

*L'activité des établissements de santé publics et privés en France métropolitaine, mesurée en nombre de séjours, a augmenté de 2,6 % en 2004, après une légère reprise en 2003 (+0,6 %). La tendance à l'augmentation des prises en charge en hospitalisation à temps partiel se confirme (+5,0 %) tandis que les séjours en hospitalisation complète se stabilisent (+0,2 %).*

*La croissance de l'hospitalisation à temps partiel est particulièrement sensible dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+6,9 %) et de soins de suite et de réadaptation (+4,1 %).*

*Pour l'ensemble des disciplines, elle est en outre portée par tous les établissements de santé, qu'ils soient publics (+4,8 %), privés sous dotation globale (+3,9 %) ou hors dotation (+6,4 %).*

*Parallèlement au recul de l'hospitalisation complète, le nombre de lits d'hospitalisation diminue de 1,4 % en 2004, alors que les places en hospitalisation partielle progressent de 2,5 % pour l'ensemble des secteurs hospitaliers.*

*À l'inverse de la tendance observée les années précédentes, l'activité de psychiatrie augmente également de 3 % en 2004, tant en ce qui concerne les séjours à temps complet (+0,9 %) que les venues (+3,3 %).*

*En revanche, l'activité en soins de longue durée, mesurée en nombre de journées d'hospitalisation, continue de décliner en 2004 de 3,9 %.*



N° 456 • décembre 2005

*version corrigée*

## L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle

L'activité des établissements de santé publics et privés, mesurée en nombre de séjours, a augmenté en 2004 (+2,6 %) en France métropolitaine et tous modes d'hospitalisation confondus<sup>1</sup>. Cette hausse confirme la tendance à la reprise de l'activité hospitalière amorcée en 2003 (+0,6 %). Elle continue à être portée par l'hospitalisation à temps partiel, tout particulièrement par le court séjour (+6,9 % pour les séjours de moins de un jour en médecine, chirurgie, obstétrique, MCO) et le moyen séjour (+4,1 % pour les venues en soins de suite et de réadaptation, SSR). En rupture avec la baisse observée en 2003, l'activité en psychiatrie, en hospitalisation partielle et complète, a connu une croissance de 3 %. En revanche, l'activité en soins de longue durée (SLD), mieux mesurée en journées qu'en nombre d'entrées, a connu une nouvelle réduction sensible (-3,9 %).

**Valérie CARRASCO, Magali COLDEFY,  
Christine DEROIN, Philippe LOMBARDO,  
Édith THOMSON**

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la Santé et des solidarités  
Drees

1. 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 analysées dans la présente étude.

## Retour à la croissance de l'activité hospitalière des établissements sous dotation globale

Contrairement aux deux années précédentes, la croissance de l'activité hospitalière en 2004 a été portée simultanément par les trois secteurs, hôpitaux publics (+2,7 %), établissements privés sous dotation globale (+2,6 %) et cliniques privées (+2,4 %) [tableau 1].

Pour les établissements publics, toutes les disciplines (à l'exception du long séjour) connaissent un regain d'activité qui repose le plus souvent sur le développement de l'hospitalisation partielle. Les établissements privés sous dotation globale, traditionnellement présents dans les activités de psychiatrie et de moyen séjour, bénéficient de la bonne tenue de ces deux disciplines. Quant à l'activité des cliniques privées, elle progresse au même rythme qu'en 2003.

Ces évolutions ne remettent pas en cause la spécialisation des activités par

secteur qui reste très différenciée (graphique 1) : les soins de courte durée en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, ces dernières assurant davantage de séjours à temps partiel. Les établissements sous dotation globale, surtout ceux du secteur public, assurent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque secteur assure une part équivalente des soins de suite et de réadaptation en hospitalisation à temps complet, tandis que les établissements privés sous dotation globale réalisent une forte part des soins de suite et de réadaptation à temps partiel. Enfin, les soins de longue durée restent essentiellement pris en charge par les établissements publics.

### Plus de la moitié des séjours à l'hôpital dure moins d'une journée

Au cours de l'année 2004, les établissements de santé ont pris en charge 23 millions de séjours. Pour la première

fois, le nombre de séjours en hospitalisation partielle, c'est-à-dire de moins d'une journée, (11,9 millions de séjours) est supérieur à celui des hospitalisations de plus d'un jour (11,5 millions de séjours).

La répartition des séjours par grandes disciplines médicales diffère fortement selon le mode de prise en charge.

En hospitalisation à temps complet, les séjours en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) concernent 87 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 7 %, la psychiatrie 5 % et le long séjour moins de 1 % des entrées. Si on raisonne en journées, autre indicateur de l'activité des établissements de santé plus adapté à certaines disciplines comme le long séjour, l'activité de MCO représente moins d'une journée d'hospitalisation complète sur deux, le moyen et long séjour chacun une journée sur cinq et la psychiatrie une journée sur sept (graphique 2).

La diminution du nombre de séjours d'hospitalisation à temps complet en court séjour (MCO), observée depuis plusieurs années, s'interrompt : le nombre d'entrées est stable en 2004 (+0,2 %). L'activité se maintient également en soins de suite et de réadaptation (+0,4 %). Après un recul de l'activité en 2003, le nombre d'entrées augmente, en 2004, en psychiatrie (+0,9 %) ; cependant, le nombre de journées d'hospitalisation continue à légèrement régresser (-0,7 %), ce qui se traduit par une baisse de la durée moyenne de séjour.

Parmi les hospitalisations partielles, la psychiatrie totalise plus de 40 % des venues, ce qui s'explique par le développement des alternatives<sup>2</sup> à l'hospitalisation dans ce secteur, initié dans les années soixante. Les soins de courte durée représentent, quant à eux, 46 % des venues et les soins de suite et réadaptation 12 %.

<sup>2</sup> La *Statistique annuelle des établissements de santé* (SAE) ne couvre ici que l'hospitalisation de jour ou de nuit. D'autres formes de prises en charge à temps partiel ont été développées en psychiatrie suite à la mise en place de la sectorisation.

2

E • 1

### Le champ de l'étude

#### • Les activités

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés dans cette étude est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné au cours de l'année 2004, en France métropolitaine. Les prises en charge à domicile et l'activité se déroulant dans le domaine médico-social ne sont donc pas concernées. De même, les consultations, les passages aux urgences et les traitements itératifs en court séjour comme les dialyses, les chimiothérapies et les radiothérapies ne sont pas pris en compte dans cette étude mais seront analysés dans d'autres publications. Toutefois, les traitements et cures ambulatoires en soins de suite et de réadaptation y sont étudiés. Enfin, l'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas prise en compte parce qu'ils sont trop peu nombreux à répondre dans le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et qu'ils représentent, dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) pour 2004, seulement 0,5 % des entrées totales et 1,4 % des journées en médecine, chirurgie et obstétrique.

