

*Le nombre de séjours dans les établissements de santé poursuit sa croissance modérée : 1,3 % en 1998 après 0,9 % en 1997.*

*La réorganisation des soins et la poursuite des progrès techniques ont conduit à une réduction récurrente de la durée moyenne des séjours et à une substitution de plus en plus marquée de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation complète. Parallèlement, le nombre de journées en médecine croît (+1,5 %) alors qu'il stagne en chirurgie (+0,4 %). La forte hausse des séjours en soins de suite et de réadaptation (4,5 %) s'accompagne d'une stabilité du nombre de journées d'hospitalisation, tandis que les soins de longue durée restent dans neuf cas sur dix l'apanage du secteur public.*

Anne GUILMIN  
Marc JOUBERT  
Édith THOMSON  
Ministère de l'emploi et de la solidarité  
DREES

## L'activité des établissements de santé en 1998 : croissance modérée

Mesurée par le nombre de séjours, l'activité des établissements de santé publics et privés a augmenté de 1,3 % en 1998 tous modes d'hospitalisation confondus<sup>1</sup>. L'activité a augmenté de 1,1 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de 0,8 % en psychiatrie et de 4,5 % en soins de suite et de réadaptation. Pour les soins de longue durée, l'activité est mesurée en journées ; elle progresse également de 1,3 % (tableau 1).

Ces évolutions confirment la tendance déjà observée l'année précédente, au cours de laquelle l'activité hospitalière avait globalement augmenté de 0,9 %.

1. Les données présentées dans le texte portent sur la France métropolitaine. Pour les départements d'outre-mer, voir l'encadré 1.



**T 01** activité par grands groupes de disciplines en 1998  
en hospitalisation complète et partielle

Disciplines d'équipements		Établissements publics de santé					Établissements privés sous dotation globale				
		Entrées ou venues en milliers	Évolution 1998 / 1997	Journées en milliers	DMS <sup>4</sup>	TO <sup>5</sup>	Entrées ou venues en milliers	Évolution 1998 / 1997	Journées en milliers	DMS <sup>4</sup>	TO <sup>5</sup>
Médecine Chirurgie Obstétrique	- hosp. > 24 h <sup>1</sup>	6 202	1,1%	42 361	6,8	77,13	693	-3,0%	4 640	6,7	74,4
	- hosp. < 24 h <sup>2</sup>	1 843	7,2%				204	11,1%			
	- Ensemble	8 045	2,5%				897	-0,1%			
Lutte contre les maladies mentales	- hosp. complète	365	1,6%	13 205	31,5	79,9	59	3,4%	3 296	52,1	83,66
	- hosp. partielle	4 113	1,0%				1 106	0,0%			
	- Ensemble	4 478	1,0%				1 165	0,2%			
Soins de suite et de réadaptation	- hosp. complète	225	1,7%	11 373	31,0	83,83	233	5,0%	8 834	34,7	82,6
	- hosp. partielle	255	6,0%				619	4,1%			
	- Ensemble	480	4,0%				852	4,3%			
Soins de longue durée	- hosp. complète	36	-4,9%	26 490	ns	97,45	3	13,7%	1 798	ns	97,6
	- hosp. partielle										
	- Ensemble	36	-4,9%				3	13,7%			
Toxicomanie-Alcoolisme <sup>3</sup>	- Ensemble	27	0,7%	300			5	10,4%	113		
<b>Total</b>	- hosp. complète	<b>6 855</b>	<b>1,1%</b>	<b>93 729</b>	<b>11,4</b>	<b>83,26</b>	<b>993</b>	<b>-0,8%</b>	<b>18 681</b>	<b>16,5</b>	<b>81,5</b>
	- hosp. partielle	<b>6 211</b>	<b>2,9%</b>				<b>1 929</b>	<b>2,4%</b>			
	- Ensemble	<b>13 066</b>	<b>2,0%</b>				<b>2 922</b>	<b>1,3%</b>			

1. Hospitalisation complète : ce sont des entrées directes ou des résumés de sortie anonymisés (rsa) qui sont comptabilisées.
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.

**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 d'hospitalisation complète et partielle de France. Cette proportion est identique pour les équipements (tableau). Globalement leur activité, comme celle des départements de la métropole, diminue en hospitalisation complète mais augmente en hospitalisation partielle. Parallèlement, les lits d'hospitalisation complète baissent de 2 % en 1998 tandis que les places d'hospitalisation partielle augmentent de 5 %.

