



Études et Résultats

N° 691 • mai 2009

L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle

En 2007, 25 millions de séjours en hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés dans les établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et DOM. Ce nombre de séjours est en baisse de 1,0 % par rapport à 2006 mais cette évolution est contrastée selon les disciplines.

En médecine, chirurgie, obstétrique, l'activité en hospitalisation complète, mesurée en nombre d'entrées, diminue légèrement (-0,6 %), comme en 2006. En revanche, l'évolution à la baisse en hospitalisation partielle n'est qu'apparente car elle découle en partie de modifications réglementaires visant notamment à clarifier et harmoniser les règles de codage.

L'activité en soins de suite et de réadaptation poursuit sa hausse (5,8 %), particulièrement en hospitalisation partielle (7,6 %).

La prise en charge de la santé mentale connaît également une évolution similaire à celle de 2006 : baisse de l'hospitalisation complète (-0,6 %) et développement de l'hospitalisation partielle (3,1 %).

L'activité en soins de longue durée poursuit quant à elle une diminution (-1,7 %) associée au transfert de l'activité sanitaire vers le médico-social.

Séverine ARNAULT, Franck EVAIN, Arnaud FIZZALA, Isabelle LEROUX

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



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

EN 2007, les établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et DOM ont enregistré environ 25 millions de séjours en hospitalisation complète ou partielle, soit une baisse de 1,0 % par rapport à 2006 (encadré 1).

Évolution contrastée en hospitalisation partielle

Les venues en hospitalisation partielle ont lieu pour un peu moins de la moitié en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO, dit aussi court séjour). Près de quatre sur dix ont lieu en psychiatrie, et 10 % en soins de suite et de réadaptation (SSR).

En 2007, l'activité en hospitalisation partielle a diminué de 1,6 %, atteignant ainsi 13,3 millions de venues. Cette baisse, observée uniquement en court séjour (-7,7 %), découle en réalité d'une modification du codage de l'activité à la suite de la publication par le ministère de la Santé de deux textes, visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers (encadré 2).

La hausse de l'activité en hospitalisation partielle reste en revanche particulièrement marquée en 2007 en soins de suite et de réadaptation (7,6 %) mais également pour l'activité de psychiatrie (3,1 %), discipline dans laquelle le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète est très ancien (tableau 1).

L'évolution des capacités pour ces deux disciplines est cohérente avec celle de l'activité : +6,8 % en SSR, et une évolution positive mais de moindre ampleur en psychiatrie (1,5 %).

L'hospitalisation complète en légère diminution

L'activité en hospitalisation complète diminue légèrement en 2007, que ce soit en nombre d'entrées (11,7 millions, soit -0,4 %) ou en volume de journées réalisées (131,7 millions, soit -0,4 %). Les capacités correspondantes connaissent une évolution similaire, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminuant de -0,5 % en 2007 pour s'établir à 446 442.

Cette baisse s'observe notamment dans le court séjour (-0,6 % pour les entrées), qui draine près de neuf entrées sur dix pour environ la moitié du nombre total de journées réalisées et des lits disponibles. Les séjours en MCO ont ainsi une durée ne dépassant pas six jours en moyenne, soit des séjours environ cinq fois plus courts que dans les autres disciplines.

En psychiatrie, l'activité diminue dans les mêmes proportions (-0,6 %) mais s'accompagne d'une baisse des capacités très marquée (-1,5 %).

L'activité en soins de longue durée (SLD), mesurée en journées, poursuit sa décrue mais de façon plus ralentie que les années précédentes avec un nombre de journées en baisse de -1,7 %.

En revanche, le moyen séjour (SSR) poursuit la hausse observée les années précédentes en hospitalisation complète : +2,1 % en 2007 concer-

■ TABLEAU 1

Activité et capacités par grands groupes de disciplines en 2007

Hospitalisation complète	Activité		Capacités	
	Nombre d'entrées en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de lits en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en %)
Médecine-chirurgie-obstétrique	10 190	-0,6	226 484	-0,5
Lutte contre les maladies mentales	627	-0,6	56 906	-1,5
Soins de suite et de réadaptation	894	+2,1	95 192	+0,8
Soins de longue durée	36	-4,5	67 860	-1,1
Ensemble	11 747	-0,4	446 442	-0,5
Hospitalisation partielle	Nombre de venues en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de places en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en %)
Médecine-chirurgie-obstétrique	6 122	-7,7	21 621	+6,0
Lutte contre les maladies mentales	5 244	+3,1	27 138	+1,5
Soins de suite et de réadaptation	1 946	+7,6	6 418	+6,8
Ensemble	13 313	-1,6	55 177	+3,8

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2006-2007, données statistiques.