#### • Les établissements

Les établissements sont répartis selon leur mode de financement en trois secteurs :

- le secteur public rassemble les établissements de santé publics ;
- le secteur privé sous dotation globale comprend l'ensemble des établissements privés ayant opté pour ce mode de tarification, identique à celui des établissements publics ;
- le troisième secteur regroupe les établissements privés relevant de l'article L-710-16.2 du Code de la santé publique, les établissements à tarif d'autorité, ainsi que les établissements sans mode de fixation des tarifs. Ce secteur est intitulé « établissements hors dotation globale », il rassemble essentiellement des établissements sous OQN (Objectif quantifié national). Dans cette étude, le terme de « cliniques privées » est généralement utilisé pour désigner ces établissements.

La mise en place de la nouvelle tarification à l'activité se déroule en trois étapes successives de 2004 à 2006 pour les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH) et, pour le secteur privé, elle a eu lieu le 1<sup>er</sup> mars 2005.

Les capacités des établissements sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréés) et places installés au 31 décembre 2004, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, même si ces lits et places sont fermés temporairement pour cause de travaux.

L'hospitalisation à temps partiel continue à progresser à un rythme soutenu (+5,0 %), rythme supérieur à celui observé les années précédentes<sup>3</sup>. En effet, la croissance du nombre des venues en MCO s'est maintenue à un niveau élevé (+6,9 %) et pour la première fois elle est plus forte dans les établissements privés sous dotation globale (+9,1 %) que dans les établissements publics (+7,6 %) ou les autres établissements privés (+6,1 %). Les venues à temps partiel en soins de suite et de réadaptation poursuivent leur croissance avec +4,1 %, en particulier dans le secteur public (+8,1 %). Mais le fait marquant de l'année 2004 est le retour à la croissance des venues dans les structures d'hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie après plu-

sieurs années de recul. Cette évolution est particulièrement forte pour les cliniques privées (+41,9 %) à la fois en psychiatrie générale et infanto-juvénile. Ces établissements ne représentent toutefois que 4 % de l'activité en psychiatrie.

**Médecine, chirurgie, obstétrique :  
toujours plus de places  
d'hospitalisation partielle  
et moins de lits  
d'hospitalisation complète**

L'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique continue donc à se développer fortement comme alternative à l'hospitalisation complète. Ce constat, déjà établi les années précédentes, s'applique aussi bien à l'activité

des établissements de santé qu'à leurs capacités d'accueil des patients. En effet, la hausse du nombre de places en hospitalisation partielle et la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour suivent les évolutions de l'activité.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le nombre de lits d'hospitalisation est ainsi en constante diminution depuis la fin des années soixante-dix. Fin 2004, 226 000 lits d'hospitalisation complète étaient dénombrés, soit une diminution de 1,1 % par rapport à 2003 (tableau 2). La moitié des fermetures de lits a lieu dans les cliniques privées, mais c'est dans les établissements privés sous dotation globale que la diminution est la plus forte (-2,9 %).

## E•2

### Sources et méthodes

#### Deux sources complémentaires : l'enquête SAE et le PMSI

Deux sources d'information sont utilisées en complémentarité, selon le domaine d'activité :

- le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la direction des Hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) et collecté par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) réalisée par la direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

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

La SAE est une enquête administrative auprès des établissements de santé publics et privés. Elle décrit leur activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels). Sur l'exercice 2000, elle a été rénovée en partie pour rapprocher ses concepts de ceux du PMSI et améliorer la complémentarité des deux sources.

Pour la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation et les soins de longue durée, les données proviennent exclusivement de la SAE. Dans le domaine MCO, la confrontation des données issues de la SAE et du PMSI renforce la qualité de chacun des deux systèmes d'information.

Avertissement : en 2004 la nomenclature de classement de séjours en groupe homogène de malades (GHM) du PMSI-MCO a évolué. La version des GHM utilisée est la version 7.9. en vigueur depuis 2004. Les données de l'année 2003 ont été recalculées dans cette nouvelle version et peuvent donc différer de celles présentées dans *Études et Résultats* n° 382 de mars 2005. La spécialisation des établissements de santé sera étudiée en 2006. Les GHM présentent une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjours. Ces GHM sont eux-mêmes regroupés en 28 catégories majeures de diagnostics (CMD).

#### La méthode de calcul pour l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique

En premier lieu, les données concernant les établissements non-répondants à la SAE sont redressées à partir du PMSI. En 2004, après redressement, le nombre de séjours (hors séances) augmente de 1,6 % par rapport aux données brutes déclarées. Ce redressement concerne essentiellement des établissements privés hors dotation globale. À ce stade, le PMSI contient 98,5 % de l'ensemble séjours recensés dans la SAE. Cette différence provient du fait que, d'une part, certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et que, d'autre part, le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (celle des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie...).

Deux types de redressement sont donc effectués : la non-exhaustivité des réponses du PMSI est d'abord corrigée, établissement par établissement, à partir de la SAE et un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est ensuite effectué par strate d'établissements. Les strates sont construites en croisant le mode de financement, le type et le département d'implantation des établissements. Ces redressements sont indispensables pour comparer d'une année sur l'autre les niveaux d'activité en MCO et calculer leur évolution, sachant que la représentativité du PMSI s'améliore au fil du temps.

3. L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoyait dans ses dispositions transitoires, la prolongation des schémas régionaux d'organisation sanitaire et les schémas régionaux de psychiatrie jusqu'à la mise en place des nouveaux schémas régionaux (SROS 3) ; cependant la carte sanitaire devient non opposable aux structures d'hospitalisation à domicile et aux structures d'hospitalisation à temps partiel, à l'exception de l'anesthésie – chirurgie ambulatoire ce qui a pu faciliter la création de places.

