

En 1999, le nombre de séjours dans les établissements de santé poursuit sa croissance modérée (+1,6 %), dans le prolongement de la tendance passée (+1,3 % en 1998, +0,9 % en 1997).

En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour continue à diminuer et s'accompagne d'une baisse du nombre de lits (-1,3 %), et corrélativement du nombre de journées d'hospitalisation.

Le redéploiement vers l'hospitalisation partielle se poursuit très nettement avec une hausse sensible du nombre de séjours qui s'y réalisent dans les trois types d'établissements, publics, privés sous Objectif quantifié national (OQN), et privés sous dotation globale (DG).

Le secteur sous OQN se tourne davantage vers les affections ophtalmologiques et cutanées tandis que les deux autres secteurs développent les soins de base, ainsi que les examens de contrôle et de dépistage.

En psychiatrie, l'activité progresse dans les établissements publics, plutôt en hospitalisation complète mais pour des séjours plus courts ; leur durée moyenne décroît de plus de deux jours.

En soins de suite et de réadaptation, le redéploiement vers l'hospitalisation partielle s'accroît également, particulièrement dans le secteur sous dotation globale, qui couvre près de la moitié des entrées et venues, et où l'hospitalisation complète régresse alors que l'hospitalisation partielle progresse de plus de 9 %.

En soins de longue durée où l'activité est concentrée dans le public, le nombre de journées réalisées augmente de 1,6 %.

**Valérie CARRASCO, Marc JOUBERT
et Édith THOMPSON**

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

L'activité des établissements de santé en 1999 : poursuite d'une tendance modérée à la croissance de l'activité

Mesurée en nombre de séjours, l'activité des établissements de santé publics et privés a augmenté de 1,6 % en 1999 tous modes d'hospitalisation confondus en France métropolitaine¹ (tableau 1). Cette évolution, qui fait suite aux augmentations de 1,3 % en 1998 et de 0,9 % en 1997, prolonge la tendance de croissance modérée de l'activité hospitalière. Cette progression résulte de mouvements d'ampleur différente selon les disciplines. L'activité a ainsi augmenté de 1,5 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), surtout en raison de la progression de l'activité ambulatoire, de 0,9 % en psychiatrie et de 3,8 % en soins de suite et de réadaptation (contre respectivement 1,1 %, 0,8 %, 4,5 % en 1998). En soins de longue durée, dont l'activité est mesurée en journées, la progression est de 1,6 %, contre 1,3 % en 1998. Par secteur, la progression est surtout sensible pour les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN), qui s'élève à 2,3 % en 1999 après une évolution nulle en 1998 (cf. *Études et Résultats* n° 60, avril 2000).

1. Les données présentées dans le texte concernent la France métropolitaine. Voir l'encadré 1 pour les DOM.



E•1

L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer

Les établissements de santé publics et privés des départements d'outre-mer représentent 2 % de l'activité, comme des capacités, d'hospitalisation complète et partielle de France. Globalement, l'évolution de l'hospitalisation partielle y progresse comme en métropole. Il en va de même pour l'activité d'hospitalisation complète. Le mouvement de redéploiement des lits vers des places d'hospitalisation partielle y poursuit également son cours, de façon com-

parable au mouvement observé en France métropolitaine.

Dans les établissements publics l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 6,9 %, tandis que l'hospitalisation complète n'augmente que de 3,2 %. L'activité des établissements privés sous dotation globale continue à baisser de 1 % en hospitalisation complète mais de 12 % en hospitalisation partielle. Elle ne comptabilise plus en 1999 que 12 900 séjours en hospitalisation complète

et 2 500 séjours de moins de 24 heures. Dans le même temps, les établissements privés participant à l'OQN ont réduit leur activité d'hospitalisation complète de 2,8 % pour augmenter leur activité d'hospitalisation partielle de 9,4 %. Le secteur public réalise environ 70 % de l'activité, les établissements privés sous dotation globale en réalisent environ 5 %, et les établissements privés participant à l'OQN, environ 25 %.

équipement et activité dans les établissements de santé publics et privés des DOM

Évolution en %

	Lits en hospitalisation complète		Places en hospitalisation partielle (1)		Venues (2)		Entrées directes		Journées réalisées	
	1999	Évolution 1998/1999	1999	Évolution 1998/1999	1999	Évolution 1998/1999	1999	Évolution 1998/1999	1999	Évolution 1998/1999
Total Soins de courte durée MCO (3)	6 205	-1,0	239	3,9	54 408	13,6	276 276	1,0	1 732 076	-3,1
Lutte contre les maladies mentales	1 136	-7,2	489	0,0	69 550	-0,6	10 998	10,3	328 176	-1,4
Soins de suite et réadaptation	1 075	2,2	55	3,8	15 811	-2,2	9 288	-3,6	305 578	0,6
Soins de longue durée	620	4,7					352	25,3	234 708	12,0
Total section hôpital	9 036	-1,1	783	1,4	139 769	4,3	296 914	1,2	2 600 538	-1,2

1. Places en hôpital de jour et de nuit et places en anesthésie chirurgie-ambulatoire.
2. Venues en hospitalisation de jour et de nuit, et venues en anesthésie chirurgie ambulatoire.
3. Y compris la toxicomanie et l'alcoolisme.

