

Fin 2022, 374 300 lits d'hospitalisation complète sont en mesure d'accueillir des malades, soit une diminution de 94 100 lits depuis fin 2003, et de 6 700 lits sur un an. *A contrario*, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 85 000 places fin 2022, soit une hausse de 35 700 places depuis fin 2003, et de 2 600 places sur un an. Des disparités de densité de lits et de places subsistent entre les départements.

Au 31 décembre 2022, le nombre de lits d'hospitalisation complète en mesure d'accueillir des malades s'établit à 374 300, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus (*graphique 1*). Il a diminué de 94 100 lits depuis 2003, et de 6 700 lits sur un an.

Une diminution régulière des capacités d'hospitalisation complète sur une longue période

Entre fin 2003 et fin 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus a diminué de 76 600 lits (soit -16,4 %). Ce mouvement général résulte de la volonté de réorganiser l'offre de soins hospitalière et traduit l'évolution structurelle des formes de prises en charge, de plus en plus tournées vers des alternatives à l'hospitalisation complète. Il peut également provenir de contraintes de personnel, qui empêchent de maintenir des lits en état d'accueillir des patients. La baisse du nombre de lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et concerne la quasi-totalité des disciplines, à l'exception des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce sont les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi la plus forte diminution (-49 000 lits entre fin 2003 et fin 2019, soit -61,3 %), en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse a été particulièrement forte en 2009 et 2010, du fait

de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)¹. En court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), le nombre de lits a suivi une tendance à la baisse plus régulière (-35 000 lits, soit -14,8 %). En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970, le nombre de lits a diminué de 4 800 lits au cours de la période (-8,1 %). Mais cette évolution est contrastée selon le statut des établissements : la capacité d'accueil en hospitalisation complète en psychiatrie a diminué de 7 400 lits dans les établissements publics, tandis qu'elle augmentait de 3 900 lits dans les établissements privés à but lucratif (cliniques privées [*tableau complémentaire A*]).

En revanche, le nombre de lits en moyen séjour (SSR) a augmenté de 12 200 lits entre fin 2003 et fin 2019 (+13,3 %), principalement en raison de la forte hausse des capacités d'accueil des cliniques privées (+12 300 lits au cours de la période). Après avoir progressé régulièrement jusqu'en 2015, les capacités d'accueil en SSR se sont ensuite infléchies (-0,3 % en 2018 et -0,8 % en 2019).

Une baisse accrue du nombre de lits depuis la crise sanitaire, notamment dans le secteur public

Fin 2022, la capacité d'accueil en hospitalisation complète recule de 6 700 lits sur un an (-1,8 %), une tendance qui s'accroît par rapport à 2021 et

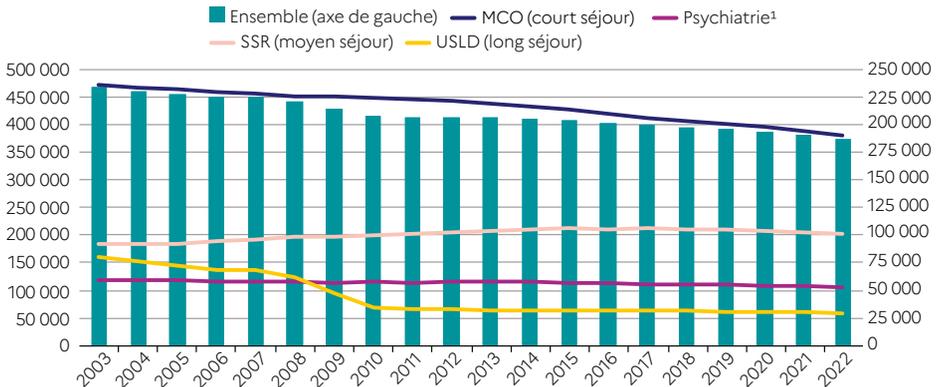
1. Cette circulaire est disponible sur le site Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/20073>.

2020 (-1,4 % et -1,3 %)², et par rapport à la période précédant la crise sanitaire (-1,1 % en moyenne annuelle depuis 2003). En 2021 et 2020, plusieurs éléments liés au contexte d'épidémie de Covid-19 pouvaient expliquer, à eux seuls, la baisse accrue du nombre de lits par rapport à la situation antérieure. Ainsi, certains établissements ont été contraints, temporairement, de ne plus accepter de patients dans plusieurs de leurs services d'hospitalisation pour dégager des moyens en personnel à affecter aux services de soins critiques³, par ailleurs, la déprogrammation d'hospitalisations et la transformation de chambres doubles en chambres simples pour limiter la contagion ont réduit le nombre de lits en état d'accueillir des patients. Fin 2022, les tensions sur le recrutement de personnel soignant accentuent aussi vraisemblablement la diminution des capacités, car le manque de personnel

qui en résulte empêche de maintenir des lits en état d'accueillir des patients.