**T**  
**•01**

**activité par grands groupes de disciplines (hospitalisation complète et partielle) en 2003 et 2004**

Disciplines d'équipements	Établissements publics de santé								Établissements privés sous dotation globale							
	Entrées ou venues 2003	Entrées ou venues 2004	Évolution 2004 / 2003	Journées 2003	Journées 2004	Évolution 2004 / 2003	DMS (4) 2003	DMS (4) 2004	Entrées ou venues 2003	Entrées ou venues 2004	Évolution 2004 / 2003	Journées 2003	Journées 2004	Évolution 2004 / 2003	DMS (4) 2003	DMS (4) 2004
	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours
<b>Médecine Chirurgie Obstétrique</b>																
Hospitalisation > 1 jour <sup>(1)</sup>	5 890	5 941	0,9%	39 907	39 722	-0,5%	6,8	6,7	642	644	0,3%	4 070	4 019	-1,2%	6,3	6,2
Hospitalisation < 1jour <sup>(2)</sup>	2 388	2 569	7,6%						276	301	9,1%					
Ensemble	8 278	8 510	2,8%						918	945	2,9%					
<i>dont séjours classés en médecine</i>																
Hospitalisation > 1 jour	3 872	3 901	0,7%	26 165	26 032	-0,5%	6,8	6,7	375	376	0,3%	2 370	2 367	-0,1%	6,3	6,3
Hospitalisation < 1jour	1 887	2 034	7,8%						194	215	10,7%					
Ensemble	5 759	5 935	3,0%						569	591	3,8%					
<i>dont séjours classés en chirurgie</i>																
Hospitalisation > 1 jour	1 425	1 442	1,2%	10 777	10 729	-0,4%	7,6	7,4	215	214	-0,6%	1 435	1 379	-3,9%	6,7	6,4
Hospitalisation < 1jour	286	305	6,7%						71	74	4,8%					
Ensemble	1 710	1 747	2,1%						286	288	0,7%					
<i>dont séjours classés en obstétrique</i>																
Hospitalisation > 1 jour	593	598	0,9%	2 966	2 961	-0,2%	5,0	5,0	52	54	4,5%	264	273	3,1%	5,1	5,0
Hospitalisation < 1jour	215	231	7,1%						11	12	7,9%					
Ensemble	808	828	2,5%						63	66	5,1%					
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>																
Hospitalisation complète	448	451	0,6%	12 458	12 359	-0,8%	27,8	27,4	60	58	-2,2%	2 370	2 141	-9,7%	39,8	36,7
Hospitalisation partielle	3 787	3 890	2,7%						935	961	2,8%					
Ensemble	4 236	4 341	2,5%						995	1 020	2,5%					
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
Hospitalisation complète	435	435	0,2%	12 124	12 018	-0,9%	27,9	27,6	57	56	-2,4%	2 294	2 067	-9,9%	40,0	36,9
Hospitalisation partielle	2 689	2 748	2,2%						632	644	1,9%					
Ensemble	3 123	3 183	1,9%						689	700	1,6%					
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
Hospitalisation complète	14	16	15,2%	334	341	2,0%	24,1	21,3	2	2	4,1%	76	73	-3,3%	34,8	32,3
Hospitalisation partielle	1 099	1 143	4,0%						303	317	4,6%					
Ensemble	1 113	1 159	4,1%						306	320	4,6%					
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>																
Hospitalisation complète	339	339	0,1%	11 280	11 406	1,1%	33,3	33,7	238	237	-0,3%	8 107	8 095	-0,2%	34,1	34,2
Hospitalisation partielle	351	380	8,1%						758	784	3,4%					
Ensemble	690	719	4,2%						996	1 021	2,5%					
<b>Soins de longue durée</b>																
Hospitalisation complète	45	38	-15,3%	25 371	24 349	-4,0%			4	4	-1,7%	2 382	2 353	-1,2%		
<b>Total</b>																
Hospitalisation complète (1)	6 722	6 769	0,7%	89 016	87 835	-1,3%			943	943	0,0%	16 930	16 608	-1,9%		
Hospitalisation partielle (2)	6 527	6 839	4,8%						1 969	2 046	3,9%					
Ensemble	13 248	13 608	2,7%						2 908	2 989	2,6%					

(1) : Hospitalisation complète : sont comptabilisés des entrées totales ou des séjours dont la durée de séjour est supérieure à un jour

(2) : Hospitalisation partielle : sont comptabilisées les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire ou des séjours dont la durée de séjour est inférieure à 1 jour (hors séances)

(3) : Établissements privés hors dotation globale : cette appellation regroupe les établissements privés soumis à l'OQN ainsi que les quelques autres établissements privés hors dotation globale

(4) : DMS : Durée moyenne de séjour

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos et Drees, SAE et PMSI 2003-2004, données statistiques

Établissements privés hors dotation globale <sup>(3)</sup>								Ensemble établissements publics et privés								Disciplines d'équipements
Entrées ou venues 2003	Entrées ou venues 2004	Évolution 2004 / 2003	Journées 2003	Journées 2004	Évolution 2004 / 2003	DMS (4) 2003	DMS (4) 2004	Entrées ou venues 2003	Entrées ou venues 2004	Évolution 2004 / 2003	Journées 2003	Journées 2004	Évolution 2004 / 2003	DMS (4) 2003	DMS (4) 2004	
en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours	en milliers	en milliers	en %	en milliers	en milliers	en %	en jours	en jours	
<b>Médecine Chirurgie Obstétrique</b>																
3 444	3 414	-0,9%	16 660	16 305	-2,1%	4,8	4,8	9 976	9 999	0,2%	60 637	60 046	-1,0%	6,1	6,0	Hospitalisation > 1 jour <sup>(1)</sup>
2 454	2 603	6,1%						5 119	5 473	6,9%						Hospitalisation < 1jour <sup>(2)</sup>
5 898	6 017	2,0%						15 094	15 472	2,5%						Ensemble
<i>dont séjours classés en médecine</i>																
1 008	1 026	1,9%	4 809	4 843	0,7%	4,8	4,7	5 254	5 303	0,9%	33 344	33 243	-0,3%	6,3	6,3	Hospitalisation > 1 jour
1 256	1 359	8,2%						3 338	3 608	8,1%						Hospitalisation < 1jour
2 264	2 385	5,4%						8 592	8 911	3,7%						Ensemble
<i>dont séjours classés en chirurgie</i>																
2 138	2 092	-2,1%	10 305	9 943	-3,5%	4,8	4,8	3 778	3 749	-0,8%	22 517	22 051	-2,1%	6,0	5,9	Hospitalisation > 1 jour
1 117	1 165	4,3%						1 473	1 543	4,7%						Hospitalisation < 1jour
3 255	3 257	0,1%						5 251	5 292	0,8%						Ensemble
<i>dont séjours classés en obstétrique</i>																
299	295	-1,1%	1 546	1 518	-1,8%	5,2	5,1	943	947	0,4%	4 776	4 752	-0,5%	5,1	5,0	Hospitalisation > 1 jour
81	80	-2,2%						308	322	4,7%						Hospitalisation < 1jour
380	375	-1,3%						1 251	1 269	1,5%						Ensemble
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>																
110	114	3,8%	3 770	3 965	5,2%	34,2	34,7	618	624	0,9%	18 599	18 465	-0,7%	30,1	29,6	Hospitalisation complète
70	100	41,9%						4 793	4 951	3,3%						Hospitalisation partielle
181	214	18,6%						5 411	5 575	3,0%						Ensemble
<i>dont Psychiatrie générale</i>																
110	114	3,7%	3 762	3 955	5,1%	34,3	34,7	602	605	0,6%	18 180	18 040	-0,8%	30,2	29,8	Hospitalisation complète
56	77	37,6%						3 377	3 468	2,7%						Hospitalisation partielle
166	191	15,1%						3 978	4 074	2,4%						Ensemble
<i>dont Psychiatrie infanto-juvénile</i>																
0	1	28,8%	8	11	24,3%	19,5	18,8	17	19	14,1%	419	425	1,5%	25,4	22,6	Hospitalisation complète
14	23	58,4%						1 417	1 483	4,7%						Hospitalisation partielle
15	24	57,6%						1 433	1 502	4,8%						Ensemble
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>																
253	257	1,3%	7 987	8 094	1,3%	31,5	31,5	830	833	0,4%	27 374	27 594	0,8%	33,0	33,1	Hospitalisation complète
313	317	1,3%						1 422	1 480	4,1%						Hospitalisation partielle
566	574	1,3%						2 252	2 313	2,7%						Ensemble
<b>Soins de longue durée</b>																
1	1	-15,9%	342	285	-16,7%			49	42	-14,3%	28 096	26 987	-3,9%			Hospitalisation complète
<b>Total</b>																
3 808	3 786	-0,6%	28 760	28 649	-0,4%			11 473	11 498	0,2%	134 706	133 092	-1,2%			Hospitalisation complète (1)
2 837	3 020	6,4%						11 334	11 905	5,0%						Hospitalisation partielle (2)
6 646	6 805	2,4%						22 806	23 403	2,6%						Ensemble