Selon qu'il s'agit des établissements publics de santé, sous dotation globale ou privés sous OQN, les évolutions de l'activité et des équipements sont différentes.

Dans les établissements publics, l'activité en 1998 augmente aussi bien en hospitalisation complète, +3 %, qu'en hospitalisation partielle, +3,5 % et la durée

moyenne de séjour baisse. Le phénomène de substitution de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle s'observe dans les DOM aussi bien qu'en métropole, avec une baisse des lits de 0,9 % et une hausse des places de 6 %.

L'activité dans les établissements privés sous dotation globale reste très faible, avec 13 000 séjours et 3 000 venues pour 237 lits et 10 places d'hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation. Cette activité, bien que très marginale, connaît une augmentation en 1998.

En revanche, l'activité dans les établissements privés sous OQN, en proportion beaucoup plus importante, met en évidence des évolutions fortes : baisse en hospitalisation complète et hausse en hospitalisation partielle. Cette forte variation d'activité s'accompagne, comme pour les établissements publics, d'une diminution des lits (-9 %) et d'une hausse des places (2 %).

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

évolution en %

	Lits en hospitalisation complète		Places en hospitalisation partielle <sup>1</sup>		Venues <sup>2</sup>		Entrées directes		Journées réalisées	
	1998	évo- lution 1997 / 1998	1998	évo- lution 1997 / 1998	1998	évo- lution 1997 / 1998	1998	évo- lution 1997 / 1998	1998	évo- lution 1997 / 1998
<i>Total soins de courte durée MCO<sup>3</sup></i>	6 270	-3,7	230	10,0	47 906	14,8	273 476	-0,6	1 787 357	-3,8
Lutte contre les maladies mentales	1 224	0,5	489	2,1	69 973	-1,3	9 973	3,1	332 703	-3,5
Soins de suite et de réadaptation	1 052	-0,8	53	12,8	11 495	11,3	9 638	-8,2	303 857	-3,7
Soins de longue durée	592	9,2	0	-	0	-	281	-11,4	209 510	4,3
<b>Total section hôpital</b>	<b>9 138</b>	<b>-2,1</b>	<b>772</b>	<b>5,0</b>	<b>129 374</b>	<b>5,3</b>	<b>291 368</b>	<b>-1,4</b>	<b>2 633 427</b>	<b>-3,1</b>

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 et chirurgie ambulatoire.
3. Y compris la toxicomanie et l'alcoolisme.

Établissements privés soumis à l'OQN					Ensemble établissements publics et privés				
Entrées ou venues en milliers	Évolution 1998 / 1997	Journées en milliers	DMS <sup>4</sup>	TO <sup>5</sup>	Entrées ou venues en milliers	Évolution 1998 / 1997	Journées en milliers	DMS <sup>4</sup>	TO <sup>5</sup>
3 672	-1,8%	19 715	5,4	76,75	10 567	-0,2%	66 716	6,3	76,76
1 928	2,0%				3 975	4,8%			
5 599	-0,5%				14 542	1,1%			
104	-0,2%	3 878	35,4	96,7	528	1,5%	20 379	34,5	83,22
77	-2,6%				5 295	0,7%			
180	-1,2%				5 823	0,8%			
227	2,7%	7 594	31,5	90,17	685	3,2%	27 800	32,3	85,03
248	7,6%				1 122	5,3%			
476	5,2%				1 807	4,5%			
1	7,8%	763	ns	99,9	40	-3,3%	29 050	ns	97,52
1	7,8%				40	-3,3%			
4	-2,7%	99			36	1,5%	512		
<b>4 008</b>	<b>-1,5%</b>	<b>32 048</b>	<b>7,7</b>	<b>82,09</b>	<b>11 856</b>	<b>0,1%</b>	<b>144 458</b>	<b>10,7</b>	<b>82,82</b>
<b>2 253</b>	<b>2,4%</b>				<b>10 392</b>	<b>2,7%</b>			
<b>6 260</b>	<b>-0,1%</b>				<b>22 249</b>	<b>1,3%</b>			

4. Durée moyenne de séjour mesurée en journées.

5. Taux d'occupation en % des journées exploitables sur les lits.

Champ : France métropolitaine.

