



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

Ministère des Solidarités,  
de la santé et de la famille



# Études et Résultats

N° 382 • mars 2005

*Mesurée en nombre de séjours, l'activité des établissements publics et privés en France métropolitaine a connu une légère reprise en 2003 (+0,6 %). Dans ce contexte, la tendance à une diminution des prises en charge en hospitalisation complète (-1 %) et à une augmentation de celles à temps partiel (+2,3 %) se confirme. L'augmentation de l'hospitalisation à temps partiel est particulièrement sensible dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+5,4 %) et de soins de suite et de réadaptation (+5,2 %), et globalement plus marquée dans les cliniques privées sous OQN (+6,6 %), que dans le secteur privé sous dotation globale (+1,0 %) ou dans le secteur public (+0,6 %). Le recul de l'hospitalisation complète s'observe, quant à lui, dans tous les secteurs d'hospitalisation, et, parallèlement le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue de 1,5 % en 2003, alors que les places d'hospitalisation partielle progressent de 1,2 %. Après avoir été stable en 2002, le nombre de séjours médicaux augmente de 1,6 % en 2003, notamment dans le secteur privé sous OQN et plus encore en hospitalisation partielle dans l'ensemble des secteurs. En revanche, l'activité de chirurgie reste stable, malgré une diminution dans les établissements privés sous dotation globale, et bien que la chirurgie ambulatoire ait globalement progressé de 1,9 % en 2003. Les affections du tube digestif, de l'appareil musculo-squelettique ou circulatoire continuent de représenter plus du tiers de l'activité de court séjour des établissements en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'activité ambulatoire augmente, quant à elle, fortement pour le traitement de la cataracte, les endoscopies et les dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques. En psychiatrie, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète est moins prononcée que les années antérieures (-1,2 %) et concerne exclusivement la psychiatrie générale alors qu'elle progresse dans le secteur infanto-juvénile. L'activité de moyen séjour, en soins de suite et de réadaptation, continue globalement sa progression grâce à l'hospitalisation partielle. Enfin, l'activité de longue durée continue globalement à décliner.*

**Sophie AUDRIC, Valérie CARRASCO,  
Magali COLDEFY, Édith THOMSON,  
Lauren TRIGANO**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille  
DREES

## L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle

L'activité des établissements de santé publics et privés, mesurée en nombre de séjours, a augmenté très légèrement en 2003 (+0,6 %) en France métropolitaine et tous modes d'hospitalisation confondus<sup>1</sup>. Cette hausse compense la diminution de 0,3 % constatée en 2002. Elle est portée par l'hospitalisation à temps partiel, tout particulièrement en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) [+5,4 %] et en soins de suite et de réadaptation (SSR) [+5,2 %]. Ainsi, l'activité (hospitalisation complète et partielle) s'est encore accrue sensiblement (+3,4 %) en soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et modérément (+1,0 %) en médecine, chirurgie, obstétrique. En revanche, elle continue à reculer en psychiatrie (-1,6 %), et en soins de longue durée (-0,7 %) [tableau 1].

1. Les prestations réalisées pour des patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et cures ambulatoires, ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysés dans la présente étude.



## *La tendance à une diminution des prises en charge en hospitalisation complète et à une augmentation de celles à temps partiel se confirme*

Tous secteurs et toutes disciplines confondus, l'activité hospitalière à temps complet a diminué en 2003 de 1 %, alors que l'activité à temps partiel s'est accrue de 2,3 %, prolongeant ainsi la tendance déjà observée en 2002 (respectivement -1,8 % en temps complet et +1,3 % en temps partiel).

Cette tendance s'observe notamment en soins de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'activité d'hospitalisation complète y a diminué de 1,1 % en 2003, après un recul encore plus important en 2002 (-2,1 %). Cette diminution se retrouve dans tous les secteurs d'hospitalisation et de façon un peu plus marquée pour les établissements privés sous dotation globale (-1,6 %). Mais ceux-ci ne sont plus si éloignés du secteur public (-1,2 %) ou des cliniques privées

sous Objectif national quantifié – OQN – (-0,8 %). À l'inverse, l'hospitalisation à temps partiel connaît depuis plusieurs années une croissance continue de son activité. Ainsi, en 2003, le nombre des venues en MCO a de nouveau crû de 5,4 %, après un accroissement de 4,5 % en 2002. Cette croissance, plus modérée dans les établissements privés sous dotation globale (+3,2 %) et les hôpitaux publics (+4,3 %), est particulièrement marquée dans les cliniques privées sous OQN (+6,4 %).

Le nombre de séjours en soins de suite et de réadaptation connaît en 2003, tous secteurs confondus, une très légère augmentation en hospitalisation à temps complet (+0,5 %), après avoir diminué en 2002 (-1,2 %). Cette augmentation ne porte en définitif que sur l'activité des établissements privés sous OQN (+1,8 %), avec une stagnation dans les autres secteurs. Les venues à temps partiel poursuivent, quant à elles, globalement leur croissance tendancielle (+5,2 % contre +6,7 % en 2002), en particulier dans le secteur public.

Seule l'activité en psychiatrie ne semble pas sujette au même phénomène avec, en 2003, une diminution à la fois du nombre de séjours à temps complet et de venues à temps partiel (-1,6 % chacun). Toutefois, l'hospitalisation partielle est probablement sous-estimée en psychiatrie car, contrairement aux autres disciplines, des formes de prise en charge à temps partiel, différentes ou alternatives à l'hospitalisation de jour ou de nuit y ont été développées sans être couvertes par le champ de la *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE) [cf. *infra*]. En outre, cette évolution ne se vérifie pas pour les établissements sous OQN qui voient leur activité de psychiatrie, bien que minoritaire avec moins de 4 % des séjours, augmenter en 2003, à temps complet et surtout à temps partiel.

L'activité en soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est encore en recul en 2003 de 3,1 % après -3,3 % en 2002. Elle diminue ainsi de 3,3 % dans le secteur public qui assure plus de 90 % de cette activité (graphique 1). Très réduite dans les établissements sous OQN (1,2 % des journées réalisées), c'est toutefois dans ce secteur qu'elle diminue le plus (-7 %).