**T**  
**• 02**

nombre de lits et places installés au 31 décembre 2003 et 2004 selon les disciplines d'équipement

	Établissements publics de santé					Établissements privés sous dotation globale				
	2003	2004	Évolution 2004 / 2003 en %	TO 2003 en %	TO 2004 en %	2003	2004	Évolution 2004 / 2003 en %	TO 2003 en %	TO 2004 en %
<b>Hospitalisation complète (nombre de lits)</b>										
<b>Total soins de courte durée en MCO</b>	149 290	148 541	-0,5	79,0	78,9	17 278	16 772	-2,9	70,0	71,1
<i>dont médecine</i>	91 417	91 098	-0,3	83,9	83,4	9 073	8 939	-1,5	74,5	76,3
<i>dont chirurgie</i>	43 458	43 157	-0,7	71,6	71,8	6 970	6 575	-5,7	64,2	64,2
<i>dont gynéco-obstétrique</i>	14 415	14 286	-0,9	70,6	71,4	1 235	1 258	1,9	69,0	71,3
Lutte contre les maladies mentales	40 002	39 391	-1,5	86,5	86,7	7 740	7 153	-7,6	84,6	83,4
<i>dont psychiatrie générale</i>	38 278	37 682	-1,6	87,7	87,8	7 377	6 792	-7,9	85,7	84,5
<i>dont psychiatrie infanto-juvénile</i>	1 724	1 709	-0,9	59,0	60,0	363	361	-0,6	61,3	60,1
Soins de suite et de réadaptation	38 224	38 186	-0,1	83,4	83,2	29 015	28 510	-1,7	81,2	81,5
Soins de longue durée	71 586	68 684	-4,1	97,6	97,2	6 694	6 504	-2,8	97,9	99,1
<b>Total</b>	<b>299 102</b>	<b>294 802</b>	<b>-1,4</b>	<b>85,1</b>	<b>84,9</b>	<b>60 727</b>	<b>58 939</b>	<b>-3,4</b>	<b>80,3</b>	<b>80,3</b>
<b>Hospitalisation partielle (nombre de places)</b>										
Hospitalisation de jour ou de nuit en MCO	7 803	8 231	5,5			1 378	1 398	1,5		
<i>dont médecine</i>	5 465	5 749	5,2			895	939	4,9		
<i>dont chirurgie</i>	1 447	1 594	10,2			461	437	-5,2		
<i>dont gynéco-obstétrique</i>	891	888	-0,3			22	22	0,0		
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	20 972	21 150	0,8			4 597	4 522	-1,6		
<i>dont psychiatrie générale</i>	14 024	14 087	0,4			3 106	3 021	-2,7		
<i>dont psychiatrie infanto-juvénile</i>	6 948	7 063	1,7			1 491	1 501	0,7		
Hospitalisation partielle en SSR	1 203	1 285	6,8			2 584	2 673	3,4		
<b>Total</b>	<b>29 978</b>	<b>30 666</b>	<b>2,3</b>			<b>8 559</b>	<b>8 593</b>	<b>0,4</b>		

(\*) : Établissements privés hors dotation globale : cette appellation regroupe les établissements privés soumis à l'OQN ainsi que les quelques autres établissements privés hors dotation globale  
Champ : France métropolitaine  
Source : Drees, SAE 2003-2004, données statistiques

6

Le mouvement est inverse en hospitalisation partielle. La hausse des capacités offertes pour ce type de prise en charge est toujours conséquente en 2004, s'élevant à 4,7 % pour l'ensemble des secteurs et des disciplines (médecine, chirurgie et obstétrique), ce qui porte à 18 400 le nombre de places disponibles. Le taux de croissance observé en 2004 renoue avec le niveau des années 2001 et 2002 (+4,2 %) après un léger tassement en 2003 (+3,3 %). Ce sont les établissements de santé publics qui ont connu la plus forte progression de leurs places d'hospitalisation partielle (+5,5 %).

Les établissements privés sous dotation globale ont une évolution un peu différente des autres établissements lorsque l'on s'intéresse aux disciplines séparément. En effet, c'est surtout leur capacité d'hospitalisation complète en obstétrique qui augmente (+1,9 %), tandis que celle d'anesthésie – chirurgie ambulatoire diminue sensiblement (-5,2 %). Ces évolutions

sont, au contraire, respectivement de -0,9 % et +10,2 % pour les établissements publics.

Les 18 400 places d'hospitalisation partielle proposées par le système hospitalier français en MCO, tous secteurs confondus se répartissent en 45 % de places de médecine, 50 % de places de chirurgie et 5 % de places d'obstétrique. Les établissements de santé publics offrent à eux seuls près de sept places de médecine sur dix contre deux sur dix pour les cliniques privées, avec respectivement 5 800 et 1 700 places sur un total de 8 400 dans l'ensemble des trois secteurs. Pour la chirurgie, à l'inverse, les cliniques privées participent pour 77 % de la capacité d'hospitalisation en ambulatoire, cette part s'élevant à 18 % pour les établissements publics et 5 % pour les établissements privés sous dotation globale. Enfin, la capacité d'hospitalisation partielle en obstétrique est presque entièrement le fait des établissements de santé publics.

## 15 millions de prises en charge en MCO...

En médecine, chirurgie et obstétrique, 15 millions de séjours ont été pris en charge en 2004 par les établissements publics et privés, dont le tiers environ a duré moins d'une journée. Ces disciplines ont ainsi été à l'origine des deux tiers des séjours hospitaliers tous modes de prises en charge confondus.

La tendance constatée au cours des dernières années quant à la croissance de l'hospitalisation partielle se confirme : +6,9 % en 2004. En revanche, l'hospitalisation complète se stabilise (+0,2 %), contrairement aux diminutions observées les années précédentes. En 2004, 58 % de l'activité hospitalière de court séjour (MCO) complète et partielle est réalisée en médecine, 34 % en chirurgie et les 8 % restant en obstétrique.

