

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Sous embargo jusqu'au 18 juillet 2024 à 6h

Les établissements de santé en 2022

ÉDITION 2024

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

Les établissements de santé en 2022

ÉDITION 2024

Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024

Sous la direction d'**Alexandre Cazenave-Lacroutz**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Wilfried Bara, Manuella Baraton, Bénédicte Boisguérin, Alexandre Cazenave-Lacroutz, Noémie Courtejoie, Clémentine De Champs, Lauren Delort, Christophe Dixte, Yves Dubois, Laura Gaimard, Khadija Jabri, Camille Lauden, Édouard Maugendre, Annick Vilain, Albert Vuagnat

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial

Céline Roux

Secrétaire de rédaction

Mathilde Deprez

Maquettiste

Drapeau blanc

Création graphique

Philippe Brulin, Julie Eneau

Remerciements

Nous remercions les bureaux de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour leur contribution à la rédaction de l'annexe 2 « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ». Nous tenons également à remercier pour leurs relectures attentives Élisabeth Fery-Lemonnier et Benoît Ourliac.

Avant-propos

Les établissements de santé proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2024 présente ainsi les données de 2022 relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer.

Cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur leurs personnels et l'état de leurs finances. Il offre une analyse plus détaillée par activité spécifique, comme la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, les soins critiques ou encore la médecine d'urgence. Ces informations sont présentées à travers 28 fiches thématiques, accompagnées de tableaux, de graphiques et de cartes¹, ainsi que des références bibliographiques permettant d'approfondir les thèmes traités. Figurent également en annexe, à la fin de l'ouvrage, un glossaire économique et financier, un descriptif du cadre juridique et institutionnel des établissements de santé, les grandes sources de données utilisées et une liste des sigles et acronymes.

Ce panorama s'adresse donc à toute personne recherchant les principales données sur les établissements de santé : personnels du monde hospitalier, d'administration centrale ou régionale, journalistes, étudiants, chercheurs et citoyens désireux de s'informer sur ce bien commun qu'est notre système hospitalier. Une « vue d'ensemble » en début d'ouvrage permet de parcourir les principaux résultats pour l'année considérée.

Diverses sources de référence sont mobilisées, au premier rang desquelles la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) recueillie annuellement par la DREES auprès des établissements de santé avec le soutien des agences régionales de santé (ARS), les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais aussi la base tous salariés (BTS) et le système d'information sur les agents du secteur public (Siasp) produits par l'Insee à partir de la déclaration sociale nominative (DSN).

¹. Les disparités territoriales présentées par les statistiques descriptives ne peuvent pas être interprétées directement comme reflétant des inégalités ou inadéquations dans l'offre de soins : d'une part, la gradation de l'offre de soins conduit nécessairement à des disparités territoriales au niveau infrarégional et d'autre part, les besoins peuvent varier entre territoires en fonction notamment de leurs structures démographiques.

Sommaire

Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024

Vue d'ensemble	7
-----------------------	----------

Fiches thématiques	21
---------------------------	-----------

Données de cadrage	23
---------------------------	-----------

Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	24
---	----

Fiche 02 • Les capacités d'accueil dans les établissements de santé	28
---	----

Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle	34
--	----

Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières	41
--	----

Fiche 05 • Les postes de personnel médical	46
--	----

Fiche 06 • Les postes de personnel non médical salarié	53
--	----

Fiche 07 • Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier	57
---	----

Fiche 08 • Les salaires dans les établissements de santé	63
--	----

Fiche 09 • Les établissements de santé dans les DROM	69
--	----

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	75
--	-----------

Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités	76
--	----

Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle	82
---	----

Fiche 12 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours	86
---	----

Fiche 13 • L'activité et les capacités d'accueil en soins critiques	90
---	----

Les « autres » disciplines hospitalières	97
---	-----------

Fiche 14 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	98
---	----

Fiche 15 • Les patients suivis en psychiatrie	105
---	-----

Fiche 16 • Les établissements d'hospitalisation à domicile	113
--	-----

Fiche 17 • Les patients hospitalisés à domicile	119
---	-----

Fiche 18 • L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé	124
--	-----

Fiche 19 • Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation	130
---	-----

Fiche 20 • Les parcours de soins hospitaliers	137
---	-----

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	143
--	------------

Fiche 21 • La naissance : les maternités	144
--	-----

Fiche 22 • La naissance : caractéristiques des accouchements	148
--	-----

Fiche 23 • La médecine d'urgence	152
----------------------------------	-----

Fiche 24 • Les interruptions volontaires de grossesse	157
---	-----

La situation économique du secteur	163
Fiche 25 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux	164
Fiche 26 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins.....	170
Fiche 27 • La situation économique et financière des hôpitaux publics	176
Fiche 28 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif.....	188

Annexes 199

Annexe 1 • Glossaire économique et financier	200
Annexe 2 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé.....	204
Annexe 3 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	222
Annexe 4 • Liste des sigles et acronymes	231

Cinq fichiers comportant un ensemble de données supplémentaires sont accessibles sur la page internet de cet ouvrage :

- Activité médicale en 2022
- Activité chirurgicale en 2022
- Activité obstétricale en 2022
- Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie
- L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif.



