



Erétudes et Résultats

N° 618 • décembre 2007

L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle

En 2006, l'activité des établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM s'est accrue de +2,6 %. Le développement de l'hospitalisation partielle (+4,8 %) explique l'essentiel de la croissance, particulièrement dans les soins de suite et de réadaptation. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'augmentation de la prise en charge à temps partiel reste forte (+6,6 %) même si elle tend à se ralentir. En psychiatrie, une hausse plus modérée s'observe aussi bien dans la prise en charge des enfants et des adolescents que dans celle des adultes.

En hospitalisation complète, la situation diffère selon les disciplines : l'activité augmente en médecine, en soins de suite et de réadaptation et en obstétrique. L'évolution de cette dernière s'explique par une natalité toujours croissante. Au contraire, le nombre d'entrées diminue en chirurgie (-2,1 %) et en psychiatrie générale (-1,1 %). En soins de longue durée, le transfert de l'activité du domaine sanitaire vers le médico-social se poursuit.

Séverine ARNAULT, Arnaud FIZZALA, Isabelle LEROUX, Philippe LOMBARDO

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

EN 2006, les établissements de santé publics et privés situés en France (France métropolitaine et DOM) ont enregistré plus de 25 millions de séjours, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de +2,6 % par rapport à 2005.

Depuis cinq ans, l'activité en hospitalisation partielle porte principalement cette hausse (+4,8 % en 2006), tandis que l'activité en hospitalisation complète reste stable (+0,1 %) [tableau 1] : les séjours en hospitalisation partielle (venues) sont donc plus fréquents que ceux en hospitalisation complète (entrées).

L'hospitalisation partielle poursuit son augmentation. Elle augmente de +4,8 % en 2006, atteignant ainsi 13,5 millions de venues. Près de la moitié de ces venues ont lieu en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), quatre sur dix en psychiatrie, et la dernière en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le développement de l'hospitalisation partielle s'inscrit dans la durée : cette activité a augmenté de +22 % en cinq ans. Si la hausse touche toutes les disciplines, elle est particulièrement marquée en

2006 en soins de suite et de réadaptation (+8,9 %) ainsi qu'en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) [+6,6 %]. Elle est plus modeste pour l'activité de psychiatrie (+1,3 %), discipline dans laquelle le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète est très ancien. L'évolution des capacités d'accueil est cohérente avec celle de l'activité : le nombre de places augmente de +2,9 % en 2006, soit plus de 53 100 places après 51 600 en 2005. Cette hausse se ressent notamment en SSR (+6,5 %), en MCO (+8 %) tandis que le nombre de places évolue peu en psychiatrie (+,7 %).

L'hospitalisation complète reste stable. Après une baisse de l'activité constatée jusqu'en 2003, le nombre d'entrées en hospitalisation complète est globalement inchangé en 2006 (11,8 millions d'entrées) et s'accompagne de capacités en légère diminution (-0,9 %) avec 448 500 lits en 2006. Cette stabilité est principalement portée par le court séjour (+0,1 %), qui représente neuf entrées sur dix mais environ la moitié du nombre total de journées réalisées et des lits disponibles. La durée des séjours en MCO ne dépasse pas en

effet 6 jours en moyenne, soit des séjours environ cinq fois plus courts que dans les autres disciplines.

L'activité diminue légèrement en psychiatrie (-0,9 %) tandis qu'elle poursuit sa nette décline en soins de longue durée (SLD) avec un nombre de journées en baisse de plus de 5 %¹. Seuls les soins de suite et de réadaptation (SSR) font exception : l'activité est en hausse en 2006 (+1,7 %) avec une augmentation concomitante du nombre de lits (+2,8 %).

Médecine, chirurgie et obstétrique

Avec près de 17 millions de séjours réalisés dans les établissements de santé pour l'année 2006, tous modes de prise en charge et toutes disciplines confondus, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a augmenté de +2,6 % par rapport à 2005. Ce phénomène est une fois de plus le fait de l'hospitalisation partielle (+6 %) toutefois, il est moins marqué que les années précédentes. Sur dix séjours de MCO, environ un séjour est classé en obstétrique, contre six séjours en médecine et trois séjours en chirurgie.