Champ : DOM.
Source : DREES, SAE 99.

2

T•01

activité par grand groupe de disciplines en 1999 en hospitalisation complète et partielle

Disciplines d'équipements		Établissements publics de santé					Établissements privés sous dotation globale				
		Entrées ou venues	Évolution 1999 / 1998	Journées	DMS (4)	TO (5)	Entrées ou venues	Évolution 1999 / 1998	Journées	DMS (4)	TO (5)
		en milliers	en %	en milliers	en jours	en %	en milliers	en %	en milliers	en jours	en %
MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)	- hosp. > 24 h ⁽¹⁾	6 203	0,2	42 013	6,8	78,4	699	-1,4	4 681	6,7	70,0
	- hosp. < 24 h ⁽²⁾	1 909	3,9			87,3	224	6,6			89,8
	- Ensemble	8 112	1,1				922	0,5			
Lutte contre les maladies mentales	- hosp. complète	376	2,4	12 980	29,4	81,1	56	-4,9	3 004	49,0	84,3
	- hosp. partielle	4 151	1,1			71,0	1 132	0,2			78,7
	- Ensemble	4 528	1,2				1 188				
Soins de suite et de réadaptation	- hosp. complète	227	1,2	11 337	31,0	84,4	226	-3,2	8 607	34,5	82,6
	- hosp. partielle	264	3,2			88,6	675	9,2			88,7
	- Ensemble	491	2,3				901	5,8			
Soins de longue durée	- Ensemble	37	3,1	26 854		97,6	4	11,1	1 727		102,0
Toxicomanie-Alcoolisme (3)	- Ensemble	29	6,6	320		71,0	5	10,5	117		86,9
Total section hôpital	- hosp. complète	6 872	0,4	93 505	11,3	84,2	990	-1,9	18 136	15,8	80,6
	- hosp. partielle	6 324	2,0			75,3	2 031	3,8			80,2
	- Ensemble	13 196	1,2				3 021	1,8			

1. Hospitalisation complète : ce sont des entrées directes ou des RSA qui sont comptabilisés.
2. Hospitalisation partielle : sont comptabilisées les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire.
3. Cette rubrique ne concentre pas la totalité des prises en charge pour toxicomanie ou alcoolisme. Une partie est réalisée en soins de suite et réadaptation, une autre en psychiatrie, et une dernière, en médecine.

La durée moyenne de séjour continue à diminuer en 1999

Les patients peuvent être pris en charge à l'hôpital public ou dans les établissements privés selon deux modalités : l'hospitalisation complète, où le nombre de séjours n'augmente que très légèrement en 1999 (+0,2 %) et l'hospitalisation partielle où il croît de 2,6 % (cf. encadré 2 pour les définitions). Ces évolutions sont également dans la lignée de celles observées en 1998 : respectivement de 0,1 % et 2,7 %.

En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours continue de se réduire avec une baisse de 1,1 % en MCO, de 6,4 % en psychiatrie. La prise en charge des patients sur des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes s'explique en partie par la mise en œuvre de techniques moins lourdes, et par une organisation des soins qui les favorise.

Le développement parallèle de l'hospitalisation partielle en nombre de « venues », qui progresse au même rythme que l'année précédente (+2,7 % en 1998), traduit également ce redéploiement de l'offre hospitalière. Il s'accompagne d'une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète qui atteint glo-

balement 1,3 % et d'une hausse de 0,4 % du nombre de places, ce qui correspond également aux tendances observées ces dernières années.

Poursuite du redéploiement de l'activité vers l'hospitalisation partielle dans les trois types d'établissements

Les établissements publics ont augmenté leur activité de 1,2 % en 1999 tous modes d'hospitalisation confondus, et de 0,4 % en hospitalisation complète seule (contre 2,0 % et 1,1 % en 1998). Les réorganisations s'y poursuivent, aboutissant à un redéploiement des lits d'hospitalisation complète (-1,1 %) vers les places d'hospitalisation partielle (+1,1 %) [tableau 2].

Les établissements privés sous OQN enregistrent le même mouvement de redéploiement de lits d'hospitalisation complète (-0,9 %) vers des places d'hospitalisation partielle (+1,5 %). Cette évolution se réalise toutefois en 1999 dans un contexte global d'augmentation de leur activité de 2,3 %, qui contraste avec la stabilité enregistrée sur l'exercice 1998 (-0,1 % dont -1,5 % en hospitalisation complète). Les prises en charge en hospitalisation complète augmentent ainsi de

0,7 % en 1999 tandis qu'elles progressent de 5,0 % en hospitalisation partielle. Ce résultat est sans doute à mettre en relation avec l'instauration du forfait d'activité non programmée intervenue en fin 1998, qui a pu susciter une croissance des enregistrements de séjours.

Participant du même mouvement, l'activité des établissements privés sous dotation globale augmente de 1,8 % (contre 1,3 % en 1998), avec un basculement encore plus prononcé. Les prises en charge en hospitalisation complète y diminuent ainsi de 1,9 % alors que l'hospitalisation partielle augmente de 3,8 %. Les équipements évoluent en conséquence : le nombre de lits baisse de 2,9 %, le nombre de places augmente de 1,8 %.

