

En 1998 comme en 1997, le recours à l'hôpital continue sa progression. Le vieillissement de la population ainsi que des demandes plus fréquentes de soins hospitaliers expliquent la croissance du nombre d'entrées, surtout en médecine dans le secteur public (+2 % en 1998).

Les durées moyennes de séjour, encore en baisse début 1997, se stabilisent en 1998.

En chirurgie, la diminution du nombre des entrées provient du développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

En psychiatrie, la baisse du nombre de journées va de pair avec une meilleure prise en charge extra-hospitalière. Parallèlement, l'offre hospitalière continue sa restructuration : environ 6 000 lits ont été fermés en 1997. Ces suppressions affectent davantage la chirurgie dans le public et la médecine dans le privé, accentuant la relative spécialisation des deux secteurs.

Le secteur privé ne participant pas au service public voit, quant à lui, son activité régresser légèrement en 1997 (-0,3 %).

Annie DEVILLE
Claire LESDOS-CAUHAPÉ
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998

Le recours à l'hôpital continue à se développer

En 1997, les entrées en hospitalisation ont continué à augmenter en soins de suite et de réadaptation (+1,6 %), en médecine (+2,0 %), en psychiatrie (+4,7 %). En revanche, elles sont restées quasi stables en chirurgie (-0,3 %) et ont diminué en gynécologie obstétrique (-1,2 %) [tableau 1].

La spécialisation des trois grands secteurs, public, privé participant au service public hospitalier (PSPH) et privé non participant au service public, explique une évolution des entrées différente pour chacun d'eux :

- Le recours au *secteur public* hospitalier, fortement spécialisé en médecine, psychiatrie, soins de longue durée, ainsi qu'en gynécologie obstétrique, augmente de 1,6 % par rapport à 1996.



T 1a activité par grands groupes de disciplines en 1997
hospitalisation complète

Disciplines d'équipements	Établissements publics de Santé					Établissements privés PSPH					
	Entrées Journées en milliers		Évolution des entrées	DMS*	CO %	Entrées Journées en milliers		Évolution des entrées	DMS*	CO %	
<i>Soins de courte durée</i>											
Médecine (M)	4 157	26 541	2,1	6,4	79,9	360	2 531	-0,5	7,0	77,3	
Chirurgie (C)	2 308	11 604	0,5	5,0	69,4	325	1 785	-1,6	5,5	67,4	
Obstétrique (O)	784	3 627	0,3	4,6	67,2	64	317	5,5	4,9	69,5	
Total des soins de courte durée	7 249	41 772	1,4	5,8	75,5	750	4 632	-0,5	6,2	72,6	
<i>Lutte contre les maladies mentales</i>											
Lutte contre les maladies mentales	420	13 565	5,9	32,3	78,3	59	3 201	0,7	54,6	82,7	
Toxicomanie et alcoolomanie	16	294	10,5	18,9	70,8	1	35	-15,1	27,9	77,8	
<i>Soins de moyenne durée</i>											
Soins de suite ou de réadaptation	363	11 297	0,7	31,1	82,8	163	5 804	1,4	35,5	83,0	
<i>Soins de longue durée</i>											
Soins de longue durée	56	26 238	8,0	ns	97,5	2	1 090	-2,2	ns	99,3	
Total	8 104	93 165	1,6	11,5	82,0	976	14 762	-0,1	15,1	80,3	

Entrées, venues et journées sont en milliers, évolutions en pourcentage.

* DMS : durée moyenne de séjour.

T 1b activité par grands groupes de disciplines en 1997
hospitalisation partielle

Hospitalisation partielle	Entités juridiques publiques		Établissements privés				Ensemble	
			PSPH		non PSPH			
	1997	1997/1996	1997	1997/1996	1997	1997/1996	1997	1997/1996
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Venues en hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie, toxicomanie et alcoolisme	1 453	5,4	634	11,5	935	12,4	3 022	8,7
Venues en hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie, toxicomanie et alcoolisme	4 086	1,3	875	6,4	311	-17,0	5 272	0,8
Venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoires	218	30,0	49	-24,3	1 752	3,0	2 020	4,4
Total	5 757	3,2	1 559	7,1	2 998	3,1	10 314	3,7

Entrées, venues et journées sont en milliers, évolutions en pourcentage.

toire réalisée en chirurgie ambulatoire augmente régulièrement. Ceci explique en grande partie la baisse du nombre des entrées dans cette discipline. En 1997, deux millions de venues (+4,4 %) en anesthésie-chirurgie ambulatoire ont ainsi été enregistrées pour cinq millions et demi d'entrées en hospitalisation complète (tableau 1).