ENCADRÉ 1

Le champ de l'étude

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés dans cette étude est restreint aux activités et capacités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné au cours de l'année 2006, en France métropolitaine et, pour la première fois dans cette publication, dans les DOM.

- L'activité hospitalière est mesurée en nombre de séjours en hospitalisation complète et partielle et en journées. Dans le cadre de cette étude, l'activité ne comprend pas les prises en charge à domicile et l'activité qui dépendent du domaine médico-social. De même, les prestations réalisées pour des patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et les cures ambulatoires, ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysés dans la présente étude. Enfin, l'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas prise en compte car ces derniers ne sont pas assez bien représentés dans le PMSI en 2006 (encadrés 2 et 3).

- Les capacités des établissements de santé sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréés) et places installés au 31 décembre 2006, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

- Les établissements de santé sont désormais répartis selon leur

statut juridique. En effet, avec la réforme du mode de financement (mise en place progressive de la tarification à l'activité depuis 2004) en particulier pour les établissements de court séjour, la distinction entre établissements financés par dotation globale et ceux financés hors dotation globale n'est plus pertinente.

Ainsi, on distingue les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif (désignés aussi par le terme cliniques privées).

Les résultats de cette étude proviennent de deux sources :

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

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

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

L'hospitalisation partielle progresse plus lentement

Depuis plusieurs années déjà, on assiste à un recours à l'hospitalisation partielle toujours plus important en guise d'alternative à l'hospitalisation complète (tableau 2). Entre 2005 et 2006, ce mouvement est toujours visible mais moins marqué que les

années précédentes. Les nombres de séjours pris en charge à temps partiel dans chacune des disciplines ont une évolution du même ordre de grandeur (+6,3 % en médecine, +7,7 % en chirurgie et +6,1 % en obstétrique). Dans les cliniques privées, ce type de prise en charge connaît une croissance toujours forte (+9,4 %).

Les cliniques privées réalisent la plus forte progression de séjours médicaux (+10,3 %). Si le nombre de séjours en médecine augmente moins dans les établissements publics que dans les cliniques privées, un peu plus de la moitié d'entre eux sont tout de même le fait des établissements publics. La situation est inversée pour la chirurgie ambulatoire : les séjours augmentent plus fortement dans le secteur public (+9 % contre +7,9 %), mais restent majoritairement réalisés dans les cliniques privées (dans un rapport de 7 sur 10). Comme les années précédentes, on constate en outre un glissement dans l'activité chirurgicale, de l'hospitalisation complète vers la prise en charge en ambulatoire pour chacun des secteurs.

■ TABLEAU 1

Activité et capacités par grands groupes de disciplines en 2006

Hospitalisation complète	Activité		Capacités	
	Nombre d'entrées en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de lits en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	10 238	+0,1	227 677	-1,0
Lutte contre les maladies mentales	630	-0,9	57 784	-1,0
Soins de suite et de réadaptation	876	+1,7	94 442	+2,8
Soins de longue durée	38	-5,5	68 602	-5,2
Ensemble	11 782	+0,1	448 505	-0,9
Hospitalisation partielle	Nombre de venues en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de places en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine Chirurgie Obstétrique	6 612	+6,6	20 398	+4,8
Lutte contre les maladies mentales	5 086	+1,3	26 727	+0,7
Soins de suite et de réadaptation	1 809	+8,9	6 011	+6,5
Ensemble	13 507	+4,8	53 136	+2,9

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

■ TABLEAU 2

Activité et capacités en hospitalisation partielle en court séjour

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de places en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	6 612	+6,6	20 398	+4,8
établissements publics	2 957	+4,6	9 368	+6,8
établissements privés à but non lucratif	498	+2,3	2 029	+3,4
établissements privés à but lucratif	3 157	+9,4	9 001	+3,2
• dont séjours classés en médecine	4 336	+6,3	9 403	+5,8
établissements publics	2 335	+4,2	6 528	+6,7
établissements privés à but non lucratif	330	+1,7	1 093	+0,7
établissements privés à but lucratif	1 671	+10,3	1 782	+6,1
• dont séjours classés en chirurgie	1 900	+7,7	10 013	+4,2
établissements publics	366	+9,0	1 931	+11,0
établissements privés à but non lucratif	151	+2,2	909	+5,8
établissements privés à but lucratif	1 383	+7,9	7 173	+2,3
• dont séjours classés en obstétrique	377	+6,1	982	+2,2
établissements publics	255	+2,6	909	+0,0
établissements privés à but non lucratif	18	+16,9	27	+42,1
établissements privés à but lucratif	104	+13,7	46	+39,4