■ TABLEAU 2

Activité et capacités en court séjour en hospitalisation complète

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de journées (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de lits en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en %)
Médecine-chirurgie-obstétrique	10 190	-0,6	59 729	-0,7	226 484	-0,5
établissements publics	6 350	+0,2	41 110	-0,2	150 524	-0,1
établissements privés à but non lucratif	813	-1,4	4 731	-1,6	18 863	-3,0
établissements privés à but lucratif	3 027	-2,0	13 888	-1,9	57 097	-0,9
• dont séjours classés en médecine	5 448	+0,1	33 816	+0,2	115 560	+0,7
établissements publics	4 084	+0,4	26 875	+0,1	94 005	+0,6
établissements privés à but non lucratif	437	-0,4	2 653	0,0	9 474	-0,9
établissements privés à but lucratif	928	-0,8	4 288	+0,6	12 081	+2,6
• dont séjours classés en chirurgie	3 734	-1,3	21 036	-1,8	88 202	-2,1
établissements publics	1 606	-0,2	11 030	-0,9	41 509	-2,1
établissements privés à but non lucratif	304	-1,8	1 722	-3,1	7 923	-3,8
établissements privés à but lucratif	1 824	-2,3	8 283	-2,6	38 770	-1,7
• dont séjours classés en obstétrique	1 008	-1,5	4 877	-2,3	22 722	-0,5
établissements publics	661	+0,1	3 205	-0,5	15 010	+1,3
établissements privés à but non lucratif	73	-5,5	356	-6,0	1 466	-10,6
établissements privés à but lucratif	275	-4,2	1 317	-5,2	6 246	-2,0

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2006-2007, données statistiques.

nant l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) et une augmentation concomitante du nombre de lits (0,8 %).

Médecine, chirurgie et obstétrique

Avec 16,3 millions de séjours réalisés dans les établissements de santé pour l'année 2007, tous modes de prise en charge et toutes disciplines

confondus, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de -3 % par rapport à 2006. Ce repli, à contre-courant de la tendance des dernières années, s'explique par un retournement de l'évolution de l'hospitalisation partielle (-7,7 %), qui était auparavant le moteur de la hausse de l'activité en MCO. Cette baisse n'est toutefois qu'apparente, car elle masque d'importantes modifications administra-

tives dans la prise en compte des séjours dans le recueil du PMSI.

L'hospitalisation complète en légère baisse

Le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue légèrement (-0,6 %) en 2007 (tableau 2). Le volume des journées suit logiquement la même tendance (-0,7 %), tandis que la durée moyenne de séjour (DMS) se réduit faiblement pour la chirurgie et l'obstétrique (tableau 3).

Les évolutions sont toutefois contrastées selon les disciplines. La médecine est ainsi la seule à afficher une quasi-stabilité (0,1 %), tandis que le nombre de séjours à temps complet en chirurgie et en obstétrique est en léger repli (respectivement -1,3 % et -1,5 %). Cette baisse en obstétrique va de pair avec l'évolution des naissances : 816 500 naissances sont enregistrées à l'état civil pour l'année 2007 (données INSEE), soit 1,7 % de moins qu'en 2006, année record.

Au niveau sectoriel, ce sont les établissements privés qui sont principalement touchés par cette légère diminution de l'activité, et ce qu'ils soient à but lucratif (-2 %) ou non (-1,4 %), l'évolution du volume des journées étant du même ordre. Pour les établissements publics, la faible augmentation du nombre de séjours en hospitalisation complète (0,2 %) associée à la tout aussi faible baisse du nombre de journées (-0,2 %) traduisent une certaine stabilité des volumes d'activité.