Le développement de ce type d'activité a été, jusqu'ici, plus rapide dans le secteur privé non PSPH que dans les autres secteurs. Le privé non PSPH offre une place en chirurgie ambulatoire pour 10 lits d'hospitalisation complète. Le nombre de places est plus faible dans les établissements PSPH – une pour 35 lits – et publics – une pour 50 lits (tableau 2).

En gynécologie obstétrique, le nombre de naissances détermine largement l'évolution de l'activité. La réduction d'activité de cette discipline (-1,2 % en 1997) est liée à une baisse sensible du nombre de naissances (-1,3 %). La restructuration de l'offre conduit à une diminution très nette des entrées dans les établissements privés conven-

L'augmentation observée pour les entrées en médecine s'explique sans doute par le vieillissement de la population et un recours plus fréquent aux soins hospitaliers à tous âges, comme en témoigne la croissance du nombre des consultations externes et surtout des passages aux urgences.

● Le secteur privé participant au service public, relativement plus spécialisé en soins de suite et de réadaptation, a une activité stable

(-0,1 %) alors que le secteur privé non PSPH, spécialisé quant à lui en chirurgie et gynécologie obstétrique, voit son activité régresser légèrement (-0,3 %).

■ Développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

En 1997, le nombre total d'entrées en chirurgie diminue légèrement. Cette baisse touche plus nettement le secteur privé PSPH que le secteur non PSPH. La part de l'activité chirurgicale et explora-

Établissements privés non PSPH				Ensemble					
Entrées	Journées	Évolution	DMS*	CO	Entrées	Journées	Évolution	DMS*	CO
en milliers		des entrées		%	en milliers		des entrées		%
727	5 524	3,0	6,9	87,2	5 244	34 596	2,0	6,5	80,7
2 790	16 027	-0,8	4,8	74,4	5 424	29 416	-0,3	4,9	71,6
433	2 773	-4,7	5,4	71,7	1 281	6 717	-1,2	4,9	68,9
3 950	24 324	-0,6	5,2	76,8	11 949	70 728	0,6	5,6	75,7
109	4 137	2,4	37,2	96,2	587	20 903	4,7	35,4	81,9
6	197	-15,8	33,6	95,0	23	525	0,8	23,1	78,7
310	10 571	2,9	33,6	87,9	836	27 672	1,6	32,9	84,7
2	1 359	7,7	ns	98,2	60	28 686	7,5	ns	97,6
4 376	40 588	-0,3	8,4	82,3	13 455	148 515	0,9	10,8	81,9

** CO : Coefficient d'occupation.

tionnés. Les établissements publics ont, quant à eux, maintenu leur activité et les établissements PSPH ont sensiblement augmenté la leur.

■ Passages aux urgences : croissance d'environ 6 % en 1997.

L'année 1997 enregistre plus de 10 millions de passages aux urgen-

ces. Comme les années précédentes, la progression du nombre de passages aux urgences est extrêmement élevée (plus de 6 %). L'augmentation rapide de la fréquentation des services d'urgence – comme celle des consultations externes – traduit un changement des comportements des patients qui ont de plus

en plus souvent tendance à recourir à l'hôpital plutôt qu'à l'offre de ville : ce sont en effet les passages non suivis d'hospitalisation qui augmentent le plus. On peut certainement invoquer les difficultés d'accès aux soins d'une population soumise à des difficultés socio-économiques. Cet élément devra être suivi dans l'avenir avec la mise en place de la couverture maladie universelle.

À ce jour, environ 3 passages sur 10 conduisent à une hospitalisation, le plus souvent dans l'établissement même (95 cas sur 100). Dans le secteur public, 4 patients sur 10 entrent à l'hôpital par le service d'urgence.

■ En psychiatrie, l'activité extra-hospitalière continue à se développer.

Les modes de prise en charge évoluant vers des soins mieux insérés en ville (les centres médico-psychologiques devenant le pivot de l'activité des secteurs psychiatriques), les séjours à l'hôpital sont de plus en plus réservés à la phase aiguë de la maladie : en huit ans, la

T 02 nombre de lits et places installés au 31 décembre 1997 selon les disciplines d'équipement

