



# Études et Résultats

N° 716 • février 2010 (version actualisée)

## L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle

Avec 25 millions de séjours en 2008, l'activité en hospitalisation complète ou partielle est en hausse de 1,0% par rapport à 2007. En revanche les capacités exprimées en nombre de lits et place, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, sont en légère diminution (-1,0% par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mesurée en nombre d'entrées et de venues, est en très légère hausse (+ 0,5% environ). À champ constant, l'hospitalisation partielle est toutefois plus dynamique que l'hospitalisation complète (+ 1,9% par rapport à 2007), en lien avec la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire.

En psychiatrie générale la baisse de l'activité en hospitalisation complète observée ces dernières années se confirme en 2008 (-1,6%). En revanche, en hospitalisation partielle, l'activité semble se stabiliser (+ 0,3%) après plusieurs années de hausse.

Pour l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR), plus de trois millions d'entrées sont enregistrées en 2008, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de 6,7% par rapport à 2007.

La diminution de l'activité en soins de longue durée (SLD) qui s'accélère (-8,5%) résulte d'un transfert de l'activité sanitaire vers le médico social.

**Séverine ARNAULT, Franck EVAIN, Élodie KRANKLADER et 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 du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État  
Ministère de la Santé et des Sports

**E**N 2008, les établissements de santé publics et privés situés en France ont enregistré un peu plus de 25 millions d'entrées et venues en hospitalisation complète ou partielle, soit une hausse de 1,0% par rapport à 2007, à champ constant (cf. précisions et encadrés 1 et 2).

### Évolution en hospitalisation partielle contrastée selon les disciplines

En 2008, l'activité en hospitalisation partielle a augmenté de 1,5%, à champ comparable avec 2007, atteignant ainsi 13,2 millions de venues contre 13,0 millions en 2007.

La moitié des venues en hospitalisation partielle ont lieu en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO, dit aussi court séjour), près de quatre sur dix ont lieu en psychiatrie, et seulement une sur dix relève des soins de suite et de réadaptation (SSR).

La hausse du nombre de venues enregistrées entre 2007 et 2008 est essentiellement portée par les soins de suite et de réadaptation (+8,7%) tandis que l'activité en hospitalisation partielle est relativement stable en psychiatrie (-0,1%) et en court séjour (+0,5%) (tableau 1). Pour cette dernière discipline, l'évolution doit toutefois être interprétée avec précaution car une modification du codage de certaines activités est intervenue en 2007 à la suite de la publication par le ministère de la Santé de deux textes, visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers entre hospitalisation partielle et consultations externes.

1. Les séjours suivis de décès et de transferts immédiats, auparavant classés en hospitalisation partielle, sont désormais classés en hospitalisation complète. Cela concerne environ 125 000 séjours qui basculent en 2007 de l'hospitalisation partielle vers l'hospitalisation complète. Les répartitions des années précédentes ayant été recalculées selon ce critère, les évolutions présentées sont bien calculées à « règles constantes ».

2. Les naissances d'enfants nés vivants hors établissements de santé (domicile, maison de naissance...) sont, en forte augmentation en 2008 : 9 000 naissances contre 7 400 en 2007.

#### Précisions

Attention ! Les chiffres publiés au titre de l'année 2007 dans « l'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », *Études et résultats* n° 691, ne se retrouvent pas rigoureusement dans cette publication. Quelques modifications minimales, qui représentent 1 à 2% des volumes, ont en effet été opérées. Concernant les données de court séjour, les séjours suivis de décès et de transferts immédiats, auparavant classés en hospitalisation partielle, sont désormais classés en hospitalisation complète dans le PMSI ; de ce fait, 125 000 séjours changent de catégorie en 2007.

Concernant les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie, les modifications sont dues à des redressements complémentaires des données, effectués au regard des chiffres 2008.

Les données 2007 à prendre en compte sont donc celles indiquées dans le tableau 1 et dans les tableaux téléchargeables sur le site de la DREES.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, avec 58 500 places en hospitalisation partielle, les capacités augmentent de 5% par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2008. De façon cohérente avec la croissance de l'activité, les capacités augmentent de 7,4% en SSR ; elles sont plus dynamiques que l'activité en MCO (+7,7%) et dans une moindre mesure en psychiatrie (+2,1%).

### Légère baisse du nombre de journées en hospitalisation complète

À champ comparable avec 2007, l'activité en hospitalisation complète augmente légèrement en 2008 avec 11,9 millions d'entrées (+0,5% par rapport à 2007) mais baisse en volume avec 130,4 millions de journées réalisées (-1,2% par rapport à 2007).

Cette diminution du nombre de journées est essentiellement le fait des soins de longue durée (SLD), pour lesquels la contraction de l'activité observée depuis plusieurs années s'accélère, le nombre de journées réalisées baissant de 8,5% en 2008. Le court séjour présente un nombre d'entrées en très légère augmentation (+0,4%), un volume de journées réalisées quasiment stable et des capacités en baisse (-1,4%). Le court séjour représente neuf entrées sur dix pour environ la moitié du nombre total de journées réalisées et de lits disponibles. La durée des séjours en MCO ne dépasse pas six jours en moyenne, soit des durées environ cinq fois plus courtes que dans les autres disciplines.