En regardant sur plus longue période les soins qui sont prodigués dans le cadre d'hospitalisations complètes, certaines dynamiques apparaissent. Au rang des catégories majeures de diagnostics dont le nombre de séjours augmente de manière régulière depuis 2004, figurent les affections du rein et des voies urinaires (6 %), qui ont donné lieu à 343 000 séjours en 2007, celles du sang et des organes hématopoïétiques (20 %, 100 000 séjours), ainsi que les affections des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale (24 %, 197 000 séjours). À l'inverse, les séjours concernant des affections de la

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 2007, en France entière (métropole et DOM), hors services de santé des armées.

- 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 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 2007. Les hôpitaux locaux ont essentiellement une activité de médecine en hospitalisation complète. Toutefois, ils ne représentent que 3 % des lits et des journées de médecine et seulement 1 % des entrées.

- Les capacités des établissements de santé sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréés) et places installés au 31 décembre 2007, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

- Les établissements de santé sont répartis selon leur statut juridique. 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).

TABLEAU 3

Durées moyennes de séjour par discipline en hospitalisation complète

	En jours		
	Durée moyenne de séjour 2006	Durée moyenne de séjour 2007	Évolution 2006 - 2007
Médecine-chirurgie-obstétrique	5,9	5,9	0,0
séjours classés en médecine	6,2	6,2	0,0
séjours classés en chirurgie	5,7	5,6	-0,1
séjours classés en obstétrique	4,9	4,8	-0,1
Lutte contre les maladies mentales	29,6	29,6	0,0
psychiatrie générale	29,9	30,1	+0,2
psychiatrie infanto-juvénile	19,5	18,0	-1,5
Soins de suite et de réadaptation	33,1	32,9	-0,2

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2006-2007, données statistiques.

peau, des tissus sous-cutanés et des seins (-6 %, 294 000 séjours), de l'appareil génital féminin (-7 %, 238 000 séjours), des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche, des dents (-9 %, 256 000 séjours) et de l'œil (-16 %, 189 000 séjours) sont de moins en moins nombreux. Enfin, deux catégories – les affections de l'appareil circulatoire (1 million de séjours) et les grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum (927 000 séjours) – se différencient par une tendance qui était à la progression de 2004 à 2006 mais qui subit un fléchissement en 2007. Pour les grossesses pathologiques, cela

s'explique en grande partie par la baisse du nombre de naissances.

L'hospitalisation partielle : une baisse en trompe l'œil

Après avoir connu un développement considérable au cours des dernières années, l'hospitalisation partielle semble régresser en 2007. Mais cet affaiblissement observé est plus complexe à analyser qu'il n'y paraît. Il est, en effet, étroitement lié à la parution, entre 2006 et 2007, de deux textes de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé) qui visaient à clarifier et uni-

fier les pratiques de codage des séjours entre 2006 et 2007, en ce qui concerne le partage entre hospitalisation partielle, consultation et acte externes d'une part et l'application des forfaits SE d'autre part.

L'évolution de l'hospitalisation partielle sur la période 2006-2007 doit donc être interprétée en tenant compte de ces clarifications réglementaires nécessaires. Le champ concerné par la première circulaire n'est cependant pas suffisamment précis pour permettre le calcul d'une évolution à champ constant. Cette circulaire, qui date du 31 août 2006, est relative aux conditions de facturation d'un GHS

ENCADRÉ 2

Les changements administratifs en 2007 et 2008 et leurs conséquences sur le recueil PMSI - MCO

Évolution de la nomenclature des activités de soin dans le PMSI

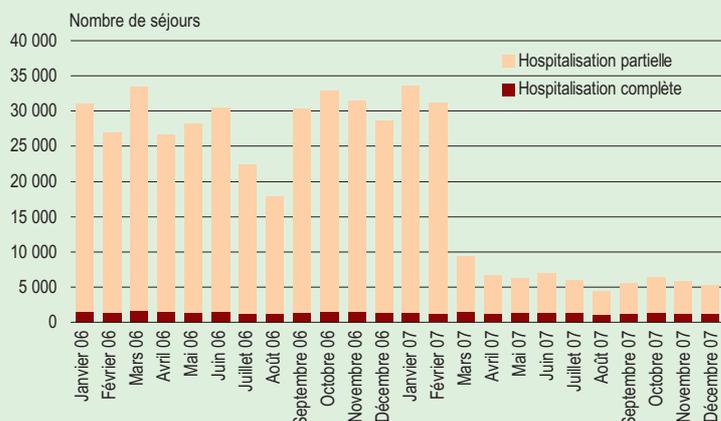
La nomenclature des séjours par activité de soin (médecine, chirurgie, obstétrique) a évolué en 2008, certains séjours (environ 225 000) qui relevaient auparavant de la médecine étant désormais classés en chirurgie. La répartition des séjours 2006 et 2007 par activité de soin a été ici recalculée à l'aide de cette dernière nomenclature, elle est ainsi légèrement différente de celle publiée l'année dernière.