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

L'hospitalisation à temps complet se stabilise

Le nombre de séjours en hospitalisation complète reste globalement constant (+0,1 %) en 2006 (tableau 3). Même si le volume des journées diminue, la durée moyenne des séjours (DMS) en MCO reste inchangée par rapport à 2005 (tableau 4). Seule la discipline de médecine voit sa DMS diminuer pour se rapprocher encore davantage du seuil de 6 jours.

La stabilité de la prise en charge résulte d'évolutions contrastées selon les disciplines et les secteurs. C'est l'activité de chirurgie qui s'infléchit le plus fortement, alors que la médecine et surtout l'obstétrique se développent. Pour les établissements publics, le nombre de séjours chirurgicaux à temps complet (+0,8 %) augmente nettement moins qu'en médecine (+1,5 %) et qu'en obstétrique (+2,5 %). Dans les établissements du secteur privé, la chirurgie est la seule des trois disciplines pour laquelle le nombre de séjours à temps complet diminue (-1,2 % pour les établissements privés à but non lucratif et -4,5 % pour les cliniques privées). Une diminution du volume de journées correspondantes est enregistrée dans chacun des secteurs, allant de -0,9 % pour le secteur public, à -5,7 % pour les cliniques privées.

Dans les établissements publics et privés à but non lucratif, le nombre de journées d'obstétrique augmente mais moins vite que le nombre de séjours.

2. Sont considérés comme prises en charge en ambulatoire l'accueil et les soins prodigués au CMP (centre médico-psychologique) ainsi que toutes les activités de consultation réalisées dans un autre lieu (établissement social ou médico-social, domicile du patient, unité d'hospitalisation autre que psychiatrique...). Les prises en charge à temps partiel sont l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit et les prises en charge en CATTP et en atelier thérapeutique. Les prises en charge à temps complet regroupent l'hospitalisation à temps plein, les séjours thérapeutiques, l'hospitalisation à domicile, le placement familial thérapeutique, les appartements thérapeutiques, les centres de posture et les centres de crise.

La durée moyenne de séjour est quasiment inchangée. Dans les cliniques privées, le volume de ces journées est en diminution (-2,5 %), pour un nombre de séjours presque constant, ce qui induit mécaniquement une baisse plus visible de la DMS dans ces établissements (de 5 à 4,8 jours).

L'obstétrique en plus forte augmentation, grâce à une forte croissance des naissances

Plus d'un million de séjours d'obstétrique sont réalisés en 2006, ce qui constitue néanmoins une petite part de l'activité de MCO. La forte croissance du nombre de séjours par rapport à 2005 (+3,2 % tous modes de prise en charge confondus) va de pair avec l'évolution des naissances : 831 000 naissances sont enregistrées à l'État civil (données INSEE) soit une augmentation de +2,8 % entre 2005 et 2006. Le nombre d'accouchements augmente moins vite que les séjours de très courte durée liés à des affections survenant au cours de la grossesse ou du post-partum. La durée

moyenne des séjours d'obstétrique passe en dessous des 5 jours pour les cliniques privées, comme c'était le cas pour les établissements publics dans l'activité de court séjour en 2005.

En obstétrique, une plus forte hausse d'activité à temps partiel est enregistrée dans les établissements privés à but non lucratif (+16,9 %), sur un volume relativement faible, et dans les cliniques privées (+13,7 %). Ces dernières prennent en charge un peu plus du quart de l'activité, les hôpitaux publics en assurent quant à eux près de 68 %.

Psychiatrie

La prise en charge des patients en psychiatrie se décline selon les lieux d'hospitalisation sous plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet². Ce dernier peut faire l'objet de différentes natures de prises en charge, dont l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation complète) qui est

étudiée ici. De même, ce sont uniquement l'hospitalisation de jour ou de nuit qui sont désignées ici par le terme d'hospitalisation partielle. Sont distinguées : la psychiatrie générale dédiée aux soins des adultes de plus de 16 ans et la psychiatrie infanto-juvénile, en charge des enfants et adolescents. Cette dernière accorde un poids beaucoup plus important dans l'hospitalisation à temps partiel : seules 3 % des entrées en hospitalisation complète relèvent de l'infanto-juvénile contre 30 % des venues en hospitalisation partielle. Compte tenu de leurs évolutions distinctes, ces deux branches de la discipline sont abordées séparément.