Dans les unités de soins de MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule de 2,0 % fin 2022, après -1,9 % fin 2021, à un rythme plus élevé que celui observé avant la crise sanitaire (-1,4 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). En psychiatrie, le nombre de lits diminue de 1,7 % fin 2022, après un recul de 0,9 % en 2021, contre une baisse de 0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En SSR, la baisse du nombre de lits amorcée avant la crise sanitaire s'accroît : -1,3 % en 2022, après -0,7 % en 2021, et -0,8 % en 2020 et 2019. Mais ces évolutions sont à nouveau contrastées selon le statut de l'établissement : si, entre 2019 et 2022, le nombre de lits diminue de 2 500 en psychiatrie et de 2 800 en SSR dans le secteur public, il augmente, en revanche, de 600 dans ces deux disciplines

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003



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

1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Il s'agit des capacités d'hospitalisation plein temps : les capacités des autres formes de prise en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

Note > Les données des années 2020 et 2021 ont été révisées à la baisse (encadré Sources et méthodes).

Champ > France (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2022, traitements DREES.

2. Sous la contrainte de la crise sanitaire, les réponses des établissements à la SAE depuis 2020 ont parfois été plus imprécises qu'auparavant, faute de temps disponible pour rechercher les bonnes informations. À la suite de travaux d'expertise conduits avec plusieurs établissements de santé, la DREES a identifié au second semestre 2023 des besoins de révisions des données des bases statistiques des SAE 2020 et 2021 (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie). Ils sont pris en compte dans cette publication.

3. Avec la crise sanitaire, le nombre de lits a connu de fortes variations en cours d'année, au gré des vagues épidémiques. La SAE ne permet pas de les retracer, car elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année.

dans le secteur privé à but lucratif. La baisse se poursuit également en USLD : -1,7 % en 2022, après -1,9 % en 2021 et -0,7 % en 2020 (contre -0,4 % en moyenne entre 2013 et 2019). Elle est aussi portée par le secteur public, qui représente plus de 89 % des lits de la discipline fin 2022.

Un rebond de la capacité d'hospitalisation partielle, dès 2021, après un ralentissement dû à la crise sanitaire

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales, notamment en anesthésie, ont permis d'effectuer un nombre croissant de procédures en hospitalisation partielle plutôt qu'en hospitalisation complète (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.), ce virage dans les prises en charge étant par ailleurs fortement encouragé par les autorités sanitaires. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 85 000 places fin 2022, soit 35 700 places de plus que fin 2003 (+72,2 % en 19 ans) [graphique 2]. En 2020, la crise sanitaire a temporairement freiné cette dynamique, avec une progression du nombre de places limitée à 1,7 % entre fin 2019 et fin 2020 (contre +2,5 % par an en moyenne pendant la période 2013-2019).

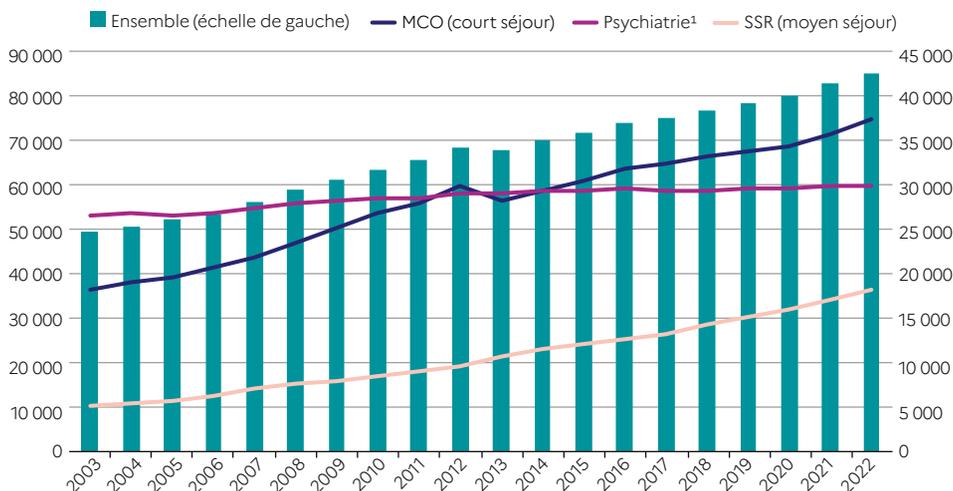
Depuis, le nombre de places augmente à un rythme annuel plus rapide qu'avant la crise sanitaire : +3,1 % en 2022, après +3,4 % en 2021.