Au total, l'ensemble des capacités correspondantes en hospitalisation complète est en baisse de 1,7% en 2008 avec 440 243 lits. La baisse s'observe dans toutes les disciplines, à l'exception du SSR.

### Médecine, chirurgie et obstétrique

Avec 16,3 millions de séjours réalisés dans les établissements de santé pour l'année 2008 tous modes de prise en charge et toutes disciplines confondus, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) semble se stabiliser. En 2007, l'activité de court séjour enregistrait une baisse apparente découlant d'une modification des pratiques de codage

de l'activité à la suite de la publication de deux textes visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers entre hospitalisation partielle et consultations externes. La mise en œuvre progressive de ces textes et notamment de l'arrêté relatif aux forfaits sécurité environnement (SE) à partir du mois de mars 2007 affecte également l'évolution 2007-2008, mais l'impact est bien moindre que l'année précédente.

### L'hospitalisation complète en MCO est stable

L'activité d'hospitalisation complète<sup>1</sup> est globalement stable (tableau 2), avec un nombre de séjours en très légère hausse (+0,4%) et un nombre de journées en très légère baisse (-0,2%). Corrélativement, la durée de séjour est de 5,8 jours en 2008, comme en 2007. Les capacités, mesurées par le nombre de lits en MCO, enregistrent en revanche une baisse (-1,4%).

Par discipline, l'évolution est plus disparate. Le nombre de séjours à temps complet augmente de 1,8% en médecine, diminue de 1,7% en chirurgie et reste stable en obstétrique (+0,3%).

Dans le sous-ensemble de l'activité obstétricale, les accouchements sont plus nombreux en 2008 (+0,7%), de façon cohérente avec l'évolution du nombre de naissances d'enfants nés vivants dans un établissement de santé<sup>2</sup> enregistrées à l'état civil : +0,9% (bilans démographiques 2007 et 2008, Insee).

En médecine, la hausse est portée par le secteur public, dont les entrées sont en augmentation de 2% par rapport à 2007. Cette hausse de l'activité de médecine réalisée par le secteur public est à l'œuvre depuis de nombreuses années (+1,6% en moyenne annuelle depuis 2004). Parmi les catégories majeures de diagnostics particulièrement concernées figurent les affections de l'appareil respiratoire, qui ont donné lieu à 420 000 séjours médicaux dans le secteur public en 2008 (+1,8% par an depuis 2004), et plus encore les affections des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale (156 000 séjours en 2008, +7% par an depuis 2004). La tendance est inverse dans le secteur privé à but lucratif, où le nombre de séjours médicaux dimi-

nue de 1,5 % en moyenne annuelle depuis 2004. Avec une baisse de 0,4 % au cours de l'année 2008, cette évolution marque un ralentissement.

En chirurgie, la baisse est portée en revanche par le secteur privé avec une diminution du nombre de séjours dans les établissements privés à but lucratif qui se poursuit (-4 % entre 2007 et 2008, -3,8 % en moyenne annuelle depuis 2004). L'activité recule notamment pour les affections de l'appareil circulatoire (-5,5 % par an depuis 2004) et du tube digestif (-3,7 % par an), qui ont respectivement donné lieu à 111 000 et 220 000 séjours chirurgicaux dans le secteur privé à but lucratif. Ces deux catégories ont la particularité d'avoir connu *a contrario*, des évolutions positives dans le secteur public de 2004 à 2008 (respectivement +1,5 % et +0,7 % par an). Dans le secteur public, le nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète est globalement stable depuis 2004 (+0,4 % en moyenne annuelle) et l'année 2008 confirme cette constance (+0,2 %).

### L'hospitalisation partielle repart à la hausse

Jusqu'en 2006, l'hospitalisation partielle a connu un développement considérable (+8 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2006). En 2007, les modifications du codage des prises en charge – liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits sécurité environnement (SE) (encadré 3) – ont eu pour effet de conduire à une baisse apparente très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006 (-7,7 %), au profit notamment des consultations externes, qui ne figurent pas dans le champ de l'étude. En 2008, on constate une stabilisation de l'hospitalisation partielle par rapport à 2007. Cependant, les deux premiers mois de l'année 2007 étant antérieurs à l'arrêté sur les forfaits SE, la comparaison ne se fait pas à champ totalement constant d'une année sur l'autre. Grâce à la liste des actes impliqués fournie en annexe de cet arrêté, il est toutefois possible de calculer une évolution entre 2007 et 2008 du nombre de venues en hospitalisation partielle, hors forfaits SE, c'est-à-dire en ôtant pour les deux années les séjours constitués unique-

## ENCADRÉ 1

### Champ de l'étude et principales définitions

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés dans cette étude correspond aux activités et capacités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé (domaine sanitaire) ayant fonctionné au cours de l'année 2008, en France entière (métropole et DOM), hors service de santé des armées. L'activité des établissements médico-sociaux et les prises en charge à domicile sont donc exclues.