Les soins médicaux sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics, tant en hospitalisation com-

Établissements privés hors dotation globale					Ensemble établissements publics et privés					
2003	2004	Évolution 2004 / 2003 en %	TO 2003 en %	TO 2004 en %	2003	2004	Évolution 2004 / 2003 en %	TO 2003 en %	TO 2004 en %	
										<b>Hospitalisation complète (nombre de lits)</b>
61 860	60 566	-2,1	75,7	74,5	228 428	225 879	-1,1	77,4	77,1	<b>Total soins de courte durée en MCO</b>
12 215	11 922	-2,4	85,2	84,9	112 705	111 959	-0,7	83,3	83,0	<i>dont médecine</i>
42 777	42 031	-1,7	73,1	71,7	93 205	91 763	-1,5	71,8	71,2	<i>dont chirurgie</i>
6 868	6 613	-3,7	74,7	73,4	22 518	22 157	-1,6	71,7	72,0	<i>dont gynéco-obstétrique</i>
10 612	11 272	6,2	97,4	97,1	58 354	57 816	-0,9	88,3	88,2	Lutte contre les maladies mentales
10 581	11 229	6,1	97,5	97,1	56 236	55 703	-0,9	89,3	89,2	<i>dont psychiatrie générale</i>
31	43	38,7	79,0	82,0	2 118	2 113	-0,2	59,7	60,4	<i>dont psychiatrie infanto-juvénile</i>
23 765	24 273	2,1	93,4	93,2	91 004	90 969	0,0	85,4	85,4	Soins de suite et de réadaptation
1 010	862	-14,7	97,4	96,2	79 290	76 050	-4,1	97,6	97,4	Soins de longue durée
<b>97 247</b>	<b>96 973</b>	<b>-0,3</b>	<b>82,6</b>	<b>81,9</b>	<b>457 076</b>	<b>450 714</b>	<b>-1,4</b>	<b>84,0</b>	<b>83,7</b>	<b>Total</b>
										<b>Hospitalisation partielle (nombre de places)</b>
8 375	8 756	4,5			17 556	18 385	4,7			Hospitalisation de jour ou de nuit en MCO
1 620	1 680	3,7			7 980	8 368	4,9			<i>dont médecine</i>
6 732	7 055	4,8			8 640	9 086	5,2			<i>dont chirurgie</i>
23	21	-8,7			936	931	-0,5			<i>dont gynéco-obstétrique</i>
276	376	36,2			25 845	26 048	0,8			Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie
206	264	28,2			17 336	17 372	0,2			<i>dont psychiatrie générale</i>
70	112	60,0			8 509	8 676	2,0			<i>dont psychiatrie infanto-juvénile</i>
1 079	1 084	0,5			4 866	5 042	3,6			Hospitalisation partielle en SSR
<b>9 730</b>	<b>10 216</b>	<b>5,0</b>			<b>48 267</b>	<b>49 475</b>	<b>2,5</b>			<b>Total</b>

plète que partielle, les cliniques privées intervenant plus en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Ce sont plutôt elles, en revanche, qui prodiguent les soins chirurgicaux, assurant la part essentielle de la chirurgie ambulatoire. L'activité d'obstétrique est en priorité réalisée dans les hôpitaux publics et moins dans les cliniques privées. Les établissements privés sous dotation globale, quant à eux, assurent une part très faible de la prise en charge des soins de courte durée (graphique 3).

**... avec une hospitalisation complète de court séjour qui se stabilise...**

L'hospitalisation complète en court séjour (MCO) se stabilise donc en 2004, après des diminutions importantes en 2002 (-2,1 %) et en 2003 (-1,1 %). En 2004, parmi les séjours en hospitalisation de plus d'un jour, on décompte 5,3 millions de séjours en

médecine, 3,7 millions en chirurgie et enfin près d'un million en obstétrique.

En médecine, l'activité mesurée en nombre de séjours augmente de 0,9 %. La réduction du nombre de journées atteint quant à elle 0,3 %. En chirurgie, le nombre d'entrées diminue de 0,8 % et le nombre de journées de 2,1 %. Avec un léger regain du nombre d'accouchements en 2004, le nombre d'entrées en obstétrique augmente légèrement (+0,4 %). Le nombre de journées diminue quant à lui faiblement (-0,5 %).

Dans les hôpitaux publics, le nombre de journées continue à diminuer en 2004 (-0,5 %) mais moins fortement qu'en 2003 (-1,8 %). En revanche, le nombre de séjours, après avoir décliné en 2003, augmente en 2004 (+0,9 %). Cette hausse s'observe dans toutes les disciplines mais est particulièrement forte en chirurgie (+1,2 %). L'activité d'hospitalisation complète des établissements privés sous dotation globale augmente légèrement en

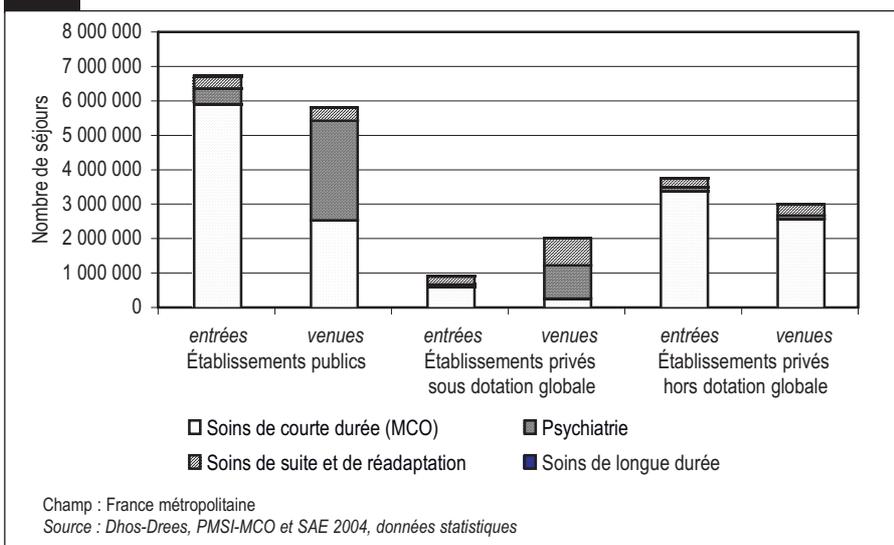
2004 (+0,3 %). Quant aux cliniques privées, le déclin de l'hospitalisation complète s'y accentue encore en 2004, après le fort recul des années précédentes.

En parallèle, la durée moyenne des séjours se réduit encore en 2004, étant désormais de 6 jours. C'est dans les services de chirurgie des hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (7,4 jours), mais elle a tendance à diminuer par rapport à 2003 (7,6 jours). Dans les cliniques privées, elle est homogène en médecine et en chirurgie (4,8 jours), les établissements privés sous dotation globale occupant, quant à eux, une position médiane. En obstétrique, la durée moyenne de séjour est d'environ 5 jours dans tous les établissements, quel que soit le mode de financement.

De ce fait, l'activité hospitalière à temps complet mesurée en nombre de journées a diminué globalement de 1 % en 2004.

