

En douze ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de près de 24 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (près de 14 000 places supplémentaires). Entre 2015 et 2016, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu, tandis que l'hospitalisation partielle continue d'augmenter significativement. Les durées moyennes de séjour sont en légère baisse.

Entre 2004 et 2016, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de près de 24 000, pour atteindre 210 000 lits en 2016. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -7 % pour les établissements publics, contre -16 % pour les cliniques privées à but lucratif et -13 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2016, les établissements publics concentrent 68 % du total des lits en MCO, contre 66 % en 2004.

32 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2016

Le développement de l'hospitalisation partielle s'avère particulièrement important en MCO. En 2016, un peu plus de 32 000 places sont dédiées à ce mode de prise en charge, contre 19 000 en 2004. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un peu moins d'un tiers sont des places de médecine dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

Une progression de l'activité en MCO portée par l'hospitalisation partielle

Parallèlement aux capacités, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une dizaine d'années et a augmenté de 18,4 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2015, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. En 2016, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser (+5,9 %), pour atteindre 7,5 millions de séjours en 2016 (*tableau 2*).

L'essor de la chirurgie ambulatoire (+7,2 % en 2016) est sensible dans tous les secteurs. En 2016, les trois quarts des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées. De fait, sur longue période, la progression de l'hospitalisation partielle est davantage le fait des cliniques privées. L'hospitalisation partielle des hôpitaux publics progresse moins vite en 2016 (+5,2 %) que celle des établissements privés, à but lucratif ou non (respectivement +8,7 % et +6,0 %).

Dans une moindre mesure, pour l'année 2016, les prises en charge ambulatoires ont aussi été plus nombreuses en médecine : les séjours en hospitalisation partielle y ont augmenté de 5,6 %, contre 2,1 % pour les séjours en hospitalisation complète. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 70,5 % de l'ensemble de leurs séjours (en hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (*graphique 1*).

Stabilité du nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO

La prise en charge en hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) est quasi stable en 2016 (+0,4 %, après -0,5 % en 2015), contrairement à l'hospitalisation partielle. Elle s'établit à 10,4 millions de séjours. Cette stabilité résulte de deux mouvements opposés : le nombre de séjours continue de progresser dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement +1,1 % et +1,0 %), ce qui compense la baisse (-1,9 %) observée dans les établissements privés à but lucratif (*tableau 2*).

Dans tous les établissements, la diminution du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète se poursuit en 2016. Elle reste particulièrement marquée

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2016 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	98 887	9 920	10 125	1 607	14 361	1 649	123 373	13 176
Chirurgie	31 546	5 269	5 898	1 634	30 188	11 050	67 632	17 953
Gynéco-obstétrique	13 093	1 067	1 279	84	4 606	189	18 978	1 340
Total	143 526	16 256	17 302	3 325	49 155	12 888	209 983	32 469

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

Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2016 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