Au total, en 2003 comme en 2002, seul le secteur des établissements privés sous OQN connaît une croissance de son activité avec une progression de 2,4 %. Elle concerne toutes les disciplines de ce secteur, l'augmentation des séjours à temps partiel à la fois en MCO (+6,4 %) et en psychiatrie (+21,2 %) y étant particulièrement importante. La forte hausse des séjours à temps partiel en psychiatrie doit cependant être relativisée, compte tenu du nombre très réduit de venues dans ces établissements (77 000 en 2003 sur près de 4,8 millions de venues au total) [graphique 2]. Dans le secteur public, l'activité, toutes disciplines confondues, est quasi stable (-0,1 %), la diminution observée en psychiatrie étant compensée par une forte hausse de l'hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation (+11,5 %). L'activité est également stabilisée dans le secteur privé sous dotation globale pour lequel seules les activités de soins de suite et de réadaptation, ainsi que l'hospitalisation partielle en MCO, sont en augmentation.

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 2003, en France métropolitaine. 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. Enfin, l'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas prise en compte en raison d'un taux de réponse trop faible dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cependant, ces hôpitaux ne représentent, selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), que 1,4 % des journées et 0,5 % des entrées totales en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2003.*

#### • 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 national).

*La mise en place de la nouvelle tarification à l'activité se déroule pour les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH) en trois vagues successives de 2004 à 2006 et, a été fixée au 1<sup>er</sup> octobre 2004 pour le secteur privé.*

*Les capacités de ces établissements sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréées) et places installés au 31 décembre 2003, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris pour ceux fermés temporairement pour cause de travaux.*

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

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

• **Les sources**

Dans cette étude, deux sources d'information sont utilisées en complémentarité, 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 direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Depuis 1997, tous les établissements de santé ayant une activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique, MCO) fournissent une description « médico-économique » de leur activité pour chacun des séjours réalisés, l'ensemble constituant le PMSI.

La SAE est une enquête administrative auprès des établissements de santé publics et privés. Elle décrit leur activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels). L'un des objectifs de la rénovation de la SAE sur l'exercice 2000, était un rapprochement de ses concepts avec ceux du PMSI pour permettre une meilleure complémentarité.

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.

• **La méthode de calcul pour l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)**

Le PMSI permet dans un premier temps de compléter la SAE des établissements non répondants à la SAE et qui ont répondu au PMSI. En 2003, ce redressement conduit, par rapport aux données brutes, à une augmentation de 0,8 % des journées et des venues (hors séances) avec 487 600 journées et 50 200 venues supplémentaires. Ce sont essentiellement les établissements privés sous dotation globale qui sont concernés avec près de 2 % de journées et de venues en plus, contre 0,8 % pour le secteur public et 0,6 % pour 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 2003 le PMSI contient plus de 97 % de l'ensemble des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. Ceci provient de deux phénomènes distincts : d'une part, certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI, d'autre part, le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité de 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 du PMSI (non-réponse partielle) est corrigée, établissement par établissement, à partir de la SAE et, d'autre part, un calage sur l'activité recueillie dans la SAE est effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et 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 au fil des années.

• **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 nouveaux-nés qui donnent lieu à des RSA alors qu'ils ne sont pas enregistrés en « entrée 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 » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge, on parle alors d'activité ambulatoire. Une durée de séjour 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, « 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 est rattaché le lit où séjourne le patient.

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 2003

Disciplines d'équipements	Établissements publics de santé								Établissements privés sous dotation globale							
	Entrées ou venues 2002	Entrées ou venues 2003	Évolution 2002 / 2003	Jour-nées 2002	Jour-nées 2003	Évolution 2002 / 2003	DMS (4) 2002	DMS (4) 2003	Entrées ou venues 2002	Entrées ou venues 2003	Évolution 2002 / 2003	Jour-nées 2002	Jour-nées 2003	Évolution 2002 / 2003	DMS (4) 2002	DMS (4) 2003
	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
<b>Médecine Chirurgie Obstétrique</b>																
Hospitalisation > 24 h <sup>(1)</sup>	5 960	5 890	-1,2	40 645	39 907	-1,8	6,8	6,8	652	642	-1,6	4 191	4 070	-2,9	6,4	6,3
Hospitalisation < 24 h <sup>(2)</sup>	2 289	2 388	4,3						267	276	3,2					
Ensemble	8 249	8 278	0,4						920	918	-0,2					
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
Hospitalisation complète	1 387	1 387	0,0	10 755	10 556	-1,8	7,8	7,6	222	215	-3,6	1 530	1 438	-6,0	6,9	6,7
Hospitalisation partielle	353	348	-1,4						70	66	-6,7					
Ensemble	1 740	1 735	-0,3						292	280	-4,3					
<i>dont Séjours médicaux</i>																
Hospitalisation complète	4 573	4 503	-1,5	29 890	29 351	-1,8	6,5	6,5	430	427	-0,6	2 661	2 632	-1,1	6,2	6,2
Hospitalisation partielle	1 936	2 040	5,4						197	211	6,3					
Ensemble	6 509	6 543	0,5						627	638	1,6					
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>																
Hospitalisation complète	459	448	-2,2	12 656	12 458	-1,6	27,6	27,8	61	60	-2,4	2 447	2 382	-2,6	39,9	39,8
Hospitalisation partielle	3 856	3 787	-1,8						956	931	-2,6					
Ensemble	4 315	4 236	-1,8						1 017	991	-2,6					
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
Hospitalisation complète	444	434	-2,2	12 326	12 124	-1,6	27,8	27,9	59	58	-2,8	2 367	2 301	-2,8	40,0	39,9
Hospitalisation partielle	2 725	2 689	-1,3						657	636	-3,3					
Ensemble	3 169	3 123	-1,5						717	694	-3,2					
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
Hospitalisation complète	15	14	-3,9	330	334	1,3	22,1	23,3	2	2	7,2	80	81	1,6	39,3	37,2
Hospitalisation partielle	1 131	1 099	-2,8						299	295	-1,3					
Ensemble	1 146	1 113	-2,9						301	297	-1,2					
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>																
Hospitalisation complète	340	338	-0,4	11 317	11 280	-0,3	33,3	33,3	237	238	0,3	8 146	8 107	-0,5	34,4	34,1
Hospitalisation partielle	317	353	11,5						730	758	3,8					
Ensemble	657	692	5,4						967	996	2,9					
<i>dont réadaptation fonctionnelle</i>																
Hospitalisation complète	83	80	-2,9	2 314	2 281	-1,4	28,0	28,4	95	94	-0,1	3 326	3 286	-1,2	35,2	34,8
Hospitalisation partielle	269	287	6,8						678	709	4,5					
Ensemble	352	367	4,5						772	803	4,0					
<i>dont soins de suite</i>																
Hospitalisation complète	257	258	0,4	9 003	8 999	0,0	35,0	34,8	142	143	0,5	4 820	4 822	0,0	33,8	33,7
Hospitalisation partielle	48	66	38,2						52	49	-6,0					
Ensemble	305	324	6,4						195	193	-1,2					
<b>Soins de longue durée</b>																
Hospitalisation complète	45	45	45,0	26 227	25 371	-3,3			4	4	-10,0	2 392	2 382	-0,4		
<b>Total section hôpital</b>																
Hospitalisation complète	6 804	6 722	-1,2	90 844	89 016	-2,0	13,4	13,2	955	943	-1,2	17 176	16 942	-1,4	18,0	18,0
Hospitalisation partielle	6 461	6 529	1,0						1 954	1 965	0,6					
Ensemble	13 265	13 251	-0,1						2 908	2 908	0,0					