L'hospitalisation partielle de nouveau alimentée par le court et moyen séjour en 2022

Le dynamisme soutenu de l'hospitalisation partielle est porté par le court et moyen séjour. En court séjour (MCO), le nombre de places continue d'accélérer en 2022 (+4,2 %, après +3,9 % en 2021), ce qui compense le ralentissement de 2020 (+1,9 %, après +3,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). En moyen séjour (SSR), la progression est plus soutenue encore (+5,8 %, après +7,0 % en 2021), effaçant là aussi les effets du léger tassement de 2020 (+4,8 %, après 6,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Cette progression est plus marquée dans les cliniques privées, aussi bien entre 2013 et 2019 qu'entre 2019 et 2022 (tableau complémentaire B).

En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, et le nombre de places progresse de ce fait plus modestement. La capacité en places augmente de 0,3 % en 2022, en phase avec son rythme de croissance antérieur à la crise

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003



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

1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Champ > France (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

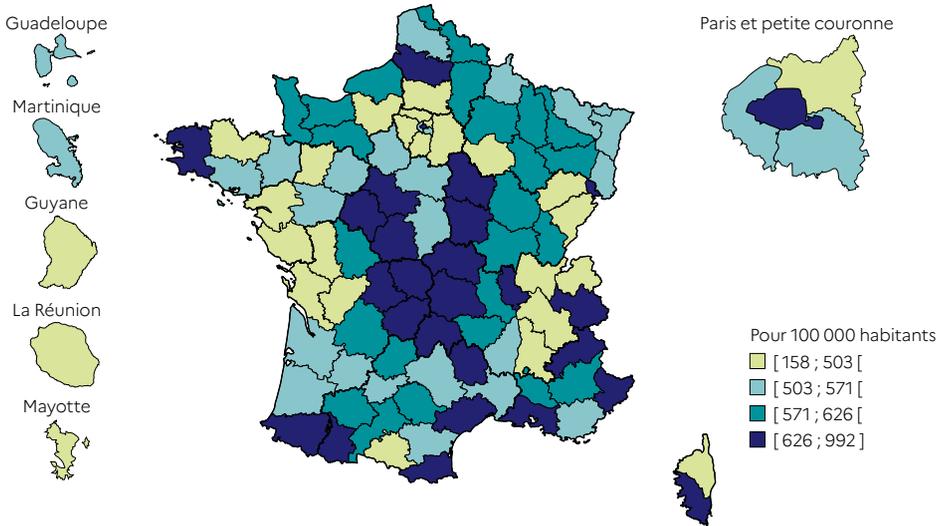
Sources > DREES, SAE 2003-2022, traitements DREES.

(+0,4 % par an entre 2013 et 2019). Sa progression avait été plus marquée en 2021 (+0,9 %), compensant la légère baisse observée en 2020 (-0,1 %). Les cliniques privées sont particulièrement présentes sur le court et moyen séjour, où elles représentent respectivement 40 % et 42 % des places d'hospitalisation partielle. Cette proportion atteint 61 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés sur le moyen séjour, où ils regroupent 36 % des places. Les hôpitaux publics dominent largement l'offre de places en psychiatrie (73 %). En court séjour, ils ont un poids prépondérant en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, les densités de lits et de places en fin d'année 2022 sont très différentes selon les régions⁴ et les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie ainsi de 158 à Mayotte ou 362 en Seine-et-Marne à 992 dans les Hautes-Alpes (carte 1). Cette hiérarchie persiste même lorsque les soins de longue durée sont pris en compte. Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 14 à Mayotte ou 56 dans l'Ain à 239 à Paris (carte 2). Les densités en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle ne sont

Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète par département au 31 décembre 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée. Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation à plein temps pour les disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les capacités des autres formes de prise en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans cette carte.

