

En France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier a pris en charge, en 2017, 12,0 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue, lui, légèrement en 2017. Les portefeuilles d'activités des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement accueillis par les établissements publics.

### Les modes de prise en charge évoluent vers davantage d'hospitalisation partielle

Au cours de l'année 2017, les établissements de santé ont pris en charge 12,0 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement en fonction des modes de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) concerne 86 % des prises en charge<sup>1</sup>, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) 9 % et la psychiatrie 5 %. En hospitalisation à temps partiel, 30 % des journées relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dans les années 1970. Les soins de courte durée représentent, pour leur part, 46 % des journées et le moyen séjour 24 %.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue, malgré une stabilisation globale ces dernières années, due notamment au vieillissement de la population. Dans le même temps, les prises en charge à temps partiel se sont développées, avec toutefois des disparités selon le statut juridique des établissements de santé et la discipline d'équipement.

En 2017, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 2,0 %, les cliniques privées à but lucratif contribuant

pour plus de 80 % à cette progression. Dans les établissements publics, l'activité partielle se stabilise. La hausse de l'activité partielle atteint 5,6 % en moyen séjour (SSR) et 2,3 % en court séjour (MCO). En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation partielle diminue à nouveau en psychiatrie (-1,3 %).

### Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète se poursuit en 2017 (-0,8 %), à un rythme accéléré en MCO (-1,7 %, après -1,2 % en 2016<sup>2</sup>). Cette baisse est plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-3,6 %). En psychiatrie, comme en 2016, le nombre de journées d'hospitalisation complète dans les cliniques privées progresse de 1,6 %. Dans les établissements publics, la baisse est de -3,1 %.

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, continue de reculer légèrement en 2017 (-0,5 %), et s'élève à 10,9 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité dans cette discipline baisse depuis 15 ans, en raison de la transformation d'un grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

1. Hors séjours de soins de longue durée.

2. L'évolution 2015-2016 a été modifiée par rapport à celle de l'édition 2018 de cet ouvrage (voir rubrique Méthodologie dans l'encadré Sources et méthodes).

En revanche, dans les établissements de SSR, l'hospitalisation complète continue de progresser (+1,1 %), portée notamment par la forte hausse du nombre de journées dans les cliniques privées.

### Stabilité des taux d'occupation des lits d'hospitalisation entre 2013 et 2017

En 2017, le taux d'occupation des lits est de 82,8 % (graphique 1). C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,3 % en 2017), et en soins de longue durée qu'il est plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,4 % pour la psychiatrie et à 86,6 %

pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines<sup>3</sup>. Entre 2013 et 2017, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines. Étudié selon le statut juridique des établissements, le taux d'occupation des lits en SSR et en psychiatrie est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

**Tableau 1** Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)
<b>Journées en hospitalisation partielle</b>	<b>7 655 752</b>	<b>-0,2</b>	<b>3 166 953</b>	<b>2,1</b>	<b>5 979 172</b>	<b>4,8</b>	<b>16 801 877</b>	<b>2,0</b>
MCO	3 188 715	2,0	673 462	3,1	3 832 869	2,4	7 695 046	2,3
Psychiatrie <sup>1</sup>	3 474 423	-3,1	948 130	0,0	557 007	8,1	4 979 560	-1,3
SSR	992 614	3,2	1 545 361	3,0	1 589 296	10,0	4 127 271	5,6
<b>Séjours en hospitalisation complète<sup>2</sup></b>	<b>7 894 117</b>	<b>-0,5</b>	<b>1 200 515</b>	<b>-0,6</b>	<b>2 906 281</b>	<b>-1,6</b>	<b>12 000 913</b>	<b>-0,8</b>
MCO	7 036 539	-0,5	845 094	0,0	2 421 180	-2,4	10 302 813	-0,9
Psychiatrie	425 032	-0,6	71 016	-2,7	126 435	2,1	622 483	-0,3
SSR <sup>3</sup>	432 546	-0,2	284 405	-1,7	358 666	2,6	1 075 617	0,3
<b>Journées en hospitalisation complète</b>	<b>76 199 852</b>	<b>-1,2</b>	<b>16 243 479</b>	<b>-0,6</b>	<b>26 932 712</b>	<b>0,0</b>	<b>119 376 043</b>	<b>-0,8</b>
MCO	42 103 242	-1,2	4 611 938	-1,2	10 289 762	-3,6	57 004 942	-1,7
Psychiatrie	11 041 385	-3,1	2 188 319	-1,3	4 838 678	1,6	18 068 382	-1,7
SSR <sup>3</sup>	13 269 301	0,4	8 553 617	-0,1	11 591 828	2,8	33 414 746	1,1
SLD	9 785 924	-0,7	889 605	0,4	212 444	4,6	10 887 973	-0,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

2. Non compris les séjours de soins de longue durée.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > ATI, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016-2017, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

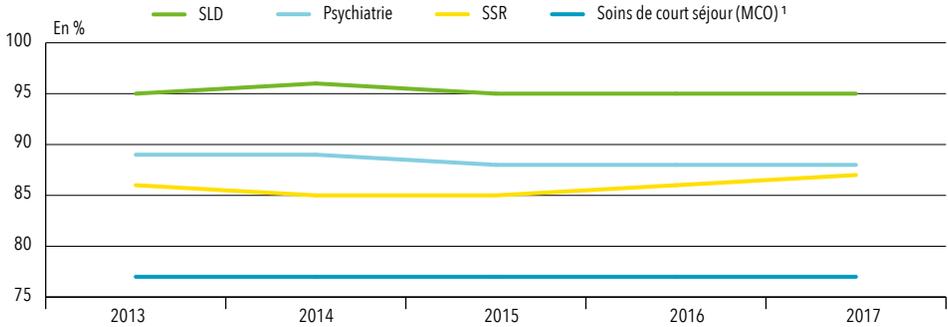
3. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

