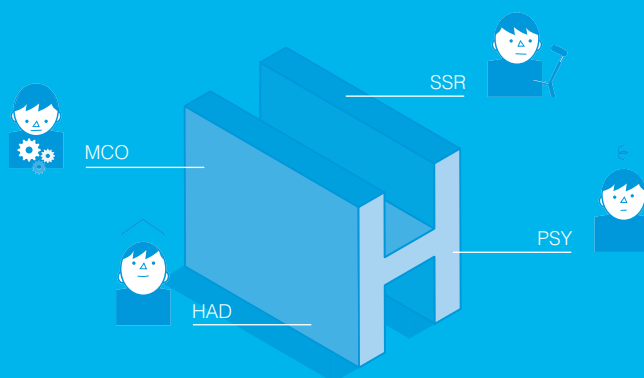


Synthèse

Analyse de l'activité hospitalière 2018



atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Synthèse

Analyse de l'activité hospitalière 2018

Les établissements de santé prennent en charge les patients selon deux modalités principales : des hospitalisations et des consultations externes avec ou sans acte. Cette analyse porte exclusivement sur les hospitalisations et l'activité de soins de médecine d'urgence.

En 2018, 191 patients pour 1 000 habitants ont été hospitalisés. Ainsi, les **3 300 établissements de santé ont pris en charge 12,8 millions de patients.**

L'activité des établissements se répartit en 4 champs :

- des prises en charge de pathologies aiguës et de courts séjours, dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie),
- des hospitalisations à domicile (HAD),
- des soins de suite et de réadaptation (SSR),
- des soins de psychiatrie.

Il convient de noter qu'en matière d'hospitalisation, plusieurs types de prise en charge existent. Les résultats présentés font apparaître ces distinctions. À titre d'exemple, pour l'activité MCO, les séances sont des prises en charge itératives pour des motifs thérapeutiques bien définis (principalement dialyse, chimiothérapie et radiothérapie) et sont réalisées au cours d'une journée. Elles sont donc différenciées des autres séjours hospitaliers.

En 2018, **14,4 millions de patients** ont bénéficié de soins de médecine d'urgence, représentant **22,3 millions de passages facturés avec un forfait ATU** (accueil et traitement des urgences) **ou suivis d'une hospitalisation**. L'analyse repose sur deux sources de données :

- les données de facturation remontées via le PMSI MCO : permettant de dénombrer les passages facturés en ATU ou suivis d'hospitalisation et de les positionner dans le parcours du patient ;
- les données des résumés de passage aux urgences (RPU) : permettant une description plus fine de l'activité des structures des urgences.

Pour aller plus loin

Sur le site internet de l'ATIH

- [Chiffres clés de l'hospitalisation](#) (fiches PDF) au global et par champ d'activité sanitaire
- Application mobile ATIH « L'hospitalisation en quelques chiffres »
- [Panorama régional de l'activité hospitalière](#) (fichiers Excel pour chacun des champs)

Sur [ScanSanté](#)

Plateforme de restitution des données hospitalières de l'ATIH, pour une consultation plus détaillée des données sur les 4 champs d'activité sanitaire, notamment des taux de recours, cartographie, et aussi des indicateurs de périnatalité, chirurgie ambulatoire, cancérologie, etc.



Tous champs d'activités confondus

En 2018, **12,5 millions de patients¹ ont été hospitalisés** dans un établissement de santé de France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, que ce soit en MCO, HAD, SSR ou psychiatrie. De la même manière que les actes et consultations externes ou les actes ambulatoires en psychiatrie, les prises en charge en séances et les interruptions volontaires de grossesse réalisées à l'hôpital ne sont pas comptabilisées dans les résultats mentionnés dans ce chapitre.



Quels profils de patients ?



L'évolution du nombre de patients hospitalisés en France en 2018 augmente plus vite que la population

En 2018, 6,8 millions de femmes et 5,7 millions d'hommes ont été hospitalisés en France, soit une hausse de 83 000 patients par rapport à 2017 (+0,7%). La population en France a évolué dans le même temps de +0,2%.



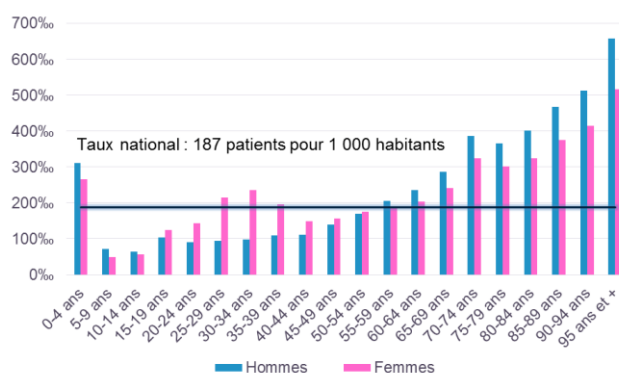
Plus de la moitié des patients hospitalisés en psychiatrie sont des hommes (51%), alors qu'en MCO, SSR et HAD, les hommes représentent environ 45% des patients hospitalisés.

Les hospitalisations sont les plus fréquentes aux âges extrêmes de la vie. Ainsi, les nourrissons et enfants âgés de moins de 1 an (naissances incluses) représentent 6% des patients hospitalisés alors qu'ils représentent 1% de l'ensemble de la population française. Cependant, le nombre de patients hospitalisés de cette classe d'âge a diminué de -2,3% depuis 2017. Un tiers des patients est âgé de 65 ans et plus et 12% est âgé de 80 ans et plus (les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 19% de la population française et les personnes âgées de 80 ans et plus 6%). Le nombre de patients hospitalisés de 65 ans et plus a augmenté de +2,3% entre 2017 et 2018. Tous champs sanitaires confondus, l'âge moyen des patients hospitalisés est de 49 ans. La moyenne d'âge des patients est de 42 ans en psychiatrie, 49 ans en MCO, 59 ans en SSR et 66 ans en HAD.

En France, 19% de la population a été hospitalisée au moins une fois dans un champ sanitaire durant l'année 2018. Ce taux d'hospitalisation est en hausse de +0,4 point par rapport à 2017. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, le tiers de la population a été hospitalisé au moins une fois en 2018 (31% des femmes et 36% des hommes). Parmi la population âgée de 80 ans et plus, deux personnes sur cinq ont été hospitalisées en France en 2018 (37% de la population des femmes et 44% de la population masculine).

Le taux d'hospitalisation des patients de 80 ans et plus a baissé de -0,7 point entre 2017 et 2018.

Figure 1 : Taux d'hospitalisation² en 2018, par âge et sexe (nombre de patients pour 1 000 habitants)



Quelles modalités de prise en charge ?

Évolution légère du nombre de patient pris en charge exclusivement en MCO

Parmi les 12,5 millions de patients hospitalisés en 2018, 12,0 millions (96%) ont été hospitalisés en MCO, 1,0 million (8%) en SSR, 424 000 (3%) en psychiatrie et 122 000 (1%) en HAD.

Alors que 88% des patients ont été hospitalisés exclusivement en MCO (hausse de +0,6% par rapport à 2017), moins d'un dixième des patients hospitalisés a été pris en charge en 2018 dans plusieurs champs sanitaires.

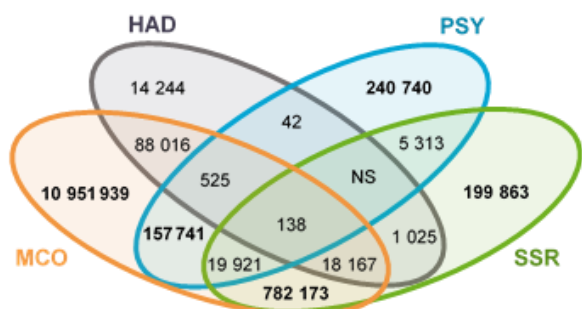
Pour la majorité des patients ayant bénéficié de soins en SSR ou de soins à domicile dans le cadre d'une HAD, une hospitalisation en MCO a été également réalisée. Ainsi, plus de trois-quarts des patients hospitalisés en SSR ont également été hospitalisés en MCO. De même, 87% des patients hospitalisés à domicile en 2018 ont également été hospitalisés en MCO la même année. Cependant, le nombre de patients ayant été hospitalisés uniquement en SSR a évolué de +2,6% depuis 2017 ; et de +12,3% pour les patients hospitalisés uniquement en HAD.

¹ Hors prise en charge en séances, hors interruptions volontaires de grossesse (actes externes)

² Nombre de patients pour 1 000 habitants

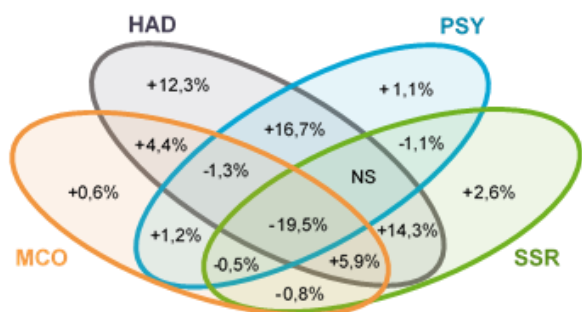
S'agissant de la psychiatrie, 42% des patients hospitalisés en psychiatrie ont aussi été pris en charge en MCO en 2018. L'évolution du nombre de patients hospitalisés uniquement en psychiatrie entre 2017 et 2018 est de +1,1%.

Figure 2 : Nombre de patients hospitalisés en 2018 par champ d'activité



Lecture : En 2018, 138 patients ont été pris en charge dans les 4 champs (MCO, SSR, HAD et psychiatrie) ; 5 313 patients ont été pris en charge en psychiatrie et en SSR ; 88 016 patients ont été pris en charge en MCO et en HAD.

Figure 3 : Evolution du nombre de patients hospitalisés entre 2017 et 2018 par champ d'activité



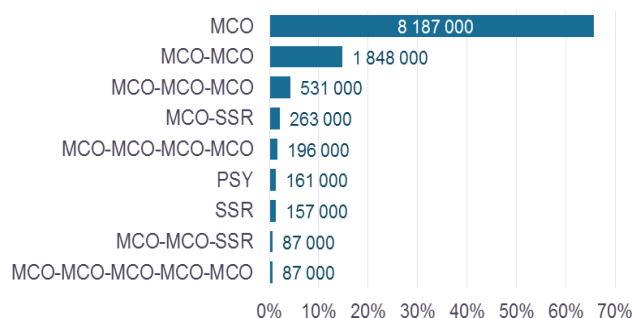
Lecture : Entre 2017 et 2018, le nombre de patients pris en charge dans les 4 champs (MCO, SSR, HAD et psychiatrie) a diminué de -19,5% ; il a augmenté de +4,4% pour la prise en charge en MCO et HAD ; il a diminué de -1,1% pour la prise en charge en SSR et psychiatrie.

Diminution des parcours hospitaliers MCO suivis de SSR

En matière de parcours de soins hospitaliers, deux-tiers des patients hospitalisés en 2018, tous champs confondus, ont connu un unique séjour hospitalier, en MCO. 15% des patients hospitalisés ont connu deux hospitalisations en MCO, 4% ont été hospitalisés trois fois en MCO et 2% quatre fois.

S'agissant des principaux parcours intégrant des séjours SSR, 2% des patients hospitalisés en 2018 ont connu un séjour en MCO avant d'être hospitalisé en SSR. Leur nombre a diminué de -1,3% entre 2017 et 2018. 1% des patients a connu un unique épisode de soins hospitaliers en SSR. Enfin, 1% des patients a été hospitalisé deux fois en MCO avant d'intégrer un service de SSR. Ce nombre a diminué de -0,9% depuis 2017. La part des patients ayant connu un seul séjour hospitalier en psychiatrie en 2018 est de 1%. 23 000 patients (0,2%) ont été hospitalisés à domicile suite à un séjour hospitalier en MCO. Leur nombre est semblable en 2017 et 2018.