L'impact des textes

Deux textes, l'arrêté sur les forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE) publié le 27 février 2007 et la circulaire sur les actes frontières publiée le 31 août 2006 ont permis d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage de l'activité des établissements en 2006 et 2007. Ainsi, l'arrêté sur les forfaits SE précise que la facturation de ces forfaits (et donc leur retrait du PMSI) est subordonnée à la réalisation de certains actes et à l'utilisation du secteur opératoire ou à la mise en observation du patient. Son impact peut être mis en évidence par exemple pour les séjours d'endoscopies sans anesthésie qui sont explicitement cités dans le texte : la chute brutale du nombre de ces séjours au mois de mars 2007 (graphique 1) confirme l'application effective du texte, daté du 27 février 2007.

Sur des périodes équivalentes (de mars à décembre) pour 2006 et 2007, la baisse de ce type de séjours consécutive à la publication de cet arrêté est de 82 % (220 000 séjours) en hospitalisation partielle. Une grande partie de ces séjours d'endoscopies qui n'apparaissent plus en hospitalisation partielle dans le PMSI se retrouve maintenant dans les nouveaux forfaits SE.

Graphique 1 • Évolution du nombre de séjours d'endoscopies sans anesthésie



Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, PMSI 2006-2007.

La circulaire sur les actes frontières concerne, elle, les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée et celles de moins d'une journée. Il y est mentionné que toute prise en charge d'un patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou actes externes à l'établissement de santé ne doit plus donner lieu à facturation d'un GHS. Pour illustrer son impact, on regarde l'évolution des séjours d'affections de l'ante partum.

Parmi les quelques exemples cités dans cette circulaire, il est en effet indiqué que les monitorages de type « rythme cardiaque fœtal », non suivis d'hospitalisation, n'autorisent plus la facturation d'un GHS. Or, quasiment la moitié des séjours d'affections de l'ante partum donnent lieu, entre autres choses, à ce type de monitoring. La baisse du nombre de ces actes suite à la circulaire d'août 2006 a donc eu pour conséquence logique d'infléchir le nombre de séjours (graphique 2). Sur des périodes comparables (de janvier à août) entre 2006 et 2007, la baisse du nombre d'actes a été de 43 % et celle du nombre de séjours de 37 %.

L'application concrète de ces deux textes semble ainsi expliquer, au moins en partie, l'évolution de l'hospitalisation partielle en 2007 à contre-courant de la tendance des dernières années. Le champ de la circulaire sur les actes frontières n'est cependant pas assez précis pour permettre à ce stade le calcul d'évolutions à champ constant. Le même problème se posera l'année prochaine avec les chiffres 2007-2008, l'arrêté sur les forfaits SE datant de février 2007 et son application étant progressive.

Graphique 2 • Évolution du nombre de séjours « Affection de l'ante partum » et du nombre d'actes « Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus » pratiqués lors de ces séjours



(groupe homogène de séjour) pour les « actes frontières » et a eu pour effet de réduire le nombre de séjours en hospitalisation partielle recueillis dans le PMSI. Le second texte, du 27 février 2007, crée de nouveaux forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE), ce qui entraîne le retrait du PMSI des séjours concernés. Contrairement à la circulaire sur les actes frontières, une liste des actes impliqués est fournie en annexe. Celle-ci permet de calculer une évolution « hors forfaits SE » du nombre de venues en hospitalisation partielle (tableau 4).

La comparaison des évolutions du nombre de venues brutes observées avec celles calculées hors forfaits SE permet de tirer plusieurs enseignements. Tout d'abord, la médecine est l'activité la plus heurtée par ces forfaits SE, puisque sans eux, la baisse observée se résorbe de moitié (elle passe de -10 % à -5,8 %).