Psychiatrie générale : baisse de l'activité en hospitalisation complète et hausse de celle en hospitalisation partielle

L'activité hospitalière à temps plein en psychiatrie générale est plutôt à la baisse comme celle des capacités. Le nombre d'entrées (609 000)

TABLEAU 3

Activité et capacités en hospitalisation complète en court séjour

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de journées (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de lits en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Médecine chirurgie-obstétrique	10 238	+0,1	60 096	-1,1	227 677	-1,0
établissements publics	6 322	+1,5	41 083	0,0	150 645	-0,8
établissements privés à but non lucratif	824	+1,4	4 804	-0,2	19 440	-2,8
établissements privés à but lucratif	3 091	-2,9	14 208	-4,5	57 592	-0,8
• dont séjours classés en médecine	5 559	+1,2	33 985	-0,2	114 787	-0,3
établissements publics	4 162	+1,5	26 975	+0,2	93 451	-0,2
établissements privés à but non lucratif	443	+2,1	2 661	+0,2	9 560	-2,4
établissements privés à but lucratif	954	-0,7	4 349	-2,6	11 776	+0,9
• dont séjours classés en chirurgie	3 656	-2,1	21 130	-3,0	90 061	-1,9
établissements publics	1 501	+0,8	10 894	-0,9	42 380	-2,2
établissements privés à but non lucratif	304	-1,2	1 765	-2,2	8 240	-4,0
établissements privés à but lucratif	1 851	-4,5	8 471	-5,7	39 441	-1,2
• dont séjours classés en obstétrique	1 023	+2,2	4 981	+0,9	22 829	-0,6
établissements publics	659	+2,5	3 214	+1,7	14 814	-0,6
établissements privés à but non lucratif	77	+8,9	378	+7,4	1 640	+1,0
établissements privés à but lucratif	287	+0,1	1 389	-2,5	6 375	-1,1

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

TABLEAU 4

Durées moyennes de séjour par discipline en hospitalisation complète

	En jours		
	DMS 2005	DMS 2006	Évolution 2005/2006
Médecine chirurgie-obstétrique	5,9	5,9	0,0
séjours classés en médecine	6,2	6,1	-0,1
séjours classés en chirurgie	5,8	5,8	0,0
séjours classés en obstétrique	4,9	4,9	0,0
Lutte contre les maladies mentales	29,5	29,6	+0,1
psychiatrie générale	29,8	29,9	+0,1
psychiatrie infanto-juvénile	20,8	19,5	-1,3
Soins de suite et de réadaptation	33,1	33,1	0,0

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2005-2006, données statistiques.

diminue de -1,1 % (tableau 5) et le nombre de journées d'hospitalisation (18,2 millions) baisse de -0,7 %, tous types d'établissements confondus. Parallèlement, le nombre de lits continue également à baisser (-1 %). Cette tendance générale pour l'hospitalisation complète, si elle se vérifie dans les secteurs public et privé à but non lucratif, ne se retrouve pas dans les cliniques privées, qui représentent 20 % des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie générale. En effet, ces établissements privés à but lucratif voient leurs capacités et activité plutôt stables (-0,5 % d'entrées, +0,3 % de lits et +0,1 % de journées) après une forte croissance les années précédentes.

La durée moyenne de séjour (DMS) reste stable autour de 30 jours. Toutefois, les DMS sont beaucoup plus élevées dans les établisse-

ments privés que dans les hôpitaux publics. De plus, dans les établissements privés à but non lucratif, le nombre de journées d'hospitalisation diminuant moins que le nombre d'entrées et de lits, la DMS est à la hausse.

La modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel de 2003³, qui a permis le développement de ce type d'alternatives à l'hospitalisation complète, est très perceptible dans l'évolution des capacités et de l'activité d'hospitalisation partielle. En effet, la hausse du nombre de venues et de places, très sensible en 2004 mais moins marquée en 2005, se confirme en 2006, essentiellement dans le secteur privé. Ainsi en 2006, tous types d'établissements confondus, le nombre de places croît de +0,9 % et le nombre de venues de +1,2 % (tableau 6).