Figure 4 : Nombre de patients hospitalisés en 2018 selon les principaux parcours hospitaliers



En 2018, 396 000 patients à l'hôpital par jour

Tous champs sanitaires confondus, près de 145 millions de journées d'hospitalisation ont été réalisées par les établissements de santé en France en 2018. En moyenne, le nombre quotidien de patients en cours d'hospitalisation³ au sein d'un établissement de santé est de 396 000, ce qui représente 6 personnes pour 1 000 habitants. En 2018, chaque jour, en moyenne 211 000 patients étaient en cours d'hospitalisation en MCO, 103 000 en SSR, 67 000 en psychiatrie et 15 000 en HAD.

Sur l'ensemble de l'année 2018, le nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient⁴ est de 6,3 jours en MCO, 36,4 jours en SSR, 45,3 jours en HAD et 55,8 jours en psychiatrie.

58% des décès surviennent lors d'une hospitalisation

En 2018, 353 200 personnes⁵ sont décédées lors d'une hospitalisation. Ce nombre de personnes a augmenté de +0,5% par rapport à 2017.

³ Le nombre moyen quotidien de patient en cours d'hospitalisation est obtenu en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation au nombre de journées comprises dans l'année

⁴ Somme des durées, en nombre de journées, des séjours de l'ensemble des hospitalisations 2018 rapportée au nombre de patients hospitalisés que les séjours soient terminés ou non. Indicateurs différent de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) qui donne un nombre de nuitées à l'hôpital.

⁵ Hors mort-nés

Parmi l'ensemble des décès survenus en France en 2018, 57,5% ont eu lieu au cours d'une hospitalisation (53,5% en établissement de santé et 4% lors d'une hospitalisation à domicile).

Parmi l'ensemble des patients hospitalisés en 2018, 2,8% sont décédés à l'issue de leur séjour hospitalier. Ce taux de mortalité hospitalière varie selon les champs sanitaires : il est de 20,3% en HAD, 3,6% en SSR, 2,4% en MCO et de 0,2% en psychiatrie.

Quels motifs de recours ?

Trois motifs d'hospitalisations spécifiques font l'objet d'un focus : les accidents vasculaires cérébraux⁶ (AVC), les soins palliatifs⁷ et les addictions chroniques⁸.

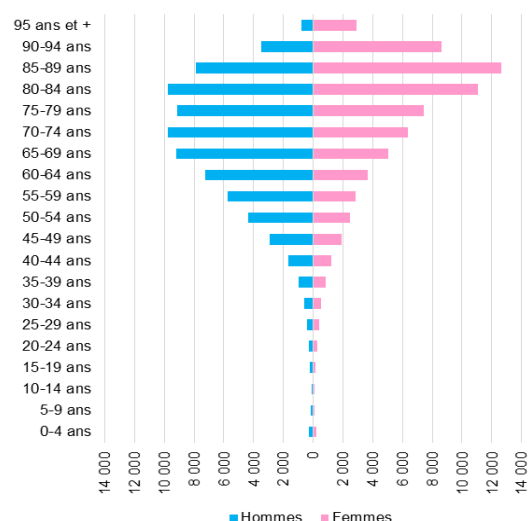
Accidents vasculaires cérébraux : hausse du nombre de patients hospitalisés et baisse du nombre de décès entre 2017 et 2018

En 2018, près de 144 000 patients ont été hospitalisés pour AVC, soit une hausse de 2 000 patients par rapport à 2017 (+1,3%). Parmi eux, 121 000 patients ont été hospitalisés en MCO (hausse de +1,1%) et 54 000 en SSR (hausse de +2,3%). La part de patients pris en charge pour AVC est donc de 1% en MCO et de 5% en SSR.

Alors que plus de 89 000 patients ont été hospitalisés exclusivement en MCO et 23 000 uniquement en SSR, 32 000 patients ont été hospitalisés à la fois en MCO et en SSR pour AVC en 2018.

Les hommes sont plus nombreux à être hospitalisés pour AVC que les femmes (52% versus 48%). Les patients hospitalisés pour AVC ont en moyenne 72 ans. Cet âge moyen est plus élevé chez les femmes : il est de 76 ans en MCO pour les femmes contre 70 ans chez les hommes, et en SSR (que le patient soit passé en MCO ou non) de 69 ans pour les femmes et 65 ans chez les hommes. D'une manière globale, 40% des patients hospitalisés sont âgés de 80 ans et plus.

Figure 5 : Nombre de patients hospitalisés pour AVC en 2018 par classe d'âge et par sexe



Globalement, le taux d'hospitalisation pour AVC est de 2 pour 1 000 habitants. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, ce taux d'hospitalisation s'élève à 14 pour 1 000 habitants.

En moyenne, sur l'année 2018, les patients victimes d'un AVC ont été hospitalisés 13 journées en MCO et 50 journées en SSR.

En 2018, près de 17 500 patients sont décédés à l'hôpital suite à un AVC. Ce nombre de décès a diminué de -2,1% depuis 2017. Parmi les patients hospitalisés pour AVC, le taux de mortalité s'élève à 13% en MCO et à 3% en SSR. Ce taux est en baisse de -3,4 points en 2018. Globalement, les décès hospitaliers post-AVC représentent 5% de l'ensemble des décès survenus au cours d'une hospitalisation. La part des patients qui décèdent à l'issue d'une hospitalisation post-AVC est plus élevée chez les femmes : 14% des patientes hospitalisées en 2018 pour AVC en MCO ou SSR décèdent à l'hôpital contre 11% des hommes. L'âge moyen du décès est de 82 ans chez les femmes et de 77 ans chez les hommes.

En MCO, la prise en charge hospitalière des AVC se fait principalement dans les établissements publics. Ces derniers ont pris en charge 94% des patients hospitalisés pour AVC et ont réalisé 93% des journées d'hospitalisation post-AVC en 2018. En SSR, la moitié des patients hospitalisés pour AVC l'a été dans un établissement public.

⁶ Sont considérées comme hospitalisations pour AVC les séjours hospitaliers :

- MCO avec un diagnostic principal commençant par un code CIM10 compris entre I60 et I64 ou égal à P52
- SSR avec au moins un RHA groupé dans un groupe nosologique en 0146, 0147, 0148 Accidents vasculaires cérébraux

⁷ Sont considérés en soins palliatifs les séjours hospitaliers :

- MCO avec un diagnostic (principal ou associé) codé Z51.5 (soins palliatifs)
- HAD avec au moins une sous-séquence ayant un mode de prise en charge principal ou associé codé soins palliatif (04)
- SSR avec au moins un RHA ayant une finalité principale de prise en charge, une manifestation morbide principale, une affection étiologique ou un diagnostic associé codés en Z51.5 « soins palliatifs »

⁸ La définition utilisée pour identifier les patients avec une addiction chronique, ainsi que les diagnostics sont accessibles sur ScanSanté : <https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques>.

Les établissements privés commerciaux et les établissements privés d'intérêt collectif se partageant l'autre moitié de manière quasi-équivalente. L'augmentation du nombre de patients hospitalisés a été plus importante dans les établissements privés (+3,3% pour les privés commerciaux et +3,0% pour les privés d'intérêt collectif) que dans les établissements publics (+0,9%).

Soins palliatifs : 197 000 patients hospitalisés et 42% des décès hospitaliers en 2018

En 2018, 197 000 patients ont été hospitalisés pour soins palliatifs. Ce nombre a augmenté de 5 000 depuis 2017 (+2,6%). 79% d'entre eux ont été pris en charge en MCO (+2,0%), 17% en SSR (-0,5%) et 20% en HAD (+10,5%). Près des deux-tiers des patients ont été hospitalisés exclusivement en MCO.

Figure 6 : Nombre de patients hospitalisés pour soins palliatifs en 2018 selon les champs d'activité

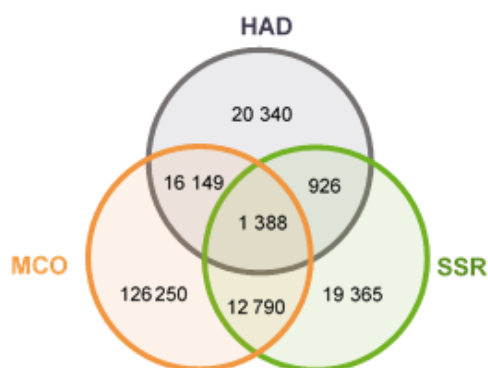
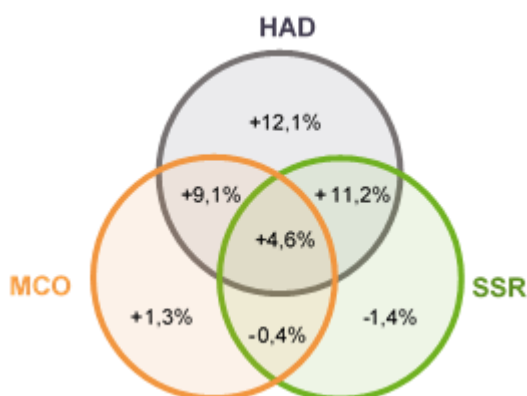


Figure 7 : Evolution du nombre de patients hospitalisés pour soins palliatifs entre 2017 et 2018 selon les champs d'activité



La prise en charge hospitalière pour soins palliatifs représente 5,9 millions de journées d'hospitalisation en 2018 : 3,4 millions de journées d'hospitalisation en MCO, 1,5 million en HAD et près d'un million en SSR.

2% des patients ont été hospitalisés en 2018 pour des soins palliatifs, représentant 4% de l'ensemble des journées d'hospitalisation. En MCO, la prise en charge des soins palliatifs concerne 1% des patients hospitalisés. En SSR, 3% des patients hospitalisés en 2018 l'ont été pour soins palliatifs. En HAD, ce sont 32% des patients qui sont pris en charge pour soins palliatifs ; 27% des journées d'HAD concernent des soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des hospitalisations longues. En 2018, la durée moyenne de l'ensemble des hospitalisations de l'année pour soins palliatifs est de 30,0 journées par patient. Ce nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient est de 21,9 en MCO, 28,2 en SSR et 39,1 en HAD.

Les hommes sont plus nombreux à être hospitalisés pour soins palliatifs (101 000 hommes contre 96 000 femmes). Cette prédominance masculine est observée sur l'ensemble des classes d'âge excepté entre 30 et 50 ans et après 85 ans.

L'âge moyen des patients hospitalisés en soins palliatifs est de 74 ans chez les hommes et de 77 ans chez les femmes. En 2018, près de 1 700 patients âgés de moins de 20 ans ont néanmoins été hospitalisés pour soins palliatifs ; cette classe d'âge augmente de +10,4% par rapport à 2017. Parmi ces patients, 55% sont des enfants âgés de moins de 5 ans et leur nombre évolue de +10,1% par rapport à 2017.

Rapporté à la population française, tous âges confondus, 3 personnes pour 1 000 habitants ont été hospitalisées pour soins palliatifs en 2018. Ce taux d'hospitalisation augmente avec l'âge : il est de 12 pour 1 000 habitants chez les personnes âgées de 65 ans et plus et de 24 pour 1 000 habitants chez celles de 80 ans et plus.

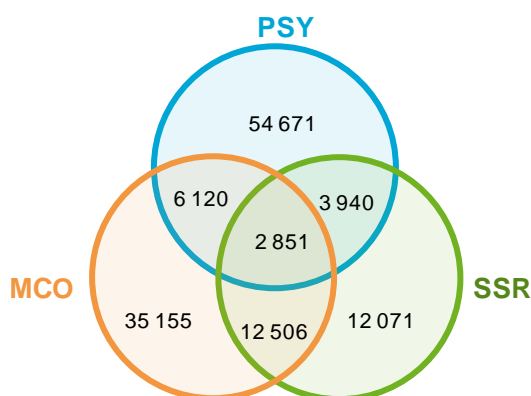
Plus des trois-quarts des patients hospitalisés pour soins palliatifs en 2018 sont décédés la même année, lors de leur hospitalisation. Tous champs sanitaires confondus, 42% des décès hospitaliers enregistrés en 2018 sont survenus lors d'une hospitalisation pour soins palliatifs.