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Le secteur hospitalier français compte 2 976 établissements de santé au 31 décembre 2022 en France : 1 338 hôpitaux publics, 980 cliniques privées et 658 établissements privés à but non lucratif. L'activité d'hospitalisation partielle progresse de 6,5 % en 2022 et dépasse de 2,0 % son niveau antérieur à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. En hospitalisation complète, le nombre de séjours diminue de 0,9 %, il est inférieur de 10,4 % à son niveau d'avant crise. Le nombre de passages aux urgences a augmenté de 6,2 %, sans renouer non plus avec son niveau de 2019. En 2022, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade très fortement avec un déficit de 1,3 milliard d'euros, alors que celle des cliniques privées à but lucratif reste bénéficiaire, avec un résultat net de 627 millions d'euros. Les effectifs salariés hospitaliers ont augmenté en 2020 et 2021, après cinq ans de quasi-stabilité ; dans le secteur public, ils ne progressent plus en 2022 et s'établissent 2,3 % au-dessus de leur niveau d'avant la crise.

La baisse régulière du nombre d'établissements de santé est plus marquée pour les hôpitaux publics

Au 31 décembre 2022, le secteur hospitalier français est constitué de 2 976 structures¹ disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places) [voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissement de santé »]. Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes. Parmi les 1 338 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 185 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 932 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux) ; 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; et 129 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des établissements de soins de longue durée (SLD). Sauf exceptions, elles appartiennent à l'un des 136 groupements hospitaliers de territoire (GHT) dénombrés fin 2022, mode de coopération institué en 2016 et auquel peuvent être associées des structures hospitalières privées. Ces dernières comprennent 980 établissements privés

à but lucratif (cliniques privées) et 658 établissements privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Conséquence de réorganisations et de restructurations, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2022 (-146 entités géographiques en neuf ans, soit -4,7 %, c'est-à-dire -0,6 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce nombre a peu diminué (-11 unités en 2022 soit -0,4 %, après -2 entités en 2021 soit -0,1 %).

La diminution sur neuf ans du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-82 entités entre fin 2013 et fin 2022, soit -5,8 %), et principalement d'anciens hôpitaux locaux et des établissements de SLD. Le nombre de cliniques privées a aussi reculé depuis 2013 (-39 entités en neuf ans, soit -3,8 %), en particulier les établissements de soins de courte durée (MCO) ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et celui d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressaient dans ce secteur. Le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé dans les mêmes

1. Ce nombre est obtenu en prenant en compte toutes les entités géographiques identifiées disposant de capacités d'accueil d'hospitalisation (lits ou places), pour le secteur public comme pour le secteur privé. Jusqu'en 2012, il n'était pas possible de comptabiliser le nombre d'entités géographiques du secteur public, seul le nombre d'entités juridiques était identifiable.



proportions au cours de la période (-25 entités et -3,7 % en neuf ans), mais de façon irrégulière (-3 entités en 2022 soit -0,9 %, après -9 entités en 2021 soit -1,3 %).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète se replie depuis près de vingt ans

Depuis près de vingt ans, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits en mesure d'accueillir des malades) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée) [voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »].

En court séjour (MCO), la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des malades s'est effectuée à un rythme assez régulier, passant de 236 400 fin 2003 à 190 300 fin 2022 (-46 100 lits). Des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie) ont rendu cette évolution possible, en permettant de réaliser en sécurité un nombre croissant de prises en charge en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitée. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des prises en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970, le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007, avant de diminuer de nouveau ces dernières années, principalement dans les établissements publics. Le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie augmente toutefois dans les cliniques privées. Tous statuts confondus, il atteint 52 600 lits d'hospitalisation à temps plein fin 2022.

Les capacités d'accueil des unités de SLD (USLD) ont fortement diminué dans les années 2000, passant de 80 000 lits fin 2003 à 31 800 fin 2013 et 29 700 fin 2022, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 400 fin 2003 à 101 800 fin 2022. Elles s'infléchissent toutefois depuis 2018.

Le nombre de lits recule davantage depuis la crise sanitaire

Entre fin 2021 et fin 2022, le nombre de lits en état d'accueillir des patients recule de 6 700 (-1,8 %), une tendance qui s'accroît par rapport à 2021 (-1,4 %) et 2020 (-1,3 %) et par rapport à la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). Plusieurs éléments, liés au contexte d'épidémie de Covid-19, peuvent expliquer la baisse accrue durant la crise sanitaire. Certains établissements ont ainsi 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 critiques. La déprogrammation d'hospitalisations et la transformation de chambres doubles en chambres simples pour limiter la contagion ont aussi 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.

En 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 : cette baisse est plus prononcée qu'en 2021 ou qu'avant la crise sanitaire, où la baisse annuelle était dans les deux cas de -0,9 % (sur l'année 2021, et 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 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 dans les cliniques privées. 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.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser

Les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 85 000 places au 31 décembre 2022, soit 35 700 places de plus que fin 2003 (+72,2 % en dix-neuf ans). Dynamique de fin 2003 à fin 2013 (+3,2 % par an en moyenne), le nombre de places a progressé plus lentement de fin 2013 à fin 2019 (+2,5 % par an en moyenne). Si la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a d'abord freiné cette progression (+1,7 % entre fin 2019 et fin 2020), le nombre de places augmente depuis à un rythme annuel plus rapide qu'avant la crise sanitaire : +3,1 % en 2022, après +3,4 % en 2021.