Les séjours médicaux et chirurgicaux progressent au même rythme

Qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, les séjours les plus fréquents intéressent sept catégories majeures de diagnostics (CMD) sur 27 : ils concernent les patients souffrant d'affections de l'appareil digestif, de traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, d'affections de l'appareil circulatoire, les séjours liés à la grossesse, de l'ORL, du système nerveux, et de ce qu'on appelle les facteurs influant sur l'état de santé, c'est-à-dire principalement les examens de contrôle et de dépistage, mais aussi les recours pour motifs sociaux liés aux urgences. En 1999 comme en 1998 et 1997, ces catégories de séjours ont concentré environ 60 % de l'activité MCO en hospitalisation complète et partielle (cf. encadré 3 pour un aperçu de quelques activités hospitalières).

Au total, en 1999, le nombre de séjours chirurgicaux augmente de 1,5 % contre 0,4 % l'année précédente (tableau 3). 72 % des séjours chirurgicaux sont concentrés sur quelques pathologies : affections touchant le tube digestif, l'ORL, l'appareil génital féminin, l'œil, les traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, ainsi que les affections de la peau et des tissus sous-cutanés. Ces pathologies, qui concentrent près des trois quarts de l'activité chirurgicale, donnent lieu à des prises en charge en ambulatoire presque deux fois plus fréquentes que les autres.

Établissements privés sous OQN					Ensemble établissements publics et privés				
Entrées ou venues	Évolution 1999 / 1998	Journées	DMS (4)	TO (5)	Entrées ou venues	Évolution 1999 / 1998	Journées	DMS (4)	TO (5)
en milliers	en %	en milliers	en jours	en %	en milliers	en %	en milliers	en jours	en %
3 689	0,6	19 451	5,3	77,5	10 590	0,2	66 145	6,2	77,5
2 033	6,0			92,9	4 166	5,0			90,5
5 722	2,4				14 757	1,5			
108	4,6	3 779	34,4	96,1	540	2,1	19 763	32,3	84,1
70	-8,6			94,3	5 354	0,8			72,7
178	-1,0				5 894	0,9			
231	1,5	7 585	31,4	91,3	684	-0,2	27 529	32,1	85,6
253	1,8			82,6	1 192	6,2			87,3
484	1,7				1 876	3,8			
1	4,6	929		99,5	42	3,8	29 511		97,9
4	-2,2	97		98,0	38	6,2	533		78,0
4 033	0,7	31 841	7,8	83,0	11 895	0,3	143 482	10,6	83,5
2 356	5,0			91,9	10 712	3,0			79,0
6 389	2,3				22 607	1,6			

4. DMS : durée moyenne de séjour mesurée en journées à partir du PMSI pour MCO.

5. TO : taux d'occupation en % des journées exploitables sur les lits ou les places.

Champ : France métropolitaine.

Source : DH et DREES, SAE 99 et PMSI 1999.

D'autres tendances, observées sur la période 1993-1998, se poursuivent : baisse également de leur nombre pour les affections touchant le tube digestif, ou l'ORL ; hausse pour ceux concernant les affections de l'appareil génital féminin, de l'œil, les traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, ou encore les affections de la peau.

La progression du nombre des séjours médicaux observée en 1999 (+1,6 %) est équivalente à celle des séjours chirurgicaux (après +1,5 % en 1998). Parmi les séjours médicaux, 60 % de l'activité sont concentrés sur le traitement des affections respiratoires et circulatoires, du système nerveux, du tube digestif, des facteurs influant sur l'état de santé ainsi que sur les séjours pour grossesse.

Le secteur privé sous OQN développe les soins ophtalmologiques et des affections cutanées...

Les cliniques privées sous OQN réalisent les deux tiers de leur activité sur les sept catégories majeures de diagnostic les plus fréquentes citées précédemment, proportion quasi stable depuis 1997. Mais le

**T
•02**

nombre de lits et places installés au 31 décembre 1999
selon les disciplines d'équipement

	Établissements de santé publics		Établissements privés				Ensemble	
	1999	Évolution 1999/1998	sous dotation globale		sous OQN		1999	Évolution 1999/1998
			1999	Évolution 1999/1998	1999	Évolution 1999/1998		
Hospitalisation complète (nombre de lits)								
Total Soins de courte durée MCO	155 581	-1,5	19 485	-2,4	69 641	-1,9	244 707	-1,7
Lutte contre les maladies mentales	44 656	-3,0	9 926	-6,6	10 802	0,0	65 384	-3,1
Soins de suite et de réadaptation	37 779	-1,4	29 515	-1,9	23 094	0,5	90 388	-1,0
Soins de longue durée	76 083	1,1	4 698	-3,7	2 570	12,7	83 351	1,1
Toxicomanie et alcoolisme	1 288	9,7	380	3,5	271	0,0	1 939	7,0
Autres disciplines de la section hôpital								
Total section hôpital	315 387	-1,1	64 004	-2,9	106 378	-0,9	485 769	-1,3
Hospitalisation partielle (nombre de places)								
Hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie	6 017	3,2	3 127	4,1	2 470	1,7	11 614	3,1
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	21 356	0,3	5 240	0,2	249	-10,8	26 845	0,2
Anesthésie et chirurgie ambulatoire	1 044	6,9	353	7,0	5 868	2,0	7 265	2,9
Total	28 417	1,1	8 720	1,8	8 587	1,5	45 724	0,4

Champ : France métropolitaine. Source : DREES, SAE 99.