Hospitalisation complète (nombre de lits)	Entités juridiques publiques		Établissements privés				Ensemble	
	1997	Évolution 1997/1996	PSPH		non PSPH		1997	Évolution 1997/1996
			1997	Évolution 1997/1996	1997	Évolution 1997/1996		
Soins de courte durée :								
Médecine et spécialités médicales	96 012	-1,6	9 373	-7,1	15 652	-1,4	121 037	-2,0
Chirurgie et spécialités chirurgicales	49 260	-3,6	7 909	-5,7	49 953	-2,2	107 122	-3,1
Gynécologie et obstétrique	15 233	-2,0	1 281	0,1	9 033	-3,2	25 547	-2,3
Total des soins de courte durée MCO	160 505	-2,3	18 563	-6,1	74 638	-2,2	253 706	-2,5
Lutte contre les maladies mentales	47 869	-4,3	10 601	-5,6	11 592	0,4	70 062	-3,8
Lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme	1 173	3,9	128	-21,5	567	-29,7	1 868	-11,0
Soins de suite ou de réadaptation	38 805	-0,7	19 925	-0,2	32 990	-0,7	91 720	-0,6
Soins de longue durée	74 746	0,9	3 019	-2,0	3 808	5,1	81 573	0,9
Total	323 098	-1,7	52 236	-3,6	123 595	-1,5	498 929	-1,8
Hospitalisation partielle et chirurgie ambulatoire (nombre de places)								
Hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie, toxicomanie et alcoolisme	5 610	0,5	2 241	14,0	3 096	-0,1	10 947	2,9
Hospitalisation de jour ou de nuit de psychiatrie, toxicomanie et alcoolisme	21 241	0,1	4 052	8,7	1 367	-18,3	26 660	0,2
Anesthésie et chirurgie ambulatoires	936	7,7	218	35,4	5 681	3,2	6 835	4,6
Total	27 787	0,4	6 511	11,3	10 144	-1,3	44 442	1,5

durée moyenne des séjours a ainsi été réduite de 59 à 35 jours, la réduction étant de 2 jours et demi en 1997. Le nombre de journées réalisées continue donc de diminuer, bien que les entrées en hospitalisation complète augmentent très sensiblement en 1997 dans le public (5,9 %) et dans le privé non PSPH (2,4 %). La croissance des entrées dans le public se ralentit en 1998 (3,8 %).

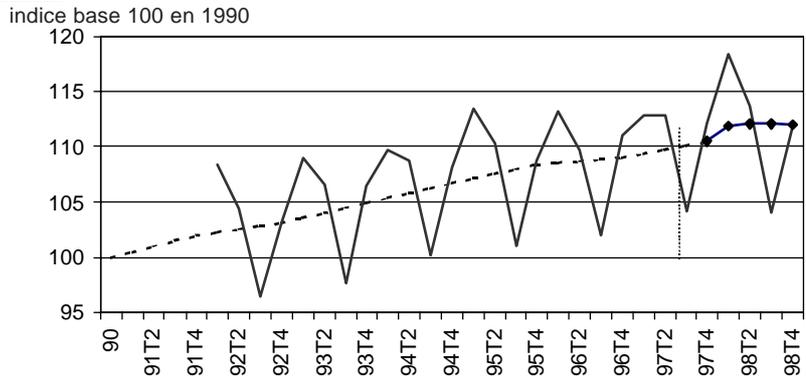
■ 1998 : nouvelle progression de 2 % des entrées dans les hôpitaux publics et PSPH.

En 1998, le recours au secteur public continue à se développer (+1,6), en particulier du fait de l'activité en médecine dans le public (+2 % en 1998, après 2,1 % en 1997). La progression, très forte au premier trimestre, a toutefois ralenti au cours des trimestres suivants (graphiques 1 à 4). L'activité du secteur privé PSPH semble, en revanche, plus irrégulière. La légère progression des entrées en chirurgie dans le secteur public en 1997 ne se confirme pas en 1998. Le profil de l'année est assez semblable à celui observé en médecine, avec une forte hausse des entrées au premier trimestre et une forte décélération sur les trimestres suivants. On assiste en gynécologie obstétrique à l'effet de l'augmentation du nombre de naissances (+2,1 %) qui s'accompagne d'une croissance sensible du nombre d'entrées dans les établissements publics (près de 3 %).

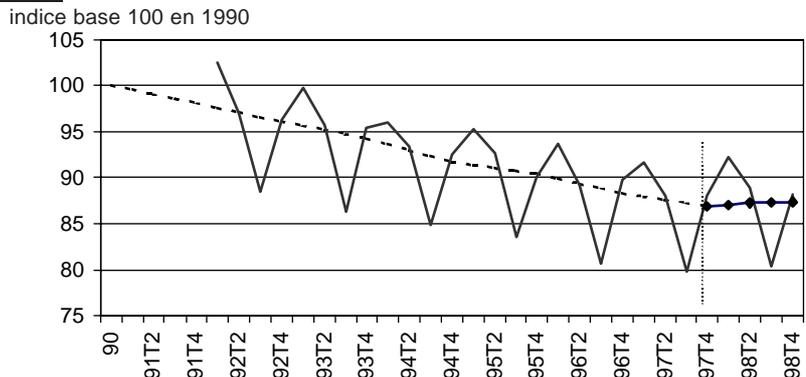
■ Durée moyenne de séjour : baisse en 1997 et stabilisation en 1998 dans le public et le privé PSPH.