- **L'activité hospitalière** est mesurée en nombre de séjours en hospitalisation complète et partielle et en journées. Ne sont comprises ni les prestations réalisées pour des patients externes comme les passages aux urgences, les consultations, les traitements et les cures ambulatoires, ni les actes d'imagerie ou de biologie. 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 2008. Toutefois, ils ne représentent que 3 % des lits et des journées de médecine et seulement 1 % des entrées. L'activité mesurée en nombre de journées est ici assimilée à une approche en volume. Il faut signaler toutefois qu'une autre approche est retenue par les Comptes de la santé par exemple dont les objectifs sont différents. Ces derniers cherchent d'abord à retracer les dépenses en valeur et un partage volume/prix est ensuite estimé à partir de l'évolution du coût des facteurs de production ou des tarifs facturés. Des travaux méthodologiques en cours à la DREES s'efforcent de mieux articuler ces diverses approches.

- **Les capacités** des établissements de santé sont mesurées en nombre de lits (dont les berceaux et couveuses agréés) et places installés au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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 »).

**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 2) : 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 commenté dans cette étude correspond aux entrées en hospitalisation complète et aux venues en hospitalisation partielle.

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

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

## TABLEAU 1

### Activité et capacités par grands groupes de disciplines en 2007 et 2008

	Activité			Capacités		
	Nombre d'entrées en 2007 en milliers	Nombre d'entrées en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de lits en 2007	Nombre de lits en 2008	Évolution 2007-2008 en %
<b>Hospitalisation complète</b>						
Médecine chirurgie obstétrique	10 314	10 352	+ 0,4	226 484	223 343	- 1,4
Lutte contre les maladies mentales	627	623	- 0,6	57 420	57 141	- 0,5
Soins de suite et de réadaptation	909	931	+ 2,4	96 279	97 940	+ 1,7
Soins de longue durée	36	34	- 4,4	67 860	61 819	- 8,9
<b>Ensemble</b>	<b>11 886</b>	<b>11 941</b>	<b>+ 0,5</b>	<b>448 043</b>	<b>440 243</b>	<b>- 1,7</b>
<b>Hospitalisation partielle</b>						
	Nombre de venues en 2007 en milliers	Nombre de venues en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de places en 2007	Nombre de places en 2008	Évolution 2007-2008 en %
Médecine chirurgie obstétrique	5 967	5 994	+ 0,5	21 611	23 280	+ 7,7
Lutte contre les maladies mentales	5 158	5 155	- 0,1	27 138	27 715	+ 2,1
Soins de suite et de réadaptation	1 926	2 094	+ 8,7	6 983	7 500	+ 7,4
<b>Ensemble</b>	<b>13 050</b>	<b>13 243</b>	<b>+ 1,5</b>	<b>55 732</b>	<b>58 495</b>	<b>+ 5,0</b>

Attention ! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. *précisions* pour plus de détails.

Champ • France entière.

Sources • DREES-DHOS, SAE et PMSI 2007-2008, données statistiques.

ment d'actes appartenant à cette liste. Hors forfaits SE, l'hospitalisation partielle progresse (+1,9%) entre 2007 et 2008 (tableau 3).

Cette hausse est uniquement due à l'activité de chirurgie ambulatoire (+5,9%), puisque la médecine est stable et l'obstétrique en baisse (-1,8%). La chirurgie ambulatoire est notamment en plein essor dans les secteurs public (+13,6%) et privé à but non lucratif (+11,4%), qui gagnent des parts de marché sur le secteur privé à but lucratif (+2,7%), même si celui-ci reste toujours très largement majoritaire pour l'hospitalisation partielle en chirurgie, dont il accueille 67% des séjours. Les capacités, mesurées en nombre de places pour l'hospitalisation partielle, évoluent plus rapidement que l'activité. Toutes disciplines et tous secteurs confondus, la progression des places MCO en hospitalisation partielle est en effet de 7,7% entre 2007 et 2008. La plus forte hausse s'observe là encore du côté du secteur public en chirurgie, où le nombre de places augmente de 18,5%.

### Lutte contre les maladies mentales

La prise en charge des patients en psychiatrie est assurée suivant les lieux d'hospitalisation selon plusieurs modes : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet<sup>3</sup>. S'agissant de la prise en charge à temps complet, c'est l'hospitalisation à temps plein (hospitalisation complète) qui est étudiée ici. Par ailleurs, s'agissant de l'hospitalisation partielle, ce sont uniquement l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit qui sont traitées ici.

Sont distinguées, par ailleurs, 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 5% des entrées en hospitalisation complète relèvent de l'infanto-juvénile contre 30% des venues en hospitalisation partielle. Compte tenu de leurs évolutions distinctes, ces deux branches de la discipline sont abordées séparément.