(1) Hospitalisation complète : sont comptabilisés des entrées directes ou des 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 OON : cette appellation regroupe les établissements privés soumis à l'OOQ ainsi que les quelques autres établissements privés hors dotation globale.

(4) DMS : Durée moyenne de séjour.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees et Dhos, SAE et PMSI 2002 et 2003, données statistiques

Établissements privés sous OQN <sup>(3)</sup>								Ensemble établissements publics et privés								Disciplines d'équipements
Entrées ou venues 2002	Entrées ou venues 2003	Évolution 2002 / 2003	Jour-nées 2002	Jour-nées 2003	Évolution 2002 / 2003	DMS (4) 2002	DMS (4) 2003	Entrées ou venues 2002	Entrées ou venues 2003	Évolution 2002 / 2003	Jour-nées 2002	Jour-nées 2003	Évolution 2002 / 2003	DMS (4) 2002	DMS (4) 2003	
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	
<b>Médecine Chirurgie Obstétrique</b>																
3 471	3 444	-0,8	17 132	16 663	-2,7	4,9	4,8	10 084	9 975	-1,1	61 968	60 640	-2,1	6,1	6,1	Hospitalisation > 24 h <sup>(1)</sup>
2 298	2 454	6,4						4 854	5 119	5,4						Hospitalisation < 24 h <sup>(2)</sup>
5 769	5 898	2,2						14 938	15 094	1,0						Ensemble
<i>dont Séjours chirurgicaux</i>																
2 097	2 077	-1,0	10 728	10 411	-3,0	5,1	5,0	3 707	3 678	-0,8	23 012	22 405	-2,6	6,2	6,1	Hospitalisation complète
994	1 030	3,5						1 417	1 444	1,9						Hospitalisation partielle
3 092	3 107	0,5						5 124	5 122	0,0						Ensemble
<i>dont Séjours médicaux</i>																
1 374	1 367	-0,5	6 405	6 252	-2,4	4,7	4,6	6 377	6 297	-1,2	38 956	38 234	-1,9	6,1	6,1	Hospitalisation complète
1 304	1 424	8,5						3 437	3 675	6,9						Hospitalisation partielle
2 678	2 791	4,1						9 814	9 972	1,6						Ensemble
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>																
108	110	1,5	3 732	3 766	0,9	34,4	34,2	628	618	-1,6	18 835	18 607	-1,2	30,0	30,1	Hospitalisation complète
64	77	21,2						4 876	4 796	-1,6						Hospitalisation partielle
172	188	8,8						5 504	5 414	-1,6						Ensemble
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
108	110	1,3	3 729	3 758	0,8	34,5	34,3	611	601	-1,6	18 422	18 183	-1,3	30,1	30,2	Hospitalisation complète
49	56	12,2						3 432	3 380	-1,5						Hospitalisation partielle
158	165	4,7						4 043	3 981	-1,5						Ensemble
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
0	0	159,9	3	8	194,4	17,2	19,5	17	17	-0,9	413	424	2,7	24,1	25,0	Hospitalisation complète
14	22	51,7						1 444	1 415	-2,0						Hospitalisation partielle
15	22	52,9						1 461	1 433	-2,0						Ensemble
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>																
249	253	1,8	7 817	7 987	2,2	31,4	31,5	826	830	0,5	27 280	27 374	0,3	33,0	33,0	Hospitalisation complète
307	313	2,0						1 354	1 424	5,2						Hospitalisation partielle
556	566	1,9						2 180	2 254	3,4						Ensemble
<i>dont réadaptation fonctionnelle</i>																
75	76	2,0	2 486	2 559	2,9	33,2	33,5	252	251	-0,4	8 127	8 125	0,0	32,2	32,4	Hospitalisation complète
302	305	0,9						1 249	1 300	4,1						Hospitalisation partielle
377	381	1,1						1 501	1 552	3,4						Ensemble
<i>dont soins de suite</i>																
174	177	1,7	5 331	5 429	1,8	30,6	30,7	574	578	0,9	19 153	19 249	0,5	33,4	33,3	Hospitalisation complète
5	8	68,7						105	124	17,6						Hospitalisation partielle
179	185	3,5						679	702	3,4						Ensemble
<b>Soins de longue durée</b>																
1	1	2,5	368	342	-7,0			50	50	-0,7	28 987	28 096	-3,1			Hospitalisation complète
<b>Total section hôpital</b>																
3 829	3 808	-0,5	29 049	28 759	-1,0	7,6	7,6	11 588	11 473	-1,0	137 070	134 718	-1,7	11,8	11,7	Hospitalisation complète
2 669	2 844	6,6						11 084	11 338	2,3						Hospitalisation partielle
6 498	6 653	2,4						22 671	22 811	0,6						Ensemble

**T**  
**•02**

nombre de lits et places installés au 31 décembre 2003 selon les disciplines d'équipement