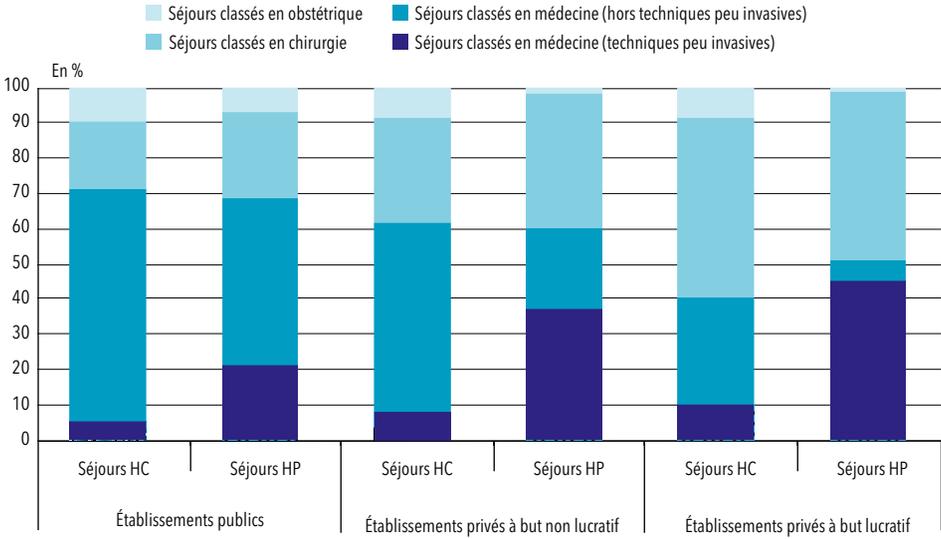
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	5 050	2,2	520	2,6	1 000	1,7	6 570	2,1
dont séjours de techniques peu invasives	391	4,9	70	3,9	258	4,3	718	4,6
Séjours classés en chirurgie	1 339	-1,5	250	-1,8	1 271	-4,0	2 861	-2,7
Séjours classés en obstétrique	681	-1,0	75	-0,6	208	-5,2	964	-1,9
Total	7 070	1,1	845	1,0	2 480	-1,9	10 395	0,4
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 137	4,4	392	9,6	1 910	6,2	4 439	5,6
dont séjours de techniques peu invasives	667	8,6	244	9,6	1 689	6,1	2 600	7,1
Séjours classés en chirurgie	771	9,1	248	8,0	1 790	6,3	2 809	7,2
Séjours classés en obstétrique	217	0,0	13	-4,6	42	-6,5	272	-1,3
Total	3 124	5,2	653	8,7	3 743	6,0	7 520	5,9

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3^e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2016

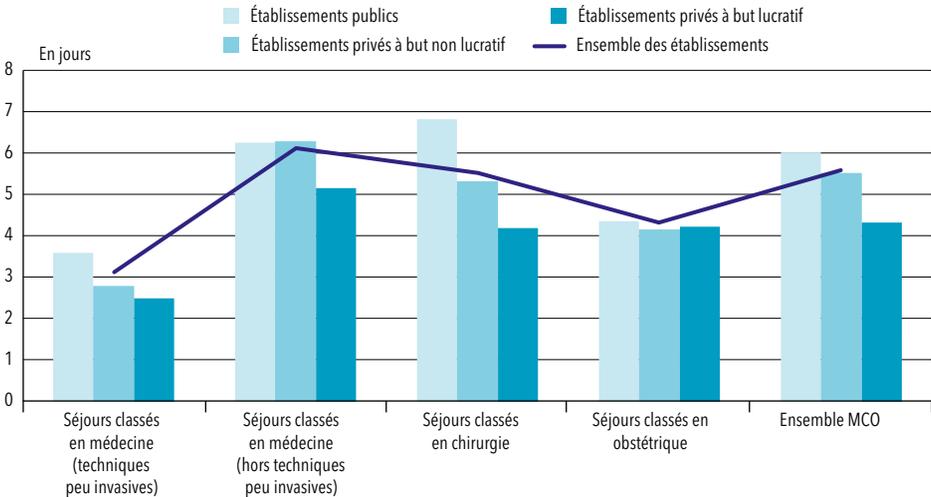


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

pour le secteur privé à but lucratif (-4,0 %, contre -1,5 % dans les établissements publics), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la deuxième année consécutive.

En médecine, l'hospitalisation complète continue d'augmenter (+2,1 % en 2016, après +1,0 % en 2015 et 2014). Cette hausse est portée par les établissements publics (+2,2 %), qui prennent en charge les trois quarts de ces séjours, et par les établissements privés à but non lucratif (+2,6 %).

Légère baisse de la durée moyenne de séjour

En 2016, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,6 jours, en légère

baisse par rapport à 2015 (5,7 jours) [graphique 2]. Cette diminution concerne tous les secteurs et toutes les disciplines hospitalières. C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,0 jours) et dans les cliniques privées à but lucratif qu'elle est la plus courte (4,3 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire (5,5 jours). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 6,8 jours dans le secteur public, contre 4,2 jours dans les établissements privés à but lucratif). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,4 jours dans le secteur public contre 4,1 jours dans le privé à but non lucratif. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie** : il se fonde, dans cette fiche et les cinq suivantes, sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique ; l'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates 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 est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie est classé en hospitalisation de moins de un jour, encore 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 (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

> **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observés pour l'hospitalisation de plus de un jour.