Tous champs confondus, 68% des patients hospitalisés pour soins palliatifs en 2018 ont été pris en charge en établissement public, 25% en établissement privé d'intérêt collectif et 19% en établissement privé commercial. L'augmentation du nombre de patients hospitalisés a été particulièrement importante dans les établissements privés d'intérêt collectif (+5,9%), puis dans les établissements privés commerciaux (+3,3%). Elle a été de +1,8% dans les établissements publics.

Addictions chroniques : 127 000 patients hospitalisés en 2018 dont la moitié en psychiatrie⁹

En France, les patients avec une (ou plusieurs) addiction(s) chronique(s) peuvent être pris en charge dans un établissement de psychiatrie, de MCO ou de SSR. Au total, 127 000 patients ont été pris en charge pour addiction(s) chronique(s) en 2018 (+1,3% par rapport à 2017), parmi lesquels plus de 53% l'ont été en psychiatrie, 44% en MCO et 24% en SSR (Figure 8). 2% des patients ont été pris en charge dans les trois champs (MCO, SSR et psychiatrie), alors que 80% l'ont été dans un seul champ.

Figure 8 : Répartition des patients selon le ou les champs dans lesquels ils ont été pris en charge pour une ou plusieurs addiction(s) chronique(s) en 2018



En psychiatrie, la prise en charge des patients pour addiction(s) chronique(s) a représenté 2,7 millions de journées de présence à temps complet (+2,7% par rapport à 2017), dont 94% à temps plein, et près de 365 000 journées de présence à temps partiel (-1,1% par rapport à 2017) dont 95% en hôpital de jour (HDJ). La durée moyenne de prise en charge à temps plein a été supérieure à celle en HDJ de 11 jours en moyenne, avec respectivement 41,6 journées de prise en charge à temps plein (stable par rapport à 2017) et 30,5 journées de prise en charge en HDJ (-1 jour par rapport à 2017).

En SSR, 36 500 séjours à temps complet et 65 500 journées d'hospitalisation à temps partiel ont concerné des patients pris en charge pour addiction(s) chronique(s). Par rapport à 2017, ces volumes d'activité sont stables pour les séjours à temps complet et en hausse de +4% pour les journées d'hospitalisation à temps partiel.

Quel que soit le type d'hospitalisation, 83% de l'activité a été réalisée dans une unité médicale ayant la mention spécialisée "58-Affections liées aux conduites addictives". Les prises en charge des patients pour addiction(s) chronique(s) ont été en moyenne plus courtes en SSR qu'en psychiatrie : 17 jours en hospitalisation à temps partiel (idem par rapport à 2017) et 34 jours¹⁰ en hospitalisation complète (environ +1 jour par rapport à 2017).

En MCO, la prise en charge des patients pour addiction(s) chronique(s) a concerné 71 200 séjours à temps complet et 69 700 séjours en HDJ. Par rapport à 2017, ces volumes de séjours sont stables pour le temps complet et en hausse de +7% pour le temps partiel. Respectivement, 39% de l'activité à temps complet et 56% de celle en HDJ ont été réalisées dans une unité médicale avec une autorisation spécialisée "19 - Unité d'addictologie de recours et de référence". La durée de la prise en charge des patients pour addiction(s) chronique(s) en MCO a été la plus courte, comparativement au SSR et à la psychiatrie : 11 jours en moyenne en HDJ et 9 jours en hospitalisation complète¹¹.

Quels lieux de prise en charge ?

5% des patients hospitalisés au moins une fois hors de leur région

Parmi les 12,4 millions de patients résidant en France et hospitalisés en 2018, 658 000 ont été hospitalisés au moins une fois dans un établissement de santé implanté hors de leur région de résidence. Cette part de patients hospitalisés hors région de résidence a légèrement augmenté de +0,3 point par rapport à 2017. Cette part de patients hospitalisés hors de leur région de résidence est de 4,5% en psychiatrie, 5,1% en MCO et de 5,9% en SSR.

Par région, les plus fortes parts de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année hors de leur région de résidence sont observées en France métropolitaine, dans les régions les moins peuplées : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Corse. En 2018, 11% des Bourgo-Francis-Comtois ont été hospitalisés au moins une fois hors de leur région, dans des régions voisines. Ainsi, 5% des patients domiciliés en Bourgogne-Franche-Comté ont été hospitalisés en Auvergne-Rhône-Alpes, 3% en Ile-de-France et 2% en Grand-Est.

⁹ Pour en savoir plus : <https://www.scansante.fr/applications/addictions-chroniques>

¹⁰ 35 jours représentent la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète.

¹¹ 11 jours représentent la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète.

En Centre-Val de Loire, la part des patients hospitalisés au moins une fois hors de la région s'élève à 15% : 8% des Centrais ont été hospitalisés en Ile-de-France, 3% en Nouvelle-Aquitaine, 1% en Bourgogne-Franche-Comté et 1% en Pays de la Loire. Parmi les patients domiciliés en Corse, 16% ont été hospitalisé sur le continent, dont 13% au moins une fois en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

De plus, 13,6% des patients résidant à Mayotte, et hospitalisés en 2018, ont été hospitalisés hors de Mayotte : 74% de ces patients ont été hospitalisés à la Réunion.

Trois journées d'hospitalisation sur cinq sont réalisées dans un établissement public

En 2018, 7 millions de patients ont été hospitalisés dans un établissement public, soit une hausse de 38 000 patients par rapport à 2017 (+0,5%). Tous champs confondus, les établissements de santé publics ont réalisés 84,8 millions de journées d'hospitalisation, soit près de 60% de l'ensemble des journées d'hospitalisation. En psychiatrie, les établissements publics réalisent près des deux-tiers des journées d'hospitalisation et ont pris en charge, à temps complet ou partiel, 70% des patients. Leur nombre de patients stagne : +0,4% entre 2017 et 2018. En MCO, les établissements publics ont réalisé 70% des journées d'hospitalisation et ont pris en charge 57% des patients hospitalisés dans ce champ sanitaire. Leur nombre de patients évolue de +0,5% entre 2017 et 2018. En SSR, 4 patients sur 10 ont été hospitalisés dans des établissements publics (-1,0% du nombre de patients entre 2017 et 2018). Ces derniers ont réalisé 38% des journées d'hospitalisation SSR. En HAD, les établissements publics réalisent le quart des journées d'hospitalisation à domicile et ont pris en charge 30% des patients. Leur nombre de patients augmente de +4,9% entre 2017 et 2018.

Tous champs confondus, les établissements privés commerciaux ont réalisé le quart des journées d'hospitalisation en 2018. Ainsi, ces établissements réalisent 36% des journées d'hospitalisation en SSR, 22% en MCO, 23% en psychiatrie et 17% des journées d'HAD. Plus de 5,3 millions de patients ont été hospitalisés dans un établissement privé commercial en 2018 ; ce qui représente une hausse de 24 000 patients par rapport à 2017 (+0,4%).

Enfin, tous champs confondus, les établissements privés d'intérêt collectif ont pris en charge près de 1,5 million de patients en 2018, soit une hausse de 35 000 patients par rapport à 2017 (+2,4%). Ces établissements ont effectué 16% des journées d'hospitalisation : ils réalisent la majorité des hospitalisations à domicile (58% des journées d'HAD), 27% des journées en SSR, 14% des journées en psychiatrie et 8% des journées en MCO.

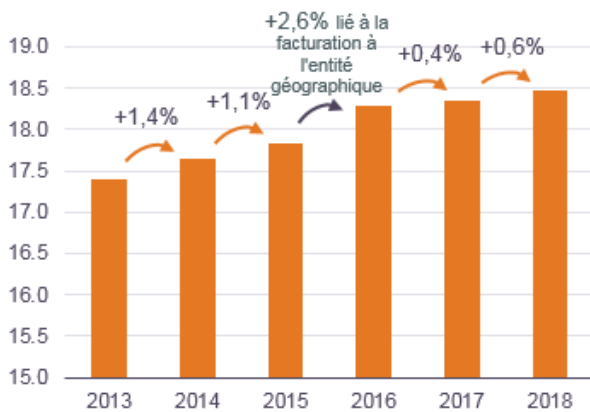


Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En 2018, **12,3 millions de patients**¹² ont été hospitalisés dans une unité de soins de court séjour de MCO en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les établissements de santé de MCO ont réalisé plus de **10,7 millions de séjours hospitaliers**, ainsi que **12,9 millions de séances** (ces dernières étant des prises en charge très spécifiques, elles ne sont pas considérées dans les résultats ci-après et font l'objet d'un focus distinct).

L'évolution du nombre de séjours entre 2017 et 2018 en MCO est faible (+0,6%). Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, cette activité est en augmentation. Cependant, le rythme de croissance de cette activité est moins soutenu ces dernières années. La comparaison de l'évolution annuelle d'activité 2018 avec l'évolution annuelle 2014 permet de s'affranchir d'effets conjoncturels importants (facturation à l'entité géographique, année bissextile...) des années intermédiaires. Entre 2013 et 2014, la hausse du nombre de séjours était de +1,4%. Ces augmentations sont à mettre en regard de l'évolution démographique française cf. encadré ci-contre).

Figure 9 : Nombre de séjours (en millions) et évolution 2013-2018



NB : En 2016 les établissements publics sont passés à la facturation à l'entité géographique et non plus à l'entité juridique. La conséquence de cette mesure a été l'augmentation du nombre de séjours. L'année 2016 étant également une année bissextile, les évolutions 2015/2016 et 2016/2017 ont été impactées par cet effet calendaire.

Quels profils de patients ?

Un tiers des patients hospitalisés en MCO est âgé de 65 ans et plus

En 2018, 12,0 millions de personnes ont été hospitalisées en MCO. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent un tiers des patients alors qu'ils représentent 19% de la population en France. De plus, ils consomment 40% des séjours hospitaliers. Les patients âgés de 80 ans et plus,

représentent à eux seuls 15% des séjours hospitaliers. A l'inverse, 13% des séjours concernent des enfants âgés de moins de 18 ans alors qu'il représente 22% de la population.

Une hausse particulièrement forte des hospitalisations est observée chez les patients âgés de 70 à 74 ans. En effet, entre 2017 et 2018, le nombre de patients âgés de 70 à 74 ans hospitalisés en MCO a augmenté de +8,8% pour une augmentation du nombre d'hospitalisations de +7,8%. La croissance importante des hospitalisations dans cette classe d'âge est à relier au baby-boom de l'après-guerre. L'évolution du nombre de séjours entre 2017 et 2018 est majoritairement portée par cette classe d'âge.

La décélération de l'activité liée à la démographie des 80 ans et plus¹³

L'évolution de la population française âgée de 80 ans et plus est passée de +2,1% entre 2013 et 2014 à +1,0% entre 2017 et 2018. Cette décélération est plus marquée que celle de la population globale qui est passée d'une évolution à +0,5% à +0,2% dans le même temps.

Ce phénomène se répercute sur la consommation de soins hospitaliers de cette tranche d'âge.

Bien que le nombre de séjours qui leur est associé soit toujours en hausse (+0,6%) cette hausse est moins marquée qu'entre 2013 et 2014 (+3,0%).

Ainsi entre 2013 et 2014, les patients de plus de 80 ans contribuaient à un tiers de la hausse des séjours de MCO alors qu'entre 2017 et 2018 leur contribution s'établit à 15%.

La baisse de la natalité se poursuit en 2018 bien qu'elle ait un impact moindre. Ce phénomène se répercute sur l'évolution du nombre de séjours des enfants de moins de 5 ans, en baisse de -2,3%.