La durée moyenne des séjours à l'hôpital continue à diminuer en 1997 dans toutes les disciplines de court et moyen séjour, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Ceci a pour conséquence, malgré l'augmentation des entrées, de faire baisser de 1 % le nombre des journées dans l'ensemble du champ (graphiques 5 et 6).

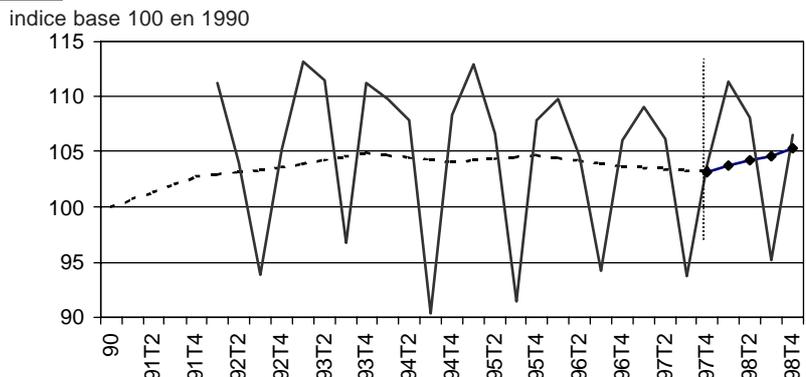
G.01 évolution du nombre d'entrées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les établissements publics entre 1990 et 1998



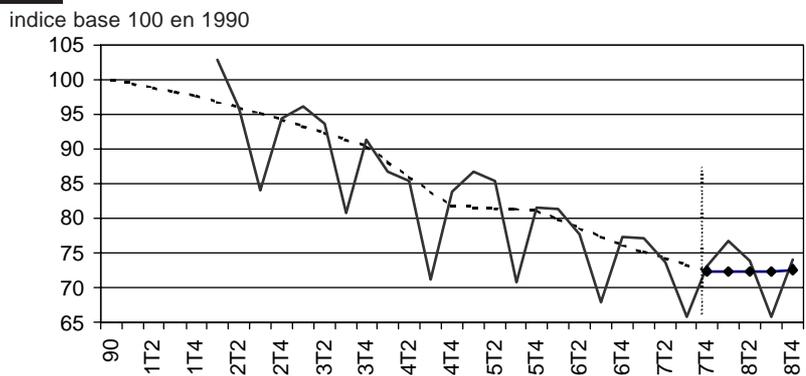
G.02 évolution du nombre de journées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les établissements publics entre 1990 et 1998



G.03 évolution du nombre d'entrées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les établissements privés PSPH entre 1990 et 1998



G.04 évolution du nombre de journées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les établissements privés PSPH entre 1990 et 1998



◆ Conjoncture 98 - - - - - SAE — Série conjoncture (ACM)

En revanche, en 1998, la durée moyenne de séjour se stabilise en médecine, en chirurgie et en obstétrique dans le secteur public. En fait, la baisse tendancielle des durées de séjour semble s'interrompre à partir du deuxième semestre 1997. Cet effet, conjugué à celui d'une forte hausse des entrées au premier trimestre, contribuerait à faire remonter le nombre total de journées.

L'offre hospitalière poursuit son adaptation

■ 1997 : environ 6 000 lits fermés.

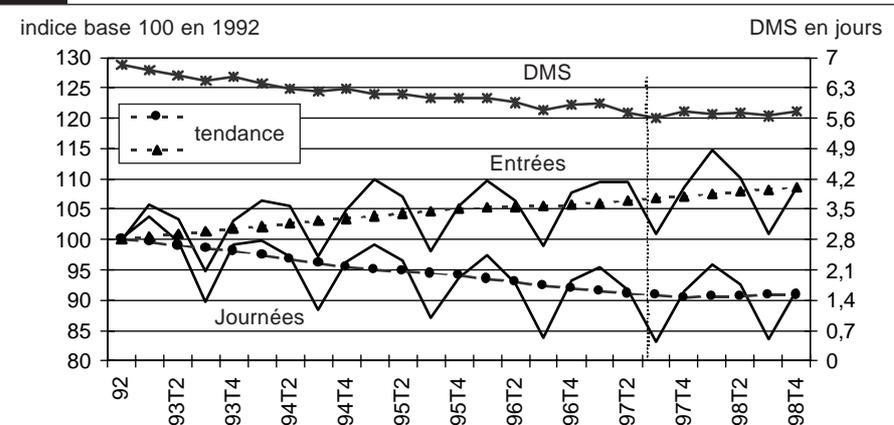
L'offre de lits en médecine, chirurgie et obstétrique s'adapte à la réduction du nombre des journées d'hospitalisation : en 1997, le public a fermé 3 700 lits (2,3 % du parc), le privé PSPH 1 200 (-6,1 %) et le secteur privé non PSPH 1 650 (-2,2 %) [tableau 2, graphique 7].