C'est notamment le cas en MCO qui compte, fin 2022, 37 200 places d'hospitalisation partielle, soit 19 200 places de plus que fin 2003. Le rythme de progression du nombre de places en MCO, de +4,6 % par an en moyenne de 2003 à 2013, a ensuite ralenti à +3,1 % par an en moyenne jusqu'à 2019, puis à +1,9 % en 2020. Le nombre de places accélère depuis : +4,2 % en 2022, après +3,9 % en 2021. En SSR également, la progression de l'hospitalisation partielle est rapide : 13 000 places ont été créées en dix-neuf ans, soit une capacité d'accueil multipliée par 3,6 qui s'établit à 18 000 places fin 2022. Le nombre de places de SSR a aussi ralenti en 2020 (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019) avant d'accélérer (+7,0 % en 2021 et +5,8 % en 2022). En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien et le nombre de places progresse de ce fait plus modestement (+3 500 places en dix-neuf ans). Il s'établit à 29 900 places après avoir augmenté de 0,3 % en 2022, en phase avec son rythme de croissance antérieur à la crise (+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 %).

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre mer (DROM) présente une grande diversité (voir fiche 09, « Les établissements de santé dans les DROM »). Si la Martinique et la Guadeloupe ont des capacités hospitalières qui se rapprochent de celles de la France

métropolitaine, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont globalement moins élevées et moins variées. Les capacités d'hospitalisation partielle de SSR font toutefois exception et sont plus développées à La Réunion et en Guadeloupe qu'en France métropolitaine.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue de 0,9 %, alors que le nombre de journées d'hospitalisation partielle augmente de 6,5 %

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue régulièrement (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Après une relative stabilisation au début des années 2010, ce mouvement de recul a repris depuis 2013 (*graphique 1*). De 2013 à 2019, le nombre de séjours a diminué par an de 0,5 % en moyenne pour le court et moyen séjour (MCO et SSR) et de 0,3 % en psychiatrie.

En 2020, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a ensuite connu un recul sans précédent (-12,4 %), car la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour réduire les risques de contamination. Après un léger rebond en 2021 (+3,3 %), le nombre de séjours d'hospitalisation complète a diminué à nouveau en 2022 (-0,9 %). En 2022, il s'élève à 10,5 millions de séjours d'hospitalisation complète (hors SLD), en recul de 10,4 % par rapport à 2019. Pour l'ensemble des disciplines, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2022 est beaucoup plus élevée que celle observée avant la crise sanitaire (entre 2013 et 2019), pour les séjours et pour les journées. C'est également le cas pour chacun des statuts.

Cette diminution du nombre de séjours d'hospitalisation complète en 2022 succède au rebond de 2021, aussi bien en MCO (-0,9 % en 2022, après +3,7 % en 2021 et -12,0 % en 2020) qu'en psychiatrie (-1,4 % en 2022, après +4,3 % en 2021 et -14,4 % en 2020). Le repli de l'activité se poursuit en moyen et long séjour : en SSR, le nombre de séjours recule



de nouveau en 2022 (-1,2 %, après -1,8 % en 2021 et -15,2 % en 2020), et l'activité de SLD, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, baisse de 2,3 % (après -5,2 % en 2021 et -3,8 % en 2020). En psychiatrie et en SSR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2022.

Le secteur hospitalier a également enregistré 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée) en 2022, soit une hausse de 6,5 % qui permet de dépasser de 2,0 % le niveau d'avant la crise sanitaire (après une chute de 23,5 % en 2020 et un rebond de 25,2 % en 2021). La situation est toutefois variable suivant les disciplines : en MCO, l'activité partielle atteint en 2022 un niveau supérieur de 11,9 % à celui de 2019. En SSR, elle dépasse aussi de 6,3 % son niveau d'avant la crise (+11,9 % en 2022 et +41,2 % en 2021, après -32,7 % en 2020). En psychiatrie, en revanche, l'activité partielle reste inférieure de 19,3 % à son niveau de 2019, les hausses de 3,8 % en 2022 et de 18,9 % en 2021 ne compensent que partiellement la baisse observée en 2020 (-34,6 %).