Psychiatrie infanto-juvénile : évolutions différenciées de l'activité et des capacités à temps plein

La psychiatrie infanto-juvénile est réalisée essentiellement dans les établissements publics (80 % des capacités et de l'activité) ; elle est marginale dans le secteur privé à but lucratif. Cette discipline se développe à temps plein sans évolution des capacités d'hospitalisation. Le nombre d'entrées augmente fortement cette année encore (+6,1 %) atteignant ainsi 22 000 tandis que le nombre de lits est stable. En conséquence, la DMS continue à baisser pour atteindre 19,5 jours, tous types d'établissements confondus.

L'activité en hospitalisation partielle poursuit sa tendance à la hausse. Le nombre de places en hôpitaux de jour et en hôpitaux de nuit a augmenté de +0,5 %, pour 1,5 % de venues supplémentaires.

Soins de suite et de réadaptation

Activité en hausse surtout en hospitalisation partielle

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) augmente depuis plusieurs années quel que soit le mode d'hospitalisation : 2,7 millions de séjours sont ainsi enregistrés en 2006. Cette activité représente 22 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 13 % des venues en hospitalisation partielle. Le nombre de venues a très fortement progressé en 2006 (+8,9 %). Cette progression s'observe depuis plusieurs années et s'est accélérée en 2005 et 2006. Elle a lieu dans un contexte d'augmentation des capacités : le nombre de places dédiées à l'activité de SSR progresse de +6,5 % en 2006 et dépasse pour la première fois les 6 000.

En hospitalisation complète, 29 millions de journées ont été enregistrées en 2006, soit une hausse de +1,5 %. Le nombre d'entrées a augmenté dans les mêmes proportions (+1,7 %). La durée moyenne de séjour reste stable à 33,1 jours. Comme pour l'hospitalisation partielle, l'activité en hospitalisation

3. L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 de simplification administrative a supprimé l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile et aux structures d'hospitalisation à temps partiel.

■ TABLEAU 5

Activité et capacités en hospitalisation complète hors court séjour

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de journées (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de lits en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Lutte contre les maladies mentales	630	-0,9	18 649	-0,7	57 784	-1,0
établissements publics	456	-0,8	12 438	-1,2	39 438	-1,3
établissements privés à but non lucratif	63	-2,5	2 323	+0,2	7 418	-1,6
établissements privés à but lucratif	111	-0,3	3 888	+0,3	10 928	+0,5
• dont psychiatrie générale	609	-1,1	18 224	-0,7	55 701	-1,0
établissements publics	438	-1,1	12 116	-1,1	37 757	-1,3
établissements privés à but non lucratif	60	-2,6	2 241	-0,2	7 082	-1,5
établissements privés à but lucratif	110	-0,5	3 868	+0,1	10 862	+0,3
• dont psychiatrie infanto-juvénile	22	+6,1	425	-0,3	2 083	-0,1
établissements publics	18	+5,9	322	-4,3	1 681	-0,6
établissements privés à but non lucratif	3	+0,9	83	+10,3	336	-2,9
établissements privés à but lucratif	1	+34,6	20	+40,3	66	+37,5
Soins de suite et réadaptation	876	+1,7	28 959	+1,5	94 442	+2,8
établissements publics	352	+0,4	11 954	+1,3	39 295	+3,6
établissements privés à but non lucratif	261	-0,3	8 800	+0,3	30 493	+0,2
établissements privés à but lucratif	263	+5,5	8 205	+3,0	24 654	+5,1
Soins de longue durée	38	-5,5	24 459	-5,6	68 602	-5,2
établissements publics	34	-5,5	22 164	-5,2	62 105	-5,1
établissements privés à but non lucratif	3	-6,7	1 977	-10,6	5 572	-8,4
établissements privés à but lucratif	1	+1,4	318	-2,9	925	+3,0

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

complète progresse plus fortement en 2005 et 2006 que les années précédentes.

