0,3	1 589	-1,5
Etablissements privés à but lucratif	1	-	11	-
Etablissements publics et privés	1 487	+0,3	8 692	+0,2
Soins de suite et réadaptation				
Etablissements publics	428	+12,8	1 411	+9,8
Etablissements privés à but non lucratif	847	+3,6	2 908	+4,3
Etablissements privés à but lucratif	335	+18,3	1 141	+17,9
Etablissements publics et privés	1 610	+8,8	5 460	+8,3

Champ : France métropolitaine.
Sources : DREES, SAE 2004-2005, données statistiques.

6

En 2005, l'activité globale en SSR des établissements de santé a augmenté quel que soit le type d'hospitalisation : +2,0 % pour les entrées en hospitalisation complète et +8,8 % pour les venues en hospitalisation partielle.

En hospitalisation complète, la hausse s'observe de façon similaire sur les journées (+2,0 % en 2005). Ainsi, il y a eu environ 850 000 entrées en SSR en 2005 et plus de 28 millions de journées d'hospitalisation complète réalisées.

Pour les entrées comme pour les journées, la hausse de 2005 est beaucoup plus forte que celles observées en 2003 et en 2004, où les augmentations ne dépassaient pas 0,8 %. Les entrées et les journées évoluant dans les mêmes proportions, la durée moyenne de séjour reste ainsi globalement stable, à 33,2 jours (tableau 4).

La hausse de l'activité en 2005 a lieu dans un contexte de stabilité des capacités, le nombre de lits des services de SSR diminuant de 0,5 % en 2005 (soit 90 500 lits).

En hospitalisation partielle, l'augmentation du nombre de venues observée ces dernières années se confirme et s'accroît : avec plus de 1,6 million de venues en 2005, la hausse est de +8,8 % après 4,1 % en 2004 et 5,0 % en 2003.

L'activité augmente au même rythme que les capacités : le nombre de places dédiées à l'activité de SSR progresse de 8,3 % en 2005 pour atteindre 5 460 places.

Analyser les évolutions selon le mode d'hospitalisation est plus pertinent avec la prise en considération de la discipline à un niveau plus fin : en effet, l'activité de soins de suite représente sept entrées sur dix en hospitalisation complète, tandis que la réadaptation fonctionnelle concerne neuf venues sur dix en hospitalisation partielle.

■ Soins de suite : des taux d'occupation toujours plus élevés.

De par la nature des prestations réalisées en soins de suite, l'activité est constituée à 80 % d'entrées en hospita-

lisation complète.

La hausse du nombre de séjours en soins de suite et en hospitalisation complète (+2,5% en 2005) est sensible quel que soit le statut juridique de l'établissement : pour les secteurs public et non lucratif, les entrées et les journées sont respectivement en augmentation ou stables après plusieurs années de baisse. Pour le secteur lucratif qui accueille 28,5 % des entrées, la hausse, déjà observée les années précédentes, s'accroît.

Toujours dans le cas du secteur lucratif, la hausse du nombre de journées est plus forte que celle des entrées : la durée moyenne de séjour est ainsi en augmentation, passant de 30,8 jours en 2004 à 31,2 jours en 2005. C'est d'ailleurs dans ce secteur qu'elle est la plus faible puisqu'elle atteint 33,2 jours dans le secteur non lucratif et 35,1 jours dans le secteur public (tableau 4).

La capacité d'accueil en soins de suite, en très légère diminution en 2005 (-0,4 %), évolue quant à elle différemment selon les secteurs. Dans le secteur public notamment, si l'activité tend à remonter (+2,3 % en nombre de journées), le nombre de lits diminue nettement : -2,1 % en 2005. Ainsi, le taux d'occupation augmente fortement : 89 % en 2005 après 85 % en 2004 (tableau 5). Dans le secteur lucratif en revanche, activité et capacités augmentent de concert mais à la faveur du nombre d'entrées : les taux d'occupation, particulièrement hauts dans ce secteur, s'accroissent également, pour s'établir à 94 %.

■ Réadaptation fonctionnelle : accélération de la hausse de l'activité.