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

Depuis une trentaine d'années, en hospitalisation complète, l'activité

hospitalière comme les capacités en psychiatrie générale ne cessent de se contracter. Depuis 2000, les nombres de lits, de journées et d'entrées ont respectivement diminué de 9%, 5% et 3%. Cette tendance ne se dément

#### ENCADRÉ 2

### La SAE et le PMSI, deux sources complémentaires

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 dont les données sont collectées par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 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. Au sein de chaque discipline, les séjours sont répartis dans des groupes homogènes de malades (GHM), selon une classification dont on utilise la version 10 pour cette étude.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 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). Alors que le PMSI recense les séjours enregistrés tout au long de l'année 2008, la SAE est une photographie de ces facteurs de production prise au 1<sup>er</sup> janvier 2009, et de l'activité réalisée au cours de l'année écoulée.

Le PMSI et la SAE sont utilisés seuls ou complémentirement selon la discipline et le type de données étudiées.

Pour l'activité de court séjour (MCO), les données sont calculées à partir du PMSI. Toutefois, quelques établissements étant absents de cette base, la SAE est utilisée pour redresser l'activité globale, ce qui permet d'obtenir une base PMSI dite « statistique ». De manière symétrique, les capacités d'accueil et les taux d'occupation – qui ne figurent pas dans le PMSI – sont calculés à partir de la SAE. Pour redresser les données des quelques établissements non-répondants à la SAE, les données d'activité du PMSI sont utilisées, ce qui permet là aussi d'obtenir une base SAE dite « statistique ». L'utilisation conjointe de ces deux sources permet ainsi d'améliorer la qualité des résultats et de disposer de bases complètes utilisables à des fins d'études.

Pour décrire l'activité en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée, les données proviennent exclusivement de la SAE.

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

SAE	PMSI - MCO
<b>Classification des séjours</b>	
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 <i>chirurgical</i> lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, <i>médical</i> si le lit est catalogué en médecine, et <i>obstétrique</i> si la patiente est hospitalisée en gynécologie-obstétrique. La SAE mesure les séjours <i>commencés</i> dans l'année.	Le PMSI décrit les prestations délivrées au patient. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic obstétrique, il sera classé en <i>obstétrique</i> ; l'affectation se fera en séjour <i>chirurgical</i> 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 <i>médical</i> . Le PMSI recense les séjours <i>terminés</i> dans l'année.

### 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 l'hospitalisation partielle concerne les séjours sans nuitée (concepts SAE). En revanche, conformément au PMSI, les séjours décrits sont ceux terminés dans l'année.

3. Les prises en charge en ambulatoire désignent l'accueil et les soins prodigués en centre médico-psychologique (CMP) 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 centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATP) 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.

pas en 2008. En effet, le nombre d'entrées atteint 593 000, soit une diminution de 1,6% par rapport à 2007. Le nombre de journées d'hospitalisation reste de 18,2 millions, tous types d'établissements confondus. Paral-

èlement, le nombre de lits décroît encore un peu (-0,5%). Cette tendance générale pour l'hospitalisation complète, se vérifie dans le secteur public et le secteur non lucratif, mais ne se retrouve pas dans le secteur des

cliniques privées, qui représentent 20% des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie générale. En effet, tout comme en 2007, les établissements privés à but lucratif voient leur activité augmenter légèrement (avec +0,8% d'entrées et +0,4% de journées) (tableau 4).

La durée moyenne de séjour reste relativement stable autour de 30 jours. Toutefois, les durées moyennes de séjour sont plus élevées dans les établissements privés que dans les publics (35 jours dans le privé lucratif et 36,9 dans le non lucratif contre 28,5 jours dans le secteur public).

La modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel en 2003<sup>4</sup> a permis le développement de ce type d'alternative à l'hospitalisation complète, très visible dans l'évolution des capacités et de l'activité d'hospitalisation partielle. En effet, une hausse annuelle significative du nombre de places (+5%) et de venues (+7%) est observable depuis. En 2008, celle du nombre de places est encore sensible, et particulièrement marquée dans les établissements privés à but lucratif (quasiment +29%). En ce qui concerne le nombre de venues, c'est également le secteur privé à but lucratif qui enregistre une croissance exceptionnelle (+46%), alors que l'activité semble