Dans le public, les restructurations internes créent l'essentiel du mouvement; les opérations de fusion juridique induisent moins de 2 % des fermetures.

Dans le secteur privé, la restructuration de l'offre est plus difficile à observer : seulement 4 % des réductions sont dues à des fusions ou absorptions identifiables, mais les fermetures provisoires ou définitives d'établissements, qui représentent près de 40 % de la diminution observée, peuvent correspondre à des opérations de regroupement dont la mise en œuvre est différée. Dans ce secteur, la réduction globale du nombre de lits est, en définitive, la résultante de mouvements inverses : 3 700 lits ont été fermés cependant que 700 étaient installés. Les réductions de capacité représentent moins de 60 % de la diminution totale du nombre de lits.

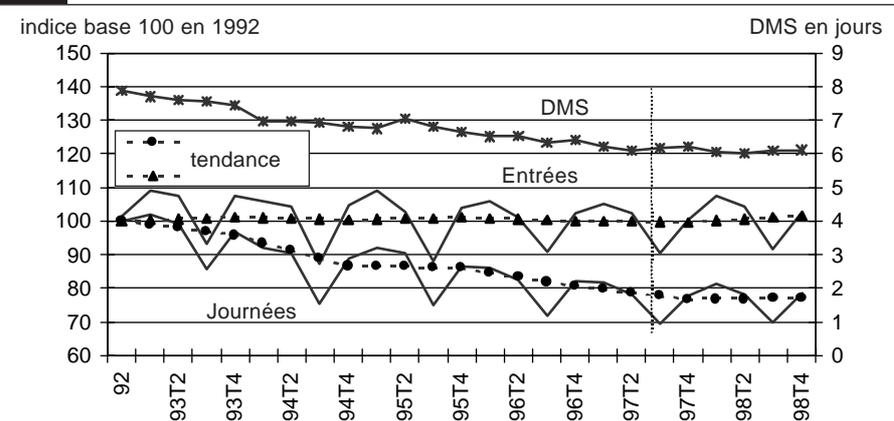
À la fin de l'année 1997, les établissements de santé disposaient de 499 000 lits en hospitalisation complète (graphique 8 p. 6). La moitié des lits disponibles en 1997 est destinée aux activités de médecine,

G.05 évolution des entrées, des journées et de la durée moyenne de séjour (DMS) dans les établissements publics entre 1992 et 1998



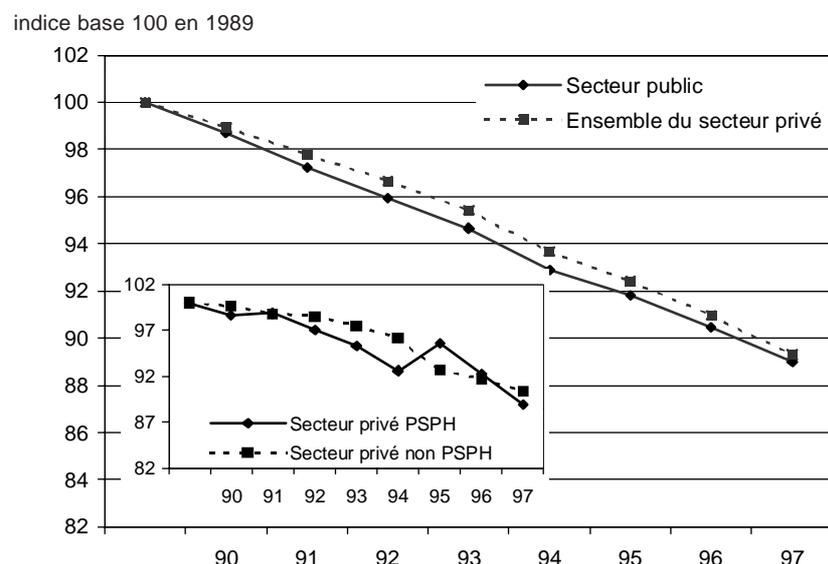
La durée moyenne de séjour semble se stabiliser autour de 5,7 jours depuis le début du deuxième semestre 1997.

G.06 évolution des entrées, des journées et de la durée moyenne de séjour (DMS) dans les établissements privés PSPH entre 1992 et 1998



La durée moyenne de séjour semble se stabiliser autour de 6,1 jours depuis le deuxième trimestre 1997.