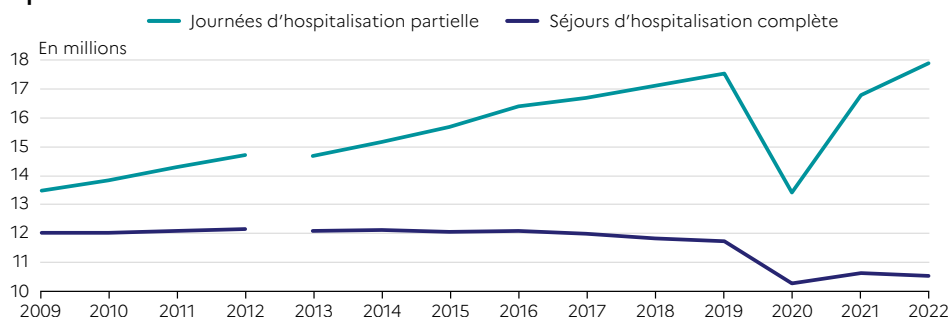
Concernant la répartition de l'activité par grande discipline médicale, l'activité de court séjour représente la moitié des journées de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète

et des journées d'hospitalisation partielle (49 %) [voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités » ; fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle » et fiche 12, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours »]. L'activité de moyen séjour en représente un peu plus d'un quart (27 %) [voir fiche 18, « L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé » et fiche 19, « Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation »]. Celle de psychiatrie en représente un sixième (16 %) [voir fiche 14, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » ; fiche 15, « Les patients suivis en psychiatrie »], et celle de long séjour près d'un douzième (8 % en SLD).

Le nombre de séances progresse légèrement

À ces prises en charge s'ajoutent 15,0 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse : 7,6 millions de séances de dialyse, dont près de 8 séances sur 10 sont dispensées par des établissements privés ; 4,2 millions de séances de radiothérapie, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 51 % sont réalisées par des cliniques privées ; et 3,2 millions de séances

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2009



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

Notes > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie. À partir de 2013, les données comprennent l'activité liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère est exclue sur l'ensemble de la période.

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

Sources > DREES, SAE 2009-2022, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

de chimiothérapie, dont 54 % sont réalisées par des établissements publics (voir fiche 04, « Les autres prises en charge hospitalières »). Tous traitements confondus, le nombre de séances progresse de 0,6 % en 2022, plus modérément qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019) : il se situe 5,9 % au-dessus de son niveau de 2019.

L'activité d'hospitalisation à domicile décélère

Alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) présente un nombre de journées en légère augmentation en 2022 après une forte progression pendant la crise sanitaire (+0,5 % en 2022, après +2,5 % en 2021 et +10,8 % en 2020), car cette modalité d'hospitalisation permettait une prise en charge individualisée, compatible avec les protocoles mis en place pour limiter la circulation du virus. 274 600 séjours en HAD ont ainsi été réalisés en 2022, pour 6,8 millions de journées (soit 7,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour, contre 6,3 % en 2019) [voir fiche 16, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et fiche 17, « Les patients hospitalisés à domicile »].

Les capacités d'accueil des 293 établissements d'HAD recensés en France augmentent de 1,6 % et permettent de prendre en charge simultanément 23 100 patients fin 2022. Cette croissance est moins vigoureuse que pendant les deux premières années de la crise sanitaire (+6,8 % en 2021, après +12,9 % en 2020) ou qu'avant la crise sanitaire (+5,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Fin 2022, l'HAD représente 7,3 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour.

Le taux d'occupation des lits progresse en 2022, mais reste en deçà du palier qui prévalait avant la crise sanitaire

En 2022, le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 78,5 %. La baisse des capacités (-1,8 %),

supérieure à celle des journées d'hospitalisation complète (-0,3 %), entraîne une augmentation du taux d'occupation (+1,4 point par rapport à celui de 2021), qui reste cependant nettement inférieur au palier qui prévalait avant la crise sanitaire (82,6 % en moyenne de 2017 à 2019, suivi de 77,2 % en 2020).

Le taux d'occupation en 2022 demeure le plus faible en MCO (75,9 %), malgré une hausse sur un an (+1,7 point) due à une diminution des capacités (-2,0 %) plus forte que celle du nombre de journées (-0,5 %). Le taux d'occupation augmente de 2,0 points en SSR, à 77,7 % : le nombre de journées d'hospitalisation complète y progresse (+1,3 %) alors que les capacités baissent (-1,3 %). Il est stable en psychiatrie (+0,1 point), où il atteint 84,5 %, et reste le plus élevé en SLD (86,6 %), malgré une baisse de 0,5 point en 2022. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour (DMS) entre les disciplines².

Le taux d'occupation des lits diffère aussi suivant les secteurs. En SSR et en psychiatrie, il demeure plus élevé dans les cliniques privées que dans les établissements publics ou privés à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de près de 30 points à celui des hôpitaux publics (55 % contre 83 %), et s'explique en partie par la moindre part d'hospitalisations non programmées, donc pouvant se produire le week-end.

Les établissements publics continuent d'assurer des prises en charge plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'hospitalisation de jour en psychiatrie. En MCO, si les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics (70 % des séjours), 49 % des séjours d'hospitalisation partielle sont en revanche réalisés dans les cliniques privées. L'activité de SSR est répartie de manière plus équilibrée

². En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.



entre les différents types d'établissements. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (56 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans les établissements publics (71 % de leurs séjours de MCO), tandis que les cliniques privées effectuent près de la moitié de leur activité en chirurgie (48 % de leurs séjours de MCO). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans les établissements publics, mais plus forte que dans les cliniques privées, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Dans les cliniques privées, plus de la moitié de l'activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées concentrent 65 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, avec une durée d'intervention plus longue (voir fichiers de données complémentaires en ligne sur la spécialisation en médecine, en chirurgie et en obstétrique). Enfin, le secteur public réalise la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence et d'obstétrique.