**T
•03**

activité en Médecine Chirurgie Obstétrique en 1999

Groupes de séjours	Établissements publics de santé				Établissements privés sous dotation globale				Établissements privés sous OQN				Ensemble du champ MCO			
	Séjours		Journées		DMS	Séjours		DMS	Séjours		DMS	Séjours		DMS		
	en mil-liers	1999 / 1998 en %	en mil-liers	DMS		en mil-liers	1999 / 1998 en %		en mil-liers	DMS		en mil-liers	1999 / 1998 en %		en mil-liers	DMS
	en mil-liers	1999 / 1998 en %	en mil-liers	DMS	en mil-liers	1999 / 1998 en %	en mil-liers	DMS	en mil-liers	1999 / 1998 en %	en mil-liers	DMS	en mil-liers	1999 / 1998 en %	en mil-liers	DMS
Séjours chirurgicaux supérieurs à 24 heures	1 425	-0,2	11083	7,8	242	-3,8	1768	7,3	2 146	0,5	11630	5,4	3 813	0,0	24481	6,4
Séjours chirurgicaux inférieurs à 24 heures	322	3,8			61	3,7			874	7,3			1 256	6,2		
Total Séjours chirurgicaux	1 747	0,5			302	-2,4			3 020	2,4			5 069	1,5		
Séjours médicaux supérieurs à 24 heures	4 778	0,3	30931	6,5	457	0,0	2913	6,4	1 543	0,6	7820	5,1	6 778	0,4	41664	6,1
Séjours médicaux inférieurs à 24 heures	1 588	3,9			163	7,8			1 159	5,0			2 910	4,6		
Total Séjours médicaux	6 365	1,2			620	1,9			2 702	2,4			9 688	1,6		
Total séjours supérieurs à 24 heures	6 203	0,2	42013	6,8	699	-1,4	4681	6,7	3 689	0,6	19451	5,3	10 590	0,2	66145	6,2
Total séjours inférieurs à 24 heures	1 909	3,9			224	6,6			2 033	6,0			4 166	5,0		
Total	8 112	1,1			922	0,5			5 722	2,4			14 757	1,5		

Champ : France métropolitaine. Source : DH et DREES, PMSI 1999 et SAE 99.

traitement des affections de l'œil (6,8 % de leur activité) y progresse de 4,6 %, et celui des affections de la peau (6,1 % de leur activité) augmente de 6,0 %.

... et les secteurs public et privé sous dotation globale les soins de base, les examens de contrôle et de dépistage

Les établissements publics et les établissements privés sous dotation globale consacrent, quant à eux, respectivement 58,6 % et 54,8 % de leur activité sur les

sept catégories majeures décrites précédemment. Cette concentration de l'activité se poursuit d'ailleurs depuis deux ans, et ce, pour les deux types d'établissements. Elle résulte d'une croissance importante de l'activité liée aux « facteurs influant sur l'état de santé ». Leur part passe ainsi en deux ans de 9,3 % à 10,4 % des séjours pour les établissements publics ; de 6,7 % à 8,7 % pour les établissements privés sous dotation globale.

Les affections du système nerveux et les affections diverses, qui restent majoritairement prises en charge par les

établissements publics qui y consacrent 18 % de leur activité, y progressent respectivement de 2 % et 7 %. Les établissements privés sous dotation globale réalisent quant à eux 10,7 % de leur activité MCO dans le traitement des affections cancéreuses², ainsi que 8,7 % dans l'accueil des patients traités pour affections

2. Les séances de radiothérapie et de chimiothérapie sont exclues de l'ensemble de cette analyse de l'activité hospitalière, ce qui contribue à minorer arbitrairement le rôle des centres de lutte contre le cancer.

E•2

Champ de l'étude et définitions

Champ de l'étude

Le champ retenu pour les chiffres globaux présentés dans cette étude est restreint aux activités comportant des hospitalisations (complètes ou partielles). Les prises en charge à domicile et l'activité se déroulant dans le domaine médico-social ne sont donc pas étudiées. Dans ce champ, les consultations et les traitements itératifs comme les dialyses les chimiothérapies et les radiothérapies ne sont pas prises en compte.

En psychiatrie, comme en soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 94 % de l'activité est mesurée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place et maintenu par la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins. Le complément pour les établissements non couverts est mesuré à partir de la SAE.

Établissements

Les établissements sont répartis en trois secteurs :

- le secteur public rassemble les établissements de santé publics ;
- le secteur privé sous dotation globale comprend l'ensemble des établissements privés ayant opté pour ce mode de tarification ;
- le troisième secteur regroupe les établissements privés relevant de l'article L-710-16.2 du Code de la Santé publique, les établissements à tarif d'autorité, ainsi que les établissements sans mode de fixation des tarifs. Dans le cadre de cette étude, ce secteur est intitulé « établissements sous objectif quantifié national (OQN) ».

Hospitalisation

- complète : mode de prise en charge des unités ou services hébergeant les patients pour une durée en général supérieure à 24 heures, et qui se caractérise par un équipement en lits d'hospitalisation. Dans le PMSI, cette notion est approchée par les séjours d'une durée supérieure à 24 heures.