¹² Y compris séances, hors IVG (actes externes)

¹³ Pour plus d'information voir le rapport Commission des comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) Tome 1 p.132 <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS%20SEPT%2019%20DEF.pdf>

Stabilité du nombre de séjours pour les femmes en 2018 en lien avec la baisse des naissances

La baisse de la natalité freine également la croissance des hospitalisations en obstétrique et participe ainsi à la stabilité du nombre d'hospitalisations constatée chez les femmes. Les hospitalisations augmentent de +0,8% chez les hommes.

Quelles modalités de prise en charge ?

Développement progressif de l'hospitalisation en ambulatoire

En 2018, 42% des séjours en MCO ont été réalisés en ambulatoire, ce qui correspond à la prise en charge de 6 millions de patients. Ce mode de prise en charge est en hausse de +2,8% entre 2017 et 2018, alors que les hospitalisations complètes diminuent de -1,0%. La moitié de la croissance globale de l'activité MCO est portée par l'ambulatoire.

Le taux de séjours en ambulatoire a progressé de +0,9 point par rapport à 2017. Entre 2013 et 2014, ce taux a connu la même évolution. Cependant, les évolutions diffèrent suivant le type d'hospitalisation.

L'évolution du taux de séjours en chirurgie ambulatoire se stabilise

Avec une croissance de +4,7% en 2018, c'est principalement le développement de la chirurgie ambulatoire¹⁴ qui contribue à la croissance des séjours sans nuitée. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés pour chirurgie ambulatoire (2,6 millions) dépasse le nombre de patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle (2,4 millions).

Le taux de séjours en chirurgie ambulatoire s'élève à 54% en 2018. Entre 2013 et 2014, il a évolué de +2,3 points alors qu'entre 2017 et 2018 il a évolué de +2,0 points. L'évolution de la chirurgie ambulatoire est donc moins rapide.

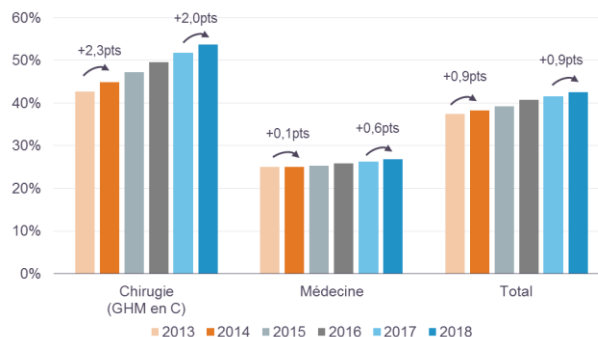
L'évolution du taux de séjours en médecine ambulatoire accélère

Le nombre de séjours de médecine sans nuitée progresse de +2,9% en 2018, tandis que celui avec nuitées stagne. Ainsi, en médecine, le nombre de

patients hospitalisés sans nuitée atteint 1,4 million. Cependant, la prise en charge avec nuitées reste majoritaire avec 3,6 millions de patients concernés.

L'évolution de la médecine sans nuitée est moins élevée que celle de la chirurgie mais plus rapide entre 2017 et 2018 qu'entre 2013 et 2014 (respectivement +0,6 point et +0,1 point). En 2018, le taux de séjours en médecine sans nuitée est de 27%.

Figure 10 : Proportion de séjours sans nuitée¹⁴



Les séjours pour techniques interventionnelles non opératoires en augmentation modérée

Après une année de stabilisation en 2017, qui s'expliquait en partie par le transfert des hospitalisations pour « injections de toxine botulique, en ambulatoire » (racine de GHM 01K04) vers le forfait Sécurité Environnement (SE5 et SE6) pour financer cette administration de toxine botulique en environnement hospitalier, la croissance du nombre de séjours pour techniques interventionnelles non opératoires reprend avec une évolution à +1,0% entre 2017 et 2018. Ainsi cette catégorie d'activité de soins regroupe à 3,3 millions de séjours en 2018.

Quels motifs de recours ?

Forte hausse des séjours d'ophtalmologie liée au développement de la prise en charge pour cataracte en ambulatoire

En 2018 comme en 2017, un tiers des séjours se concentre sur trois domaines d'activité. Le domaine digestif (D01) concentre 19% des séjours de MCO. Près de la moitié de ces hospitalisations sont des séjours pour endoscopies digestives.

¹⁴ Le taux de chirurgie ambulatoire considéré ici concerne les GHM en C. Les Interruption volontaires de grossesse ne sont pas considérées.

L'orthopédie traumatologie (D02) regroupe 10% des séjours, parmi lesquels les racines de GHM les plus fréquentes concernent les libérations du médian au canal carpien et les autres interventions sur la main. Le domaine cardio-vasculaire, hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (D07), concerne près de 7% des séjours hospitaliers. Parmi les séjours de ce domaine, 17% sont des séjours pour insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire.

Avec une hausse du nombre de séjours de +3,2%, le domaine d'activité relatif à l'ophtalmologie (D11) contribue au tiers de la croissance du nombre d'hospitalisations entre 2017 et 2018. Cette hausse d'activité est liée au développement des interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (racine de GHM 02C05) qui évoluent à +3,7%.

Les domaines d'activité « Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels » (D06) et « Pneumologie » (D09) contribuent chacun au quart de la croissance des séjours hospitaliers de MCO (évolutions respectives de +4,6% et +2,7%). Concernant le domaine d'activité « Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels » (D06), ce sont les séjours groupés dans les racines de GHM qui concernent les actes diagnostiques par voie vasculaire et les traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, qui contribuent fortement à la hausse de ce domaine d'activité.

La hausse des séjours de pneumologie reflète principalement la hausse des séjours groupés

dans les racines de GHM relatives aux pneumonies et pleurésies banales (âge supérieur à 17 ans) et aux gripes.

A l'opposé, le nombre de séjours diminue pour les domaines d'activité « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) (D05) et « Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances » (D17) en baisse respectives -3,1% et -2,8% (cf. encadré ci-après).

Quels lieux de prise en charge ?

Progression plus rapide dans les établissements privés à but non lucratif

Près de la moitié des établissements ayant une activité MCO (hors séances) sont des établissements publics. Ces établissements publics prennent en charge 57% des patients et des séjours d'hospitalisation. Le nombre de séjours pris en charge par ces établissements est relativement stable (+0,2%) entre 2017 et 2018.

Près d'un tiers des séjours MCO se font dans des établissements privés commerciaux, pour 42% des patients, soit plus de 5 millions de patients. L'activité de ces établissements progresse de +0,7% par rapport à en 2017.

Les établissements privés à but non lucratif ont pris en charge 1,1 million de patients et connaissent l'évolution la plus marquée : +2,4% entre 2017 et 2018.

Des séances en hausse malgré une décélération de la croissance des séances de chimiothérapie

Globalement, le nombre de séances s'établit à 12,9 millions en 2018 et il augmente de +2,3%.

Trois types de séances concentrent la quasi-totalité des séances : la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Les établissements de santé ont pris en charge 440 000 patients pour chimiothérapie en 2018, ce qui représente 3,4 millions de séances. Le nombre annuel moyen de séances de chimiothérapie par patient est ainsi de 7,7 en 2018. Le nombre de séances de chimiothérapie augmente moins rapidement que les années précédentes (+1,8% contre +6,2% entre 2016 et 2017). Cette évolution est due à une moindre évolution du nombre de patients compte tenu du développement des chimiothérapies orales prises en charge en ville et aux chimiothérapies à domicile (cf. partie HAD page 20).

En 2018, 7 millions de séances de dialyse ont été réalisées. Près de 57% des séances sont effectuées en centre, c'est-à-dire au sein d'une unité de dialyse en présence d'un médecin néphrologue. Cela représente près de 66 000 patients sous dialyse sur l'année. Par rapport à 2017, cette activité a progressé de +2,4%. Seules les séances de radiothérapie réalisées dans les établissements du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) sont comptabilisées. Les séances de radiothérapie du secteur privé (ex-OQN) sont financées en ville, leur facturation n'est pas remontée via le PMSI MCO. Plus de 2,0 millions de séances de radiothérapie ont été réalisées dans les établissements du secteur ex-DG et ont concerné plus de 106 000 patients en 2018. Par rapport à 2017, cette activité a progressé de 2,5%.



Les prises en charge hospitalières de médecine d'urgence

En 2018, environ **14,4 millions de patients** ont fait l'objet d'une prise en charge hospitalière de médecine d'urgence dans un établissement de santé MCO en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte). Ces prises en charge correspondent à plus de **22,3 millions de passages facturés via un forfait ATU** (accueil et traitement des urgences) **ou suivis d'une hospitalisation** dans l'année. Chaque jour, en moyenne 61 100 patients ont été pris en charge aux urgences en 2018. Le nombre de passages aux urgences facturés en ATU ou suivis d'une hospitalisation a augmenté de **+2,9% entre 2017 et 2018**.

L'activité considérée concerne les prises en charge de médecine d'urgence, suivis ou non (donnant alors lieu à la facturation d'un forfait ATU) d'une hospitalisation, au sein d'un établissement MCO. Les passages aux urgences pour des soins programmés, correspondant à des reconvoctions de patients suite à un passage antérieur, ne font pas l'objet d'un recueil d'information dans le PMSI et ne sont donc pas intégrés au périmètre d'analyse (cf. méthodologie page 26).

Périmètre d'analyse de l'activité en de soins de médecine d'urgence

Plusieurs bases de données permettent d'analyser l'activité de soins de médecine d'urgence. Cependant, leurs utilisations et leurs périmètres sont légèrement différents :

- La **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leur personnel médical et non-médical. Dans cette enquête, les établissements renseignent leurs données relatives aux structures des urgences. Les établissements n'ayant pas d'autorisation de structure des urgences ou assurant l'accès direct à un plateau technique spécialisé (comme SOS mains, ou spécialisées uniquement en ophtalmologie, en psychiatrie, en obstétrique, etc.) ne sont pas concernés par la partie urgences de l'enquête SAE. Le périmètre de l'enquête SAE correspond donc à l'activité des structures des urgences autorisées, et est identique à celui des Résumés de Passage aux Urgences.
- Les **données d'activité de médecine d'urgence issues du PMSI** regroupent :
 - Les prises en charge ayant fait l'objet d'une facturation d'un forfait ATU (accueil et traitement des urgences). Un forfait ATU est facturable uniquement pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service autorisé au titre de l'activité de soins de médecine d'urgence. La seule exception à cette condition concerne le cas circonscrit (et lié à des raisons d'organisation interne de l'établissement) des patientes accueillies pour des urgences gynécologiques qui seraient directement orientées, pour des soins non programmés et non suivis d'hospitalisation, dans le service de gynécologie-obstétrique. Un ATU n'est pas facturable lorsqu'un patient est reconvoqué ultérieurement.
 - Les hospitalisations dans une unité médicale de courte durée (UHCD) et les hospitalisations MCO des patients en provenance des urgences.

Il existe donc des différences de périmètres entre les données du PMSI et celle de la SAE, qui sont détaillées ci-après :

- Le périmètre du recueil du bordereau Urgences de la SAE correspond à l'ensemble des passages au sein d'une structure des urgences autorisée. Il s'agit du même périmètre que celui des RPU.
- Les données du PMSI décrivent un périmètre légèrement différent puisque :
 - Les urgences gynécologiques peuvent donner lieu à facturation d'ATU lorsque la patiente est prise en charge dans un service de gynéco-obstétrique. Ces ATU viennent en sus de ceux facturés dans le cadre d'une prise en charge au sein d'une structure des urgences.
 - Les reconvoctions, ainsi que les prises en charge aux urgences avec mode d'entrée mutation ou transfert, ne peuvent pas être décomptées dans les données PMSI.

Ici, les données de prise en charge hospitalière de médecine d'urgence sont comptabilisées à partir du PMSI.

Quels profils de patients ?