	Établissements publics de santé					Établissements privés sous dotation globale				
	2002	2003	Évolution 2003 / 2002 en %	TO (2) 2002 en %	TO (2) 2003 en %	2002	2003	Évolution 2003 / 2002 en %	TO (2) 2002 en %	TO (2) 2003 en %
<b>Hospitalisation complète (nombre de lits)</b>										
<b>Total soins de courte durée en MCO</b>	<b>151 498</b>	<b>149 290</b>	<b>-1,5</b>	<b>78,9</b>	<b>79,0</b>	<b>17 679</b>	<b>17 278</b>	<b>-2,3</b>	<b>71,1</b>	<b>70,0</b>
Lutte contre les maladies mentales	40 805	40 002	-2,0	85,9	86,5	7 962	7 775	-2,3	85,2	84,8
<i>dont Psychiatrie générale</i>	39 114	38 278	-2,1	87,0	87,7	7 592	7 397	-2,6	86,6	85,9
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>	1 691	1 724	2,0	58,7	59,0	370	378	2,2	58,5	63,0
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	38 386	38 224	-0,4	83,2	83,4	28 591	29 015	1,5	82,4	81,2
<i>dont réadaptation fonctionnelle</i>	8 414	8 258	-1,9	78,3	79,4	12 013	12 013	0,0	79,5	79,3
<i>dont soins de suite</i>	29 972	29 966	0,0	84,6	84,5	16 578	17 002	2,6	84,5	82,5
Soins de longue durée	73 780	71 586	-3,0	97,8	97,6	6 682	6 694	0,2	98,8	97,9
<b>Total</b>	<b>304 469</b>	<b>299 102</b>	<b>-1,8</b>	<b>85,1</b>	<b>85,1</b>	<b>60 914</b>	<b>60 762</b>	<b>-0,2</b>	<b>81,4</b>	<b>80,4</b>
<b>Hospitalisation partielle (nombre de places)</b>										
Hospitalisation partielle en MCO	7 511	7 803	3,9			1 355	1 378	1,7		
Hospitalisation partielle en psychiatrie	21 201	20 972	-1,1			4 670	4 585	-1,8		
<i>dont Psychiatrie générale</i>	14 239	14 024	-1,5			3 147	3 121	-0,8		
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>	6 962	6 948	-0,2			1 523	1 464	-3,9		
Hospitalisation partielle en SSR	1 127	1 203	6,7			2 451	2 584	5,4		
<i>dont réadaptation fonctionnelle</i>	890	942	5,8			2 208	2 345	6,2		
<i>dont soins de suite</i>	237	261	10,1			243	239	-1,6		
<b>Total</b>	<b>29 839</b>	<b>29 978</b>	<b>0,5</b>			<b>8 476</b>	<b>8 547</b>	<b>0,8</b>		

(1) Établissements privés sous OON : 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.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002-2003

6

### *La réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète et l'augmentation parallèle du nombre de places d'hospitalisation partielle se poursuivent également*

Toutes disciplines confondues et de manière cohérente avec l'évolution de l'activité, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue de 1,5 % en 2003 (soit près de 7 000 lits), parallèlement à une progression de 1,2 % du nombre de places d'hospitalisation partielle (soit 560 places supplémentaires) [tableau 2]. Cette évolution s'inscrit dans la continuité des tendances observées depuis plusieurs années, avec en 2001 des évolutions du nombre de lits et du nombre de places qui étaient respectivement de -1,1 % et de +1,8 % et en 2002 de -1,3 %

et de +1,6 %. Ce sont les hôpitaux publics qui enregistrent en 2003 la plus forte diminution du nombre de lits (-1,8 %) suivis par les cliniques privées (-1,4 %), les établissements privés sous dotation globale conservant, quant à eux, un nombre de lits d'hospitalisation complète quasi stable (-0,2 %).

En court séjour (MCO), le nombre de lits diminue moins vite (-1,7 %) que les journées d'hospitalisation complète (-2,1 %), d'où une légère régression du taux d'occupation, qui passe de 77,7 % à 77,4 %. La durée moyenne de séjour s'y maintient à 6,1 jours. Ce sont les établissements publics qui ont proportionnellement fermé le moins de lits (-1,5 %, soit 2 200 lits). Leur diminution, voisine de 2 % (soit environ 1 800 lits), est plus sensible dans les établissements privés sous DG ou sous OQN.

En 2003, comme en 2002, les soins de suite et de réadaptation sont la seule discipline pour laquelle on enregistre une légère augmentation des capacités d'hospitalisation à temps complet avec 0,4 % de lits supplémentaires (350 lits). Le nombre de journées évoluant quasiment au même rythme (+0,3 %), le taux d'occupation (85,4 %) est quasi stable et la durée moyenne de séjour<sup>2</sup> reste inchangée à 33 jours. En 2003, la progression du nombre de lits dans cette discipline est principalement imputable aux établissements privés sous dotation globale (+1,5 %, soit plus de 400 lits supplémentaires) et dans une moindre mesure aux cliniques privées (+0,4 %). Les capacités d'hospitalisation complète des hôpitaux publics reculent très légèrement.

2. La durée moyenne de séjour en SSR et en psychiatrie est calculée en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation complète de l'année considérée aux entrées totales de l'année. En MCO, la durée moyenne de séjour est calculée sur les séjours complets, terminés dans l'année.

Établissements privés sous OQN <sup>(1)</sup>					Ensemble établissements publics et privés					
2002	2003	Évolution 2003 / 2002 en %	TO (2) 2002 en %	TO (2) 2003 en %	2002	2003	Évolution 2003 / 2002 en %	TO (2) 2002 en %	TO (2) 2003 en %	
										<b>Hospitalisation complète (nombre de lits)</b>
<b>63 303</b>	<b>61 881</b>	<b>-2,2</b>	<b>76,4</b>	<b>75,7</b>	<b>232 480</b>	<b>228 449</b>	<b>-1,7</b>	<b>77,7</b>	<b>77,4</b>	<b>Total soins de courte durée en MCO</b>
10 631	10 612	-0,2	97,2	97,3	59 398	58 389	-1,7	87,9	88,3	Lutte contre les maladies mentales
10 607	10 581	-0,2	97,3	97,4	57 313	56 256	-1,8	88,9	89,3	dont Psychiatrie générale
24	31	29,2	44,2	79,0	2 085	2 133	2,3	58,5	60,0	dont Psychiatrie infanto-juvénile
23 679	23 765	0,4	93,2	93,4	90 656	91 004	0,4	85,6	85,4	Soins de suite et de réadaptation (SSR)
7 397	7 497	1,4	94,5	95,1	27 824	27 768	-0,2	83,2	83,7	dont réadaptation fonctionnelle
16 282	16 268	-0,1	92,6	92,6	62 832	63 236	0,6	86,7	86,1	dont soins de suite
1 011	1 010	-0,1	99,9	97,4	81 473	79 290	-2,7	97,9	97,6	Soins de longue durée
<b>98 624</b>	<b>97 268</b>	<b>-1,4</b>	<b>82,9</b>	<b>82,6</b>	<b>464 007</b>	<b>457 132</b>	<b>-1,5</b>	<b>84,2</b>	<b>84,0</b>	<b>Total</b>
										<b>Hospitalisation partielle (nombre de places)</b>
8 129	8 375	3,0			16 995	17 556	3,3			Hospitalisation partielle en MCO
240	324	35,0			26 111	25 881	-0,9			Hospitalisation partielle en psychiatrie
170	214	25,9			17 556	17 359	-1,1			dont Psychiatrie générale
70	110	57,1			8 555	8 522	-0,4			dont Psychiatrie infanto-juvénile
1 049	1 079	2,9			4 627	4 866	5,2			Hospitalisation partielle en SSR
991	1 009	1,8			4 089	4 296	5,1			dont réadaptation fonctionnelle
58	70	20,7			538	570	5,9			dont soins de suite
<b>9 418</b>	<b>9 778</b>	<b>3,8</b>			<b>47 733</b>	<b>48 303</b>	<b>1,2</b>			<b>Total</b>