A contrario, le fait de travailler hors forfaits SE ne bouleverse pas fondamentalement les résultats observés en obstétrique. Une inflexion marquante et non liée aux textes susmentionnés concerne d'ailleurs les interruptions volontaires de gros-

sesse hospitalisées en forte baisse (-4,8 %), notamment dans le privé (-13,8 %). Ces évolutions sont d'une part dues au transfert vers des IVG médicamenteuses en cabinet de ville ou en consultation externe à l'hôpital, et d'autre part au désengagement progressif des cliniques privées de ce type d'opération.

Le cas de la chirurgie est contrasté, avec d'un côté un secteur public en pleine progression (7 %) et apparemment peu touché par les forfaits SE, et de l'autre un secteur privé avec des évolutions négatives (hors forfaits SE ou non), dont il est difficile de dire si elles s'expliquent par l'impact de la circulaire sur les actes frontières. Sans doute est-ce le cas, puisqu'une analyse de l'évolution de la part de l'ambulatoire dans le traitement de neuf « actes traceurs » (adéno-amygdalectomie, arthroscopie du genou, décompression du canal carpien, etc.) montre qu'à volumes quasi constants, ces actes chirurgicaux continuent à se pratiquer de plus en plus en hospitalisation partielle au détriment de l'hospitalisation complète, que ce soit dans le public ou le privé.

D'une manière générale, le texte sur les forfaits SE a eu davantage d'impact sur les établissements privés (et *a fortiori* ceux à but lucratif) que sur les établissements publics. Ceci est principalement dû au fait qu'ils ont une palette d'activités beaucoup plus concernée par cette directive mais aussi, dans une moindre mesure, qu'ils se sont adaptés plus rapidement aux nouvelles règles comme le montre une analyse mensuelle de l'activité.

Lutte contre les maladies mentales

La prise en charge des patients en psychiatrie se décline suivant les lieux d'hospitalisation selon plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet¹. Cette dernière 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 et l'hospitalisation de nuit qui sont

1. Les prises en charge en ambulatoire désignent 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 CATT et en atelier thérapeutique. Les prises en charge à temps complet sont l'hospitalisation à temps plein, les séjours thérapeutiques, l'hospitalisation à domicile, le placement familial thérapeutique, les appartements thérapeutiques, les centres de postcure et les centres de crise.

ENCADRÉ 3

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 4) : 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).

TABLEAU 4

Activité et capacités en court séjour en hospitalisation partielle

	Activité			Capacités	
	Nombre de venues en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Évolution 2006 - 2007 hors forfaits SE* (en %)	Nombre de places en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en %)
Médecine-chirurgie-obstétrique	6 122	-7,7	-4,5	21 611	+5,9
établissements publics	2 845	-4,2	-3,9	10 226	+9,2
établissements privés à but non lucratif	449	-10,0	-6,5	2 180	+7,4
établissements privés à but lucratif	2 828	-10,6	-4,7	9 205	+2,3
• dont séjours classés en médecine	3 820	-10,0	-5,8	10 030	+6,7
établissements publics	2 144	-6,3	-6,0	7 003	+7,3
établissements privés à but non lucratif	279	-13,4	-8,9	1 180	+8,0
établissements privés à but lucratif	1 397	-14,4	-4,9	1 847	+3,6
• dont séjours classés en chirurgie	1 972	-2,0	-0,7	10 600	+5,9
établissements publics	456	+7,0	+7,0	2 304	+19,3
établissements privés à but non lucratif	154	-2,7	-1,1	974	+7,2
établissements privés à but lucratif	1 361	-4,6	-3,0	7 322	+2,1
• dont séjours classés en obstétrique	331	-12,2	-9,8	981	-0,1
établissements publics	246	-3,7	-2,5	919	+1,1
établissements privés à but non lucratif	15	-15,6	-13,5	26	-3,7
établissements privés à but lucratif	70	-32,4	-27,9	36	-21,7

* Sont ici ôtés, pour 2006 et 2007, les séjours constitués uniquement d'actes conduisant à facturer un forfait « sécurité-environnement hospitalier ». Cela conduit à enlever 390 000 venues en 2006 et 159 000 en 2007.

Champ • France entière.