La moitié des passages aux urgences concernent des personnes âgées de moins de 35 ans

En 2018, les prises en charge aux urgences ont concerné 7,4 millions de femmes et 7,0 millions d'hommes. L'âge moyen des patients accueillis aux urgences est de 38 ans. Un patient sur dix, accueilli aux urgences est un enfant âgé de moins de 5 ans ; deux patients sur dix sont âgés de 5 à 19 ans et également deux sur dix sont âgés de 20 à 34 ans. La moitié des passages aux urgences concernent donc des personnes âgées de moins de 35 ans. Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent, quant à elles, 12% des patients pris en charge aux urgences en 2018.

Une croissance d'activité de +2,9%

Entre 2017 et 2018, le nombre de passages aux urgences, facturés via un forfait ATU ou suivis d'une hospitalisation, a augmenté de +2,9%. Cette hausse d'activité traduit principalement une hausse du nombre de patients pris en charge (+2,1% ; +292 000 patients).

L'augmentation du nombre de passages aux urgences est plus forte chez les femmes que chez les hommes (+3,4% versus +2,4%). Par classe d'âge, le nombre de passages diminue chez les enfants de moins de 5 ans (-0,9%) ainsi que chez les enfants âgés de 10 à 14 ans (-1,0%). En revanche, il augmente chez les patients âgés de 30 à 39 ans (+4,7%). Cette hausse pour les patients âgés de 30 à 39 ans explique 20% de la croissance globale de l'activité aux urgences. Parallèlement à l'augmentation de la population des personnes âgées de 70 à 74 ans en France (génération du baby-boom de l'après-guerre), les passages aux urgences dans cette classe d'âge augmentent de +11,0%. En revanche, la croissance d'activité des patients âgés de 75 ans et plus se limite à +2,7%.

Près de 3 patients sur 10 ont eu plusieurs fois recours aux urgences dans l'année

En 2018, 4,1 millions de patients (29%) ont consulté plusieurs fois un service des urgences dans l'année. Plus précisément, 18% des patients ont eu recours à une structure des urgences deux fois dans l'année, 6% trois fois, 2% quatre fois et également 2% cinq fois ou plus. La part de patients ayant eu plusieurs recours aux urgences dans l'année approche 35% chez les enfants de moins de 5 ans, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ainsi que chez les femmes âgées de 20 à 34 ans.

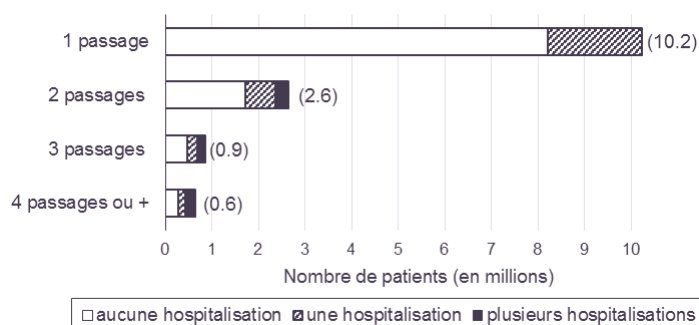
Quelles modalités de prise en charge ?

Plus d'1 passage aux urgences sur 5 est suivi d'une hospitalisation

En 2018, 4,7 millions de passages aux urgences (21%) ont été suivis d'une hospitalisation. Entre 2017 et 2018, le nombre de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation a augmenté de +2,1%.

Un patient sur quatre ayant eu recours à un service d'urgences au moins une fois en 2018 a été hospitalisé suite à l'un de ses passages. La part de patients hospitalisés est deux fois plus élevée en cas de passages annuels multiples (40%) qu'en cas de recours unique (20%).

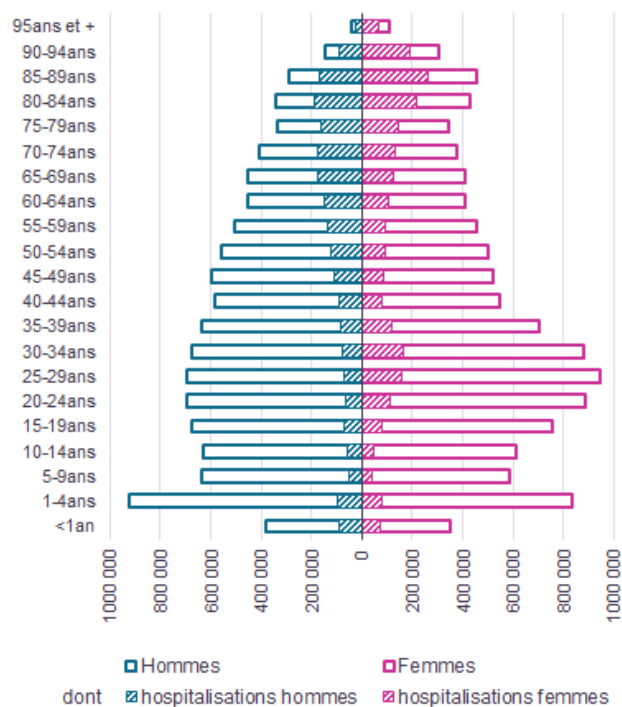
Figure 11 : Répartition du nombre de patients, en fonction du nombre annuel de passages et d'hospitalisations post-urgences en 2018



La moitié des hospitalisations post-urgences concernent des patients âgés de 60 ans ou plus

Le taux d'hospitalisation post-urgences augmente avec l'âge : il est de 11% chez les patients âgés de moins de 20 ans, 14% chez les patients de 20 à 39 ans, 19% chez les patients de 40 à 59 ans et de 45% chez les patients âgés de 60 ans et plus.

Figure 12 : Nombre de passages aux urgences en 2018, suivis ou non d'une hospitalisation, par classe d'âge et par sexe



Plus de 85% des hospitalisations, qui font suite à un passage aux urgences, sont des hospitalisations avec nuitée(s) (contre 48% des hospitalisations non précédées d'un passage aux urgences). La durée moyenne de ces hospitalisations complètes est de 6,0 nuitées. Pour comparaison, la durée moyenne des séjours MCO avec nuitées, sans passage préalable aux urgences, est de 5,2.

En 2018, près de 2 millions d'hospitalisations en unité médicale de courte durée (UHCD) sont dénombrées, ce qui représente 9% des passages aux urgences. Globalement, 11% des patients ayant eu recours aux urgences en 2018, ont été hospitalisés au moins une fois en UHCD.

Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation donnant lieu à la facturation d'un forfait ATU représentent 79% des passages aux urgences. Avec une croissance de +3,2% entre 2017 et 2018, ils contribuent à 85% de la croissance globale des passages aux urgences.

Quels lieux de prise en charge ?

Plus de 8 passages aux urgences sur 10 ont lieu dans des établissements publics

En 2018, le secteur public a accueilli aux urgences près de 12,0 millions de patients pour 18,3 millions de passages. Le nombre de passages aux urgences dans ce secteur a augmenté de +2,9% entre 2017 et 2018.

Les établissements privés commerciaux ont pris en charge plus de 2,2 millions de patients, soit environ 2,9 millions de passages aux urgences. Cette activité a augmenté de +2,5% entre 2017 et 2018.

Plus de 800 000 patients ont été pris en charge aux urgences dans le secteur privé d'intérêt collectif, pour 1,1 million de passages en 2018. Cette activité a progressé fortement dans ces établissements (+4,5% de passages entre 2017 et 2018).

La structure par âge de la patientèle des services d'urgences diffère selon le statut des établissements. La part de l'activité consacrée aux enfants âgés de moins de 18 ans est la plus élevée dans les services d'urgences des établissements publics (28%). Dans les établissements privés commerciaux, 17% des passages aux urgences concernent des enfants (contre 24% dans les services d'urgences privés d'intérêt collectif). La part de l'activité de médecine d'urgence dédiée aux personnes âgées de 80 ans et plus est de 10% dans les établissements publics, de 9% dans les établissements privés d'intérêt collectif et de 8% dans les établissements privés commerciaux.

De même, les taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences varient selon le statut juridique des établissements : ils s'élèvent à 22% dans les services du secteur public, à 20% dans les services du secteur privé d'intérêt collectif et à 14% dans le secteur privé commercial.

Les résumés de passages aux urgences

Un résumé de passages aux urgences (RPU) est un recueil standardisé de **données médico-administratives pour chaque passage aux urgences**. La transmission des RPU par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence a été rendue obligatoire par arrêté du 24 juillet 2013 dans un objectif de veille et de sécurité sanitaire mais également d'amélioration des connaissances de l'activité des services d'urgences.

En 2018, **20,7 millions de RPU** recueillis dans 681 services d'accueil des urgences ont été transmis à l'ATIH, en charge de l'hébergement des données nationales.

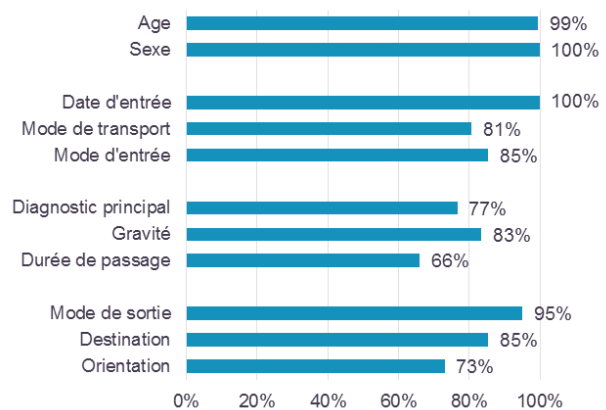
La qualité des données

Au niveau national, si l'exhaustivité de la transmission des données des RPU n'est pas atteinte, le taux de transmission est élevé. Les RPU transmis représentent 94% du nombre de passages aux urgences enregistrés dans la SAE.

Au-delà de l'exhaustivité des transmissions, la qualité du recueil est également appréciée par variable qui compose le RPU. La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) a défini des indicateurs d'exploitabilité¹⁵ des items des RPU. Les taux d'exploitabilité mesurent, par variable, la part des RPU pour lesquels un élément est renseigné au format prédéfini au niveau national. Ces indicateurs sont à la fois une mesure de la conformité des réponses aux formats attendus ainsi qu'une mesure de l'exhaustivité des réponses aux différents items.

Les analyses présentées ci-après sont uniquement basées sur les données évaluées comme exploitables. Ainsi, selon les différentes variables analysées, la part de RPU considérés varie de 66% (pour la durée du passage) à 100% (variables administratives).

Figure 13 : Taux d'exploitabilité 2018 des variables analysées



L'arrivée des patients aux urgences

1 patient sur 4 arrive aux urgences par transport sanitaire

Près de trois patients sur quatre arrivent aux urgences par leurs propres moyens alors qu'un patient sur quatre a recours à un transport sanitaire (12% en véhicule de secours et d'assistance aux victimes, 12% en ambulance, 1% par véhicule de service mobile d'urgence et de réanimation et 0,1% par hélicoptage). La fréquence des arrivées aux urgences par transport sanitaire est corrélée à l'âge des patients. Parmi les enfants de moins de 15 ans, 7% arrivent aux urgences par transport sanitaire. Cette proportion s'élève à 38% parmi les patients âgés de 60 à 79 ans et à 68% parmi les patients de 80 ans et plus. Par ailleurs, 0,6% des

patients sont amenés par les forces de l'ordre, dont la moitié est âgée de 20 à 39 ans.

Un volume d'activité plus élevé en juin

En 2018, le nombre moyen quotidien de passages aux urgences a été le plus élevé au mois de juin, suivi du mois de juillet puis du mois de mai. Ainsi, le nombre moyen quotidien de passages aux urgences est supérieur de +4,5% entre mai et juillet par rapport aux autres mois de l'année 2018. Les fluctuations saisonnières diffèrent selon les classes d'âge. Ainsi, le mois de décembre est le mois durant lequel la fréquentation des enfants de moins de 5 ans a été la plus forte. Le volume quotidien de passages des patients âgés de 20 à 79 ans est le plus élevé durant les mois d'été (juillet, août puis juin). Pour les patients âgés de 80 ans et plus, ce sont les trois premiers mois de l'année qui présentent les volumes de passages aux urgences maximaux.