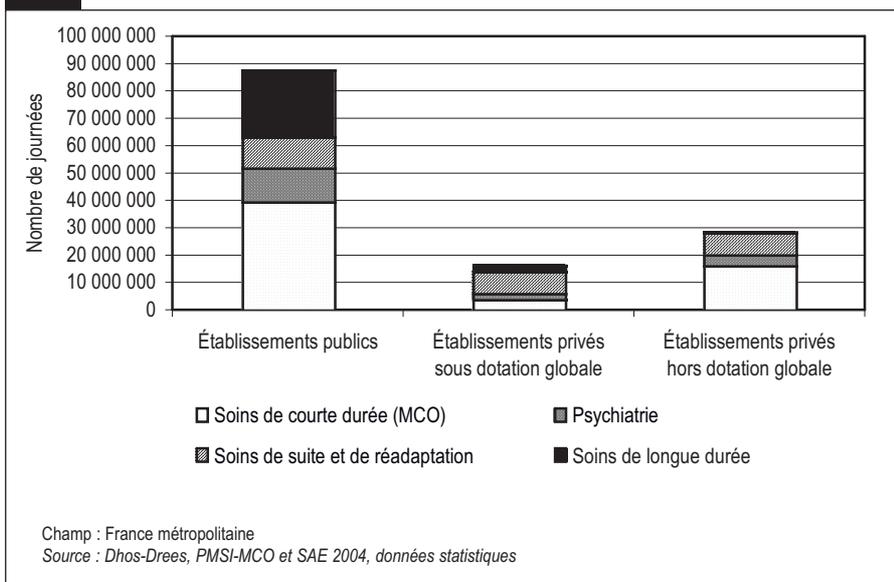
G  
•01

répartition des séjours en 2004



G  
•02

répartition des journées en 2004



**... et plus de cinq millions de venues en hospitalisation partielle**

En 2004, 5,5 millions de prises en charge en court séjour (MCO) ont duré moins d'une journée. Près des deux tiers de ces venues concernent un séjour médical, 28 % un séjour chirurgical et 6 % un séjour en obstétrique. Si l'on considère l'ensemble de l'activité hospitalière, c'est en médecine, chirurgie et obstétrique que l'évolution

du nombre de prises en charge en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée (+6,9 %) ; celle-ci se développe deux fois plus en médecine (+8,1 %) qu'en chirurgie et en obstétrique (+4,7 %)<sup>4</sup>.

L'hospitalisation partielle est prise en charge quasiment pour moitié par les hôpitaux publics et par les cliniques privées (respectivement 47 % et 48 %). Les deux millions de venues en médecine enregistrés en 2004 font augmenter de 7,8 % l'hospitalisation partielle dans

les hôpitaux publics. Les cliniques privées privilégient l'hospitalisation partielle pour la chirurgie ambulatoire pour laquelle le nombre de venues augmente de 4,3 %. La chirurgie ambulatoire pratiquée par ces établissements représente 36 % de leur activité chirurgicale, 75 % de la chirurgie ambulatoire de l'ensemble des établissements et 45 % de la prise en charge à temps partiel du court séjour.

**Psychiatrie : un nouveau développement de l'hospitalisation partielle**

En psychiatrie, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein se poursuit en 2004. Avec 500 lits de moins, cette tendance est cependant de moins en moins soutenue, avec des évolutions passées de -2,5 % en 2002 à -1,7 % en 2003, et enfin -0,9 % en 2004. Le secteur privé hors dotation globale participe fortement à ce ralentissement, avec l'ouverture de 700 lits supplémentaires en 2004. Les taux d'occupation, très élevés en psychiatrie (supérieurs à 88 %) ont des répercussions sur la prise en charge des patients, la discipline devant accueillir à la fois des soins programmés et non programmés. Les équipes ont parfois des difficultés à faire hospitaliser un patient le jour même : seules 35 % des équipes des secteurs de psychiatrie générale<sup>5</sup> déclarent toujours pouvoir hospitaliser un patient le nécessitant le jour même et 82 % des équipes déclarent être amenées à faire prendre en charge des patients de leur secteur par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés en raison d'un manque de lits ou de délais d'attente trop longs.

Les places d'hospitalisation partielle, qui ne constituent, en psychiatrie, qu'une partie des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation à temps plein, augmentent quant à elles de 0,8 % en 2004. Cette évolution s'inscrit dans la logique de l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, qui, en

4 Cf. note 3.

5. Source : rapports de secteurs de psychiatrie 2000.

supprimant l'opposabilité de la carte sanitaire, permet le développement de ces alternatives. Cette possibilité semble avoir bénéficié aux secteurs publics et privés hors dotation globale, et ce, malgré l'absence, pour ces derniers, de dispositif tarifaire adapté (en vigueur depuis le 31 janvier 2005 seulement).

L'activité, mesurée en nombre de séjours et de venues en psychiatrie, augmente en 2004, inversant ainsi les tendances observées les années précédentes, avec +0,9 % de séjours à temps complet et +3,3 % de venues en hospitalisation de jour ou de nuit. Là encore, la modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel est perceptible, les venues augmentant dans l'ensemble des secteurs.

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein ayant diminué en 2004, l'augmentation des séjours n'a pas été suivie d'une augmentation parallèle des journées d'hospitalisation qui diminuent de 0,7 % cette année. La conjonction de ces effets aboutit logiquement à une diminution de la durée moyenne des séjours ayant débuté dans l'année (29,6 jours en 2004).

La réduction des journées d'hospitalisation à temps plein est particulièrement prononcée dans le secteur privé sous dotation globale (-9,7 %), en lien avec une forte réduction du nombre de ses lits d'hospitalisation complète (-7,6 %). Ce phénomène pourrait en partie s'expliquer par un transfert de capacités vers le secteur médico-social, les liens historiques entre ces deux segments de l'offre étant particulièrement importants. Cela permettrait d'expliquer également la forte diminution de la durée moyenne de séjour, le transfert de patients au long cours vers des structures médico-sociales conduisant à un renouvellement des patients pris en charge.

Enfin, l'évolution marquante de la discipline en 2004 concerne la psychiatrie infantile-juvénile, et ce quels que soient le secteur et le type de prise en charge. Les séjours en hospitalisation à temps plein d'enfants ou d'adolescents souffrant de troubles psychiques ont en effet augmenté de 14,1 %, tandis que les venues en hospitalisation de jour ou de nuit ont progressé de 4,7 %. Le nombre de journées d'hospitalisation a

également crû de 1,5 %. Cette augmentation de l'activité à temps complet s'est faite sans augmentation des capacités d'hospitalisation dans les établissements publics et privés sous dotation globale, entraînant dans ces secteurs, une forte diminution (supérieure à 2 jours) de la durée moyenne de séjour des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie. Cette diminution ne s'observe pas avec autant d'ampleur dans le secteur privé hors dotation globale qui a pu développer de nouvelles capacités d'hospitalisation à temps plein pour ce type de patients.

En revanche, l'ensemble des secteurs a augmenté ses places en hospitalisation de jour et de nuit pour enfants et adolescents (+2 %), profitant là encore peut-être des nouvelles possibilités liées à la suppression de la carte sanitaire<sup>6</sup>.