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

■ TABLEAU 2

### Activité et capacités en court séjour en hospitalisation complète

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de journées en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de lits en 2008	Évolution 2007-2008 en %
<b>Médecine chirurgie obstétrique établissements</b>	<b>10 352</b>	<b>+0,4</b>	<b>59 753</b>	<b>-0,2</b>	<b>223 343</b>	<b>-1,4</b>
publics	6 549	+1,5	41 407	+0,5	149 063	-1,0
privés à but non lucratif	847	+3,1	4 830	+1,9	18 495	-2,0
privés à but lucratif	2 957	-2,8	13 516	-2,8	55 785	-2,3
<b>dont séjours classés en médecine</b>	<b>5 650</b>	<b>+1,8</b>	<b>34 223</b>	<b>+0,9</b>	<b>115 068</b>	<b>-0,4</b>
publics	4 259	+2,0	27 182	+0,8	93 843	-0,2
privés à but non lucratif	461	+4,2	2 732	+2,7	9 434	-0,4
privés à but lucratif	929	-0,4	4 309	+0,3	11 791	-2,4
<b>dont séjours classés en chirurgie</b>	<b>3 690</b>	<b>-1,7</b>	<b>20 683</b>	<b>-1,8</b>	<b>86 057</b>	<b>-2,4</b>
publics	1 619	+0,2	11 003	-0,4	40 378	-2,7
privés à but non lucratif	310	+1,5	1 736	+0,7	7 604	-4,0
privés à but lucratif	1 760	-4,0	7 945	-4,2	38 075	-1,8
<b>dont séjours classés en obstétrique</b>	<b>1 013</b>	<b>+0,3</b>	<b>4 847</b>	<b>-0,6</b>	<b>22 218</b>	<b>-2,2</b>
publics	671	+1,4	3 223	+0,5	14 842	-1,1
privés à but non lucratif	75	+4,0	362	+1,9	1 457	-0,6
privés à but lucratif	267	-3,3	1 262	-4,2	5 919	-5,2

Attention ! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. précisions pour plus de détails.

Champ • France entière.

Sources • DREES-DHOS, SAE et PMSI 2007-2008, données statistiques.

■ TABLEAU 3

### Activité et capacités en court séjour en hospitalisation partielle

	Activité			Capacités	
	Nombre de venues en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Évolution 2007-2008 hors forfaits SE *	Nombre de places en 2008	Évolution 2007-2008 en %
<b>Médecine chirurgie obstétrique établissements</b>	<b>5 994</b>	<b>+0,5</b>	<b>+1,9</b>	<b>23 280</b>	<b>+7,7</b>
publics	2 754	+1,1	+2,0	11 232	+9,8
privés à but non lucratif	461	+4,9	+6,6	2 156	-1,1
privés à but lucratif	2 779	-0,8	+1,1	9 892	+7,5
<b>dont séjours classés en médecine</b>	<b>3 561</b>	<b>-1,8</b>	<b>0,0</b>	<b>10 683</b>	<b>+6,5</b>
publics	1 990	-1,2	-0,4	7 487	+6,9
privés à but non lucratif	272	+1,6	+4,0	1 194	+1,2
privés à but lucratif	1 298	-3,4	-0,1	2 002	+8,4
<b>dont séjours classés en chirurgie</b>	<b>2 115</b>	<b>+5,2</b>	<b>+5,9</b>	<b>11 522</b>	<b>+8,7</b>
publics	522	+12,5	+13,6	2 730	+18,5
privés à but non lucratif	174	+10,8	+11,4	937	-3,8
privés à but lucratif	1 419	+2,1	+2,7	7 855	+7,3
<b>dont séjours classés en obstétrique</b>	<b>319</b>	<b>-3,6</b>	<b>-1,8</b>	<b>1 075</b>	<b>+9,6</b>
publics	241	-1,8	+0,1	1 015	+10,4
privés à but non lucratif	15	+0,8	+2,4	25	-3,8
privés à but lucratif	62	-11,0	-9,2	35	-2,8

Attention ! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. précisions pour plus de détails.

\* Sont ici retirés, pour 2007 et 2008, les séjours constitués uniquement d'actes conduisant à facturer un forfait « sécurité-environnement hospitalier ». Cela conduit à enlever 177 000 venues en 2007 et 93 000 en 2008.

Champ • France entière. Sources • DREES-DHOS, SAE et PMSI 2007-2008, données statistiques.

plutôt stable voire en légère baisse dans les secteurs public et privé à but non lucratif (tableau 5).

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

La psychiatrie infanto-juvénile est réalisée essentiellement dans les établissements publics (80% des capacités et de l'activité en hospitalisation complète et partielle); 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 de nouveau très fortement augmenté en 2008 (+24%) atteignant ainsi 30 000 tandis que le nombre de lits s'élève à environ 2 100, comme depuis plusieurs années. Corrélativement, la durée moyenne de séjour continue à baisser pour atteindre 14,9 jours, tous types d'établissements confondus.

Les prises en charge en hospitalisation partielle ne connaissent pas de fortes évolutions. Le nombre de 9 100 places en hospitalisation partielle est quasiment inchangé et le nombre de venues en très légère baisse (-0,9%).

### Soins de suite et de réadaptation

#### Activité en hausse, surtout en hospitalisation partielle

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé augmente en 2008 : tous modes d'hospitalisation confondus, plus de trois millions d'entrées sont enregistrées, soit une augmentation de 6,7% par rapport à 2007. Cette activité poursuit ainsi sa progression entamée depuis plusieurs années. Depuis 2002, le nombre d'entrées a augmenté de 36,2%.