Pour la première fois depuis quatre ans, le nombre de lits relevant des services de SSR s'accroît de façon significative (+2,8 %) : 94 500 lits sont dénombrés. Cette hausse devrait continuer les prochaines années car le plan cancer, élaboré en 2003, prévoit la mise en place (« par création ou par transformation ») de 15 000 lits en soins de suite en cinq ans.

L'activité de SSR se décompose en deux activités plus fines :

- la réadaptation fonctionnelle comprend la réadaptation fonctionnelle cardiaque ou respiratoire, la médecine physique et de réadaptation et les autres types de rééducation fonctionnelle ;
- les soins de suite regroupent les cures thermales avec hospitalisation, les cures médicales spécialisées pour

les enfants, la réadaptation fonctionnelle et la convalescence pour personnes âgées, etc.

Soins de suite : l'activité des cliniques privées augmente

De par la nature des prestations réalisées en soins de suite, l'activité est constituée à 78 % d'entrées en hospitalisation complète. Ces dernières ont augmenté en 2006 au même rythme que les journées (respectivement +1,8 % et +2 %), mais de façon différente selon les types d'établissements.

C'est dans les cliniques privées que la hausse de l'activité est la plus forte (+5,9 % pour les entrées et +4,2 % pour les journées). L'activité des établissements publics augmente également mais dans une moindre mesure : +1,8 % de journées réalisées avec des entrées globalement stables (0,7 %). En revanche, les établissements privés à but non lucratif accusent une

légère baisse du nombre d'entrées en soins de suite (-0,9 %) tandis que le nombre de journées se maintient (+0,1 %).

Cette activité se partage de façon relativement équitable entre les différents types d'établissements : 44 % des entrées en soins de suite ont lieu dans les établissements publics, 30 % dans les cliniques privées et 26 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Les séjours apparaissent globalement plus longs dans les établissements publics (DMS de 35,4 jours) que dans les établissements privés à but non lucratif (33,3 jours) et les cliniques privées (30,8 jours). De plus, étant données les différences d'évolution d'activité de chaque type d'établissement, les écarts entre les durées moyennes de séjour de ces derniers ont tendance à s'accroître en 2006. Ainsi, les séjours

■ TABLEAU 6

Activité et capacités en hospitalisation partielle hors court séjour

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2006 (en milliers)	Évolution 2005 / 2006 (en %)	Nombre de places en 2006	Évolution 2005 / 2006 (en %)
Lutte contre les maladies mentales	5 086	+1,3	26 727	+0,7
établissements publics	4 017	+1,2	21 756	+0,3
établissements privés à but non lucratif	978	+0,4	4 631	+1,5
établissements privés à but lucratif	90	+19,8	340	+20,1
• dont psychiatrie générale	3 548	+1,2	17 797	+0,9
établissements publics	2 825	+0,9	14 410	0,0
établissements privés à but non lucratif	635	+0,4	3 058	+2,9
établissements privés à but lucratif	88	+19,2	329	+21,0
• dont psychiatrie infanto-juvénile	1 538	+1,5	8 930	+0,5
établissements publics	1 193	+1,7	7 346	+0,8
établissements privés à but non lucratif	343	+0,4	1 573	-1,0
établissements privés à but lucratif	2	+55,4	11	0,0
Soins de suite et réadaptation	1 809	+8,9	6 011	+6,5
établissements publics	465	+6,1	1 502	+3,4
établissements privés à but non lucratif	879	+2,8	3 095	+5,2
établissements privés à but lucratif	466	+26,3	1 414	+13,4

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

■ ENCADRÉ 2

Principales définitions

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

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

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

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

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

se rallongent dans les établissements publics et privés à but non lucratif tandis qu'ils se raccourcissent dans les cliniques privées.

Le nombre de lits en soins de suite a connu une évolution similaire à celle du nombre de séjours, augmentant fortement (+5,8 %) dans les cliniques privées, un peu moins (+3,7 %) dans les établissements publics et se stabilisant (+0,1 %) dans les établissements privés à but non lucratif. Les taux d'occupation ont diminué en conséquence et restent plus forts dans les cliniques privées que dans les autres établissements (tableau 7).