En psychiatrie générale, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète<sup>3</sup> se poursuit en 2003 (-1,8 % soit 1 050 lits de moins). En psychiatrie infanto-juvénile, l'hospitalisation à temps plein, qui ne représente traditionnellement qu'une faible part de l'activité des établissements, intervient souvent dans des situations de crise alors que le nombre réduit de lits (2 133 en 2003 pour la France métropolitaine) rend l'hospitalisation des jeunes plus difficile. Les 48 lits supplémentaires créés en 2003 dans le secteur hospitalier infanto-juvénile ne permettent pas à cet égard d'améliorer le taux global d'occupation en psychiatrie qui continue d'augmenter (de 87,9 à 88,3 %) et reste toujours supérieur à ceux observés en MCO ou en SSR.

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

capacités d'hospitalisation. Ces dernières continuent à être orientées à la baisse, mais principalement en raison d'un « effet de champ » lié au basculement de plusieurs établissements du champ sanitaire vers le champ médico-social (-3,0 % pour les hôpitaux publics et -2,7 % tous secteurs confondus [cf. *infra*, le paragraphe spécifique aux soins de longue durée]).

En résumé, ce sont les hôpitaux publics qui enregistrent encore la plus forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète en 2003 (-1,8 %). Celle-ci touche plus particulièrement les disciplines de psychiatrie et de long séjour. En revanche, pour les établissements privés, les tendances sont inversées par rapport à 2002 : le nombre de lits régresse de 1,4 % dans le secteur des cliniques privées sous OQN

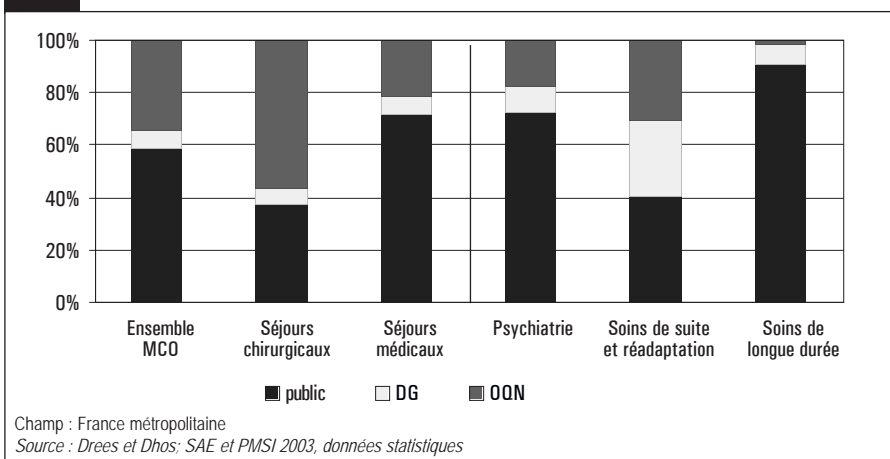
alors qu'il connaît une quasi-stabilité pour les établissements privés sous DG, les diminutions observées en MCO et psychiatrie (-588 lits) étant en grande part compensées par l'augmentation des capacités d'accueil en soins de suite et de réadaptation (+424 lits).

En ce qui concerne les places d'hospitalisation partielle, les capacités augmentent peu dans les établissements publics (+0,5 %) et dans le secteur privé sous dotation globale (+0,8 %), alors que les établissements privés sous OQN offrent 3,8 % de places supplémentaires. Globalement, la psychiatrie continue à perdre des places (-0,9 %) tandis que les soins de suite et de réadaptation enregistrent au contraire une forte progression (+5,2 %), particulièrement dans les secteurs des établissements publics et privés sous dotation globale.

3. Les lits, entrées et journées relevant d'établissements de post-cure pour les maladies mentales ont été soustraits de l'hospitalisation complète et réaffectés en lits et journées de post-cure pour les années 2000 à 2003, cette modification entraînant une réévaluation par rapport aux chiffres publiés antérieurement.

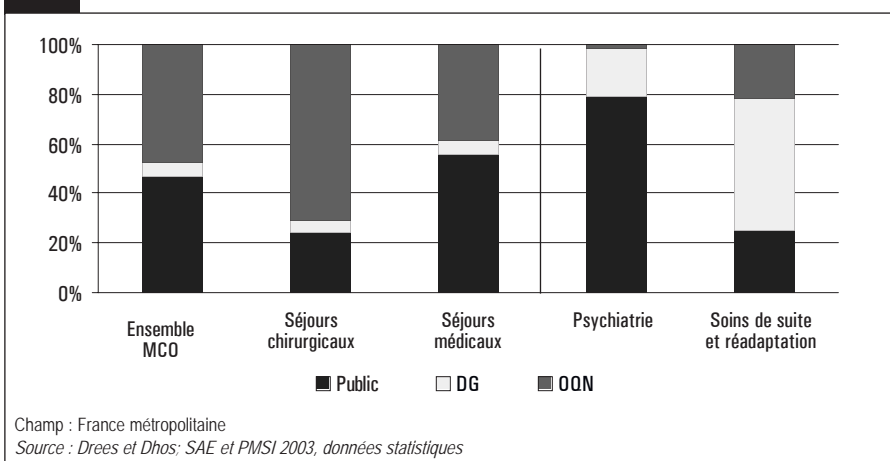
G  
•01

répartition des séjours en hospitalisation complète  
selon le type d'établissement (public, privé sous DG, privé sous OQN)



G  
•02

répartition des séjours en hospitalisation partielle  
selon le type d'établissement (public, privé sous DG, privé sous OQN)



**Augmentation des séjours médicaux et stabilité des chirurgicaux en 2003**

Après être resté stable en 2002, le nombre de séjours médicaux progresse de 1,6 % en 2003, en particulier dans le secteur privé sous OQN (+4,1 %). Cette évolution est encore plus sensible en hospitalisation partielle (+6,9 %) et ce, dans les trois secteurs hospitaliers.