Cette activité est réalisée pour plus des deux tiers en hospitalisation partielle qui gagne ainsi de plus en plus de terrain sur l'hospitalisation complète (tableau 1). En effet, en 2008, le nombre de venues en SSR augmente de 8,7% en hospitalisation partielle contre 2,4% en hospitalisation complète. Cette hausse de l'activité se retrouve quel que soit le type d'établissements. Cependant l'évolution est plus importante dans les cliniques pri-

vées (+11,9% de venues supplémentaires) que dans les établissements publics et les établissements de santé privés à but non lucratif (respectivement +4,3% et +9,5%). Les capacités évoluent en conséquence : dans l'ensemble des établissements de santé, 7 500 places sont ainsi consacrées aux SSR au 1<sup>er</sup> janvier 2009. En hospitalisation complète, 30 millions de journées ont été réalisées, soit une hausse de 2%, pour un total de près de 98 000 lits.

L'activité de SSR comprend deux disciplines :

- la réadaptation fonctionnelle, qui représente 71,9% de l'activité de SSR, est essentiellement prise en charge en hospitalisation partielle (87%). Elle 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 réalisés en hospitalisation complète (76,3%), regroupent les cures thermales avec hospitalisation, les cures médicales spécialisées pour les

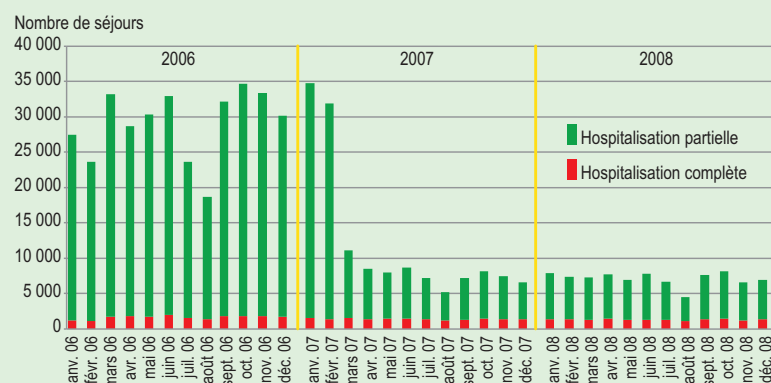
### ENCADRÉ 3

#### L'arrêt de 2007 sur les forfaits « sécurité environnement » et son impact sur le recueil PMSI-MCO

L'arrêt sur les forfaits dénommés sécurité et environnement hospitalier (SE) a été publié le 27 février 2007 dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements. Il liste un certain nombre d'actes qui, s'ils nécessitent tout de même l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient, mais sont effectués sans anesthésie, sont enregistrés en consultations externes (et non plus dans la base des séjours du PMSI) et débouchent sur une facturation au forfait. 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 de ces séjours (on retient ici les endoscopies digestives et urinaires) au mois de mars 2007 (graphique) confirme l'application effective du texte, daté du 27 février 2007. Ainsi, de 349 000 séjours en 2006, on passe à 144 000 en 2007, puis 85 000 en 2008. Les établissements privés à but lucratif accueillant les trois-quarts de ces endoscopies en 2006 ont été les plus touchés (36 000 séjours en 2008 contre 254 000 en 2006). Ils en accueillent désormais moins que les établissements publics (44 000 séjours en 2008 contre 68 000 en 2006). Les endoscopies nécessitant une anesthésie ne relèvent pas de ces forfaits SE, qui concernent, par ailleurs, principalement les séjours de médecine et d'obstétrique.

En février 2008, la liste des actes devant déboucher sur des forfaits SE a été légèrement modifiée, avec notamment l'ajout d'un nouveau forfait concernant les saignées thérapeutiques. L'impact de ces modifications en termes de séjours semble avoir été relativement faible. La baisse entre 2007 et 2008 est donc principalement due aux deux premiers mois de l'année 2007, antérieurs à la publication de l'arrêt, et pour lesquels les séjours sont donc enregistrés avec les anciennes règles de codage dans le PMSI.

#### Évolution du nombre de séjours d'endoscopies digestives et urinaires sans anesthésie



Champ • France entière. Sources • DREES, PMSI 2006-2007-2008.

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

Le régime des autorisations en SSR est en cours de modification, à la suite de la parution de décrets en avril 2008. Elle ne sera plus organisée en deux sous-disciplines *soins de suite* et *réadaptation fonctionnelle* mais sera décomposée en dix activités en fonction des catégories d'affection et selon trois types de prises en charge (enfant, adolescent et adulte). Ces décrets n'ont pas été appliqués dans les établissements de santé au titre de l'année 2008. C'est la raison pour laquelle, dans cette publication, les résultats restent ventilés en soins de suite d'une part et en réadaptation fonctionnelle d'autre part.

#### Hausse de l'activité de soins de suite dans les cliniques privées

L'activité de soins de suite se partage à peu près également entre secteur public et secteur privé : 46 % des séjours ont lieu en établissement public, 28 % en cliniques privées et 26 % en établissement privé à but non lucratif.