En hausse, le nombre de passages aux urgences reste pourtant inférieur à son niveau de 2019

En 2022, les 688 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,6 millions de passages, en hausse de 6,2 %, après avoir augmenté de 12,3 % en 2021 (voir fiche 23, « La médecine d'urgence »). Ces augmentations ne compensent que partiellement la diminution historique observée en 2020 (-17,7 %) : l'activité aux urgences en 2022 reste inférieure de 1,8 % au niveau observé en 2019, une situation en net décalage avec la tendance de hausse régulière observée depuis 1996. Le nombre de passages aux urgences s'établissait en 1996 à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors service de santé des armées

[SSA]). Il a ensuite augmenté de manière continue, d'abord fortement entre 1996 et 2016 (+3,5 % par an en moyenne), puis sur un rythme plus lent entre 2016 et 2019 (+1,6 % par an en moyenne en France métropolitaine hors SSA, comme en France, SSA inclus).

La médecine d'urgence est prise en charge principalement par le secteur public, qui concentre 77 % des services d'urgence en 2022 (et quasiment tous ceux avec une autorisation d'urgences pédiatriques), tandis que 18 % d'entre eux dépendent de cliniques privées et seulement 5 % d'établissements privés à but non lucratif. En 2022, 18,4 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité). Cette part a très légèrement progressé depuis 2013 (18,0 %) et n'a pas évolué sensiblement avec la crise sanitaire (18,9 % en 2019).

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 404 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Le nombre de dossiers de régulation traités par les Samu augmente de nouveau fortement en 2022

En 2022, les Samu ont traité 20,7 millions de dossiers de régulation dont 16,4 millions de dossiers de régulation médicale : leur nombre a bondi (respectivement +13,7 % et +13,0 % sur un an), du fait de mesures prises à partir de juillet 2022, dont une campagne de communication auprès du public pour inciter les patients à appeler le 15 préalablement à tout déplacement aux urgences. Avant la crise sanitaire, le nombre de dossiers augmentait modérément et régulièrement (+3,4 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation entre 2014 et 2019, +4,6 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation médicale), mais il

avait déjà bondi en 2020 (respectivement +8,8 % et +10,0 %), en raison notamment des recommandations pendant la crise sanitaire consistant à contacter le Samu avant de se rendre aux urgences. Au total, depuis 2014 (première année d'observation disponible), les dossiers de régulation ont augmenté de 48,2 %, et ceux de régulation médicale de 57,0 %.

Les parcours de soins restent constitués en majorité d'un épisode unique

En 2022, 12,9 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois, comme en 2019 (voir fiche 20, « Les parcours de soins hospitaliers »). La structure des parcours de soins redevient également proche de celle observée avant la crise sanitaire. Pour 70 % des patients, comme en 2019, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les 3,9 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2022.

Considérant la segmentation des diverses disciplines, 88,8 % des patients ont effectué leur parcours de soins exclusivement en court séjour en 2022, 1,4 % exclusivement en moyen séjour, 0,2 % exclusivement en HAD et 1,7 % exclusivement en psychiatrie. Un million de patients (7,9 %) ont été hospitalisés dans différentes disciplines, ce qui recouvre alors une plus grande diversité d'intervenants et de coordination des soins.

Quatre accouchements sur cinq s'effectuent dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2022, 464 maternités sont recensées en France (471 en 2021 et 478 en 2020) : 167 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 143 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 87 de type 2b (possédant

les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 de type 3 (possédant les trois types de services précédents ainsi qu'un service de réanimation néonatale). L'ensemble de ces maternités totalise 14 400 lits d'obstétrique fin 2022. Elles ont réalisé 712 800 accouchements³, soit 13 400 de moins qu'en 2021, en écho à la diminution du nombre de naissances en 2022 (voir fiche 21, « La naissance : les maternités » et fiche 22, « La naissance : caractéristiques des accouchements »).

83 % des maternités de type 2a, 2b ou 3 sont publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 78 % des lits et 83 % des accouchements (contre par exemple 43 % des accouchements en 1996). 68 % des maternités de type 1 sont quant à elles publiques ou privées à but non lucratif en 2022, contre la moitié en 2000.

La part des IVG réalisées hors des structures hospitalières progresse

En 2022, 234 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, soit +17 300 par rapport à 2021 (+7,9 %) [voir fiche 24, « Les interruptions volontaires de grossesse »]. 144 600 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé (141 000 en 2021), dont neuf sur dix dans le secteur public. 80 400 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinets de ville ou par téléconsultation et 9 700 IVG médicamenteuses ont été réalisées en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (anciennement centres de planification ou d'éducation familiale), où elles sont autorisées depuis mai 2009. Avec la baisse marquée du nombre d'IVG pratiquées en établissements de santé, en 2020 puis en 2021, la part de celles effectuées hors établissements de santé continue d'augmenter, atteignant 38 % de l'ensemble des IVG en 2022 (contre 27 % en 2019). Le délai légal de recours à l'IVG a été allongé de deux semaines en mars 2022, mais la proportion d'IVG tardives

³. Non compris les 700 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2022 et les 5 200 accouchements hors établissements et suivis d'une hospitalisation en maternité.