À l'inverse des soins de suite, la réadaptation fonctionnelle est essentiellement une discipline prise en charge en hospitalisation partielle : 85 % de l'activité est constituée de venues. L'autre alternative à l'hospitalisation complète que constituent les traitements et cures ambulatoires³ en SSR sont également

3. Les traitements et cures ambulatoires en soins de suite et réadaptation complètent ici la description de l'activité mais ils ne font pas partie du champ de l'étude.

concentrés à 94 % en réadaptation fonctionnelle et atteignent 172 000 séances en 2005.

La réadaptation fonctionnelle représente 70 % de l'activité totale SSR (entrées et venues), soit plus de 1,7 million de séjours.

L'activité en hospitalisation partielle pour ce secteur poursuit la hausse engagée depuis plusieurs années mais s'accélère nettement : +9,5 % en 2005, après 2,6 % en 2004 et 4,0 % en 2003.

Cette accélération s'observe particulièrement pour le secteur public (+16,8 %) et pour les cliniques privées (+19,0 %), tandis que l'activité du secteur non lucratif augmente à des rythmes similaires aux années passées (+3,2 % en 2005). La distinction par statut juridique est importante car les disciplines de réadaptation fonctionnelle en hospitalisation partielle ne sont pas présentes de façon équivalente selon le secteur : les établissements non lucratifs concentrent environ 55 % des venues et places, les établissements publics 25 % et enfin 22 % pour les cliniques privées.

Soins de longue durée

■ Poursuite du glissement de l'activité vers le domaine non sanitaire.

L'activité en soins de longue durée (SLD) prend en charge des patients non autonomes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Elle est donc uniquement prise en charge en hospitalisation complète. L'activité est mesurée en nombre de journées car, compte tenu du faible taux de rotation des patients, c'est un meilleur indicateur que le nombre d'entrées (tableau 7).

L'activité en SLD poursuit la diminution amorcée depuis plusieurs années et s'accélère en 2005 (-5,0 %). Ainsi, le nombre de journées réalisées en SLD a diminué de 14,3 % sur quatre ans. Les capacités suivent le même mouvement avec une baisse de 5,7 % du nombre de lits en 2005 et de 14,5 % depuis quatre ans. Le taux d'occupation, très élevé dans cette discipline compte tenu de la

T • 07 activité et capacités en hospitalisation complète hors court séjour

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2005 en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de journées en milliers	Evolution 2004 / 2005 en %	Nombre de lits en 2005	Evolution 2004 / 2005 en %
Lutte contre les maladies mentales						
Etablissements publics	445	-1,3	12 298	-0,5	39 017	-0,9
Etablissements privés à but non lucratif	65	+2,4	2 152	-8,6	6 960	-10,2
Etablissements privés à but lucratif	110	+0,9	4 002	+6,7	11 336	+6,2
Etablissements publics et privés	620	-0,5	18 453	-0,1	57 313	-0,9
dont psychiatrie générale						
Etablissements publics	428	-1,4	11 965	-0,4	37 348	-0,9
Etablissements privés à but non lucratif	62	+0,9	2 074	-9,1	6 599	-10,7
Etablissements privés à but lucratif	110	+0,9	3 988	+6,6	11 288	+6,2
Etablissements publics et privés	599	-0,8	18 027	-0,1	55 235	-0,8
dont psychiatrie infanto-juvénile						
Etablissements publics	17	+3,1	333	-2,6	1 669	-2,3
Etablissements privés à but non lucratif	3	+43,4	78	+6,4	361	0,0
Etablissements privés à but lucratif	1	+12,3	14	+36,4	48	+11,6
Etablissements publics et privés	21	+8,1	426	-0,1	2 078	-1,7
Soins de suite et réadaptation						
Etablissements publics	347	+2,3	11 649	+2,1	37 345	-2,2
Etablissements privés à but non lucratif	259	+0,3	8 728	-0,1	30 263	-0,5
Etablissements privés à but lucratif	244	+3,4	7 782	+4,4	22 910	+2,4
Etablissements publics et privés	849	+2,0	28 160	+2,0	90 518	-0,5
Soins de longue durée						
Etablissements publics	36	-5,8	23 175	-5,0	64 824	-5,6
Etablissements privés à but non lucratif	3	-15,2	2 212	-6,6	6 081	-7,6
Etablissements privés à but lucratif	1	+2,9	287	+5,9	784	0,0
Etablissements publics et privés	40	-6,5	25 673	-5,0	71 689	-5,7

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 2004-2005, données statistiques.

faible rotation des patients, s'est accru (98,3 %, voir tableau 5).