- partielle : mode de prise en charge des unités ou services accueillant les patients, pour une durée inférieure à 24 heures, et qui mobilise des places d'hospitalisation.

Activité mesurée

L'activité hospitalière est mesurée en séjours.

Dans la SAE, et pour l'hospitalisation complète, il s'agit d'« entrées directes », c'est-à-dire d'entrées en provenance du domicile ou des urgences, ou encore d'un changement de mode de prise en charge (par exemple passage de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation complète). Pour l'hospitalisation partielle, il s'agit de « venues » de durée inférieure à 24 heures en hospitalisation de jour ou de nuit, ou encore en anesthésie-chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, il s'agit du nombre de résumés de sorties ano-

nymes (RSA). Chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un RSA, exception faite des traitements itératifs, et certaines prises en charge réparties sur deux établissements. Le nombre de RSA correspond à peu près au nombre d'entrées directes et de venues.

Durée de séjour

Dans la SAE, la ventilation des données sur l'activité et les moyens mis en œuvre selon la nomenclature des disciplines d'équipement permet d'en analyser l'implication dans la prise en charge des patients : ainsi, le nombre de journées de chirurgie représente le temps effectivement passé par les patients dans les services de chirurgie.

En revanche, chaque séjour hospitalier mesuré par le PMSI fait l'objet d'un classement préalable entre séjours médicaux et séjours chirurgicaux. Les séjours ne sont qualifiés de chirurgicaux que si un acte opératoire significatif, considéré comme classant pour le PMSI, a été effectué.

Les deux sources fournissent donc des informations sur l'activité hospitalière sensiblement différentes. Ainsi la durée moyenne des séjours chirurgicaux est-elle de 7,8 jours dans le PMSI tandis que, dans SAE, elle n'est que de 4,9 jours dans la discipline chirurgie pour les établissements publics.

L'activité de gynécologie-obstétrique regroupe l'ensemble des séjours médicaux ou chirurgicaux liés à la grossesse ou aux affections gynécologiques.

Catégories majeures de diagnostics

Le PMSI permet de classer les séjours hospitaliers en MCO dans 27 Catégories majeures de diagnostics (CMD), en fonction du diagnostic principal associé à chaque séjour. Toutefois, l'ensemble des séjours classés dans la CMD 24, regroupe ceux qui ont duré moins de 24 heures, quel que soit le diagnostic principal. Ces séjours ont donc été répartis entre les autres CMD selon leur type de diagnostic principal. Ainsi, dans le cadre de cette étude, le groupe des affections de l'œil rassemble tous les séjours de la CMD 02 – Affections de l'œil – ainsi que les séjours de la CMD 24 classés dans les GHM 702 (affections de l'œil, ambulatoire avec acte), 762 (interventions sur le cristallin en ambulatoire) et 802 (affections de l'œil, ambulatoire sans acte).

Lits et places

Le nombre de lits et places comptabilisés dans la SAE correspond aux capacités installées au 31 décembre 1999 dans les établissements de santé publics et privés, c'est-à-dire au nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréées) et places en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

Ce nombre ne correspond pas nécessairement aux capacités autorisées recensées dans la carte sanitaire puisque les établissements disposent d'un délai maximum de quatre ans pour mettre en œuvre les autorisations reçues.

diverses. Ces deux types de prises en charge sont en progression respectivement de 2 % et 10 % en 1999.

En psychiatrie, l'activité progresse dans les établissements publics, plutôt en hospitalisation complète, mais pour des séjours plus courts

En psychiatrie, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète

est déjà ancien. Cette forme de prise en charge semble avoir atteint un palier, avec 29 % des capacités consacrées à l'hospitalisation partielle, et 91 % des entrées et venues psychiatriques. Alors que les capacités en places augmentent de 0,2 %, l'activité en hospitalisation partielle progresse en 1999 de 0,8 %. En hospitalisation complète, les entrées sont en hausse de 2,1 %, mais pour mieux apprécier l'évolution de l'activité, cette augmenta-

tion doit être rapprochée de la diminution de 3,0 % des journées réalisées, qui s'accompagne d'une baisse de 3,1 % des capacités en lits.

Les hôpitaux publics sont les seuls à enregistrer en psychiatrie une hausse des entrées et venues aussi bien en hospitalisation complète, de 2,4 %, qu'en hospitalisation partielle, de 1,1 %. Ces évolutions, de même que celles constatées pour les lits (-3 %) et les places (+0,3 %) sont dans

E•3

Quelques types d'activité hospitalière

Les dialyses

Deux méthodes sont utilisées pour le traitement de l'insuffisance rénale : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Lors d'une séance d'hémodialyse, le sang est épuré par un appareil à l'extérieur du patient. Deux ou trois séances d'épuration par semaine sont en général nécessaires. Dans l'autre méthode, c'est le péritoine qui sert de membrane entre le sang du patient et une solution proche du plasma qui est injectée dans son abdomen. Cette technique peut être réalisée en trois séances mais a lieu plus fréquemment en continu au domicile du malade, c'est pour cette raison qu'elle est comptabilisée ici en semaine.

En 1999, le traitement de l'insuffisance rénale chronique a donné lieu à 3,6 millions de séances d'hémodialyse et à 193 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale¹. L'activité d'hémodialyse est en forte progression avec une augmentation du nombre de séances de 4,2 % par rapport à 1998 et de 7,5 % par rapport à 1997 alors que l'activité de dialyse péritonéale est en légère baisse (-0,4 %).