## Peu de variations entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 12,6 %

dans les DROM et à 15,4 % en métropole (carte 1). Les taux métropolitains les plus bas se situent dans l'Ouest (13 % en Ile-et-Vilaine et en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France, à

### Graphique 1 Évolution du taux d'occupation de 2013 à 2017

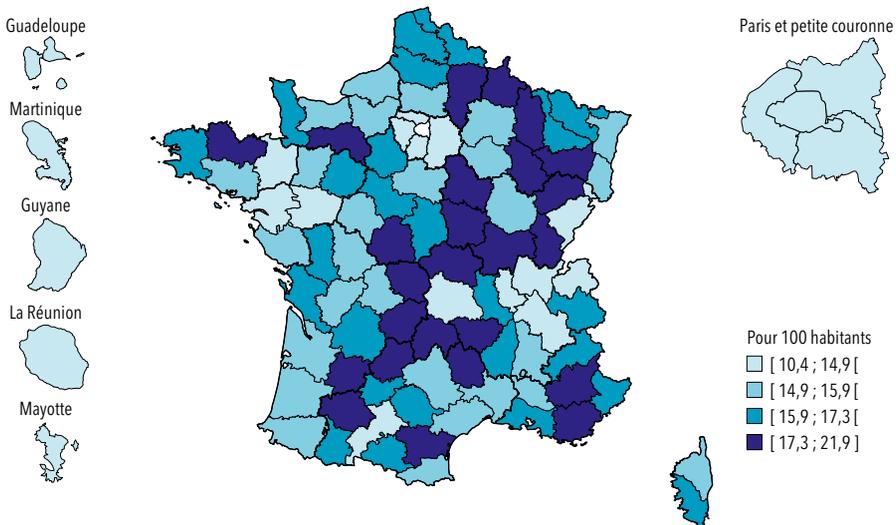


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation. 1. Taux d'occupation calculé avec le nombre de journées exploitables, pour les autres disciplines le taux est calculé avec la capacité en lits au 31 décembre multipliée par 365.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016-2017, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

### Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

l'exception de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Ils atteignent 20 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse et la Nièvre. Dans ces départements, la proportion d'habitants âgés de 60 ans ou plus dépasse 28 %. Or c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

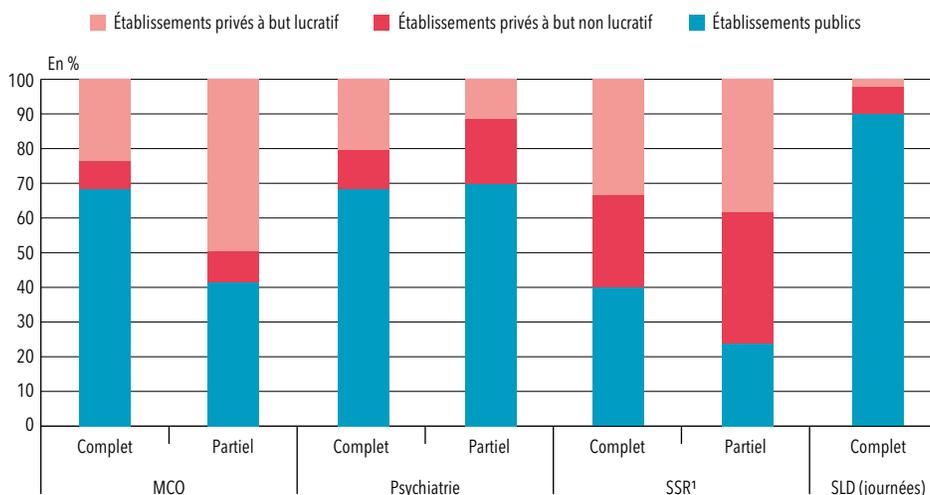
### Spécialisation des activités selon le statut des établissements

La structure des activités des établissements de santé, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon leur statut juridique (*graphique 2*). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. Ces dernières réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle en MCO.

Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques, à temps partiel (70 %) comme à temps complet (68 %). En complément, 20 % des séjours à temps complet en psychiatrie sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 19 % des séjours à temps partiel relèvent du secteur privé à but non lucratif.

L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est mieux répartie entre les différents types d'établissements : 37 % de journées d'hospitalisation à temps partiel s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 39 % dans les cliniques privées. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées par l'analyse de la répartition des activités par pathologies ou par actes médicaux (voir fiches 12 à 14, « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

**Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2017**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée. 1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

**Note >** On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

**Champ >** France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Sources >** ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2017, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

**Encadré Sources et méthodes****Champ**

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2017, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances, y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,3 % des séjours).

**Sources**

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description microéconomique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

**Méthodologie**

La règle de comptabilisation des journées d'hospitalisation complète a changé dans le PMSI-SSR. Le jour de sortie n'est plus comptabilisé pour les séjours ne se terminant pas par un décès ou par une mutation vers un autre service de SSR. Aussi le nombre de journées d'hospitalisation complète pour les années 2013 à 2016 a-t-il été modifié par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage.

**Définitions**

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle** : en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins de un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou partielle).

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».