Sources • DHOS et DREES, SAE et PMSI 2006-2007, données statistiques.

désignées ici par le terme hospitalisation partielle.

Sont distinguées la psychiatrie générale consacrée aux soins des adultes de plus de 16 ans et la psychiatrie infanto-juvénile, en charge des enfants et adolescents. Cette dernière se caractérise par un poids beaucoup plus important de l'hospitalisation à temps partiel que la psychiatrie adulte. En effet, seules 4 % des entrées en hospitalisation complète relèvent de l'infanto-juvénile contre 29 % 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 comme les capacités à temps plein en psychiatrie générale sont toujours à la baisse. En effet, le nombre d'entrées atteint 603 000, soit une diminution de 0,9 % par rapport à 2006. De même, le nombre de journées d'hospitalisation est de 18,2 millions, ce qui correspond à une légère baisse de 0,4 %, tous types d'établissements confondus. Parallèlement, la diminution du nombre de lits s'amplifie (-1,6 %). Toutefois, cette tendance générale pour l'hospitalisation complète, qui se vérifie dans le secteur public ne se retrouve pas dans le secteur non lucratif et les cliniques privées, qui représentent un tiers des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie générale (tableau 5). En effet, les établissements privés à but non lucratif ou lucratif voient leurs capacités et activité augmenter (respectivement +1,7 % et +0,7 % de lits, +4,2 % et +0,3 % d'entrées et +0,9 % et +0,7 % de journées).

La durée moyenne de séjour reste relativement stable autour de 30 jours. Toutefois, les durées moyennes de séjour sont beaucoup plus élevées dans les établissements privés que dans les publics (35,2 et 36,1 dans le privé lucratif et non lucratif contre 27,9 jours dans le secteur public). De plus, dans les établissements privés à but non lucratif, le nombre de jour-

nées d'hospitalisation augmentant moins que le nombre d'entrées et de lits, cette durée moyenne de séjour est à la baisse.

La modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel de 2003², qui a permis le développement de ce type d'alternative à l'hospitalisation complète, est très perceptible dans l'évolution des

capacités et de l'activité d'hospitalisation partielle depuis 2004. En effet, une hausse du nombre de places et de venues est observable depuis. En 2007, celle-ci est particulièrement forte, essentiellement dans le secteur privé. Ainsi, tous types d'établissement confondus, le nombre de places croît de 1,4 % et le nombre de venues de 5 % (tableau 6).

■ TABLEAU 5

Activité et capacités en hospitalisation complète hors court séjour

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de journées (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de lits en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en %)
Lutte contre les maladies mentales	627	-0,6	18 580	-0,4	56 906	-1,5
établissements publics	449	-1,5	12 322	-0,9	38 308	-2,9
établissements privés à but non lucratif	66	+5,0	2 339	+0,7	7 574	+2,1
établissements privés à but lucratif	112	+0,3	3 918	+0,8	11 024	+0,9
• dont psychiatrie générale	603	-0,9	18 151	-0,4	54 832	-1,6
établissements publics	430	-2,0	11 996	-1,0	36 684	-2,8
établissements privés à but non lucratif	63	+4,2	2 261	+0,9	7 205	+1,7
établissements privés à but lucratif	111	+0,3	3 894	+0,7	10 943	+0,7
• dont psychiatrie infanto-juvénile	24	+9,6	429	+1,0	2 074	-0,4
établissements publics	20	+8,3	326	+1,3	1 624	-3,4
établissements privés à but non lucratif	3	+23,8	78	-5,3	369	+9,8
établissements privés à but lucratif	1	-3,7	25	+22,2	81	+22,7
Soins de suite et réadaptation	894	+2,1	29 378	+1,4	95 192	+0,8
établissements publics	360	+2,3	12 074	+1,0	39 649	+0,9
établissements privés à but non lucratif	260	-0,2	8 820	+0,2	30 192	-1,0
établissements privés à but lucratif	274	+4,1	8 483	+3,4	25 351	+2,8
Soins de longue durée	36	-4,5	24 052	-1,7	67 860	-1,1
établissements publics	33	-4,3	21 881	-1,3	61 586	-0,8
établissements privés à but non lucratif	3	-7,5	1 898	-4,0	5 339	-4,2
établissements privés à but lucratif	1	-0,8	273	-14,2	935	+1,1