Comme en 2002, l'activité de chirurgie reste stable en 2003, malgré une forte diminution dans les établissements privés sous DG (-4,3 %). En revanche, le nombre de venues en chirurgie ambulatoire a crû en 2003 de 1,9 % en particulier dans le secteur privé sous OQN (+3,5 %).

**Les affections du tube digestif, de l'appareil musculo-squelettique ou circulatoire représentent plus du tiers de l'activité des établissements de santé**

La structure des activités de court séjour en MCO par grandes catégories de diagnostics est stable depuis 1998. Plus des deux tiers de l'activité se concentrent sur les huit mêmes Catégories majeures de diagnostics (CMD) sur les 27 existantes (encadré 3). Ainsi en 2003, 15 % des séjours se rapportent à des affections du tube digestif, près de 12 % à des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, 9 % à des affections de

l'appareil circulatoire, plus de 8 % aux facteurs influant sur l'état de santé (soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques) ainsi qu'aux grossesses pathologiques et accouchements, 6 % à des affections ORL, et 5 % à des affections de la peau et des tissus sous-cutanés et à des affections du système nerveux (tableau 3).

Cette répartition varie suivant les secteurs d'hospitalisation, même si les trois premières catégories majeures de diagnostics évoquées restent pour chacun d'entre eux parmi les plus fréquentes. Dans les cliniques privées sous OQN, où les types d'affections pris en charge sont moins diversifiés, ce sont d'ailleurs seulement cinq catégories de diagnostics qui représentent près des deux tiers de l'activité : les affections du tube digestif (24 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (15 %), les affections ORL (10 %), de l'appareil circulatoire et de l'œil (8 % chacune). À cet égard, la prise en charge des affections ORL et de l'œil apparaît comme une spécialité importante des établissements privés sous OQN. L'une des activités les plus fréquentes des établissements publics et privés sous DG relève à l'inverse des soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (« facteurs influant sur l'état de santé »), avec respectivement 12 et 10 % de leur activité. Les grossesses pathologiques et accouchements constituent également une part significative de l'activité des hôpitaux publics (10 %). En revanche, les affections du tube digestif ne s'y situent qu'en cinquième position, contrairement aux deux autres secteurs du privé où elles occupent la première place.

**L'activité ambulatoire due au traitement de la cataracte, aux endoscopies, aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques augmente fortement**

En MCO, 5,1 millions de séjours en 2003 ont été pris en charge en hospitalisation à temps partiel, soit une augmentation de plus 5 % par rapport à 2002 (tableau 1). Depuis 1998, ce type de séjours progresse de plus de 5 % en moyenne annuelle.



Avec 228 900 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 (186 100 séjours), les interruptions de grossesse<sup>4</sup> (145 900 séjours), les amygdalotomies et adénoïdectomies (118 500 séjours), les interventions pour libération du canal carpien (98 200 séjours) et celles sur la main (95 200 séjours). Ces différents types d'interventions représentent ainsi 60 % des prises en charge enregistrées en chirurgie ambulatoire.

Les opérations de la cataracte pratiquées en ambulatoire sont les interventions qui augmentent le plus rapidement, avec une hausse de 22 % en 2003. 46 % de ces interventions sont désormais réalisées en ambulatoire (soit un gain de 4 points par rapport à 2002). En 2003, elles s'accroissent plus fortement dans le secteur public (+28,5 %) que dans les secteurs privés sous DG ou sous OQN (+21 %), mais ce dernier secteur continue cependant à prendre en charge 86 % des séjours. Les séjours de chirurgie ambulatoire pour des affections de la peau, pour la libération du canal carpien et pour des interventions sur la main augmentent, quant à eux en 2003, d'environ 5 % chacun.

Les séjours médicaux de moins de 24 heures représentent, en 2003, 3,7 millions de séjours. Plus du quart d'entre eux sont liés à des endoscopies sous anesthésie. Près de 85 % des endoscopies sont pratiquées dans les cliniques privées sous OQN, contre 11 % dans le secteur public. L'augmentation de cette activité atteint 6 % en 2003, bien qu'elle ait décliné de 2,5 % dans le secteur privé sous DG. L'hospitalisation pour des soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (« facteurs influant sur l'état de santé ») constitue également, avec une augmentation de près de 8 % en 2003, 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, 88 % d'entre eux y ayant été réalisés en 2003.

## E•3

## 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 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.*

GHM	Libellé du GHM	CMD attribuée	libellé de la CMD
762	Interventions sur le cristallin, en ambulatoire	02	Affections de l'œil
763	Amygdalotomies 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	Réssections 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

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

Catégorie majeure de diagnostics (CMD)	Secteur public	Secteur privé sous DG	Secteur privé sous OQN	Total
06 - Affections du tube digestif	8,8	13,1	23,7	14,9
08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique	9,7	9,2	14,5	11,5
05 - Affections de l'appareil circulatoire	9,2	8,7	8,4	8,9
23 - Facteurs influant sur l'état de santé	12,1	10,0	3,0	8,4
14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections post-partum	9,8	6,9	6,5	8,3
03 - Affections ORL	3,6	3,9	9,8	6,0
09 - Affections de la peau et des tissus sous-cutanés	3,6	6,2	6,3	4,8
01 - Affections du système nerveux	7,0	4,4	1,6	4,8
02 - Affections de l'œil	2,1	2,6	8,3	4,5
04 - Affections de l'appareil respiratoire	6,4	5,8	1,4	4,4
11 - Affections du rein et des voies urinaires	3,5	2,8	3,5	3,5
13 - Affections de l'appareil génital féminin	2,1	3,2	4,1	3,0
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	4,0	3,3	1,1	2,8
17 - Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	3,2	8,8	1,0	2,6

Lecture : seules les 14 CMD les plus fréquentes sont détaillées ici par ordre décroissant d'importance. Les affections du tube digestif représentent 8,8 % de l'activité totale du secteur public, 13,1 % de celle du secteur privé sous DG et 23,7 % de celle du secteur sous OQN.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI 2003, France métropolitaine.