(après 13 semaines d'aménorrhée) représente une part très faible de l'ensemble des IVG (1,5 %). Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, calculé pour la France, est de 16,2 en 2022 (16,1 en 2019). Il s'établit à 15,7 en France métropolitaine et varie du simple au double d'un département métropolitain⁴ à l'autre : de moins de 7,7 en Haute-Loire à 39,4 à Paris. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en France métropolitaine. Ils s'élèvent à 21,4 IVG pour 1 000 femmes à Mayotte, 23,9 à La Réunion, 31,9 en Martinique, 42,1 en Guadeloupe et 49,4 en Guyane.

Les établissements publics emploient 77 % des effectifs salariés du secteur hospitalier

Au 31 décembre 2021, 1,39 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé⁵, (tableau 1) [voir fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »]. Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés.

Les effectifs salariés de personnel médical (y compris les internes, faisant fonction d'internes [FFI] et les sages femmes) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2021 à 168 000, ce qui représente 12,1 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 112 100 médecins salariés, 39 200 internes et assimilés et 16 700 sages-femmes. 85 % de ces salariés sont employés dans le secteur public. Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,22 million fin 2021. Ils comprennent notamment 859 700 salariés de personnel soignant (dont 350 300 de personnel infirmier et 286 400 de personnel aide soignant)

et 359 400 salariés de personnel non soignant (filiales administrative, médico-technique, technique, éducative et sociale).

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissements de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissements de santé s'élève à près de 42 600 au 31 décembre 2022⁶, dont 83 % se trouvent dans les cliniques privées (voir fiche 05, « Les postes de personnel médical »).

Les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent, surtout pour le personnel non soignant et le personnel médical

Entre fin 2003 et fin 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 16 %, passant de 1,20 million à 1,39 million de salariés (voir fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »). Au cours de la période, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent à compter de 2014, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Ils repartent depuis à la hausse, en particulier en 2020 et 2021. Alors qu'en 2020, seuls les effectifs salariés du secteur hospitalier public avaient progressé, la hausse des effectifs en 2021 est un peu plus marquée dans le secteur privé (+1,0 %, après -0,4 %) que dans le secteur public (+0,6 %, après +1,9 %) [tableau 1].

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent en 2021, après avoir augmenté de façon marquée en 2020, dans un contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, et ce pour toutes les catégories de personnels. Ils augmentent néanmoins de 6 200 salariés (+0,6 % en 2021, après +1,9 % en 2020, soit +19 900 salariés). Cette hausse est principalement le fait du

4. Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée. Cela fait par exemple une différence dans le cas de Paris, où le taux de recours des résidentes est de 16,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, donc très proche de la moyenne de la France. Réciproquement, les sept autres départements d'Île-de-France figurent tous parmi les seize départements où la part d'IVG réalisées dans le département de résidence est la plus faible.

5. Il s'agit d'effectifs salariés en « personnes physiques » : les salariés ayant plusieurs emplois hospitaliers ne sont comptabilisés qu'une seule fois. Cette notion se distingue de la notion de « postes de travail », résultat de la déclaration par chaque établissement du nombre de salariés qu'il rémunère, susceptible de donner lieu à des doubles comptes.

6. Ces données ne permettent pas d'estimer les effectifs en personnes physiques (sans double compte) des libéraux exerçant dans le secteur hospitalier. C'est donc le nombre de postes déclarés par chaque établissement de santé, public ou privé, qui est présenté ici. Les libéraux en poste dans deux établissements de santé sont ainsi comptabilisés deux fois.



personnel non soignant, dont les effectifs progressent à la fois dans la filière administrative (+2 900 salariés, soit +2,7 %) et parmi les « autres personnels non soignants » (+2 500 salariés, soit +1,5 %). Mais la progression régulière des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public se poursuit également avec 2 700 salariés supplémentaires en 2021 (soit +1,9 %, après

+2,8 % en 2020). Elle est notamment portée par les internes (+1 600 salariés, soit +4,6 %), en lien avec la transformation des *numerus clausus* en *numerus apertus* à partir de la rentrée 2021, et par les médecins (+1 000 salariés, soit +1,1 %). Après avoir fortement progressé en 2020, les effectifs de personnel non médical soignant du secteur public se replient légèrement en 2021

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public (2021 et 2022) et privé (2021)