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

■ TABLEAU 6

Activité et capacités en hospitalisation partielle hors court séjour

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2007 (en milliers)	Évolution 2006 - 2007 (en %)	Nombre de places en 2007	Évolution 2006 - 2007 (en milliers)
Lutte contre les maladies mentales	5 244	+3,1	27 138	+1,5
établissements publics	4 121	+2,6	21 906	+0,7
établissements privés à but non lucratif	1 005	+2,8	4 764	+2,9
établissements privés à but lucratif	118	+30,5	468	+37,6
• dont psychiatrie générale	3 726	+5,0	18 045	+1,4
établissements publics	2 955	+4,6	14 510	+0,7
établissements privés à but non lucratif	658	+3,5	3 115	+1,9
établissements privés à but lucratif	113	+28,2	420	+27,7
• dont psychiatrie infanto-juvénile	1 519	-1,2	9 093	+1,8
établissements publics	1 166	-2,2	7 396	+0,7
établissements privés à but non lucratif	348	+1,4	1 649	+4,8
établissements privés à but lucratif	5	-	48	-
Soins de suite et réadaptation	1 946	+7,6	6 418	+6,8
établissements publics	500	+7,7	1 616	+7,6
établissements privés à but non lucratif	929	+5,7	3 230	+4,4
établissements privés à but lucratif	517	+11,1	1 572	+11,2

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.

2. 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.

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 (81 % des capacités et de l'activité) ; elle est marginale dans le secteur lucratif. Cette discipline est caractérisée par une hausse de l'activité à temps plein

sans évolution similaire des capacités d'hospitalisation. En effet, le nombre d'entrées a fortement augmenté cette année encore (9,6 %) atteignant ainsi 24 000 tandis que le nombre de lits est relativement stable en 2007. En conséquence, la durée moyenne de séjour continue à baisser pour atteindre 18 jours, tous types d'établissements confondus.

Le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa croissance (1,8 %) alors que le nombre de venues enregistre une légère baisse : -1,2 %.

Soins de suite et de réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé augmente depuis plusieurs années quel que soit le mode d'hospitalisation : 2,8 millions de séjours ont ainsi été enregistrés en 2007, soit une hausse de 5,8 %. Cette activité représente 22 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 15 % des venues en hospitalisation partielle. Elle se décompose en deux activités :

- La réadaptation fonctionnelle, essentiellement prise en charge en hospitalisation partielle, comprend des disciplines d'équipement telles que la réadaptation fonctionnelle cardiaque ou respiratoire, la médecine physique et de réadaptation (MPR) et les autres types de rééducation fonctionnelle.

- Les soins de suite, essentiellement pris en charge en hospitalisation complète, comprennent les disciplines d'équipement telles que cures thermales avec hospitalisation, cures médicales spécialisées pour les enfants, réadaptation fonctionnelle et convalescence pour personnes âgées, etc.

Les récents décrets d'avril 2008 concernant la discipline de SSR³ indiquent que les soins de suite d'une part et la réadaptation fonctionnelle d'autre part ne seront plus différenciés en termes d'autorisation. Ils se déclineront en spécialités et en type de public (général et enfants).

Hausse d'activité importante en hospitalisation partielle

Conformément à la tendance observée depuis plusieurs années, le nombre de venues en SSR a fortement augmenté (7,6 %) pour atteindre plus de 1,9 million en 2007. C'est dans les cliniques privées que la hausse d'activité en hospitalisation partielle est la plus marquée (11,1 %), suivie de celle observée dans les établissements publics (7,7 %). Les établissements privés à

3. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

ENCADRÉ 4

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 terminés 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 • 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, 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 nouveau-nés restés près de leur mère et le seuil retenu pour l'hospitalisation complète est d'un jour (concepts SAE).

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

but non lucratif, dans lesquels ont lieu la moitié des venues en SSR, voient quant à eux leur activité en hospitalisation partielle augmenter de 5,7 %.

Le nombre de places en SSR par type d'établissement a suivi des évolutions du même ordre, pour atteindre, sur l'ensemble des établissements 6 400 fin 2007.