¹⁵ <http://www.fedoru.fr/collecte-et-usage-des-rpu/>

Davantage de passages aux urgences le lundi

Le lundi est le jour de la semaine durant lequel le nombre de passages aux urgences est le plus élevé. En effet, le lundi, le nombre moyen de passages aux urgences est supérieur de +9,9% au nombre moyen de passages enregistré les autres jours de la semaine. Le mercredi est la journée durant laquelle l'activité est la plus faible.

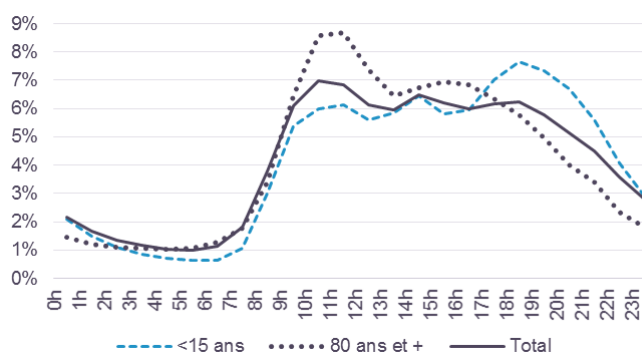
La répartition hebdomadaire des passages aux urgences varie selon les classes d'âge. Ainsi, pour les enfants âgés de moins de 5 ans, les passages aux urgences sont les plus fréquents le dimanche, puis le samedi (près de 16% de passages supplémentaires les jours de week-end par rapport aux jours de semaine). En revanche, le recours aux urgences des personnes âgées de 80 ans et plus est plus fréquent le vendredi puis le lundi (12% de passages en plus les lundis et vendredis par rapport aux autres jours).

Sur l'ensemble des patients, le recours aux urgences est supérieur les jours ouvrés par rapport aux jours fériés ou week-end, excepté pour les patients âgés de moins de 10 ans et les patients âgés de 20 à 34 ans pour lesquels les volumes de passages sont respectivement supérieurs de +11,4% et +3,4% les jours non ouvrés par rapport aux jours ouvrés.

Un pic d'activité entre 10h et 12h

En termes d'horaire d'arrivée aux urgences, le flux de patients est relativement constant de 9h à 20h avec toutefois, un pic d'admissions en fin de matinée, entre 10h et 12h. Le pic d'activité en fin de matinée est particulièrement marqué chez les personnes âgées de 80 ans et plus. En revanche, l'arrivée des enfants aux urgences est plus fréquente en fin d'après-midi : le nombre d'entrées maximal se situe entre 17h et 20h pour les patients âgés de moins de 15 ans.

Figure 14 : Répartition des passages aux urgences



en 2018 selon l'heure d'arrivée des patients

L'état clinique des patients

6 passages sur 10 sont des urgences médico-chirurgicales et 3 sur 10 des urgences traumatologiques

Les diagnostics établis durant la prise en charge aux urgences (avant d'éventuels examens complémentaires effectués en aval des urgences), sont codés selon la classification internationale des maladies (CIM10). Une classification des diagnostics¹⁶, établie par la FEDORU, permet de grouper les passages par grandes disciplines de prise en charge. En 2018, 60% des passages correspondent à des urgences médico-chirurgicales et 31% sont des urgences traumatologiques.

Parmi les urgences de type médico-chirurgicales, les diagnostics principaux, les plus fréquents concernent les sous-groupes « douleurs abdominales sans précision » (4% des passages) et les « angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux » (3% des passages).

Concernant les urgences traumatologiques, les diagnostics les plus fréquents concernent les entorses et luxations du membre inférieur (4% des passages). Cinq groupes diagnostics regroupent chacun 3% des passages : il s'agit des contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et corps étrangers) des membres supérieurs, des contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses des membres inférieurs, des plaies et corps étrangers cutanéomuqueux des membres supérieurs, de la tête et du cou ainsi que les fractures des membres supérieurs.

Par ailleurs, 3% des passages concernent des pathologies psychiatriques ou troubles du psychisme et près de 2% des passages aux urgences concernent des intoxications.

Les urgences médico-chirurgicales sont plus fréquentes aux âges extrêmes et représentent près des trois-quarts de l'activité de médecine d'urgence des patients âgés de moins de 5 ans ou de 80 ans et plus. En revanche, plus de la moitié des passages aux urgences des enfants âgés de 5 à 14 ans concernent des traumatismes.

Pour 1,4% des passages aux urgences, le pronostic vital du patient est engagé

D'après le codage du score de gravité CCMU (classification clinique des malades aux urgences) établi théoriquement à l'admission aux urgences après le premier examen clinique, 17% des

¹⁶ <http://www.fedoru.fr/outils/>

passages aux urgences correspondent à des consultations sans acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique (autre qu'un électrocardiogramme ou actes réalisables et interprétables au lit du patient) pour des patients dont l'état clinique est jugé stable (CCMU1). Néanmoins, près de 5% de ces passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation.

La part de ces passages codés CCMU1 est plus importante les jours fériés et weekend que les jours ouvrés (18,4% versus 16,8%), et également plus importante entre 20h00 et 8h00 (18,6% versus 16,6% entre 8h00 et 20h00).

En revanche, dans plus de 1% des passages aux urgences le pronostic vital du patient est engagé¹⁷.

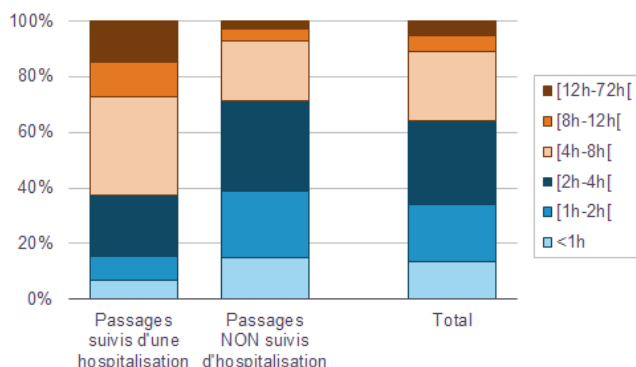
Ces indicateurs de gravité sont fortement corrélés à l'âge des patients. Ainsi, 0,3% des passages des patients âgés de moins de 5 ans concernent des urgences vitales contre 4% des passages des patients âgés de 80 ans et plus.

La sortie des urgences

La moitié des passages aux urgences dure moins de 3 heures

Parmi les passages pour lesquels les dates et heures d'entrée et de sortie sont disponibles¹⁸, la durée moyenne des passages aux urgences s'établit à 4h18min. La durée médiane étant de 2h54min, plus de la moitié des passages ont une durée de moins de 3 heures. Cette durée augmente avec l'âge des patients. Pour les enfants de moins de 15 ans la durée médiane est de l'ordre de 2h00min contre près de 5h15min pour les patients âgés de 80 ans ou plus. La durée écoulée entre l'arrivée du patient aux urgences et sa sortie du service dépend également de la suite du parcours des patients. En cas d'hospitalisation post-urgence, la durée médiane du passage est de 5h09min contre 2h32min en cas de retour au domicile. Ainsi, 71% des passages non suivis d'une hospitalisation durent moins de 4 heures, contre 37% en cas d'hospitalisation.

Figure 15 : Répartition des passages aux urgences selon leur durée



Les durées de passages varient également selon le jour et l'heure d'admission des patients aux services des urgences. Selon les jours de la semaine, les durées médianes varient de 2h39 le dimanche à 3h03 le lundi. Par heure d'arrivée, les durées médianes les plus fortes (supérieures à 3h20) concernent les patients admis entre 4h et 7h du matin ou entre 12h et 13h.

Plus d'un passage aux urgences sur cinq est suivi d'une hospitalisation. La grande majorité de ces hospitalisations (93,5%) a lieu dans une unité du même établissement que le service d'urgences. La part de passages suivis d'hospitalisation est de 10% pour une urgence traumatologique, 27% pour une urgence médico-chirurgicale, 35% pour une urgence psychiatrique et 46% pour une urgence toxicologique. Les taux d'hospitalisation sont les plus faibles les jours de week-end (19%) et le plus élevé le vendredi (22%).

La part de passages durant lesquels les patients sont partis des urgences sans attendre le début de la prise en charge médicale est de l'ordre de 2%. Elle s'élève à 3% parmi les patients âgés de 20 à 39 ans.

¹⁷ CCMU 4 et 5

¹⁸ Dans la base nationale, la durée de passage est exploitable pour 66% des RPU.

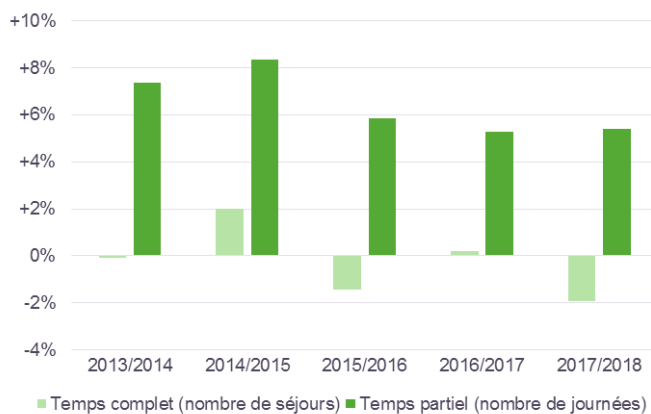


Soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2018, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, **1 million de patients ont été hospitalisés en soins de suite et de réadaptation**. Les soins réalisés ont généré **1,1 million de séjours en hospitalisation complète, soit 33,2 millions de journées**. Les prises en charge à temps partiel représentent quant à elles 4,4 millions de journées.

Entre 2017 et 2018, le fort développement de l'hospitalisation à temps partiel continue et s'accompagne d'une baisse de l'hospitalisation complète.

Figure 16 : Evolution de l'activité de SSR de 2013 à 2018



Quels profils de patients ?

Une patientèle âgée bénéficiant d'une prise en charge à temps complet

L'activité de soins de suite et de réadaptation se caractérise par une patientèle âgée. En 2018, près des deux tiers des patients ont plus de 65 ans et près de 37% ont plus de 80 ans. Alors que dans la population générale, ils représentent respectivement 19% et 6% des personnes. C'est sur ces patients âgés de 65 ans et plus que l'évolution du temps partiel est la plus forte.

Depuis plusieurs années, une forte hausse est observée sur le nombre de journées d'hospitalisation partielle des patients âgés de 70 à 74 ans. Cette évolution marquée est aussi présente en hospitalisation complète. La forte croissance d'activité au sein de cette classe d'âge est à relier au baby-boom de l'après-guerre.

Les enfants âgés de moins de 18 ans sont 32 000 à être pris en charge en SSR en 2018 (soit 4% des patients). Leurs évolutions sont les moins marquées.

Les patients sont en moyenne plus jeunes en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète.

Les séjours des patients de 80 ans et plus représentent 43% des séjours d'hospitalisation complète alors que pour le temps partiel, 44% des journées concernent des patients âgés entre 40 et 64 ans.

Une évolution plus marquée des hospitalisations à temps partiel pour les femmes

Entre 2017 et 2018, le nombre de séjours en hospitalisation à temps complet connaît une baisse plus marquée pour les femmes (-2,4%) que pour les hommes (-1,3%). Le phénomène inverse s'observe en hospitalisation à temps partiel (respectivement +6,2% et +4,7%). Cependant, le nombre de journées en hospitalisation à temps partiel des femmes reste inférieur à celui des hommes (45% vs 55%).

Quelles modalités de prise en charge ?

Trois quart des patients sont pris en charge uniquement à temps complet, 20% uniquement à temps partiel et 5% ont recours à l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel.