	2021	2022	Évolution 2013-2021 (en %)	Évolution 2020-2021 (en %)	Évolution 2021-2022 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	1 074 921	1 073 217	2,7	0,6	-0,2
Personnel médical	142 027	144 617	13,0	1,9	1,8
Médecins et assimilés	92 366	93 198	7,5	1,1	0,9
Internes et FFI	36 520	38 213	33,2	4,6	4,6
Sages-femmes	13 141	13 206	5,8	0,2	0,5
Personnel non médical soignant	649 823	641 221	0,2	-0,3	-1,3
Infirmiers	260 742	258 058	2,6	-0,8	-1,0
Aides-soignants	227 661	224 117	2,4	0,2	-1,6
Autres personnels soignants	161 420	159 046	-6,1	-0,1	-1,5
Personnel non médical non soignant	283 071	287 379	4,0	1,9	1,5
Filière administrative	108 448	113 328	4,3	2,7	4,5
Autres personnels non soignants	174 623	174 051	3,8	1,5	-0,3
Salariés du secteur hospitalier privé	312 159	n.d.	3,0	1,0	n.d.
Personnel médical	26 013	n.d.	13,5	1,4	n.d.
Médecins et assimilés	19 781	n.d.	18,3	2,0	n.d.
Internes et FFI	2 663	n.d.	20,7	0,3	n.d.
Sages-femmes	3 569	n.d.	-10,3	-0,9	n.d.
Personnel non médical soignant	209 835	n.d.	0,7	0,1	n.d.
Infirmiers	89 546	n.d.	3,0	-0,9	n.d.
Aides-soignants	58 723	n.d.	-2,6	-0,2	n.d.
Autres personnels soignants	61 566	n.d.	0,5	1,8	n.d.
Personnel non médical non soignant	76 311	n.d.	6,4	3,4	n.d.
Filière administrative	42 815	n.d.	5,3	3,1	n.d.
Autres personnels non soignants	33 496	n.d.	7,8	3,7	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 387 080	n.d.	2,8	0,7	n.d.
Personnel médical	168 040	n.d.	13,0	1,8	n.d.
Personnel non médical soignant	859 658	n.d.	0,3	-0,2	n.d.
Personnel non médical non soignant	359 382	n.d.	4,5	2,2	n.d.

n.d. : non disponible ; FFI : faisant fonction d'internes.

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA.

Sources > Insee, Siasp et BTS ; DREES, SAE ; traitements DREES.



(-1 800 salariés soit -0,3 %, après +11 200 salariés en 2020, soit +1,8 %). Cette baisse est portée par le personnel infirmier (-2 100 salariés en 2021, soit -0,8 %).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 3 000 salariés (+1,0 %), après avoir été en recul ou stables les quatre années précédentes (dont -1 100 salariés en 2020, soit -0,4 %). Comme dans le secteur public, cette hausse est principalement portée par le personnel non soignant (+2 500 salariés, soit +3,4 %) et par le personnel médical (+400 salariés, soit +1,4 %), en particulier les médecins. Les effectifs de personnel non médical soignant sont stables mais, dans le détail, le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants diminue (-900 salariés, soit -0,6 %), tandis que le nombre d'« autres personnels soignants » augmente (+1 100 salariés, soit +1,8 %).

Les données préliminaires, disponibles uniquement pour le secteur hospitalier public, indiquent qu'entre fin 2021 et fin 2022, les effectifs salariés du secteur hospitalier public se stabilisent (-0,2 %, soit 1 700 salariés), après avoir déjà ralenti en 2021. En cumulé, les effectifs salariés du secteur public hospitalier ont progressé de 2,3 % depuis 2019 (+24 500 salariés). Si les effectifs salariés de personnel médical du secteur public restent dynamiques en 2022 (+1,8 %), les effectifs de personnel non médical soignant (infirmier, aide-soignant et autres personnels soignants) sont à nouveau en recul (-1,3 %, soit -8 600 salariés). Cette baisse s'explique en partie par le départ des effectifs venus en renfort en 2020 et 2021 lors de la crise sanitaire, qui n'a été que partiellement compensé par des embauches pérennes, dans un contexte tendu de recrutement dans les métiers du soin. Les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public sont dynamiques (+1,5 % en 2022, soit +4 300 salariés)

Le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux

Avec 114,9 milliards d'euros de dépenses en 2022, financés à 92,3 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier (secteurs public et privé, hors SLD) représente près de la moitié de la

consommation de soins et de biens médicaux (48,7 %) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages (voir fiche 26, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). La consommation de soins s'élève à 88,7 milliards d'euros pour le secteur public (qui s'entend ici seulement comme les établissements publics et la quasi totalité des établissements privés à but non lucratif) et à 26,2 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui s'entend ici seulement comme les cliniques privées et quelques établissements privés à but non lucratif).

Pour la troisième année consécutive, la croissance de la consommation de soins hospitaliers reste dynamique : +4,3 %, après deux années à plus de 6 %. Cette hausse s'explique par l'augmentation du coût des facteurs de production, dont la hausse de la rémunération des salariés de l'hôpital public consécutive à la revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 et les mesures de revalorisation du personnel dans le cadre du Ségur de la santé qui s'observe depuis 2020 (voir fiche 08, « Les salaires dans les établissements de santé »). En revanche, selon les premières estimations disponibles, les consommations intermédiaires n'augmenteraient pas en 2022, notamment sous l'effet de la montée en charge des remises pharmaceutiques, qui minorent les achats de médicaments (hors médicaments onéreux, dont la dépense augmente au contraire de façon dynamique [voir fiche 25, « Les médicaments et dispositifs onéreux »]), ainsi que de la diminution du nombre de masques mis à disposition par Santé publique France.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent très fortement en 2022