G.07 évolution du nombre de lits dans le secteur public, le secteur privé - PSPH et non PSPH - entre 1990 et 1997



Sources

Les résultats sont issus de l'enquête statistique annuelle auprès des établissements de santé (SAE) 1997 commune aux établissements de santé publics et privés. L'enquête concerne tous les établissements installés en France (métropole et DOM), y compris des structures qui ne pratiquent pas l'hospitalisation complète : établissements spécialisés dans l'hospitalisation à domicile, centres de dialyse ou structures qui exploitent des équipements matériels lourds soumis à autorisation... Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé, les hôpitaux pénitentiaires autonomes (Fresnes) et les secteurs militaires des établissements de santé, à l'exception des établissements militaires autonomes. Les résultats présentés ne concernent que l'activité en France métropolitaine.

Le secteur public est interrogé au niveau de l'entité juridique, qui peut comporter un ou plusieurs établissements. Le secteur privé est interrogé au niveau de l'établissement, à quelques exceptions près : la plupart des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de public (HPP) sont interrogés au niveau de l'entité juridique.

Dans ce document, le champ « public » regroupe les établissements de santé publics. Le champ « privé » regroupe tous les établissements privés qu'ils soient participant au service public hospitalier (PSPH) ou non.

Les établissements PSPH sont financés par la dotation globale. Les autres établissements privés bénéficient d'un tarif conventionné CRAM, d'une tarification à la journée fixée par l'autorité préfectorale ou d'un tarif d'autorité.

L'activité hospitalière se concrétise sous diverses formes : consultations et soins externes, passage aux « urgences », soins ambulatoires, traitements médicaux et interventions chirurgicales ne durant qu'une journée (hospitalisation partielle ou anesthésie-chirurgie ambulatoire) ou hospitalisation de plusieurs jours (hospitalisation complète), qui correspond à la forme la plus usuelle. On distingue plusieurs groupes de disciplines :

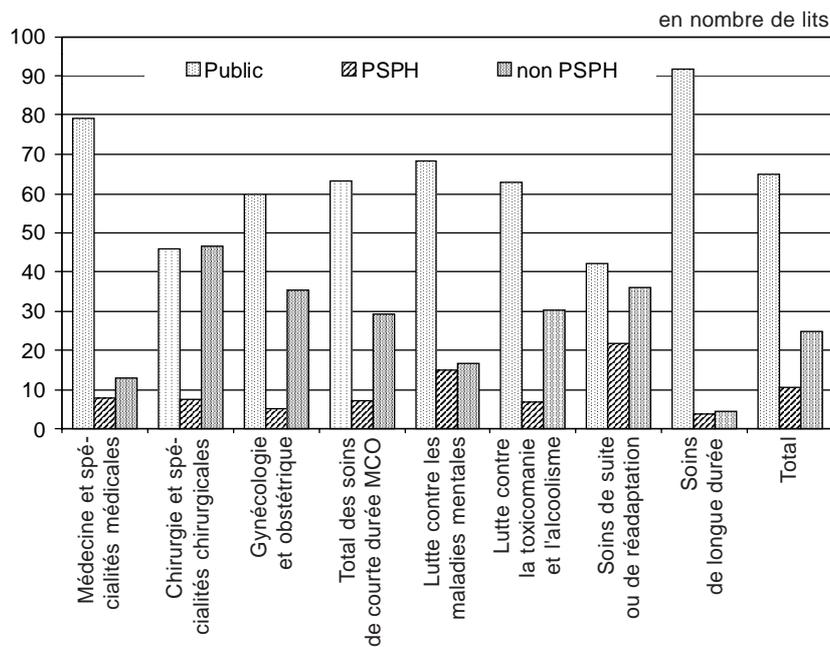
- les soins de courte durée – disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique et lutte contre les maladies mentales, la toxicomanie et l'alcoolisme – qui prennent en charge la phase aiguë de la maladie ;

- les soins de moyenne durée – soins de suite ou de réadaptation – en vue d'une réinsertion sociale des malades capables de retrouver une vie autonome (cure médicale, convalescence...) ; les patients y restent en moyenne une quarantaine de jours ;

- les soins de longue durée chargés de l'hébergement des personnes sans autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien. Ces patients restent à l'hôpital longtemps, plus d'un an en général, et souvent jusqu'à leur mort.

G
08

partage de l'activité entre les secteurs public, privé PSPH et privé non PSPH



L'enquête trimestrielle de conjoncture

Réalisée tous les trimestres depuis 1992, l'enquête de conjoncture a pour objectif de cerner les évolutions infra-annuelles de l'activité des hôpitaux du secteur public au sens large. Elle s'effectue par sondage sur un échantillon de 305 établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) ; le champ représenté correspond ainsi à l'ensemble des hôpitaux de France métropolitaine financés par la dotation globale.