Source : DH, PMSI 1998 et DREES, SAE 98.

### La durée moyenne des séjours continue de diminuer en 1998

L'activité se réalise selon deux types de prise en charge, l'hospitalisation complète qui se stabilise avec 0,1% d'augmentation et l'hospitalisation partielle qui croît de 2,7 % (cf. encadré 2 pour les définitions).

En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours diminue de 0,8 % en MCO, de 2,7 % en psychiatrie et de 1,7 % en soins de suite. Ces prises en charge de plus en plus cour-

tes s'expliquent notamment par la mise en œuvre de techniques moins lourdes et moins invasives qui permettent de réduire la durée de l'hospitalisation (encadré 3).

Parallèlement, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète se poursuit. Le nombre de venues en hospitalisation partielle ou en chirurgie ambulatoire a ainsi augmenté de 2,7 % pour l'ensemble de l'activité.

Cette évolution de l'organisation des soins hospitaliers s'accompagne d'une diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète de 1,4 % et d'une hausse de 1,5 % du nombre de places qui fait en partie écho au transfert de patients hospitalisés à temps plein vers des structures d'accueil d'hospitalisation partielle.

### L'activité croît dans les établissements publics

L'activité des établissements publics a augmenté de 2 % en 1998 tou-

tes modalités d'hospitalisation confondues, et de 1,1 % en hospitalisation complète seule. Le transfert des lits d'hospitalisation complète (-1,3 %) vers les places d'hospitalisation partielle (+1,1 %) se poursuit.

Les établissements privés soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) connaissent le même mouvement de transfert de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation partielle, dans un contexte de stabilité globale de leur activité (-0,1 % au total, mais baisse de 1,5 % en hospitalisation complète). Parallèlement, le nombre de lits baisse de 1,6 %.

À l'inverse, l'activité des établissements des secteurs privés sous dotation globale, plus marginale dans ces disciplines, augmente de 1,3 % malgré une diminution de l'hospitalisation complète de 0,8 %. Les équipements évoluent en conséquence : baisse du nombre de lits de 1,2 %, et hausse du nombre de places de 2,6 %.

### Le nombre de séjours chirurgicaux reste stable, celui des séjours médicaux augmente

Le nombre de séjours chirurgicaux reste stable sur l'année 1998. Ceux-ci constituent environ 30 % du total des séjours en MCO, avec 4,9 millions de séjours<sup>2</sup> (tableau 2).

Toutefois, les séjours les plus fréquents parmi les séjours chirurgicaux diminuent en nombre et en proportion. Il s'agit des séjours pour affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, des séjours pour affections du tube digestif, et des séjours pour affections ORL. La forte baisse d'activité sur ces affections, qui représentent 44 % des séjours chirurgicaux, s'inscrit dans la tendance observée sur la période 1993-1997<sup>3</sup>.

En contrepartie, le traitement d'autres affections moins fréquentes se

2. Les activités en obstétrique et gynécologie n'ont pas été isolées dans cette étude fondée pour partie sur le PMSI. Elles sont prises en compte dans les séjours chirurgicaux ou médicaux selon les actes qu'elles ont principalement mobilisés.

3. Cf. Études et Résultats n° 41 décembre 1999, « Les pathologies prises en charge à l'hôpital ».

T  
02

activité en médecine, chirurgie et obstétrique  
en 1998

Groupes de séjours	Établissements publics de santé				Établissements privés sous dotation globale			
	Nombre de séjours en milliers		Journées en milliers	DMS	Nombre de séjours en milliers		Journées en milliers	DMS
	1998	Évolution 1998/1997			1998	Évolution 1998/1997		
Séjours chirurgicaux supérieurs à 24 heures	1 431	0,1%	11 278	7,9	244	1,1%	1 823	7,5
Séjours chirurgicaux inférieurs à 24 heures	309	9,2%			56	12,4%		
<b>Total séjours chirurgicaux</b>	<b>1 740</b>	<b>1,6%</b>			<b>300</b>	<b>3,0%</b>		
Séjours médicaux supérieurs à 24 heures	4 772	1,5%	31 083	6,5	449	-5,1%	2 817	6,3
Séjours médicaux inférieurs à 24 heures	1 534	6,8%			148	10,6%		
<b>Total séjours médicaux</b>	<b>6 305</b>	<b>2,7%</b>			<b>597</b>	<b>-1,6%</b>		
<b>Total séjours supérieurs à 24 h</b>	<b>6 202</b>	<b>1,1%</b>	<b>42 361</b>	<b>6,8</b>	<b>693</b>	<b>-3,0%</b>	<b>4 640</b>	<b>6,7</b>
<b>Total séjours inférieurs à 24 h</b>	<b>1 843</b>	<b>7,2%</b>			<b>204</b>	<b>11,1%</b>		
<b>Total</b>	<b>8 045</b>	<b>2,5%</b>			<b>897</b>	<b>-0,1%</b>		

Champ : France métropolitaine.