Comme en 2004, ce recul de l'activité et des capacités s'explique par la mise en œuvre des réformes sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces réformes sont à l'origine de plusieurs transformations d'unités de soins de longue durée en EHPAD. Ainsi, les lits de soins de longue durée de ces unités sont « transférés » du domaine sanitaire au domaine médico-social, qui n'est pas pris en compte dans cette étude.

Malgré ces transformations, la structure des journées réalisées reste la même : neuf journées sur dix sont réa-

lisées dans des établissements publics. Le reste de l'activité est essentiellement enregistré dans des établissements privés à but non lucratif. L'évolution de l'activité en soins de longue durée est donc portée par ces deux types d'établissement : le nombre de journées réalisées est en baisse de 5,0 % dans les établissements publics et de 6,6 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Enfin, les cliniques privées, qui ne représentent qu'une quinzaine d'établissements, sont les seules à voir leur activité augmenter en 2005. Cette hausse est de portée très limitée puisque ces cliniques ne représentent qu'1 % de l'activité en soins de longue durée. ●

La SAE et le PMSI, deux sources complémentaires

Le PMSI et la SAE sont utilisés seules ou en complémentarité selon la discipline et le type de données étudiées. Pour étudier les capacités des établissements de santé, les données proviennent uniquement de la SAE. Pour décrire l'activité en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée, les données proviennent exclusivement de la SAE. Pour l'activité de court séjour (MCO), les données sont calculées à partir de la confrontation de la SAE et du PMSI. En effet, la complémentarité de ces deux sources permet d'améliorer la qualité des résultats.

1. Mesurer l'activité de court séjour : des concepts différents selon la source

SAE	PMSI-MCO
Critères de répartition des séjours	
<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours correspondent à la somme des « entrées totales » (séjours en hospitalisation complète) et des « venues » en hospitalisation de jour ou de nuit ou en anesthésie chirurgie ambulatoire (séjours en hospitalisation partielle). • La SAE mesure les séjours commencés dans l'année. • Les nouveau-nés ne sont pas enregistrés en « entrées totales » dans la SAE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un résumé de sortie anonymisé (RSA) (sauf certains traitements itératifs et certaines prises en charge réparties sur deux établissements). Le nombre de RSA correspond donc théoriquement à la somme des « entrées totales » et des « venues ». • Le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. • Les nouveau-nés donnent lieu à des RSA.
Classification des séjours	
Les journées sont réparties en fonction de la discipline d'équipement (médecine, chirurgie et obstétrique) et sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient. Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, « médical » si le lit est catalogué en médecine et « obstétrique » si la patiente est hospitalisée en gynécologie-obstétrique.	Le PMSI décrit les prestations livrées au patient. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « 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. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».
Modes d'hospitalisation	
Définis selon les moyens mis en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation complète : durée de séjour supérieure à un jour. • Hospitalisation partielle : la personne mobilise une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire. 	Définis selon la durée de séjour : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation complète : durée de séjour supérieure à deux jours. • Hospitalisation partielle : durée de séjour inférieure à deux jours, quels que soient le groupe homogène de malade, le diagnostic principal et l'unité de prise en charge : on parle alors d'activité ambulatoire.

2. Les concepts retenus dans cette étude pour décrire l'activité de court séjour (MCO)

Pour le court séjour, la confrontation du PMSI et la SAE conduit à faire des choix quant aux concepts à retenir. Ainsi, par souci de cohérence avec les autres domaines d'activité, les séjours sont comptabilisés hors nouveau-nés restés près de leur mère et le seuil retenu pour l'hospitalisation complète est d'un jour (concepts SAE). En revanche, conformément au PMSI, les séjours décrits sont ceux terminés dans l'année.

Erratum à l'Études et Résultats 456 de décembre 2005

À la suite d'un problème matériel sur les pondérations du PMSI lors de l'appariement avec la SAE, les données relatives à l'activité en 2004 ont été amputées d'environ 200 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, réalisés pour la plupart dans les établissements publics. Certaines évolutions publiées étaient donc biaisées. La nouvelle version de l'Études et Résultats n° 456 de décembre 2005 disponible sur le site de la DREES prend en compte cette correction.