L'hémodialyse chronique est le plus souvent réalisée en centre (64 % des séances) alors que l'hémodialyse à domicile reste marginale (3,6 % des séances), sa part diminuant régulièrement (de 4,7 % en 1997 puis de 4,1 % en 1998). En revanche, l'autodialyse est de plus en plus fréquente. Elle est réalisée par le patient hors de son domicile et ne nécessite qu'une assistance minimale. Les séances ont augmenté de 20 % en deux ans et constituent un peu plus du quart de l'ensemble des séances d'hémodialyse.

À l'inverse, la dialyse péritonéale se fait essentiellement à domicile (93,4 % des traitements), la dialyse péritonéale continue ambulatoire restant la modalité la plus répandue (près de 80 % des traitements à domicile). Les dialyses péritonéales en centre, de plus en plus rares, sont pour moitié des séances d'entraînement à la prise en charge totale du traitement par le malade.

Le secteur privé prend en charge la plus grande part de l'activité de dialyse, et sa prépondérance y est de plus en plus forte, notamment pour l'hémodialyse : +11 % de 1997 à 1999. Cependant, les cas les plus lourds sont accueillis dans les établissements publics. Ainsi, bien que 35 % seulement de l'ensemble des séances d'hémodialyse soient réalisés dans le secteur public, cette proportion passe à 48 % pour les hémodialyses en centre et atteint 73 % pour les hémodialyses aiguës et 78 % pour les dialyses péritonéales en centre. Les établissements privés (centres de dialyse et unités de traitement spécialisé à domicile) prennent en charge la quasi-totalité des autodialyses et des hémodialyses à domicile (respectivement 94 et 93 % des séances) ainsi que plus de 80 % des traitements de dialyse péritonéale à domicile.

Les accouchements

En 1999, le nombre d'accouchements a relativement peu augmenté par rapport à 1998 : 731 000 contre 727 000, soit une hausse de 0,5 %,

alors que la progression avait atteint 1,4 % en 1998. La répartition de l'activité reste globalement stable d'une année à l'autre : le secteur public prend en charge 58 % des accouchements ayant lieu dans les établissements, part en légère progression depuis quelques années, les autres se partageant entre les établissements privés sous OQN (36 %) et les établissements privés sous dotation globale (6 %).

Le taux de césariennes (17 %) est en légère hausse, de 0,5 point par rapport à 1998. Il est globalement un peu plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public : 17,8 % contre 16,4 %, malgré une proportion plus grande de grossesses à risque dans le public.

Ces accouchements ont conduit à la naissance de 742 000 enfants dont 2,8 % dans le cadre de naissances multiples. Les naissances multiples, qui nécessitent des structures permettant la surveillance et les soins des nouveau-nés à risque, ont lieu principalement, et de plus en plus, dans les maternités publiques. En 1999, 67 % de ces enfants ont ainsi vu le jour dans un établissement public, 27 % dans les établissements privés sous OQN et 6 % dans les établissements privés sous dotation globale.

Les passages aux urgences

Le nombre de passages aux urgences a atteint 12 millions en 1999, soit une augmentation de 5,8 % par rapport à 1998. Leur progression se poursuit donc à un rythme élevé. Ils dépassent de 2 millions le niveau de 1995, soit une augmentation de 20 % en quatre ans.

Cette activité reste très majoritairement prise en charge par le secteur public (91,5 % de l'ensemble des passages) malgré une progression régulière de la participation du secteur privé sous dotation globale, qui atteint 6,2 % en 1999. La place du secteur privé sous dotation globale dans la prise en charge des passages aux urgences est cependant très variable d'une région à l'autre : nulle dans certaines régions, elle atteint 28 % en Lorraine et dépasse 11 % en Île-de-France. Quant au secteur privé sous OQN, il accueille un nombre croissant d'urgences, mais ne représente encore que 2,3 % de l'ensemble des passages.

La part des passages qui donnent lieu à une hospitalisation continue a diminué en 1999 (-1,4 point par rapport à 1998) et reste beaucoup plus faible dans le privé : 16,5 % des passages y aboutissent à une hospitalisation contre 24,8 % dans le secteur public. C'est en Île-de-France que ce taux d'hospitalisation est le plus faible (16 %) alors qu'il dépasse 30 % dans cinq régions (Basse-Normandie, Limousin, Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes).

Ces résultats reflètent donc la poursuite d'un recours croissant aux urgences pour une demande de « soins non programmés », dont la progression ne paraît pas se ralentir, y compris pour des prises en charge qui ne nécessitent pas ensuite une hospitalisation.

1. La quasi totalité des séances d'hémodialyse concerne l'hémodialyse des malades chroniques, l'hémodialyse aiguë ne représentant que 3,4 % des séances.

le prolongement de celles relevées en 1998. La progression sensible des entrées en hospitalisation complète ne se répercute cependant pas sur le nombre de journées réalisées qui diminuent de 1,7 %. Ces évolutions apparemment contradictoires reflètent la poursuite de la réduction de la durée des séjours (-2,1 jours) et l'augmentation du taux d'occupation des lits de 1,2 point (encadré 4).