Source : DH PMSI 1998 et DREES SAE 98.

4

développe. L'augmentation du nombre de séjours pour affection de l'œil est liée à la généralisation du traitement de la cataracte, celle touchant l'appareil génital féminin est liée, semble-t-il, à une remontée du nombre de naissances (encadré 4). On observe également une augmentation des traitements liés aux affections de la peau et des tissus sous-cutanés.

Les séjours médicaux, au nombre de 9,6 millions, sont plus nombreux en 1998 qu'en 1997. Cette augmentation est la plus sensible pour les séjours déjà les plus fréquents, qui représentent environ 42 % des séjours médicaux. Ainsi, à l'exception des séjours pour affections du tube digestif dont la part est stable, les séjours liés à la grossesse, aux affections de l'appareil circulatoire, ou aux affections de l'appareil respiratoire suscitent une activité en augmentation d'environ 0,2 point. À l'inverse, les affections ORL, les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et les affections du système nerveux qui requièrent entre 5 % et 7 % de l'activité médicale, voient leur part diminuer de 0,2 point.

### **Les établissements privés soumis à l'OQN se recentrent sur leurs spécialités**

En passant à 59 % en 1998, la part des séjours chirurgicaux pris en charge par **les établissements privés soumis à l'OQN** diminue globalement de 0,6 point. Cette diminution résulte du recentrage sur certaines activités programmées à l'avance. Ainsi, la hausse du nombre de séjours chirurgicaux pour affections de l'œil, ou pour affections de l'appareil génital féminin, principalement en hospitalisation partielle, traduit cette réorientation. Ces augmentations de l'activité ne compensent pas les baisses observées sur d'autres affections, comme les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, les affections du tube digestif, ainsi que les affections ORL.

La part des séjours médicaux pris en charge par le secteur privé sous OQN diminue globalement de 0,5 point, en passant à 28 %. Comme pour les séjours chirurgicaux, ces établissements recentrent leur activité sur le traitement de certaines affections, les séjours liés à la grossesse, les af-

fections des appareils respiratoire et circulatoire. Le nombre de séjours médicaux liés aux affections du tube digestif augmente également (de 1,7 %) alors que, on vient de le voir, leur prise en charge chirurgicale est moins fréquente en 1998. Toutefois, l'augmentation pour toutes ces affections est plus faible que dans le secteur public. À l'inverse, les baisses d'activité médicale les plus importantes sont concentrées sur les affections en régression, comme les affections ORL et les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique.

La part des séjours chirurgicaux réalisés dans **les établissements publics** augmente légèrement de 0,4 point, pour atteindre 35 % en 1998. Cette augmentation traduit une part d'activité plus importante pour les affections les plus fréquentes. Pour celles où le traitement chirurgical se développe particulièrement, la part des établissements publics n'augmente pas.

La part des séjours médicaux pris en charge dans les établissements publics, 66 % en 1998, augmente aussi de 0,4 point. Pour les séjours médicaux liés à la grossesse, la part du

Établissements privés soumis à l'OQN				Ensemble du champ MCO			
Nombre de séjours en milliers		Journées en milliers	DMS	Nombre de séjours en milliers		Journées en milliers	DMS
1998	Évolution 1998/1997			1998	Évolution 1998/1997		
2 137	-2,7%	11 847	5,5	3 812	-1,5%	24 948	6,5
802	5,6%			1 167	6,8%		
<b>2 939</b>	<b>-0,6%</b>			<b>4 979</b>	<b>0,4%</b>		
1 534	-0,5%	7 868	5,1	6 755	0,5%	41 768	6,2
1 126	-0,4%			2 808	4,0%		
<b>2 661</b>	<b>-0,5%</b>			<b>9 563</b>	<b>1,5%</b>		
<b>3 672</b>	<b>-1,8%</b>	<b>19 715</b>	<b>5,4</b>	<b>10 567</b>	<b>-0,2%</b>	<b>66 716</b>	<b>6,3</b>
<b>1 928</b>	<b>2,0%</b>			<b>3 975</b>	<b>4,8%</b>		
<b>5 599</b>	<b>-0,5%</b>			<b>14 542</b>	<b>1,1%</b>		

de la même manière, du fait d'une présence accrue des établissements privés pour les séjours liés à la grossesse et aux affections de l'appareil circulatoire.