Hausse d'activité moins prononcée en hospitalisation complète

En hospitalisation complète, 29,4 millions de journées ont été enregistrées en 2007, soit une hausse de 1,4 %. Le nombre d'entrées a augmenté un peu plus (2,1 %) atteignant 894 000. Ainsi, la durée moyenne de séjour diminue légèrement passant de 33,1 jours à 32,9.

Comme pour l'hospitalisation partielle, c'est dans les cliniques privées que la hausse d'activité est la plus forte (+3,4 % pour les journées et +4,1 % pour les entrées). L'activité des établissements publics augmente également mais dans une moindre mesure (1,0 % pour les journées et 2,3 % pour les entrées). Enfin, les établissements privés à but non lucratif affichent une stabilisation de leur activité en 2007, aussi bien en termes de journées que d'entrées.

L'activité de SSR en hospitalisation complète se partage de façon relativement équilibrée entre les dif-

férents types d'établissements : 41 % des journées ont lieu dans les établissements publics, 30 % dans les établissements privés à but non lucratif et 29 % dans les cliniques privées.

Les séjours apparaissent globalement plus longs dans les établissements publics et privés à but non lucratif (DMS de respectivement 33,5 et 33,9 jours) que dans les cliniques privées (DMS de 31,0 jours).

Le Plan « urgences », initié en septembre 2003, prévoyait la mise en place, par création ou transformation, de 15 000 lits en soins de suite en cinq ans. Pourtant, le nombre de lits de SSR enregistre une hausse relativement faible entre 2004 et 2007 avec environ 3 000 lits supplémentaires, pour atteindre 95 000 lits fin 2007. Les taux d'occupation ont ainsi mécaniquement augmenté. Ces derniers sont plus élevés dans les cliniques privées (93,1 %) que dans les établissements publics (85,9 %) et les établissements privés à but non lucratif (81,5 %).

Soins de longue durée

Poursuite du glissement de l'activité vers le domaine non sanitaire

L'activité en soins de longue durée (SLD) prend en charge des patients non autonomes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

La prise en charge dans cette activité se fait donc uniquement en hospi-

talisation 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.

La diminution observée depuis plusieurs années en SLD se poursuit en 2007 mais de façon nettement ralentie. Ainsi, le nombre de journées d'hospitalisation réalisées en SLD diminue depuis 2002. Autour de -3 % par an entre 2002 et 2004, la baisse s'est ensuite accélérée pour atteindre -5 % en 2005 et 2006. En 2007, le nombre de journées ne diminue que de -1,7 %, s'établissant à 24 millions. Les capacités suivent le même mouvement, passant de 82 000 lits en 2002 à 68 000 en 2007, avec une baisse ralentie en 2007. La longueur des séjours et la faible rotation des patients expliquent un taux d'occupation plus élevé (97,4 %) que dans les autres disciplines (tableau 7).

Comme les années précédentes, ce recul de l'activité et des capacités s'explique par la mise en œuvre des réformes concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces réformes sont à l'origine de plusieurs transformations d'unités de soins de longue durée en EHPAD. Ainsi, les lits de soins de longue durée de ces unités sont « transférés » du domaine sanitaire au domaine médico-social, qui n'est pas pris en compte dans cette étude. Ces transformations se sont normalement achevées fin 2007, ce qui explique le ralentissement observé.

L'activité de soins de longue durée est essentiellement 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. Le nombre de journées réalisées est en baisse de -1,3 % dans les établissements publics, de -4,0 % dans les établissements privés à but non lucratif et de -14,2 % dans les cliniques privées.

■ TABLEAU 7

Taux d'occupation par discipline en hospitalisation complète

En %

	Taux d'occupation 2006	Taux d'occupation 2007	Évolution 2006 - 2007
Médecine-chirurgie-obstétrique	76,5	76,4	-0,1
Médecine	83,5	84,1	+0,6
Chirurgie	68,8	67,8	-1,0
Gynéco-obstétrique	72,1	71,1	-1,0
Lutte contre les maladies mentales	88,9	89,4	+0,5
psychiatrie générale	90,0	90,5	+0,5
psychiatrie infanto-juvénile	58,8	59,4	+0,6
Soins de suite et de réadaptation	85,8	86,4	+0,7
Soins de longue durée	97,9	97,4	-0,5

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2006-2007, données statistiques.