Dans les cliniques privées, les nombres de séjours et de journées réa-

lisées en soins de suite augmentent respectivement de 7,7 % et 6,2 %. Dans les établissements publics et privés à but non lucratif, la hausse de l'activité est un peu plus modérée. Les séjours augmentent respectivement de 5,8 % pour le public et de 3,9 % pour le privé non lucratif. Dans le même temps, le nombre de journées réalisées reste quasiment stable pour ces deux types d'établissements.

Le nombre de lits en soins de suite diminue dans les établissements publics (-1,6 %) et augmente dans les établissements privés (+3,5 %). Par conséquent, le taux d'occupation augmente dans les établissements publics (+1,2 % soit 89,1 %) mais reste quasiment stable dans les cliniques privées à 92 % en 2008.

#### Une activité de réadaptation fonctionnelle largement réalisée en établissement privé

La réadaptation fonctionnelle est une activité assurée en grande partie par le secteur privé : trois séjours sur quatre ont lieu dans des établissements privés. Ces derniers enregistrent par ailleurs les plus fortes hausses d'activité. Le nombre de séjours augmente de 11,0 % dans les

cliniques privées et de 8,1 % dans les établissements privés à but non lucratif alors que l'activité du secteur public reste quasiment stable (+0,9 %).

Les établissements privés à but non lucratif prennent en charge près de la moitié des séjours en réadaptation fonctionnelle (47 %). Bien que leur activité augmente moins rapidement que celle des cliniques privées, ces établissements restent les principaux acteurs de cette discipline.

Alors que la durée moyenne de séjour en 2008 reste inchangée pour les soins de suite par rapport à 2007, elle diminue légèrement en réadaptation fonctionnelle. Les séjours apparaissent moins longs dans les établissements publics (28,3 jours en moyenne) que dans les établissements privés à but non lucratif (34 jours) et les cliniques privées (31,4 jours). Cependant l'écart entre le secteur public et le privé est moins prononcé en 2008 qu'en 2007 du fait de l'allongement des séjours dans les établissements publics d'une part et du raccourcissement des séjours dans les cliniques privées et dans les établissements privés à but non lucratif d'autre part.

■ TABLEAU 4

### Activité et capacités en hospitalisation complète hors court séjour

	Activité				Capacités	
	Nombre d'entrées en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de journées en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de lits en 2008	Évolution 2007-2008 en %
<b>Lutte contre les maladies mentales établissements</b>	<b>623</b>	<b>-0,6</b>	<b>18 591</b>	<b>+0,1</b>	<b>57 141</b>	<b>-0,5</b>
publics	445	-0,9	12 321	0,0	38 404	-1,1
privés à but non lucratif	65	-1,1	2 337	-0,1	7 697	+1,6
privés à but lucratif	112	+0,8	3 934	+0,4	11 040	+0,1
<b>dont psychiatrie générale</b>	<b>593</b>	<b>-1,6</b>	<b>18 151</b>	<b>0,0</b>	<b>55 059</b>	<b>-0,5</b>
publics	421	-2,1	11 988	-0,1	36 790	-1,1
privés à but non lucratif	61	-2,5	2 253	-0,3	7 310	+1,5
privés à but lucratif	112	+0,8	3 910	+0,4	10 959	+0,1
<b>dont psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>30</b>	<b>+24,0</b>	<b>440</b>	<b>+2,6</b>	<b>2 082</b>	<b>+0,4</b>
publics	25	+24,9	333	+1,9	1 614	-0,6
privés à but non lucratif	4	+25,8	84	+6,9	387	+4,9
privés à but lucratif	1	-3,8	24	-1,6	81	0,0
<b>soins de suite et réadaptation</b>	<b>931</b>	<b>+2,4</b>	<b>30 086</b>	<b>+2,0</b>	<b>97 940</b>	<b>+1,7</b>
publics	377	+1,1	12 241	+0,6	40 521	+0,5
privés à but non lucratif	263	-0,1	8 787	-0,7	30 361	-0,4
privés à but lucratif	291	+6,7	9 058	+6,7	27 058	+6,2
<b>soins de longue durée</b>	<b>34</b>	<b>-4,4</b>	<b>22 007</b>	<b>-8,5</b>	<b>61 819</b>	<b>-8,9</b>
publics	31	-4,8	19 973	-8,7	56 152	-8,8
privés à but non lucratif	3	-7,9	1 734	-8,6	4 755	-10,9
privés à but lucratif	1	+27,0	299	+9,7	912	-2,5

Attention ! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. précisions pour plus de détails.

Champ • France entière.

Sources • DREES, SAE 2007-2008, données statistiques.

## Soins de longue durée

### Accélération de la partition entre sanitaire et médico-social

L'activité en soins de longue durée (SLD) correspond à la prise en charge de patients non autonomes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillant ces patients relèvent du secteur sanitaire et font donc partie du champ de cette étude. La prise en charge des personnes âgées dépendantes peut également avoir lieu dans les maisons de retraite appelées établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements relevant pour leur part du domaine médico-social, hors du champ de cette étude.