Les capacités en lits s'adaptent diversement à l'activité réalisée : dans les établissements privés sous OQN, par exemple, le nombre de lits a baissé de 2 %, de même que le nombre de journées, et le taux d'occupation a légèrement augmenté pour atteindre 76,8 % (tableau 3). Dans les établissements publics, le taux moyen d'occupation a progressé de 1,7 point pour atteindre la même valeur. Au total en MCO, l'ensemble des établissements a convergé vers des taux d'occupation très semblables, proches de 77 %. C'est la forte saisonnalité en MCO (pics en mars, avril et octobre) qui explique que ce taux ne peut se rapprocher de 100 %.

secteur public, 62 %, a légèrement diminué. Pour toutes les autres affections parmi les plus présentes, la part du secteur public augmente, que ces dernières soient en régression ou non.

La part des séjours chirurgicaux pris en charge par **les établissements privés sous dotation globale** atteint 6 %

du total des séjours chirurgicaux en 1998, avec une progression de 0,2 point. Ceci est dû surtout à la progression de l'activité sur les affections en développement comme celles concernant l'œil, ou l'appareil génital féminin.

La part des séjours médicaux pris en charge, 6 % du total, a progressé

**En psychiatrie, la transition vers des prises en charge en hospitalisation partielle est largement engagée**

La psychiatrie représente une discipline particulière au sein de l'acti-

**T 03** nombre de lits et places installés au 31 décembre 1998 selon les disciplines d'équipement

Hospitalisation complète (nombre de lits)	Établissements de santé publics		Établissements privés				Ensemble	
	1998	Évolution 1998/1997 en %	sous dotation globale		soumis à l'OQN		1998	Évolution 1998/1997 en %
			1998	Évolution 1998/1997 en %	1998	Évolution 1998/1997 en %		
<b>Total soins de courte durée MCO</b>	<b>158 023</b>	<b>-1,5</b>	<b>19 959</b>	<b>-3,6</b>	<b>70 990</b>	<b>-2,1</b>	<b>248 972</b>	<b>-1,9</b>
Lutte contre les maladies mentales	46 030	-3,8	10 650	-5,9	10 798	-0,7	67 478	-3,7
Soins de suite et de réadaptation	38 287	-1,3	30 080	1,1	22 971	-0,8	91 338	-0,4
Soins de longue durée	75 273	0,7	5 063	6,1	2 108	2,6	82 444	1,1
Toxicomanie et alcoolisme	1 174	0,1	367	0,5	271	-17,9	1 812	-3,0
Autres disciplines de la section hôpital	8	-	-	-	0	-	8	-
<b>Total section hôpital</b>	<b>318 795</b>	<b>-1,3</b>	<b>66 119</b>	<b>-1,2</b>	<b>107 138</b>	<b>-1,6</b>	<b>492 052</b>	<b>-1,4</b>
<b>hospitalisation partielle</b> (nombre de places)								
Hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie	5 830	2,7	3 005	2,5	2 429	0,1	11 264	2,1
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	21 287	0,5	5 210	1,9	279	-2,8	26 776	0,8
Anesthésie et chirurgie ambulatoire	977	4,4	330	14,2	5 754	2,6	7 061	3,3
<b>Total</b>	<b>28 094</b>	<b>1,1</b>	<b>8 545</b>	<b>2,6</b>	<b>8 462</b>	<b>1,7</b>	<b>45 101</b>	<b>1,5</b>

Champ : France métropolitaine.  
Source : DREES SAE 98.