Dans les établissements privés sous dotation globale, les évolutions sont largement influencées par les restructurations en cours, en particulier par le redéploiement vers le secteur le médico-social. En hospitalisation complète, l'activité (-4,9 % pour les entrées, -8,3 % pour les journées) et le nombre de lits (-6,6 %) y sont en effet en baisse sur 1999. Une demi-douzaine d'établissements seulement est toutefois à l'origine de la moitié de la baisse. En hospitalisation partielle, l'activité augmente de 0,2 % au même rythme que le nombre de places.

Les établissements privés sous OQN ne relèvent pas de la « sectorisation psychiatrique » qui ne concerne que la psychiatrie publique. Ce sont souvent des hôpitaux de jour quand ils ont un statut non lucratif, et des cliniques ou maisons de santé pour maladies mentales, avec hospitalisation complète, quand leur ob-

jet est lucratif, ce dernier cas étant le plus fréquent. Pour cette raison les prises en charge ambulatoires y représentent moins de la moitié des entrées et venues. Ce sont les établissements privés sous OQN qui enregistrent en 1999 la plus forte hausse du nombre d'entrées en hospitalisation complète (+4,6 %) avec baisse des prises en charge en hospitalisation partielle. Pourtant, les capacités mises en œuvre y évoluent selon la tendance générale : stabilité du nombre de lits d'hospitalisation complète, et baisse du nombre de places d'hospitalisation partielle.

En soins de suite et de réadaptation, le développement de l'hospitalisation partielle continue

En 1999, sur l'ensemble des établissements, l'activité en soins de suite et de réadaptation continue de croître, de 3,8 %, après une progression de 4,5 % en 1998. Cette augmentation est surtout due à l'hospitalisation partielle, en hausse de 6,2 %, tandis que l'hospitalisation complète baisse légèrement (-0,2 %). Le nombre de journées diminue de 1 % avec une diminution de la durée moyenne des séjours. Dans le même temps, les capacités en lits baissent de 1 % et les places augmentent de 3,2 %.

Ces évolutions résultent toutefois de mouvements contrastés au sein des secteurs public et privé. Les établissements de santé publics concentrent 26 % des prises en charge en soins de suite et de réadaptation. L'activité en hospitalisation complète y augmente de 1,2 % tandis que les prises en charge ambulatoires s'y développent de plus de 3 %. Dans le même temps, le nombre de lits diminue de 1,2 % et le nombre de places augmente de 5,2 %.

Plus de la moitié des venues en hospitalisation partielle ont lieu dans les établissements privés sous dotation globale. Les venues en hospitalisation partielle y continuent d'ailleurs leur forte progression, de plus de 9 % en 1999. Parallèlement, l'activité en hospitalisation complète y enregistre une baisse de 3,2 %, dans un contexte de baisse du nombre de lits (-1,9 %).

L'activité en soins de suite et de réadaptation des établissements privés sous OQN augmente quant à elle de 1,7 % environ, aussi bien en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle. À la différence des autres secteurs, le nombre de lits d'hospitalisation complète y est en augmentation.

En soins de longue durée, l'activité surtout concentrée dans le secteur public augmente de 1,6 %

Dans les services de soins de longue durée, la mesure la plus pertinente de l'activité est le nombre de journées réalisées. Ce nombre augmente de 1,6 % pour l'ensemble des établissements. Cette progression est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre des personnes âgées dans la population, et les besoins accrus de prise en charge auxquels le secteur médico-social n'est pas forcément à même de répondre. Environ 90 % de l'activité se déroule dans les établissements publics, pour lesquels l'activité a augmenté de 1,4 % en 1999. Les capacités installées suivent la même évolution avec un nombre de lits en hausse de 1,1 % dans les établissements publics tandis qu'il augmente de 12,7 % dans les établissements privés sous OQN et baisse de 3,7 % dans les établissements privés sous dotation globale.

E•4

Les taux d'occupation

Le taux d'occupation des lits (ou des places) se définit comme le rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de « journées exploitables », c'est-à-dire le nombre de lits ou de places potentiellement disponibles sur un an pour chaque journée de l'exercice (lits ou places installés à l'exception de ceux rendus provisoirement indisponibles).

En hospitalisation complète, le taux d'occupation des lits a augmenté de près d'un point en 1999, pour atteindre 83,5 %. Cette augmentation concerne l'ensemble des disciplines d'activité de l'hôpital. Ce mouvement résulte de la combinaison de plusieurs facteurs parfois divergents. La diminution des capacités potentiellement disponibles en lits d'hospitalisation complète (-1,3 % en 1999) et la stabilité du nombre de prises en charge font ainsi plus que compenser la diminution de la durée moyenne des séjours [-0,1 jour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), -2,2 jours en psychiatrie, -0,2 jour en soins de suite et de réadaptation].

En hospitalisation partielle et en chirurgie ambulatoire, le taux d'occupation des places¹ augmente aussi régulièrement. Ainsi, en 1999, il est passé à 80 %, alors qu'il était de 79 % en 1998 et de 77 % en 1997. Pour le secteur MCO, le taux d'occupation est de 90 % et a augmenté de 1,5 % en un an. Pour la psychiatrie, le taux reste globalement stable, autour de 73 %. En soins de suite et de réadaptation, le taux d'occupation des places est passé de 85 % en 1998, à 87 % en 1999. L'augmentation du taux d'occupation des capacités en places, s'ajoutant à la hausse du nombre de places traduit une montée en charge de l'hospitalisation ambulatoire aussi bien en MCO que pour les soins de suite et de réadaptation.