### Une stabilisation de l'hospitalisation complète en psychiatrie, avec des évolutions différenciées

10

En psychiatrie, la diminution soutenue du nombre de journées d'hospitalisation complète, observée depuis 1997 (-2,4 % en 1998, - 2,7 % en 1999 et -3,2 % en 2000), se poursuit de manière plus modérée depuis 2001 et atteint -1,2 % en 2003. Elle reste néanmoins plus marquée pour les établissements privés sous DG (-2,6 %). Les établissements privés sous OQN enregistrent, quant à eux, une augmentation de +0,9 % du nombre de leurs journées d'hospitalisation.

La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète ne concerne que la psychiatrie générale. En effet, pour la première fois en 2003, la psychiatrie infanto-juvénile enregistre une augmentation du nombre de ses journées d'hospitalisation complète (+2,7%), et ce dans les trois secteurs d'hospitalisation.

Le nombre d'hospitalisations complètes en psychiatrie qui diminue également de 1,6 % en 2003, recule exclusivement dans les établissements publics (-2,2 %) et privés sous DG (-2,4 %). Là encore, la psychiatrie infanto-juvénile se distingue de la psychiatrie générale, avec une diminution du nombre d'hospitalisations complètes concentrée uniquement dans les établissements publics (-3,9 %) alors que ces séjours augmentent dans les établissements privés.

La durée moyenne de séjour se stabilise en revanche en 2003 à 30,2 jours en psychiatrie générale et à 25 jours en psychiatrie infanto-juvénile. Mais elle varie fortement selon le type d'établissements concernés. Moins élevée dans le secteur public, avec 27,9 jours en psychiatrie générale et 23,3 jours en psychiatrie infanto-juvénile, elle atteint 34,3 jours en psychiatrie générale dans les établissements privés sous OQN. Malgré une réduction sensible, elle reste enfin très supérieure dans les éta-

blissements privés sous DG (39,9 jours en psychiatrie générale et 37,2 jours en psychiatrie infanto-juvénile en 2003).

Excepté dans les établissements privés sous OQN, le nombre de venues en hospitalisation partielle en psychiatrie poursuit sa diminution entamée depuis 1999 : -1,8 % dans les établissements publics et -2,6 % 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. Ce type d'accueil de jour (en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, atelier thérapeutique...) entretient des frontières parfois floues avec l'hospitalisation à temps partiel au sein de laquelle il n'est pas comptabilisé, et reste mal mesuré dans la SAE en 2003<sup>5</sup>.

La progression du nombre de venues en psychiatrie en hospitalisation partielle (en valeur relative) entamée

5. Tout comme les données relatives aux équipements et à l'activité des alternatives à l'hospitalisation à temps plein telles que les appartements thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique, les centres de post-cure, l'hospitalisation à domicile et les centres de crise, qui, comparées aux données issues des rapports de secteurs de psychiatrie, ne semblent pas présenter une qualité et exhaustivité suffisante pour pouvoir être présentées ici.

depuis 2001 dans les établissements privés sous OQN se poursuit. Depuis le décret du 8 octobre 1992, ces établissements ont en effet la possibilité de créer des places d'hospitalisation de jour et de nuit. Toutefois, le développement de l'hospitalisation à temps partiel y demeure encore très limité<sup>6</sup>. Afin de répondre à des besoins identifiés, certaines régions ont mis en place, à titre expérimental, une tarification pour favoriser le développement de ce type de prise en charge au sein des établissements privés sous OQN, devant ainsi les propositions du projet de plan de santé mentale soumis à concertation en février 2005.

*L'activité de soins de suite et de réadaptation continue globalement à progresser grâce à l'hospitalisation partielle*

L'activité de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé continue en 2003 à progresser au même rythme qu'en 2002 (+3,4 %), et ce du seul fait de l'augmentation des venues en hospitalisation partielle (+5,2 %), l'hospitalisation complète restant stable. L'évolution positive de 0,4 % du nombre de lits d'hospitalisation complète est ainsi très proche de celle de l'activité, avec +0,5 % en entrées et +0,3 % en journées. La situation est différente dans les établissements sous OQN, où, bien que le nombre de lits semble stabilisé après une très forte croissance en 2002, l'activité continue à augmenter, à un rythme toutefois moins soutenu (+1,8 % d'entrées contre +3,3 % en 2002 et +2,2 % de journées contre +3,5 % en 2002). Le surcroît d'activité, généré en 2002 par le mécanisme de reconversion de lits de médecine en lits de soins de suite ou de réadaptation dans le secteur sous OQN, se poursuit donc en 2003.

L'hospitalisation partielle en SSR poursuit globalement sa forte croissance, qui dépasse 5 % en 2003, tant en termes de places que de venues. Cependant, dans le secteur public, l'accroissement du nombre de venues est

nettement plus important que celui du nombre de places (respectivement +11,5 % et +6,7 %), alors qu'à l'inverse, il reste inférieur à celui du nombre de places dans le secteur privé. Dans le secteur privé sous DG, le nombre de places augmente ainsi de 5,4 % (après une pause en 2002), les venues évoluant de +3,8 %. Dans le secteur sous OQN, le nombre de places connaît une évolution du même ordre qu'en 2002 (respectivement +2,2 et +2,9 % en 2002 et 2003), alors que le nombre de venues, qui avait très fortement crû en 2002 (+13,7 %), enregistre une augmentation plus modérée de 2 % en 2003.