## Méthodologie et définitions

### Champ de l'étude

Le champ de 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 radiothérapies, et les chimiothérapies ne sont pas pris 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), la quasi-totalité de l'activité, 96 %, est mesurée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place et maintenu par la **direction des Hôpitaux**. Toutefois les établissements à tarif d'autorité ne sont pas couverts, ni l'activité réalisée en MCO par les hôpitaux locaux, ou par les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, au niveau national. Le complément est donc mesuré à partir de la SAE.

### 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 du sas 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 sortie anonymes (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, aura été effectué.

Ainsi, par exemple, la durée des séjours chirurgicaux enregistrés par le PMSI, ne comptabilise pas le temps passé en service de chirurgie pour les

séjours médicaux. En revanche, elle intègre le temps passé en service de médecine pour les séjours chirurgicaux (cas par exemple fréquent de la réanimation).

Les deux sources fournissent donc des informations sur l'activité hospitalière sensiblement différentes. Ainsi la Durée moyenne des séjours chirurgicaux est-elle de 8,2 jours (dans le PMSI), tandis qu'elle n'est que de 4,9 jours dans la discipline Chirurgie pour les établissements publics (dans SAE).

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

### 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.

### Établissements

Les établissements sont répartis en 3 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 soumis à l'OQN (Objectif quantifié national) ».

Afin de calculer des évolutions cohérentes entre 1997 et 1998, la ventilation des établissements à « Prix de journée préfectoral » entre dotation globale et OQN a été effectuée dès 1997, même si le choix n'a été fait qu'en 1998.

### Lits et places

Le nombre de lits et places comptabilisés dans la SAE correspond aux capacités installées au 31 décembre 1998 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.

En revanche, les capacités autorisées recensées dans la carte sanitaire diffèrent des capacités installées, puisque les établissements disposent d'un délai maximum de 4 ans pour mettre en œuvre les autorisations reçues.

tivité hospitalière avec 91% des séjours enregistrés en hospitalisation partielle contre seulement 27% en MCO. La transition entre deux modèles, l'un traditionnel et organisé sur des prises en charge à temps complet, l'autre appuyé sur davantage de soins ambulatoires ou à temps partiel est déjà très largement engagée en psychiatrie. Ceci explique en partie que la hausse de l'activité d'hospitalisation partielle ait bien ralenti, passant de

3,5 % en 1996 à 0,9 % en 1997 et à 0,7 % en 1998. En hospitalisation complète, le nombre de séjours croît de 1,5 %.

Dans l'ensemble des établissements publics, l'activité en psychiatrie augmente de 1,6 % en hospitalisation complète et de 1,0 % en hospitalisation partielle. Cette évolution ne suit pas tout à fait la même tendance que celle des capacités installées : le nombre de lits diminue de 4 %, celui des

places augmente de 0,5 %, il y a bien poursuite du phénomène de substitution dans un contexte plutôt marqué par la réduction des capacités.

Dans les établissements privés sous dotation globale, l'activité reste stable (+0,2 %), suivant en cela la stabilité des venues en hospitalisation partielle. Les séjours en hospitalisation complète croissent de 3,4 % sans influencer significativement l'évolution globale. Le même phénomène de

redéploiement des moyens s'observe quoique accentué : le nombre de lits diminuent de 6 % tandis que le nombre de places augmente de 2 %.

Les établissements privés sous OQN, ne participant pas à l'organisation de la psychiatrie en secteurs<sup>4</sup>, ont une activité en hospitalisation partielle beaucoup moins développée que les établissements publics et privés sous dotation globale (respectivement 43 % et 92 % des séjours). De plus, leur activité diminue, comme en témoigne la baisse continue du nombre de prises en charge en hospitalisation complète et partielle, respectivement de 0,2 % et 2,6 % en 1998.

La baisse des capacités d'accueil s'observe également et ce de façon beaucoup plus accusée en hospitalisation partielle (-3 %, contre seulement -0,7 % en hospitalisation complète). Cela traduit sans doute, dans le domaine psychiatrique, une certaine reconversion des cliniques privées du domaine sanitaire vers le domaine médico-social.

### **En soins de suite et de réadaptation, la transition vers des prises en charge moins lourdes est en plein essor**

La croissance de l'activité en soins de suite et réadaptation est particulièrement forte en 1998 : 4,5 % d'augmentation, dont 3,2 % en hospitalisation complète et 5,3 % en hospitalisation partielle. Cette évolution est d'autant plus apparente que l'hospitalisation partielle représente les deux tiers des entrées et venues.