1. Le terme de « place » est employé pour nommer un lit utilisé dans le cadre de l'hospitalisation partielle.

**158 000 médecins
et 871 000 équivalents temps plein
non médicaux employés
par les établissements
de santé en 1999**

En 1999, le personnel médical des établissements de santé hors libéraux occasionnels s'élève à 158 000 personnes, il est quasiment stable par rapport à 1998. Les deux tiers (102 000 personnes) sont employés par les hôpitaux publics, 27 % dans les établissements privés sous OQN et 8 % dans les établissements privés sous dotation globale (ta-

bleau 4). Ces effectifs sont stables dans le secteur public. Le secteur privé enregistré, quant à lui, de légères diminutions, -0,3 % pour les établissements sous dotation globale, -1,2 % pour ceux soumis à l'OQN. Des baisses plus importantes concernent les médecins appelés à titre exceptionnel dont la contribution globale à l'activité est faible.

En 1999, les personnels non médicaux employés dans les établissements représentent quant à eux 871 000 personnes en équivalent temps plein, dont les trois quarts relèvent des établissements publics (tableau 5). Leurs effectifs augmentent de 0,9 % dans les hôpitaux publics, se maintiennent dans les établissements sous dotation globale et régressent de 0,3 % dans les établissements sous OQN. Le personnel des services de soins est en hausse dans les trois catégories d'établissements. Ainsi, l'effectif des infirmiers et des infirmiers spécialisés de secteur psychiatrique s'élève à 234 000 équivalents temps plein, dont 177 000 dans les hôpitaux publics. Il a globalement progressé de 1,7 % par rapport à 1998, et de 3,0 % pour les établissements privés sous OQN.

tifs augmentent de 0,9 % dans les hôpitaux publics, se maintiennent dans les établissements sous dotation globale et régressent de 0,3 % dans les établissements sous OQN. Le personnel des services de soins est en hausse dans les trois catégories d'établissements. Ainsi, l'effectif des infirmiers et des infirmiers spécialisés de secteur psychiatrique s'élève à 234 000 équivalents temps plein, dont 177 000 dans les hôpitaux publics. Il a globalement progressé de 1,7 % par rapport à 1998, et de 3,0 % pour les établissements privés sous OQN.

T 04 personnels médicaux
effectif en nombre de personnes

	Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés sous OQN		Ensemble établissements publics et privés	
	1999 effectif	1999/1998 en %	1999 effectif	1999/1998 en %	1999 effectif	1999/1998 en %	1999 effectif	1999/1998 en %
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
- Temps plein	37 790	3,1	4 067	0,7	12 001	-0,1	53 858	2,2
- Temps partiel	11 873	2,1	7 451	0,5	30 983	-1,7	50 307	-0,5
- Attachés	34 433	-3,1					34 433	-3,1
- Occasionnels			(1 080)	(-2,0)	(12 791)	(-5,0)	(13 871)	(-4,8)
Internes, FFI, DIS *	18 117	-1,8	1 367	-7,0	5	n.s.	19 489	-2,1
Total (sauf occasionnels)	102 213	0,0	12 885	-0,3	42 989	-1,2	158 087	-0,4
Total avec occasionnels	102 213	0,0	13 965	-0,4	55 780	-2,1	171 958	

* FFI : faisant fonction d'interne; DIS : diplôme interuniversitaire de spécialités.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 99.

T 05 sages-femmes et personnels non médicaux
effectifs en équivalent temps plein (ETP)

Évolution 1999/1998 en %

	Établissements publics de santé		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés sous OQN		Ensemble établissements publics et privés	
	1999	1999/1998	1999	1999/1998	1999	1999/1998	1999	1999/1998
Personnel administratif	73 070	2,0	13 029	1,3	19 056	- 1,0	105 155	1,4
Personnels soignants et éducatifs	461 403	1,0	62 521	0,3	90 149	- 1,2	614 073	1,0
<i>dont - personnel d'encadrement du personnel soignant</i>	24 744	- 1,2	3 545	0,2	3 507	- 0,7	31 796	- 1,0
- infirmiers (1)	176 500	1,6	22 342	1,0	35 274	3,0	234 116	1,7
- aides-soignants (2)	156 235	0,6	16 558	0,1	26 368	0,5	199 161	0,5
- ASH et autres personnels des services médicaux	73 262	0,2	11 276	- 1,5	19 224	- 0,3	103 762	- 0,1
- sages-femmes	6 420	2,2	519	1,9	2 299	- 0,5	9 238	1,5
- autres	24 242	3,8	8 280	1,1	3 477	1,5	35 999	2,9
Personnels médico-techniques	32 660	0,8	4 035	- 1,0	4 134	- 2,6	40 829	0,3
Personnels techniques	84 865	- 0,4	13 347	- 2,9	12 775	- 8,2	110 987	- 1,6
Total	651 998	0,9	92 932	-0,1	126 114	- 0,3	871 044	0,6

1. Y compris infirmiers spécialisés et de secteur de psychiatrie.

2. Non compris les élèves.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 99.