Un temps complet prédominant en diminution...

L'hospitalisation complète reste prédominante et rassemble 88% des journées de SSR, mais diminue (-1,9% de séjours). Un séjour terminé dure en moyenne 35,4 jours.

Une hospitalisation en SSR intervient souvent en aval d'un séjour de MCO. Pour 77% des séjours en hospitalisation complète en 2018, le mode d'entrée est le transfert ou la mutation d'un autre établissement de santé (contre 78% en 2013).

...concomitant à un temps partiel en forte hausse

Le nombre de journées en hospitalisation partielle est en hausse de +5,4% par rapport à 2017.

En hospitalisation à temps partiel, les patients sont pris en charge en moyenne sur 16,6 jours.

Quels motifs de recours ?

Hospitalisation à temps complet polyvalente en baisse

L'activité d'hospitalisation à temps partiel est très spécialisée, avec une forte prépondérance de la mention locomoteur (39% des journées). L'hospitalisation à temps complet est plus polyvalente (40% des séjours avec cette mention). Cette activité avec mention polyvalente est en décroissance entre 2017 et 2018 avec -4,5% de séjours.

Plus de la moitié de l'activité est relative à des affections du système nerveux ou du système ostéoarticulaire

En 2018, 42% des journées d'hospitalisation partielle et 36% des séjours en hospitalisation complète concernent la catégorie majeure relative aux affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08).

L'activité d'hospitalisation partielle est en hausse sur toutes les catégories majeures, et cette croissance est portée majoritairement par les affections du système nerveux (CM 01) et les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire (CM 08). Plus particulièrement, pour la CM 08, ce sont les scoliozes, hernies discales et autres dorsalgies qui expliquent majoritairement cette hausse avec +9% et les amputations avec +17%. La hausse des affections du système nerveux est principalement portée par la progression rapide du nombre de journées d'hospitalisation suite à un AVC avec une évolution de +11% (contre 6% entre 2016 et 2017). Ce motif de recours, qui représente 2,1% des journées à temps partiel, contribue fortement à l'augmentation du nombre de journée de ce type de prise en charge.

L'activité en hospitalisation complète est en baisse sur toutes les CM, excepté la CM 10 (Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles). En particulier, les séjours d'obésité (Groupe nosologie 1006) augmentent de +12% et contribuent fortement à cette hausse. Ce motif de recours concerne 40 500 patients en 2018.

Quels lieux de prise en charge ?

Le temps partiel en forte hausse dans les établissements privés commerciaux

En 2018, 40% des séjours en hospitalisation à temps complet ont été réalisés dans des établissements publics. S'agissant de l'activité à temps partiel, 40% des journées sont réalisées dans des établissements privés commerciaux.

La baisse de l'activité en hospitalisation complète est plus marquée dans les établissements publics (-2,7%). En revanche, la hausse de l'activité d'hospitalisation partielle est encore plus marquée dans les établissements privés commerciaux, avec une augmentation de +9,9% entre 2017 et 2018 et +9,3% déjà constatée entre 2016 et 2017.

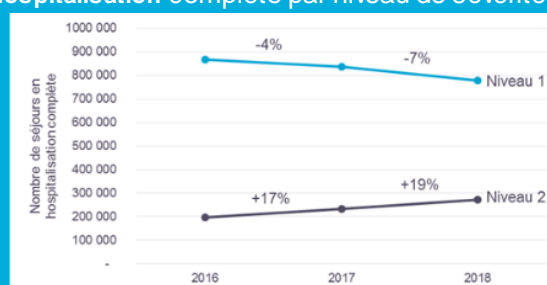
Le nombre de journées de présence par patient (en hospitalisation à temps complet et à temps partiel) est le plus important dans les établissements privés commerciaux avec 37,2 jours en moyenne, contre 34,4 dans les établissements publics et 33,5 dans les établissements privés d'intérêt collectif. Ces nombres de journées de présence par statut juridique n'ont pas évolué entre 2017 et 2018.

Depuis la mise en place de la dotation modulée à l'activité, hausse des séjours de sévérité 2

En 2017, un nouveau système de financement a été mis en place pour les établissements de SSR. Une partie de leur financement est basée sur la valorisation de leur activité. Cette mesure a un impact sur le codage des séjours qui s'améliore.

Ainsi depuis 2016, le nombre de séjours de sévérité de niveau 2 augmente, représentant ainsi plus d'un quart des séjours d'hospitalisation complète en 2018. A contrario les séjours de niveau de sévérité 1 diminuent.

Figure 17 : Evolution du nombre de séjours en hospitalisation complète par niveau de sévérité



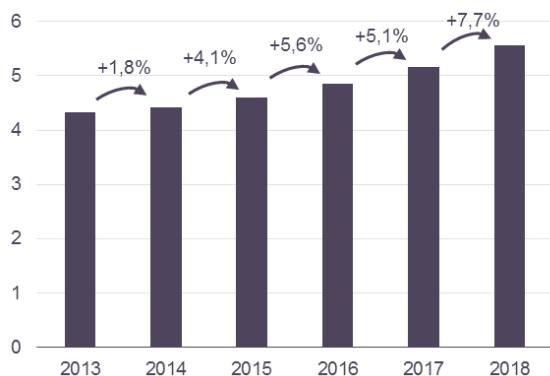


Hospitalisation à domicile (HAD)

En 2018, près de **122 000 patients** ont été hospitalisés à domicile. Les soins ont donné lieu à **5,6 millions de journées**.

Entre 2017 et 2018, le nombre de journées en HAD a augmenté de +7,7%. Depuis plusieurs années, l'HAD est en constante augmentation avec des évolutions dépassant les 5% depuis 2016. Le développement de ces prises en charge s'accélère, les confortant comme étant des alternatives à l'hospitalisation complète.

Figure 18 : Nombre de journées (en millions) et évolution en HAD 2013-2018



Quels profils de patients ?

Une augmentation plus marquée pour les patients de 80 ans ou plus

En 2018, la moitié des patients sont âgés de 65 ans et plus, taux constant depuis plusieurs années, ce qui représente 63% des journées d'hospitalisation. Comme pour les autres champs sanitaires, l'effet baby-boom d'après-guerre entraîne une évolution plus marquée pour les patients âgés de 70 à 74 ans (+12,3%).

Les patients âgés de plus de 80 ans représentent un tiers des journées d'HAD. Le nombre de journées qui leur est associé évolue à +10,7%. Ainsi, ils contribuent à hauteur de 42% à la croissance entre 2017 et 2018.

Les enfants de moins de 5 ans représentent 5% des patients. Leurs journées d'hospitalisation sont également en forte hausse : +9,0% en 2018 contre seulement +2,6% en 2017.

Une prise en charge sur l'année plus longue pour les hommes

Les femmes sont plus représentées dans ce champ sanitaire (55%). Pour autant, leur prise en charge concentre la moitié des journées en 2018.

La durée moyenne de prise en charge des femmes est 41,8 journées contre 49,4 chez les hommes.

En revanche, l'augmentation du nombre de journées est plus élevée pour les femmes (+8,2% versus +7,2% pour les hommes).

Quelles modalités de prise en charge ?

L'HAD fait souvent suite à un transfert d'un autre établissement

En HAD, deux tiers des séjours commencés dans l'année font suite à un transfert, ou une mutation d'un autre établissement. Il s'agit du mode d'entrée principal en HAD. Les évolutions sont plus marquées pour ces séjours que pour les séjours sans hospitalisation préalable (respectivement +8,8% et +3,6%).

En 2018, 57% des séjours terminés dans l'année se font par un maintien à domicile sans hospitalisation. Un tiers des séjours se poursuit par un transfert ou une mutation vers un autre établissement.

L'hospitalisation à domicile est également un mode de prise en charge important pour la fin de vie. En effet, 13% des séjours en HAD se termine par un décès.

Quels motifs de recours ?

Une évolution marquée des journées pour chimiothérapie anticancéreuse

Depuis plusieurs années, deux modes de prise en charge principaux (MPP) concentrent la moitié de l'activité d'HAD : les pansements complexes et soins spécifiques (MPP 09) et les soins palliatifs (MPP 04), avec environ 1,5 million de journées pour chacun. D'autres activités se caractérisent par une augmentation plus prononcée que sur l'année précédente, notamment la prise en charge de la douleur (MPP 07) qui concerne 168 000 journées et évolue de +18,5% par rapport à 2017.

Parallèlement à la baisse des séances de chimiothérapie en MCO (cf. encadré page 11), le nombre de journées pour chimiothérapie anticancéreuse en HAD est en hausse de +15,8% et représentent ainsi 105 000 journées en 2018.

Une progression plus rapide des prises en charge des patients plus fragiles

L'indice de Karnofsky (IK) décrit, sur une échelle synthétique de 0% (décès) à 100% (aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, et les soins qu'il requiert.

Avec le vieillissement de la patientèle, les deux tranches d'indice les plus fréquentes sont également celles qui augmentent le plus rapidement : les patients sévèrement handicapés (IK 30%) avec une hausse du nombre de journées de +11,4%, et les patients handicapés qui nécessitent une aide et des soins particuliers (IK 40%) avec une hausse de +14,0%. Ce sont également ces deux indices qui contribuent le plus fortement à la croissance du nombre de journées en HAD.

Figure 19 : Evolution du nombre de journées en HAD selon l'indice de Karnofsky



Quels lieux de prise en charge ?

Plus d'un patient sur deux pris en charge par un établissement privé d'intérêt collectif

En 2018, près de 60% des journées sont produites par des établissements privés d'intérêt collectif. Leur activité est en hausse de +7,7%.

Un quart des journées est réalisé en établissement public et ils connaissent une évolution de +7,4%.

Le nombre de journées annuel par patient est différent suivant le statut juridique des établissements.

Dans les établissements publics le nombre annuel moyen de journées par patient est de 38 contre 52 dans les établissements privés commerciaux.

Ceci reflète des prises en charge différentes suivant le secteur de financement. Les établissements publics ont réalisé, par exemple, moins de journées pour soins palliatifs.

Une prise en charge qui se développe pour les résidents en EHPAD

En 2018, 12 700 patients domiciliés en EHPAD ont été pris en charge en HAD. Cette activité représente désormais 8% du total de journées d'HAD. La moyenne d'âge de ces patients est de 85,7 ans.

L'évolution de ce type de prise en charge est en forte évolution que ce soit en nombre de journées ou en nombre de patients.

...et en établissements sociaux et médico sociaux hors EHPAD

Depuis mars 2013, les établissements d'HAD peuvent intervenir pour des patients résidant en établissements sociaux (ES) ou médicosociaux (EMS) hors EHPAD.

En 2018, 500 patients ont bénéficié de cette prise en charge. Ces patients ont en moyenne 55,3 ans.

L'évolution de ce type de prise en charge est en forte évolution que ce soit en nombre de journées ou en nombre de patients.



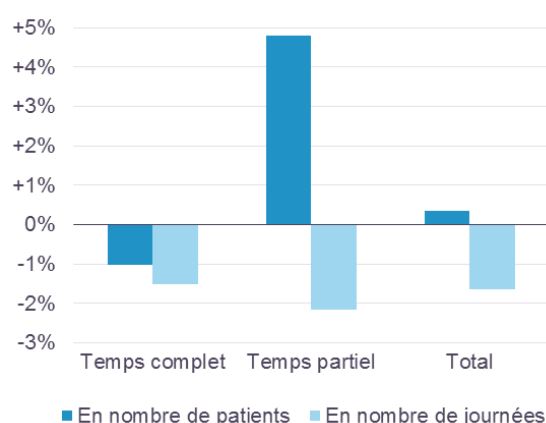
Psychiatrie

En 2018, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, **près de 424 000 patients ont été pris en charge à temps complet ou à temps partiel en psychiatrie**. Les soins réalisés ont donné lieu à **24,3 millions de journées à temps complet ou à temps partiel**.

Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel stagne entre 2017 et 2018. Par nature de prise en charge, cette évolution est différente. A temps complet, le nombre de patients évolue légèrement à la baisse alors qu'il augmente fortement pour les prises en charge à temps partiel.

Pour autant en nombre de journées, l'activité de psychiatrie est en baisse, quelle que soit la nature de prise en charge.

Figure 20 : Evolution 2017/2018 du nombre de patients en psychiatrie



Quels profils de patients ?

La moitié des patients ont entre 40 et 65 ans

Contrairement aux autres champs d'activité, la prise en charge psychiatrique concerne principalement des adultes de moins de 65 ans : 73% des patients ont entre 18 et 64 ans. Les enfants (âgés de moins de 18 ans) représentent 11% des patients. Le nombre de journées est en baisse quelle que soit la classe d'âge concernée, à l'exception des personnes âgées de 70-74 ans. Pour ces patients, comme dans les autres champs, l'évolution est positive et liée au baby-boom d'après-guerre.

En 2018, la durée moyenne de prise en charge à temps complet ou à temps partiel est de 56 jours par patient. Elle varie avec l'âge et est moins élevée chez les enfants (moins de 18 ans) et les personnes âgées de 80 ans et plus.

Autant d'hommes que de femmes, mais un nombre moyen de journées de présence plus élevé pour les hommes

Le nombre de patients pris en charge en psychiatrie se répartit à parts quasi égales entre hommes et femmes. En revanche, la durée de présence des hommes est en moyenne de 60 jours dépassant ainsi celle des femmes de 8 jours. La décroissance du nombre de journées de présence s'accélère entre 2017 et 2018 comparativement à la période 2016/2017, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Quelles modalités de prise en charge ?

Trois quarts des patients pris en charge à temps complet

Plus de deux tiers des patients sont pris en charge uniquement à temps complet, un quart uniquement à temps partiel et 11% à la fois à temps complet et temps partiel.

Ainsi, en 2018, 80% des journées prises en charge en psychiatrie se font à temps complet. La baisse de cette nature de prise en charge amorcée depuis quelques années continue avec une diminution de -1,5% entre 2017 et 2018.

Le nombre de journées de présence à temps partiel est, lui aussi, en baisse en 2018 de -2,1% par rapport à 2017 malgré la hausse du nombre de patients pris en charge à temps partiel (+4,8%).

Quels motifs de recours ?

La schizophrénie et les troubles de l'humeur restent les principaux motifs de prise en charge

Plus de la moitié des patients ont eu au moins un diagnostic principal de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*), ou bien de trouble de l'humeur (affectifs) (F3*) en 2018. Ces prises en charge concentrent 60% des journées de présence en psychiatrie. Le nombre de journées de présence pour troubles de l'humeur est en constante augmentation, avec +1,3% en 2018 par rapport à 2017.

Depuis 2016, le nombre de journées lié à des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*) est en hausse, quand la majorité des autres catégories de diagnostics sont en baisse. Cette prise en charge évolue de +3,5% entre 2016 et 2017 et +3,3% entre 2017 et 2018.

Le nombre de journées à temps plein diminue

La majorité des journées de présence prise en charge à temps complet le sont à temps plein (92% des journées). Cette nature de prise en charge est en baisse de -1,4%

En 2018, près de 79 000 patients ont été hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie sans leur consentement. Le nombre de journées à temps plein pour les soins sans consentement croît légèrement de +0,8% entre 2017 et 2018. En moyenne, ces hospitalisations durent 49 jours par patient.

En 2018, près de 30 000 patients ont été hospitalisés en isolement thérapeutique, parmi les patients hospitalisés à temps plein, pour une durée moyenne de 15,4 jours.

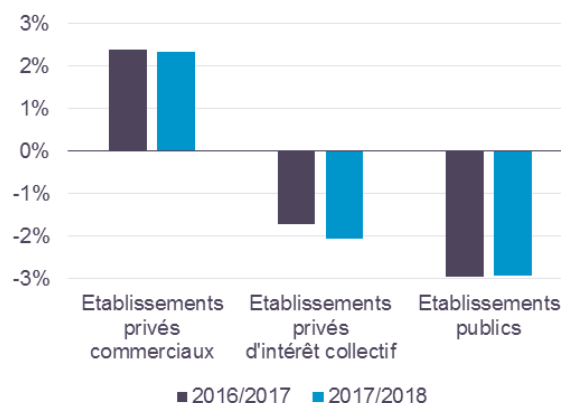
Quels lieux de prise en charge ?

Plus de deux tiers des patients pris en charge par un établissement public

En 2018, parmi les 552 établissements réalisant une activité de psychiatrie, 242 sont publics, 130 privés d'intérêt collectif et 180 privés commerciaux.

Les établissements publics produisent près de 64% du nombre de journées de présence en 2018. Cependant, le nombre de journées réalisées dans ces établissements est en baisse de -2,9% entre 2017 et 2018. A l'inverse, l'activité des établissements privés commerciaux progresse de +2,3%. Leur part en nombre de journées de présence, passe ainsi de 19% en 2014 à 23% en 2018.

Figure 21 : Evolution du nombre de journées en psychiatrie selon le statut juridique des établissements



Les actes ambulatoires (établissements financés par la Dotation Annuelle de Financement (DAF))

En 2018, 21 millions d'actes en ambulatoire¹⁹ ont été réalisés par les établissements sous DAF. Plus de 2,1 millions de patients ont bénéficié d'au moins un acte. Le nombre d'actes est en légère baisse entre 2017 et 2018.

En 2018, plus de 40% des actes en ambulatoire sont réalisés pour des patients âgés entre 40 et 64 ans, et un quart pour les moins de 18 ans. Les évolutions sont à la baisse quelle que soit la classe d'âge concernée, à l'exception des personnes âgées de 70-74 ans.

L'ambulatoire concerne autant de femmes que d'hommes, cependant le nombre moyen d'actes est plus élevé chez les hommes.

En 2018, la catégorie CIM10 la plus fréquemment codée (en nombre d'actes) en diagnostic principal en ambulatoire est la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*), stable depuis 2017. Cette catégorie de CIM10 concentre le nombre moyen d'actes par patient le plus élevé : 21 contre 10 en moyenne tous diagnostics confondus.

La catégorie de CIM10 codée en diagnostics principal qui concentre le plus de patients est les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4*). C'est également la catégorie qui connaît la plus forte hausse entre 2017 et 2018 (+2,2%)

¹⁹ Hors réunions

Sources de données des hospitalisations

Les résultats présentés reposent sur les données d'activité des établissements de santé recueillies dans le cadre du PMSI pour les années 2016, 2017 et 2018.

En complément, les données du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie) ont également été traitées pour les séances de dialyse du secteur privé.

Les données démographiques utilisées pour certains calculs sont celles des populations légales 2016 entrées en vigueur le 1er janvier 2019, publiées par l'Insee.

Périmètre d'analyse

Établissements : l'ensemble des établissements de France métropolitaine et des DOM (excepté l'établissement national de santé Fresnes) sont intégrés dans les analyses, quel que soit leur mode de financement. En revanche, pour le calcul des taux d'évolution annuels, seuls les établissements ayant transmis leurs données PMSI pour les années considérées sont retenues. Les fermetures, créations et fusions d'établissements sont prises en compte.

Patients : les décomptes en nombre de patients se basent uniquement sur les séjours correctement chaînés.

Activité MCO : les bases 2016-2018 ont été regroupées **selon la version V2018 de la classification des GHM**. Les séjours groupés en erreur (CM 90), les prestations inter-établissements et les séjours non valorisés dans la grille des tarifs par GHS (interruptions volontaires de grossesse, chirurgie esthétique ou de confort) sont exclus. Les données 2016 et 2017 intègrent les séjours qui n'avaient pas été initialement transmis au cours de l'exercice mais qui ont pu faire l'objet d'une transmission au cours de l'exercice suivant via le logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

Activité HAD : le nombre de journées correspond au nombre de journées valorisées, qui correspond au nombre de journées facturées, donc hors GHT 99.

Activité SSR : les bases 2016-2018 ont été regroupées selon la classification des GME 2018.

Le calcul du nombre de journées est réalisé à partir du nombre de journées de présences et non de la durée couverte par les RHA ou des séjours.

Activité Psychiatrie : pour l'ambulatoire, le numéro anonyme (ou clé de chaînage) n'est pas produit, les patients sont donc comptabilisés sur la base d'un autre identifiant, spécifique à un établissement. Ainsi, un même patient est comptabilisé autant de fois qu'il consulte d'établissements dans l'année.

Le calcul du nombre de journées est réalisé à partir du nombre de journées de présence et non de la durée couverte par les séquences (RPSA) issues du RIM-P.

Sources de données des urgences

Les urgences hospitalières dans le PMSI

Les données d'activité de médecine d'urgence issues du PMSI regroupent :

- les prises en charge ayant fait l'objet d'une facturation d'un forfait ATU (accueil et traitement des urgences). Un forfait ATU est facturable uniquement pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation. Un ATU n'est pas facturable lorsqu'un patient est reconvoqué ultérieurement.
- les hospitalisations dans une unité médicale de courte durée (UHCD) et les hospitalisations MCO des patients en provenance des urgences.

Seule l'activité des établissements de MCO a été considérée. L'ensemble des établissements ayant une activité de médecine d'urgence ont été pris en compte, qu'il s'agisse d'une structure d'urgences générales ou pédiatrique. Les ATU concernant les urgences gynécologiques sont également inclus (1^{ère} circulaire de la campagne tarifaire 2008, en date du 3 mars 2008). En revanche, le forfait ATU ne s'appliquant pas au centre hospitalier de Mayotte, cet établissement a été exclu des analyses.

Sont inclus dans le périmètre des hospitalisations suite à un passage aux urgences, les séjours groupés en erreur (CMD 90) et les séjours non valorisés dans la grille des tarifs par GHS. Les transmissions LAMDA 2017 n'ont pas été prises en compte pour le calcul des taux d'évolution.

Les résumés de passages aux urgences

Le recueil des RPU concerne toutes les admissions informatiques réalisées au sein d'une unité d'accueil des urgences. Les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville, ainsi que les reconvoications doivent donc figurer dans les RPU et peuvent être individualisées à l'aide de variables spécifiques.

Le RPU commence lorsque le patient se présente aux urgences et s'arrête après l'orientation du patient, l'UHCD ne fait pas partie du recueil.

L'exhaustivité du recueil des RPU n'est pas encore atteinte. En 2018, 91,7% des établissements ayant facturé des forfaits ATU ont transmis des données RPU. Les établissements des régions Guyane et Martinique n'ont pas été en mesure de transmettre leurs données 2018. Par ailleurs, les données de 8 établissements participant au recueil n'ont pas pu être transmises dans leur intégralité, dont l'ensemble des établissements implantés en Corse. Pour améliorer la représentativité des résultats, les données de ces établissements aux transmissions incomplètes ont été exclues des analyses présentées dans cette synthèse.

Synthèse

Analyse de l'activité hospitalière

2018

À partir du recueil d'information dans les établissements de santé, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) publie l'analyse annuelle de l'activité hospitalière, offrant une vision d'ensemble des hospitalisations en France.

Les parcours de patients entre les différents champs sanitaires sont présentés globalement et spécifiquement pour trois prises en charge : les accidents vasculaires cérébraux, les soins palliatifs et les addictions chroniques.

Une analyse de l'activité hospitalière est ensuite réalisée par champ sous forme de fiches : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie.

Dans cette édition 2018, un focus décrit les passages aux urgences et leurs évolutions.

En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients soit un taux d'hospitalisation de 191 patients pour 1 000 habitants.

En complément, une application mobile ATIH « L'hospitalisation en quelques chiffres », restitue l'activité de façon dynamique, identifiant notamment le nombre de patients hospitalisés, le lieu de prise en charge et les motifs d'hospitalisation.

Septembre 2019