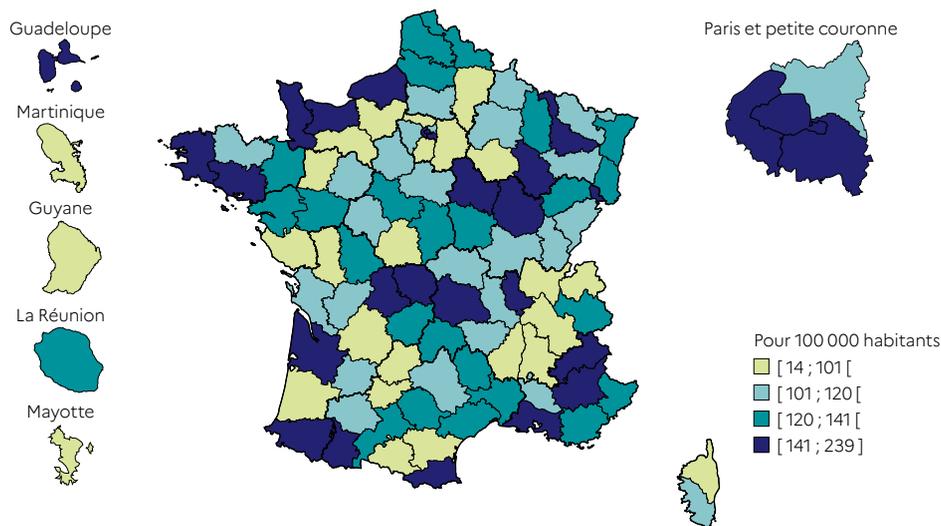
Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

4. Pour plus de précisions, la fiche 09 « Les établissements de santé dans les DROM » détaille l'équipement et l'activité de chacun des départements et régions d'outre-mer (DROM) pour le MCO, la psychiatrie et le SSR, et les compare à ceux de la France métropolitaine.

pas indépendantes, et treize départements se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, seize départements (dont Mayotte, la Guyane, la Seine-et-Marne et l'Ain) ont une faible densité pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère aussi selon la

discipline. Pour la psychiatrie et le moyen séjour, les dix départements les mieux dotés disposent d'au moins deux fois plus de lits et places par habitant que les dix départements les moins bien dotés (rapport interdécile), alors que ce rapport est plus faible (1,8) pour le court séjour (MCO) [tableau complémentaire C]. ■

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle par département au 31 décembre 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie et soins de suite et de réadaptation (SSR). Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation partielle pour les disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant au moins d'un lit (en hospitalisation complète) ou d'une place (en hospitalisation partielle). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse, de radiothérapie et des établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Méthodologie

Durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, la collecte de la SAE a été compliquée par la pression à laquelle devaient faire face les établissements répondants. Les collectes les plus touchées ●●●



sont celles des SAE 2019 à 2021 (réalisées de 2020 à 2022). La DREES a conduit des travaux d'expertise complémentaires en continu, qui ont déjà permis d'améliorer les données de la SAE 2019, dont la base statistique a été révisée à l'occasion d'une publication méthodologique en juillet 2022.

Pour la qualité des données 2020 et 2021, les expertises se sont poursuivies en 2023. Des échanges avec plusieurs établissements ont permis d'établir que, pendant la crise sanitaire, leurs réponses ont parfois été plus imprécises que d'habitude, faute de moyens et de temps disponibles pour rechercher les bonnes informations au sein de l'établissement. Dans l'urgence, une partie des réponses apportées en première intention se sont notamment appuyées sur une définition de type « lits budgétés » ou « lits autorisés », c'est-à-dire sans écarter les lits non disponibles du fait du manque de personnel, alors que la SAE le requiert. La correction de ces erreurs conduit à des évolutions du nombre de lits qui s'écartent de celles qui peuvent être calculées avec les bases statistiques 2020 et 2021 (actuellement en ligne). En particulier, la diminution des lits pour 2021, retracée ici, est plus importante que celle indiquée dans la précédente publication de référence de la DREES sur la situation des établissements de santé : -1,4 % ici, au lieu de -1,0 % alors. Toutes les disciplines d'équipements (MCO, psychiatrie, SSR, USLD) sont concernées par ces révisions.

Définitions

Les capacités d'accueil sont classées selon l'autorisation de soin rattachée à l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent :

- > **Hospitalisation complète** : elle se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également, dans les données présentées, les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »).
- > **Hospitalisation partielle** : elle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie, de chirurgie ambulatoire ou de médecine ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation complète.
- > **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (celui-ci correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont exclus, sauf si cette fermeture est de très courte durée, et pour cause de travaux ou de désinfection. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas toujours créés intégralement.
- > **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

1. La statistique annuelle des établissements de santé, sources, outils et enquêtes, est disponible sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>.

Pour en savoir plus

- > **Bert, T., et al.** (2014, juillet). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Igas et IGF.
- > **Boisguérin, B., Gaynard, L.** (2023, décembre). En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1289.
- > **Cour des comptes** (2024, mai). La réduction du nombre de lits à l'hôpital : entre stratégie et contraintes. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, chapitre VIII.
- > **Delaporte, A., et al.** (2022, juillet). La base ARS : agrégats régionaux sur les établissements de santé – Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013. DREES, *DREES Méthodes*, 2.
- > **DREES** (2023, octobre). Bon usage des bases SAE et spécificités 2022. *Note méthodologique*.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.