Réadaptation fonctionnelle : trois venues sur quatre ont lieu dans les établissements privés

À l'inverse des soins de suite, la réadaptation fonctionnelle est essentiellement une discipline prise en charge en hospitalisation partielle :

86 % de l'activité est composée de venues. Les 173 000 séances de traitements et cures ambulatoires⁴ qui constituent l'autre alternative à l'hospitalisation complète sont également concentrées à plus de 90 % en réadaptation fonctionnelle. En 2006, 1,6 millions de venues ont été enregistrées dans les établissements de santé, soit une hausse de +9,5 %.

Comme en soins de suite, c'est l'activité des cliniques privées qui a le plus augmenté en 2006 (+25 %), tandis que celle des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif augmente de façon moins significative (respectivement +5 % et +4,9 %). Ainsi, pour la première fois, les cliniques privées réalisent plus de venues en réadaptation fonctionnelle que les établissements publics. Les établissements privés à but non lucratif restent les principaux acteurs dans cette discipline puisqu'ils prennent

en charge la moitié des venues en réadaptation fonctionnelle.

En 2006, 5 300 places sont recensées, soit une hausse de +8 % proche de l'évolution de l'activité. Cette augmentation s'avère plus prononcée dans les établissements du secteur privé (15,1 % pour les cliniques privées et +7,2 % pour les établissements privés à but non lucratif) que dans les établissements du secteur public (+3 %).

Soins de longue durée

Poursuite du glissement de l'activité vers le domaine médico-social

L'activité en soins de longue durée (SLD) prend en charge des patients non autonomes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Elle est donc uniquement prise en charge en hospitalisation complète. L'activité est mesurée en nombre de journées car, compte tenu du faible taux de rotation des patients, c'est un meilleur indicateur que le nombre d'entrées. L'activité en SLD poursuit la diminution amorcée depuis plusieurs années (-5,6 %) et les capacités suivent le même mouvement (-5,2 %). Ce recul s'explique par la mise en œuvre des réformes sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces réformes sont à l'origine de transformations d'unités de soins de longue durée en EHPAD : les lits de ces unités sont « transférés » du domaine sanitaire au domaine médico-social, qui n'est pas pris en compte dans cette étude. La longueur des séjours et la faible rotation des patients expliquent un taux d'occupation plus élevé (97,9 %) que dans les autres disciplines (tableau 7).

L'activité de soins de longue durée est prise en charge dans les établissements publics : neuf journées sur dix y sont réalisées. Le reste de l'activité est enregistré dans des établissements privés à but non lucratif et de façon marginale dans les cliniques privées.

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

■ TABLEAU 7

Taux d'occupation par discipline en hospitalisation complète

	En %		
	TO 2005	TO 2006	Évolution 2005/2006
Médecine chirurgie-obstétrique	77,2	76,5	-0,7
médecine	84,0	83,5	-0,5
chirurgie	70,0	68,8	-1,2
gynéco-obstétrique	72,6	72,1	-0,5
Lutte contre les maladies mentales	88,8	88,9	+0,2
psychiatrie générale	89,8	90,0	+0,2
psychiatrie infanto-juvénile	59,6	58,8	-0,9
Soins de suite et de réadaptation	87,4	85,8	-1,7
Soins de longue durée	98,3	97,9	-0,3

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2005-2006, données statistiques.

ENCADRÉ 3

La SAE et le PMSI, deux sources complémentaires

Le PMSI et la SAE sont utilisés seuls ou en complémentarité selon la discipline et le type de données étudiées : pour étudier les capacités des établissements de santé, les données proviennent uniquement de la SAE.

Pour décrire l'activité en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée, les données proviennent exclusivement de la SAE. Pour l'activité de court séjour (MCO), les données sont calculées à partir de la confrontation de la SAE et du PMSI. En effet, la complémentarité de ces deux sources permet d'améliorer la qualité des résultats.

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

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

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

Pour le court séjour, la confrontation du PMSI et la SAE conduit à faire des choix quant aux concepts à retenir. Ainsi, par souci de cohérence avec les autres domaines d'activité, les séjours sont comptabilisés hors nouveaux restés près de leur mère et le seuil retenu pour l'hospitalisation complète est d'un jour (concepts SAE). En 2005 et 2006, le PMSI comporte les séjours réalisés en zones d'hospitalisation de très courte durée (ZHTCD) qui ont été considérés comme des séjours d'ambulatoire dans le cadre de cette étude.

En revanche, conformément au PMSI, les séjours décrits sont ceux terminés dans l'année.