L'échantillon est constitué de quatre strates correspondant à des catégories d'établissements différents (tableau ci-dessous). Les centres hospitaliers régionaux sont enquêtés exhaustivement.

L'échantillon est représentatif de la structure nationale par grande discipline de soins pour chaque catégorie d'établissement : la part du court séjour, de la psychiatrie, des soins de suite et des soins de longue durée dans l'hospitalisation complète ainsi que la part de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique dans les soins de courte durée est la même dans l'échantillon et dans la base SAE qui est utilisée comme base de redressement de l'échantillon.

La composition de l'échantillon est la suivante :

Catégorie d'établissement	nombre d'établissements appartenant au champ de l'enquête ¹	de l'échantillon
Centres hospitaliers régionaux	29	29
Autres Centres hospitaliers	692	126
Hôpitaux locaux	343	36
Établissements privés PSPH	495	114
Total	1 559	305

1. Source : SAE - 97.

Le nombre d'entrées étudié est le nombre d'entrées totales en hospitalisation complète, c'est-à-dire la somme des entrées directes (en provenance de l'extérieur de l'entité juridique) et des mutations provenant d'un service relevant d'un autre groupe de disciplines d'équipement.

Le nombre de venues élémentaires ou séances en hospitalisation partielle est le nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans la même discipline pour un malade, on ne compte qu'une venue ou séance par jour au maximum, même s'il vient plusieurs fois le même jour.

L'enquête est réalisée auprès des établissements avec le concours des statisticiens régionaux des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

chirurgie et obstétrique (MCO). L'offre globale est partagée entre le public (65 % des lits), les établissements privés PSPH (10 %) et le secteur privé lucratif (25 %).

■ Des taux d'occupation des lits supérieurs dans le privé.

La baisse des durées moyennes de séjour et le développement des modes de prise en charge alternatifs – hospitalisation partielle, interventions en ambulatoire, prise en charge extra-hospitalière pour la psychiatrie – expliquent que la réduction du nombre de lits ne se traduise pas forcément par une amélioration des taux d'occupation. Ceux-ci ont cependant légèrement augmenté en 1997, en particulier dans les établissements publics et privés PSPH. Les capacités restent, malgré tout, plus utilisées dans le secteur privé : ainsi, en médecine, le taux d'occupation est de 87,2 % dans le privé non PSPH contre 79,9 % dans le public et 77,3 % dans le privé PSPH.

■ Le public poursuit sa spécialisation vers la médecine et l'obstétrique, le privé vers la chirurgie.

Les suppressions de lits affectent davantage la chirurgie dans le public et la médecine dans le privé. La relative spécialisation des deux secteurs continue ainsi à s'accroître. Ce phénomène devrait sans doute se poursuivre dans les années à venir, la recherche de complémentarité constituant un axe déterminant de la politique de recomposition de l'offre de soins. En 1997, le public offre ainsi près de 80 % des lits de médecine et 60 % des lits en gynécologie obstétrique. En chirurgie, l'offre est partagée à parts sensiblement égales entre le public (46 %) et le privé non PSPH (46,4 %). Les établissements privés PSPH représentent une part assez faible de l'offre globale MCO (6 %) [graphique 8].

Glossaire

L'hospitalisation complète qualifie l'activité des unités ou services hébergeant les patients et qui se caractérisent par un équipement de lits d'hospitalisation ainsi que par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance.

L'hospitalisation partielle de jour ou de nuit permet la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitement de réadaptation fonctionnelle ou de surveillance médicale.

L'anesthésie-chirurgie ambulatoire permet d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

L'hospitalisation à domicile permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

La durée moyenne de séjour d'une discipline d'équipement se définit comme le rapport entre le nombre total de journées réalisées et le nombre d'entrées totales. Pour les établissements conventionnés, qui facturent la journée de sortie, le nombre de journées réalisées est calculé par différence entre le nombre de journées facturées et le nombre de sorties directes.

Le coefficient d'occupation est égal au rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de « journées-lits exploitables », rapport exprimé en pourcentage. Le nombre de « journées-lits exploitables » dans l'année est égal, pour chaque journée de l'exercice, à la somme des « lits exploitables » (lits installés à l'exception de ceux rendus provisoirement indisponibles).

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal, dans le grand groupe de discipline, à la somme du nombre de lits (y compris berceaux et couveuses agréées) en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection... Il ne comprend ni les lits des services d'urgence, ni les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation partielle de jour ou de nuit et en anesthésie ou en chirurgie ambulatoire est égal au nombre de lits ou fauteuils exclusivement destinés à l'activité pratiquée, en état d'accueillir des malades, ou fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection, etc. En hospitalisation à domicile, c'est le nombre maximum de journées de soins réalisables dans l'année divisé par 365 (ou 366 pour les années bissextiles).