En revanche, le nombre de journées réalisées reste stable, du fait de

4. Cf. Études et Résultats n° 48, janvier 2000. « L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements ? ».

E-3

## Comment mieux rendre compte de l'activité hospitalière

L'activité des établissements de santé est généralement mesurée en **nombre d'entrées ou en nombre de journées d'hospitalisation**. La première mesure sous-estime la charge des établissements spécialisés dans les séjours longs, alors que la deuxième défavorise ceux que la recherche de l'efficacité conduit à limiter la durée moyenne de séjour. Aucune des deux ne peut rendre compte de la complexité croissante de leur activité.

L'Indice Synthétique d'activité (ISA), construit à partir d'un échantillon d'établissements sous dotation globale, affecte chaque année à chaque séjour apparaissant dans le PMSI un **nombre de points représentatifs du coût observé en moyenne**. Cet indicateur permet ainsi de valoriser le nombre de séjours.

Les données du PMSI de 1997 et 1998, redressées pour assurer leur exhaustivité statistique, et valorisées en points ISA 1997, permettent alors de calculer une évolution de l'activité hospitalière, en volume, comparable à celle calculée pour toute activité économique car plus proche de la « production » réelle de soins dispensés par l'hôpital.

La mesure de l'évolution d'activité des établissements publics en volume n'excède ainsi que d'un dixième de point celle obtenue à partir du simple comptage des séjours (tableau). Cela paraît confirmer à la fois la validité de la méthode et la grande inertie, lorsqu'elle est évaluée d'une année sur l'autre, de l'activité hospitalière. L'alourdissement des cas et des techniques semble compensé par l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge (raccourcissement de la durée moyenne de séjour, techniques moins invasives, substitution de la médecine à la chirurgie, etc.), le tout ne comptant finalement que pour un dixième de point de 1997 à 1998.

Les résultats sont moins convergents pour les établissements privés sous dotation globale, puisque l'activité mesurée en volume est inférieure de 0,8 point à celle mesurée en nombre de séjours. Il y a là peut-être l'indice d'une réorientation de l'activité de ces établissements vers des soins moins lourds.

Un système de valorisation comparable n'existe pas encore à ce jour pour les établissements privés sous OQN. Il a cependant paru intéressant d'observer les résultats obtenus en appliquant à ces établissements l'échelle de coûts en dotation globale ou celle obtenue en valorisant chaque séjour par les tarifs remboursables par les caisses d'assurance maladie. Les résultats obtenus sont encourageants : l'indice d'évolution de l'activité des établissements sous OQN est identique lorsqu'elle est évaluée en nombre de séjours ou à partir des tarifs. En revanche, elle est moindre de 0,4 point lorsqu'on leur applique sans précaution l'échelle des établissements sous dotation globale.

### évolution de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique en %

Mode de fixation des tarifs	Public	Privé sous dotation globale	Privé soumis à l'OQN	Ensemble
En séjours (entrées et venues)	2,5	3,1	-0,2	1,4
En volume				
- échelle de coûts 1997 des établissements sous DG	2,6	2,3	-0,6	1,4
- échelle des tarifs remboursables 1997	2,7	2,4	-0,2	1,5

la diminution de la durée moyenne de séjour, qui passe de 32,8 jours en 1997 à 32,2 jours en 1998. Cette diminution de la DMS, associée à une augmentation de l'activité plus forte en hospitalisation partielle montre, en soins de suite et de réadaptation comme en psychiatrie, une transition vers des prises en charge aux modalités plus souples. Ce phénomène apparaît en plein essor.

Les établissements de santé publics, qui reçoivent 33 % des séjours et 23 % des venues de l'ensemble des établissements en soins de suite et réadaptation, enregistrent une augmen-

tation de l'activité plus forte en hospitalisation partielle (+6 %) qu'en hospitalisation complète (+1,7 %). Parallèlement à cette activité, les capacités en places s'accroissent de 9 % tandis que les lits d'hospitalisation complète diminuent de 1,3 %.

Plus de la moitié des venues en hospitalisation partielle ont lieu dans les établissements privés sous dotation globale, contre seulement 22 % dans les établissements privés sous OQN. Malgré ces proportions différentes, l'activité augmente en soins de suite et de réadaptation aussi bien en hospitali-

sation complète qu'en hospitalisation partielle, respectivement de 5 % et 4 % dans les établissements sous dotation globale et de 2,7 % et 7,6 % dans les établissements privés sous OQN. À l'inverse, seuls les établissements privés sous dotation globale enregistrent une hausse des moyens mis en œuvre.