**Soins de suite et de réadaptation :  
l'activité continue globalement  
à progresser grâce  
à l'hospitalisation partielle**

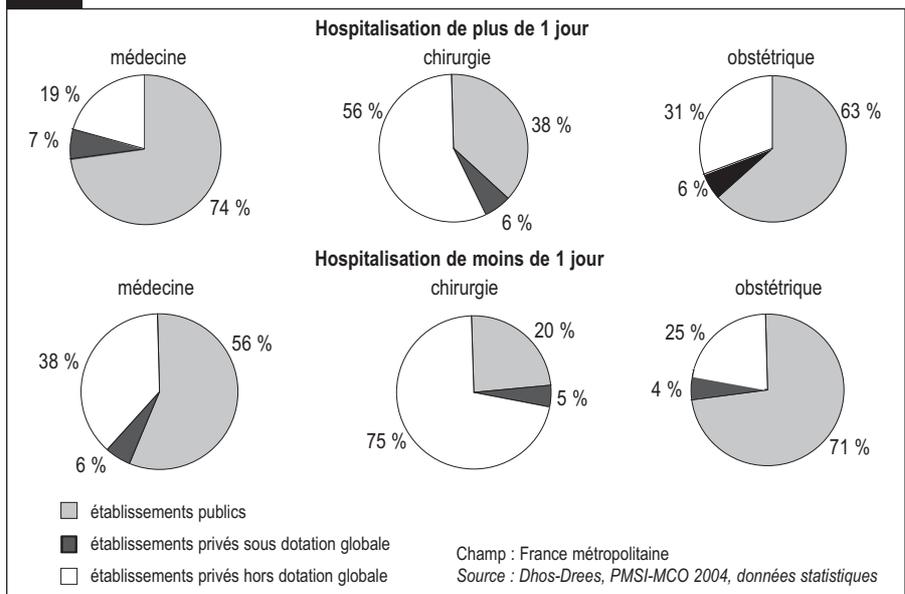
L'activité de soins de suite et de réadaptation<sup>7</sup> des établissements de santé continue globalement à progres-

ser en 2004 (+2,7 %), mais un peu moins fortement qu'en 2003, et toujours du seul fait de l'augmentation des venues en hospitalisation partielle (+4,1 %). Comme en 2003, cette activité a davantage augmenté dans les hôpitaux publics (+4,2 %) que dans les établissements privés sous dotation globale (+2,5 %) et surtout que dans les autres établissements privés (+1,3 %). Mais ce dernier secteur est aussi le seul dans lequel l'hospitalisation complète continue à progresser, avec une augmentation de 2,1 % du nombre de lits et de 1,3 % des entrées et journées.

Au niveau global, l'hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation est restée stable en 2004 en capacité comme en activité, avec 91 000 lits, 833 000 entrées et près de 28 millions de journées d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste plus élevée dans les établissements sous dotation globale, elle est stable dans le secteur privé sous dotation globale, avec 34,2 jours, et en légère augmentation dans le secteur public, passant de 33,3 à 33,7 jours. Dans les cliniques privées, elle est, comme en 2003, de 31,5 jours.

**G** • 03 répartition en 2004 des différentes activités en MCO par type d'établissement



6. Cf. note 3.

7. L'activité de soins de suite et de réadaptation donnera lieu à une étude spécifique détaillée dans un prochain numéro d'Études et Résultats.

## La mesure de l'activité hospitalière

### L'activité mesurée

*L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en journées. La rénovation de la SAE a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI et la SAE.*

*Dans la SAE, les séjours en hospitalisation complète correspondent aux « entrées totales ». Les « venues » en hospitalisation de jour ou de nuit, ou en anesthésie-chirurgie ambulatoire constituent l'hospitalisation partielle.*

*Dans le PMSI, chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un Résumé de sortie anonymisé (RSA), exception faite des traitements itératifs, et de certaines prises en charge réparties sur deux établissements. Le nombre de RSA correspond donc théoriquement à la somme des « entrées totales » et des « venues » (exception faite toutefois des nouveau-nés qui donnent lieu à des RSA alors qu'ils ne sont pas enregistrés en « entrées totales » dans la SAE).*

*Cependant, de légers écarts peuvent exister du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année.*

*Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.*

### Le type d'activité

Hospitalisation complète, hospitalisation partielle et hospitalisation de moins d'une journée ou de plus de un jour

*Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI, dans les critères de répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines.*

*Ainsi, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation dans la SAE : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de 24 heures) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place d'hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.*

*Dans le PMSI, une durée de séjour inférieure à deux jours (cf. Avertissement sur le changement de nomenclature des GHM) classe celui-ci en « hospitalisation partielle » quels que soient le groupe homogène de malade, le diagnostic principal et l'unité de prise en charge : on parle alors d'activité ambulatoire. Une durée supérieure à deux jours correspond automatiquement à un séjour en « hospitalisation complète ».*

*Pour cette étude, et par souci de cohérence avec les séries précédentes, il a été choisi de continuer à présenter des séries sur les séjours de moins de un jour.*

#### Classification des séjours

*Dans la SAE, 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, obstétrique si la patiente est hospitalisée en gynécologie-obstétrique.*

*Le PMSI décrit, quant à lui, les prestations livrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (GHM) du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; sinon 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 ».*

Dans le cadre de cette étude, ce sont les concepts du PMSI qui ont été adoptés pour décrire l'activité en MCO, alors que pour les autres disciplines, seul le concept de la SAE pouvait être utilisé.

Le taux d'occupation de ces lits n'évolue pas et reste nettement plus élevé dans le secteur privé hors dotation globale, soit 93,2 % contre 83,2 % dans le public et 81,5 % dans le secteur privé sous dotation globale.

Le nombre de places d'hospitalisation de jour est, quant à lui, passé de 4 870 en 2003 à 5 040 en 2004 et le nombre de venues a atteint 1 480 000. L'autre alternative à l'hospitalisation complète que constituent les traitements et cures ambulatoires augmente à peu près au même rythme (+3,9 %). Ce mode de prise en charge représente 211 000 séances en 2004.

La dynamique de l'activité globale de soins de suite et réadaptation étant assurée par l'hospitalisation partielle, c'est aussi ce dernier mode de prise en charge qui explique les évolutions différentes observées entre les secteurs public, privé sous dotation globale et privé hors dotation globale.

Ainsi, l'augmentation de l'hospitalisation partielle est-elle nettement plus élevée dans le secteur public que dans le privé. Elle y est aussi forte qu'en 2003, avec 6,8 % de places supplémentaires (soit une augmentation qui atteint 25 % par rapport à 2001) et un accroissement du nombre de venues légèrement plus important, atteignant +8,1 % en 2004. Les traitements et cures ambulatoires, qui sont moins fréquents dans le secteur public que dans le privé, y augmentent de plus de 50 %, portant de 12 à 18 % la part du secteur public dans ce mode de prise en charge.

Dans les établissements privés sous dotation globale, la progression de l'hospitalisation partielle est plus modérée, avec +3,4 % de places et de venues. Dans les autres établissements privés, si le nombre de venues augmente encore de 1,3 %, le nombre de places reste stable.

Les poids des deux disciplines qui constituent l'activité de soins de suite et de réadaptation sont, toutefois, très différents selon le mode de prise en charge. Les soins de suite représentent en effet l'essentiel de l'hospitalisation complète, avec 70 % des lits et des séjours, alors que la réadaptation fonctionnelle regroupe près de 90 % des places et des venues. Il est à ce titre

intéressant de les considérer de façon distincte.