Le nombre de journées réalisées correspond au nombre de présents à minuit, cumulé sur l'année. Le nombre de journées facturées (établissements privés conventionnés CRAM et à tarif d'autorité) comprend en plus la journée de sortie. Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès pour toutes les entités.

Les entrées directes dans une discipline sont les entrées de malades provenant de l'extérieur de l'entité enquêtée, soit directement, soit par le SAS du service d'urgence, soit venant d'un type d'activité autre que l'hospitalisation complète.

Les entrées totales dans une discipline sont la somme des entrées directes et des entrées par mutation.

Les entrées par mutation dans une discipline sont les entrées de malades venant d'une autre discipline ou d'un autre type d'activité (sont concernés l'hospitalisation complète ou de semaine, l'hébergement complet ou l'internat) pratiqués dans l'entité juridique. Ainsi pour les hôpitaux publics, les entrées par transfert interne de malades venant d'un autre établissement de l'entité juridique et changeant de discipline sont des entrées par mutation.

Le nombre de venues élémentaires ou séances en hospitalisation partielle est le nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans la même discipline pour un malade, on ne compte qu'une venue de séance par jour au maximum, même s'il vient plusieurs fois le même jour. On ne compte que les venues ou séances sur les malades ambulatoires. Pour les malades hospitalisés, on ne compte que les venues ou séances pour un motif différent de celui de l'hospitalisation. Le nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à domicile dans l'année est la somme des journées réalisées pour chaque malade suivi.

■ Diminutions importantes du nombre de lits en psychiatrie.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète continue à baisser à peu près au même rythme que la durée moyenne de séjour : plus de 2 700 lits ont été supprimés en 1997 (3,8 % du parc). La diminution concerne principalement le secteur public et privé PSPH. Globalement, le nombre de places en hospitalisation partielle et en hospitalisation à domicile évolue peu. Condition de l'évolution des modes de prise en charge, la réduction de l'offre d'hospitalisation complète est partiellement compensée par la création de 1 600 places orientées vers l'activité extra-hospitalière : accueil de jour, placement familial thérapeutique et prestations sur le lieu de vie. Le nombre de lits – 1 800 au total – consacrés à la lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme, de même que le nombre de places pour l'hospitalisation partielle dans ces disciplines, reste faible.

■ Quasi stabilité en 1997 du nombre de lits offerts en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) et en soins de longue durée.

En soins de suite et de réadapta-

tion, l'offre a légèrement diminué en 1997 dans chacun des trois secteurs. Le nombre d'entrées progresse plus nettement dans les établissements privés non PSPH que dans le secteur PSPH. La durée moyenne des séjours – un mois environ – diminue moins rapidement que dans les disciplines de soins aigus. Le nombre de journées réalisées augmente donc légèrement en 1997, plus rapidement en 1998. Les coefficients d'occupation restent à un niveau très élevé en moyen séjour (85 %) et en long séjour (98 %), ce qui est pour une large part le reflet de la saturation des conditions d'accueil.

Les unités de long séjour accueillent en effet un nombre important de personnes âgées dépendantes. Les capacités étant pleinement utilisées, l'évolution du nombre de journées réalisées est complètement déterminée par celle du nombre de lits qui n'est que d'environ 1 % en 1997.

■ Depuis le début de la décennie, baisse du nombre de lits en médecine au profit des soins de longue durée.

Depuis le début de la décennie, le mouvement de fermetures des lits

installés dans les établissements de santé publics et privés va de pair avec un moindre recours à l'hospitalisation complète. Cet effort de réduction des surcapacités touche les deux secteurs, public comme privé, et la plupart des disciplines d'équipement.

Entre 1990 et 1997, 60 000 lits d'hospitalisation complète ont ainsi disparu (-10,7 % du parc), 40 000 dans les établissements publics (11 %) et 20 000 dans les établissements privés (10 %). La densité de lits pour 1 000 habitants a été réduite de 9,8 à 8,5 entre 1990 et 1997. Le nombre de lits a diminué très fortement en psychiatrie (-28 % du parc) ainsi qu'en médecine, chirurgie et obstétrique (-14,5 %). Sur la période, la réduction de la capacité d'accueil est plus modérée en soins de suite et de réadaptation (-4,4 %). Bien qu'elle soit faible en 1997, l'augmentation du nombre de lits en soins de longue durée a été très importante depuis 1990 (+24 %). Elle est partiellement due à la reconversion de lits de médecine et à l'augmentation tendancielle des besoins liés à la prise en charge des personnes âgées. ●