Les patients des USLD sont pris en charge uniquement en hospitalisation complète et l'activité est mesurée en nombre de journées qui est un meilleur indicateur que le nombre d'entrées, compte tenu du faible taux de rotation des patients.

Depuis plusieurs années, on observe une contraction de l'activité en SLD. La baisse de 3 % entre 2002 et 2004, a été de 5 % en 2005 et 2006, et s'est établie en 2008 à 8,5 %. Sur l'ensemble de l'année 2008, on dénombre ainsi 22 millions de journées, contre 29 millions en 2002. Les capacités ont suivi le même mouvement, passant de 82 000 lits en 2002 à 62 000 en 2008. La longueur des séjours et la faible rotation des patients expliquent un taux d'occupation plus élevé (97,3 %) que dans les autres disciplines (tableau 6).

Comme les années précédentes, ce recul de l'activité et des capacités s'explique par la mise en œuvre de réformes articulant la prise en charge des personnes âgées entre unités de longue durée (USLD) et 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. La loi de financement de la sécurité sociale de 2006 prévoit en effet de recentrer les

USLD sur leur activité sanitaire et donc sur l'accueil des patients requérant des soins médico-techniques lourds uniquement. Ainsi, certains lits de soins de longue durée des USLD transférés du domaine sanitaire au domaine médico-social, sont exclus du champ de cette étude. La baisse observée en SLD résulte en fait d'un transfert entre domaines d'activité.

La partition entre les secteurs sanitaire et médico-social doit intervenir pour les établissements concernés avant la fin de l'année 2009 et des modalités de financement incitatives

ont été mises en œuvre pour ceux qui auraient signé leur convention avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009. La forte diminution de l'activité et des capacités en USLD en découlant, observée en 2008, devrait donc s'interrompre d'ici à 2010.

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. ■

■ TABLEAU 5

### Activité et capacités en hospitalisation partielle hors court séjour

	Activité		Capacités	
	Nombre de venues en 2008 en milliers	Évolution 2007-2008 en %	Nombre de places en 2008	Évolution 2007-2008 en %
<b>Lutte contre les maladies mentales établissements</b>	<b>5 155</b>	<b>- 0,1</b>	<b>27 715</b>	<b>+ 2,1</b>
publics	4 012	- 0,6	22 288	+ 1,7
privés à but non lucratif	972	- 3,3	4 839	+ 1,6
privés à but lucratif	171	+ 45,7	588	+ 25,6
<b>dont psychiatrie générale</b>	<b>3 650</b>	<b>+ 0,3</b>	<b>18 570</b>	<b>+ 2,9</b>
publics	2 852	- 0,6	14 864	+ 2,4
privés à but non lucratif	633	- 3,8	3 166	+ 1,6
privés à but lucratif	165	+ 46,0	540	+ 28,6
<b>dont psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>1 505</b>	<b>- 0,9</b>	<b>9 145</b>	<b>+ 0,6</b>
publics	1 160	- 0,6	7 424	+ 0,4
privés à but non lucratif	339	- 2,5	1 673	+ 1,5
privés à but lucratif	7	+ 36,8	48	0,0
<b>dont de suite et réadaptation</b>	<b>2 094</b>	<b>+ 8,7</b>	<b>7 500</b>	<b>+ 7,4</b>
publics	547	+ 4,3	2 185	+ 5,6
privés à but non lucratif	988	+ 9,5	3 482	+ 3,8
privés à but lucratif	559	+ 11,9	1 833	+ 17,7

Attention! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. *précisions* pour plus de détails. **Champ** • France entière. **Sources** • DREES, SAE 2007-2008, données statistiques.

■ TABLEAU 6

### Taux d'occupation par discipline en hospitalisation complète

	Taux d'occupation 2007 en %	Taux d'occupation 2008 en %	Évolution 2007-2008 en %
<b>Médecine chirurgie obstétrique</b>	<b>76,4</b>	<b>76,4</b>	<b>0,0</b>
Médecine	84,1	84,0	- 0,1
Chirurgie	67,8	67,5	- 0,3
Gynéco-obstétrique	71,1	71,5	+ 0,4
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>	<b>89,4</b>	<b>89,8</b>	<b>+ 0,4</b>
psychiatrie générale	90,5	90,8	+ 0,3
psychiatrie infanto-juvénile	59,4	61,6	+ 2,2
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>	<b>86,4</b>	<b>86,1</b>	<b>- 0,3</b>
<b>Soins de longue durée</b>	<b>97,4</b>	<b>97,3</b>	<b>- 0,1</b>

Attention! Les données 2007 ont été modifiées par rapport à celles publiées dans l'ER 691, cf. *précisions* pour plus de détails. **Champ** • France entière. **Sources** • DREES, SAE 2007-2008, données statistiques.