### **Soins de suite : l'hospitalisation complète se maintient**

L'activité de soins de suite s'effectue essentiellement en hospitalisation complète : elle représente 80 % des séjours, la part des venues en hospitalisation de jour étant cependant en augmentation continue depuis 2000. Contrairement à l'évolution constatée dans le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), l'activité d'hospitalisation complète s'est maintenue pour les soins de suite, le nombre de lits restant identique en 2004 à celui de 2000. Le nombre d'entrées et de journées en hospitalisation complète, qui avait légèrement diminué en 2001 et 2002, reste stable en 2004, comme en 2003. Le taux d'occupation des lits suit cette tendance avec une légère baisse de 87 % en 2000 à 86 % en 2004.

Les hôpitaux publics prennent en charge près de la moitié de l'activité de soins de suite ; ils concentrent 48 % des lits et 45 % des entrées. Dans le secteur privé, les lits se répartissent de façon égale entre les établissements sous dotation globale et les cliniques privées, le nombre d'entrées étant cependant plus élevé dans ces dernières, qui accueillent 31 % des séjours en hospitalisation complète contre 24 % pour le secteur privé sous dotation globale. La durée moyenne de séjour dans les cliniques privées est nettement plus faible que dans le secteur sous dotation globale, avec 30,7 jours contre 33,8 jours et 35,1 jours dans le secteur public. Le taux d'occupation y est également beaucoup plus élevé, dépassant 92 % depuis 2001, alors qu'il est de 83 % dans le privé sous dotation globale et de 84 % dans le public.

### **Réadaptation fonctionnelle : l'activité ambulatoire continue à augmenter**

La réadaptation fonctionnelle, qui constitue l'autre volet du moyen séjour, voit au contraire l'essentiel de son activité exercée en hospitalisation partielle. Les venues en hospitalisation de jour représentent 84 % des séjours, la part de l'hospitalisation partielle atteignant 86 % si l'on tient compte des séances de traitements et cures ambulatoires.

Le nombre de places en hospitalisation de jour continue à augmenter (+2,5 %), au même rythme que le nombre de venues, dont la progression marque cependant un fléchissement par rapport aux deux années précédentes (+2,6 % en 2004, contre +4 % en 2003 et +5,9 % en 2002).

La place du secteur privé est prédominante dans la prise en charge ambulatoire en réadaptation fonctionnelle. Il concentre ainsi 77 % des places et des venues en hospitalisation de jour, la part des établissements privés sous dotation globale étant deux fois plus importante que celle des autres établissements privés (respectivement 55 % et 22 %). Si l'on tient compte des séances de traitements et cures ambulatoires, la part des cliniques privées est un peu plus importante, passant ainsi de 22 % à 26 %. C'est en effet dans ces établissements que s'effectue plus de la moitié des séances.

### **Soins de longue durée : transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « non sanitaires »**

Tous secteurs confondus, l'activité en soins de longue durée, mieux mesurée en nombre de journées d'hospitalisation,

continue à décliner : -3,9 % en 2004 après -3,1 % en 2003 et -3,3 % en 2002. Cette évolution est parallèle à celle des lits d'hospitalisation : -4,1 % en 2004, -2,7 % en 2003, -2,9 % en 2002.

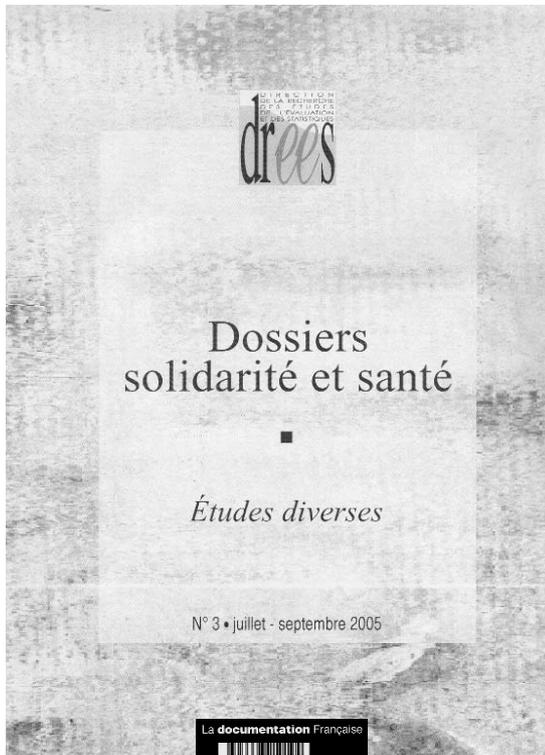
Ce recul s'explique par la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette réforme prévoit notamment la transformation des unités de soins de longue durée (USLD) et des maisons de retraite des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux en EHPAD par la signature de conventions tripartites (établissement, conseil général et agence régionale de l'hospitalisation). La signature de ces conventions s'est accélérée en 2004 dans le secteur public. Ainsi 4 % des lits des USLD ont été fermés en 2004, contre 3 % en 2003 et 2002. Ils ont été transférés pour la plupart dans les établissements médico-sociaux rattachés aux établissements de santé. Dans certains cas, des lits de médecine ou de soins de suite et de réadaptation ont été créés. Nonobstant cette évolution, c'est toujours le secteur public qui réalise l'essentiel des soins de longue durée, et regroupe environ neuf lits sur dix.

Les établissements privés sous dotation globale, qui réalisent près de 9 % des journées d'hospitalisation de longue durée, suivent la même tendance que le secteur public, avec une diminution de 2,8 % des lits et de 1,2 % des journées. Le taux d'occupation des lits atteint 99 % dans ce secteur.

Les diminutions importantes observées pour les autres établissements privés, qui rassemblent une quinzaine d'établissements et ne représentent que 1 % des lits et des journées de soins de longue durée réalisées, s'expliquent par la conversion d'un établissement en EHPAD financé par la dotation globale en 2004. ●

### *Erratum*

À la suite d'un problème matériel sur les pondérations du PMSI lors de l'appariement avec la SAE, les données relatives à l'activité en 2004 ont été amputées d'environ 200 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, réalisés pour la plupart dans les établissements publics. Certaines évolutions publiées étaient donc biaisées. La nouvelle version de cet *Études et Résultats* disponible sur le site de la DREES prend en compte cette correction.



## DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ N° 3 JUILLET - SEPTEMBRE 2005

*A paraître en décembre*

## ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé  
sont diffusés par la Documentation  
Française  
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 70 00

Commande en ligne :  
[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

*Derniers numéros parus :*

- Études diverses  
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé  
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003  
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses  
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :  
avancement et perspectives  
N° 2, avril-juin 2004

*au sommaire de ce numéro*

### L'ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DEPUIS 1980

*Patrick HORUSITZKY*

### LES TRANSFORMATIONS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET LEURS INCIDENCES ÉCONOMIQUES

*Laurent CAUSSAT, Marie HENNION,  
Patrick HORUSITZKY et Christian LOISY*

### LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

*Hervé LELEU, Benoit DERVAUX,  
avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET*

### UN PANORAMA DES MINIMA SOCIAUX EN EUROPE

*Patrick HORUSITZKY, Katia JULIENNE  
et Michèle LELIÈVRE*