*Maintien global de l'activité de soins de suite, avec un essor des prises en charge dans les établissements sous OQN et une reprise de la progression dans le secteur public*

L'activité de soins de suite, qui s'effectue essentiellement en hospitalisation complète (82 % des séjours), progresse de 3,4 % en 2003. Bien que le poids de l'hospitalisation partielle y reste faible, la forte augmentation du nombre de venues en hospitalisation de jour constatée en 2003 comme en 2002 (respectivement +18 et +16 %), conjuguée à une légère reprise de l'activité en hospitalisation complète, arrive à inverser la tendance à la baisse accusée en 2002. En hospitalisation complète, le nombre de lits suit une évolution très proche de celle du nombre de journées (respectivement +0,6 % et +0,5 %) mais avec un taux d'occupation qui continue à diminuer légèrement (de 87,6 % en 2001, 86,7 % en 2002 à 86,1 % en 2003). Les entrées en hospitalisation complète progressent, quant à elles, de +0,9 % pour une durée moyenne de séjour qui se maintient à 33,3 jours. L'hospitalisation partielle représente désormais près de 18 % de l'ensemble des séjours en soins de suite. Comme dans les autres disciplines, elle continue à augmenter en nombre de places (avec 6 % de places supplémentaires contre 14 % en 2002), et surtout en nombre de venues en hospitalisation

partielle, avec une nouvelle hausse de 18 % en 2003. 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 post-cure. Elles avaient cependant presque doublé en 2002, passant de 8 000 à 15 800 séances, mais sont en baisse de 3 % en 2003. De même qu'en 2002, cette variation est entièrement imputable au secteur privé sous OQN, qui avait démarré cette activité en 2002, avec 8 500 séances, et qui n'en réalise plus que 7 500 en 2003 (-11,6 %). Par contre, ce type de prise en charge continue à se développer dans le secteur public et demeure stable dans le secteur privé sous DG.

Comme l'activité de MCO, celle de soins de suite connaît des évolutions très différentes selon les secteurs. Seuls les établissements sous OQN ont une activité qui progresse en hospitalisation complète, avec une hausse des séjours de 1,7 % et des journées de 1,8 %, alors qu'elle stagne dans les secteurs sous dotation globale, public ou privé. Dans le secteur privé sous dotation globale, l'hospitalisation partielle diminue, avec -1,6 % de places et -6 % de venues. En revanche, ce type de prise en charge est toujours en pleine expansion dans le secteur public, qui offre 10 % de places supplémentaires et où le nombre de venues a augmenté de 38 %. C'est encore davantage le cas dans le secteur privé sous OQN qui avait déjà multiplié par trois le nombre de places disponibles en soins de suite et par près de deux le nombre de venues en 2002. En 2003, le nombre de places qu'il propose en soins de suite augmente encore de 21 % et celui des venues d'environ 69 %. Le secteur privé sous OQN représente désormais 12 % des places et 6,5 % des venues. Il demeure que l'hospitalisation complète ou partielle de jour en soins de suite reste majoritairement assurée par le secteur sous dotation globale en 2003, notamment dans le public, qui assure 45 % des hospitalisations complètes et 54 % des hospitalisations de jour à temps partiel.

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

### *La réadaptation fonctionnelle ne progresse plus qu'en hospitalisation partielle*

La réadaptation fonctionnelle, qui constitue l'autre volet du moyen séjour, connaît en 2003 une évolution globale similaire à celle des soins de suite, avec une hausse de 3,5 % du nombre de séjours. Mais à l'inverse des soins de suite, l'essentiel de son activité s'effectue en hospitalisation partielle (84 % des séjours), qui, de plus, est le seul type de prise en charge à poursuivre sa progression en 2003. En effet, le nombre de lits et de séjours en hospitalisation complète diminue très légèrement (respectivement -0,2 et -0,4 %) alors que le nombre de places comme de venues en hospitalisation de jour ou de nuit continue à augmenter sensiblement (respectivement +5 et +4 %). Cette stagnation de l'hospitalisation complète en réadaptation fonctionnelle est essentiellement due à un recul des prises en charge dans le secteur public (-2,9 % en entrées et -1,4 % en journées) alors qu'elle augmente encore modérément dans le secteur sous OQN (+1,4 % de lits contre +8,7 % en 2002 et +2 % d'entrées contre +10 % en 2002) et reste quasi stable dans le secteur privé sous DG.

La situation apparaît très différente pour l'hospitalisation partielle : elle augmente fortement dans le secteur

public et dans le secteur privé sous DG (respectivement +6,8 et +4,5 % de venues), mais très peu dans les établissements sous OQN. À l'instar de l'année 2002, une fois pris en compte l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète (en ajoutant aux venues les séances de traitements et cures ambulatoires), l'augmentation globale devient moins importante (+1,6 % contre +3,9 % pour la seule hospitalisation partielle). Ces modes de prise en charge ne sont en effet pas toujours bien dissociés, et les séances de traitement et cure ambulatoire, en recul dans tous les secteurs, le sont plus particulièrement dans le secteur privé sous OQN où ils diminuent de 22 %.

La répartition de l'activité de réadaptation fonctionnelle n'évolue guère : le secteur privé sous DG assure 38 % des hospitalisations complètes et 54 % des venues en hospitalisation partielle, tandis que les secteurs public et privé sous OQN ont une activité à peu près équivalente, avec environ 31 % des hospitalisations complètes et 23 % des venues en hospitalisation partielle.

### *L'activité de soins de longue durée continue à décliner*

Globalement, en France métropolitaine, l'activité en soins de longue

durée, mesurée en journées d'hospitalisation, a diminué de 3,1 % en 2003 après -3,3 % en 2002. Pour le secteur public, qui concentre plus de 90 % de cette activité, la baisse est de 3,3 % (graphique 1). Elle s'explique notamment par un effet de champ lié à la poursuite de la transformation de certains établissements sanitaires de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les établissements privés sous DG, dans lesquels sont réalisées 8,5 % des journées, maintiennent leur activité. Quant aux établissements privés sous OQN, dont l'activité est déjà très faible en ce domaine, ils la voient fortement décliner (-7 %).

La réduction du nombre de lits de soins de longue durée se poursuit en 2003 sur un rythme plus faible que celle des journées (-2,7 % par rapport à 2002), ce qui entraîne une légère diminution du taux d'occupation qui passe de 97,9 à 97,6 %. Cette diminution du nombre de lits ne concerne que le secteur public, qui dispose encore de 90 % de l'ensemble des capacités. On y observe parallèlement la création d'un nombre un peu inférieur de lits d'hébergement pour personnes âgées (1 570 lits ouverts en hébergement contre 2 190 fermés en soins de longue durée). ●