### **91% de l'activité en soins de longue durée est réalisée dans les établissements publics**

Dans les services de soins de longue durée, c'est le nombre de journées qui mesure l'activité de façon la plus

pertinente. Ce nombre augmente de 1,3 % dans l'ensemble des établissements, ce qui s'explique en partie par le vieillissement de la population générale.

Plus de 90 % de l'activité se déroule dans les établissements publics. En 1998, cette activité a augmenté de 1 %. Dans les établissements privés, sous dotation globale et soumis à l'OQN, les hausses sont plus fortes, respectivement de 5 % et 3,5 %, mais moins significatives en raison des volumes concernés. Les capacités installées suivent la même évolution.

Le développement des structures et des capacités d'accueil dans l'en-

semble du secteur médico-social contribue à augmenter l'offre de soins et d'hébergement des personnes âgées. Ainsi, les maisons de retraite ont accru leur capacité d'accueil de 26 % de 1990 à 1996 et les foyers logements de 8 % au cours de la même période<sup>5</sup>. Toutefois, le secteur médico-social n'est en mesure de proposer que des soins légers, ce qui oriente les prises en charges lourdes vers le domaine sanitaire. ●

5. Source : ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES, enquête EHPA, 1990 à 1996.

## **E•4**

### **Trois types d'activités hospitalières**

#### **Certaines greffes : le cœur, le poumon, le foie, le rein**

En 1998, le nombre de transplantations d'organes s'accroît de 10 %. Les établissements publics et privés sous dotation globale réalisent la totalité de ces opérations, avec une très forte majorité dans les établissements publics. Sur les 3 100 transplantations réalisées en 1998, 60 % concernent le rein, 22 % concernent le foie, et 13 % le cœur. L'essentiel de l'augmentation provient donc des greffes rénales et hépatiques, mais ce sont les greffes de poumon qui enregistrent le taux d'évolution le plus élevé : 114 transplantations de poumon ont été réalisées en 1998 dont 26 en association avec le cœur. Les greffes de moelle osseuse, 3 200, restent stables d'une année sur l'autre.

L'activité sur les greffes peut-être mesurée à partir du PMSI, mais aussi à partir de la SAE et du recueil effectué par l'Établissement français des greffes (EFG). Ces 3 sources fournissent des informations globalement cohérentes.

#### **Les accouchements et les nouveau-nés**

En 1998, 727 000 accouchements ont eu lieu dans les établissements de santé publics et privés, en progression de 1,4 % par rapport à l'année précédente. Ces accouchements ont donné naissance à 739 000 nouveau-nés, dont environ 3 % sont issus de naissances multiples. Ils se répartissent entre les établissements publics, privés soumis à l'OQN, et privés sous dotation globale, à raison de 57 %, 37 %, et 6 % respectivement. Ces proportions ont peu varié

de 1997 à 1998, avec toutefois une légère baisse dans les établissements privés soumis à l'OQN au profit des établissements publics.

Parmi ces accouchements, 16,5 % se font par césarienne, ce qui représente une progression de 0,3 point par rapport à 1997. Les établissements publics conservent une proportion d'accouchements par césarienne plus faible que les établissements privés.

Les accouchements présentent une saisonnalité forte, avec 4 pics répartis sur l'année aux mois de mai, juillet, octobre, et décembre. Pourtant, c'est au mois d'août que la part des accouchements dans l'activité hospitalière mensuelle est la plus forte, avec 10 % de l'ensemble des séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, quand il n'est que de 5 % en février.

#### **Les urgences**

En 1998, 11,4 millions de personnes sont passées aux services d'urgences ce qui correspond à une hausse significative de 5,2 % par rapport à 1997. Un quart seulement (contre un tiers en 1995) ont été hospitalisés soit dans l'établissement consulté soit dans un autre, neuf urgences sur dix étant prises en charge par le secteur public. La diminution de la part des hospitalisations est régulière depuis plusieurs années et témoigne du fait que les urgences jouent de plus en plus le rôle de sas d'accès aux soins. De fait, les passages aux urgences sont de moins en moins synonymes de gravité ou d'urgence véritable.