En 2022, le déficit global du résultat net des hôpitaux publics atteint 1,3 milliard d'euros, après 415 millions en 2021, 91 millions en 2020 et 565 millions en 2019 (voir fiche 27, « La situation économique et financière des hôpitaux publics »). Cette très nette détérioration depuis 2021 contraste donc avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était

essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Rapporté aux recettes, le résultat net est de -1,3 % en 2022 (après -0,4 % en 2021 et -0,7 % en 2019), une proportion inobservée depuis 2005, point de départ des observations. La dégradation de la situation financière des hôpitaux publics en 2022 concerne toutes les catégories d'établissements et près des deux tiers des établissements sont déficitaires (65 % d'entre eux, après 52 % en 2021 et 42 % en 2020), soit une proportion supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019) et même inédite depuis 2005. La forte progression des dépenses, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit en 2022 (+5,1 %), sous l'impulsion notamment des charges de personnel. Dans le même temps, les recettes augmentent plus modérément, ce qui explique le creusement du déficit.

L'effort d'investissement poursuit sa hausse amorcée en 2021, à la suite des engagements pris lors du Ségur de la santé. Les investissements représentent 4,9 milliards d'euros en 2022 (après 4,4 milliards d'euros en 2021 et 3,9 milliards d'euros en 2020), soit 5,0 % des recettes (après 4,7 % en 2021 et 4,4 % en 2020). Le niveau de l'effort d'investissement est supérieur à celui de la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, avec un écart qui se creuse du fait du repli de la CAF (2,9 % des recettes en 2022, après 4,0 % en 2021). Dans le même temps, les dotations aux amortissements (qui constatent, comptablement, la dépréciation des immobilisations dans le temps) se replient et s'établissent à 6,4 % des recettes. Elles restent donc supérieures à l'effort d'investissement, mais avec un écart qui se réduit pour la deuxième année consécutive.

L'encours de la dette des hôpitaux publics diminue légèrement en 2022 (30,7 milliards d'euros),

après avoir atteint, en 2021, son plus haut niveau depuis le point de départ des observations (31,1 milliards d'euros), et 30,0 milliards d'euros en 2020. Il reste cependant supérieur à son niveau d'avant la crise (30,1 milliards d'euros en 2019). Le poids relatif de cet endettement continue à diminuer : le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, s'améliore pour la quatrième année consécutive, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Il s'établit à 45,7 % en 2022, après 46,8 % en 2021. En revanche, la durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, continue d'augmenter, en rupture avec l'amélioration observée de 2017 à 2020. La part des établissements surendettés⁷ repart légèrement à la hausse, sans pour autant retrouver son niveau d'avant crise. Elle atteint 33,6 % en 2022, après 30,5 % en 2021 mais 41,5 % en 2019.

La situation financière des cliniques privées reste nettement bénéficiaire

D'après les premières estimations⁸, la situation financière des cliniques privées reste favorable en 2022 (voir fiche 28 « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif »). Leur résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire, s'établit à 627 millions d'euros. Il se maintient aux niveaux précédemment observés et représente, pour la deuxième année consécutive, 3,4 % des recettes, soit plus du double de son niveau de 2019 (1,6 %), avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Il atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2006, point de départ des observations, mais ce niveau record contraste avec le déficit global

⁷ Les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement définis dans l'article D. 6145 70 du Code de la santé publique ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'agence régionale de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

⁸ Les données de 2022 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 678 cliniques privées ayant déposé leurs comptes.



des établissements publics. Si la situation économique des cliniques privées est globalement excédentaire, des disparités persistent. En 2022, la proportion de cliniques privées déficitaires augmente (24 %, après 21 % en 2021).

Le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, diminue légèrement en 2022 et s'établit à 4,9 % des recettes, après une forte hausse le portant à 5,2 % des recettes en 2021. Cependant, il reste nettement supérieur à son niveau d'avant la crise sanitaire (3,0 % en 2019).

Les recettes de l'ensemble des cliniques privées, en progression continue depuis 2014, sont particulièrement dynamiques depuis deux ans : +71 % en 2022 et +12,0 % en 2021, après +1,7 % par an en moyenne de 2014 à 2020. Les dépenses progressent un peu plus fortement que les recettes en 2022 (+7,4 %), ce qui n'était pas le cas l'année précédente (+10,7 % en 2021). Cette augmentation porte à la fois sur les achats, produits et charges de gestion courante, dans un contexte inflationniste, et sur les charges de personnel (salaires bruts et cotisations sociales), du fait notamment des revalorisations salariales liées au Ségur de la santé.

Dans ce contexte financier favorable, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année

rapportés aux recettes, poursuit la reprise amorcée en 2021. D'après les premières estimations⁹, il s'élève à 6,1 % en 2022 (après 5,2 % en 2021), atteignant ce qui serait son plus haut niveau depuis 2010. Il reste supérieur à la capacité d'autofinancement, qui redescend à 3,8 % en 2022, retrouvant un niveau similaire à la période précédant la crise sanitaire. Dans le même temps, la dotation aux amortissements des cliniques privées reste stable depuis plusieurs années et s'établit à 3,8 % des recettes en 2022.

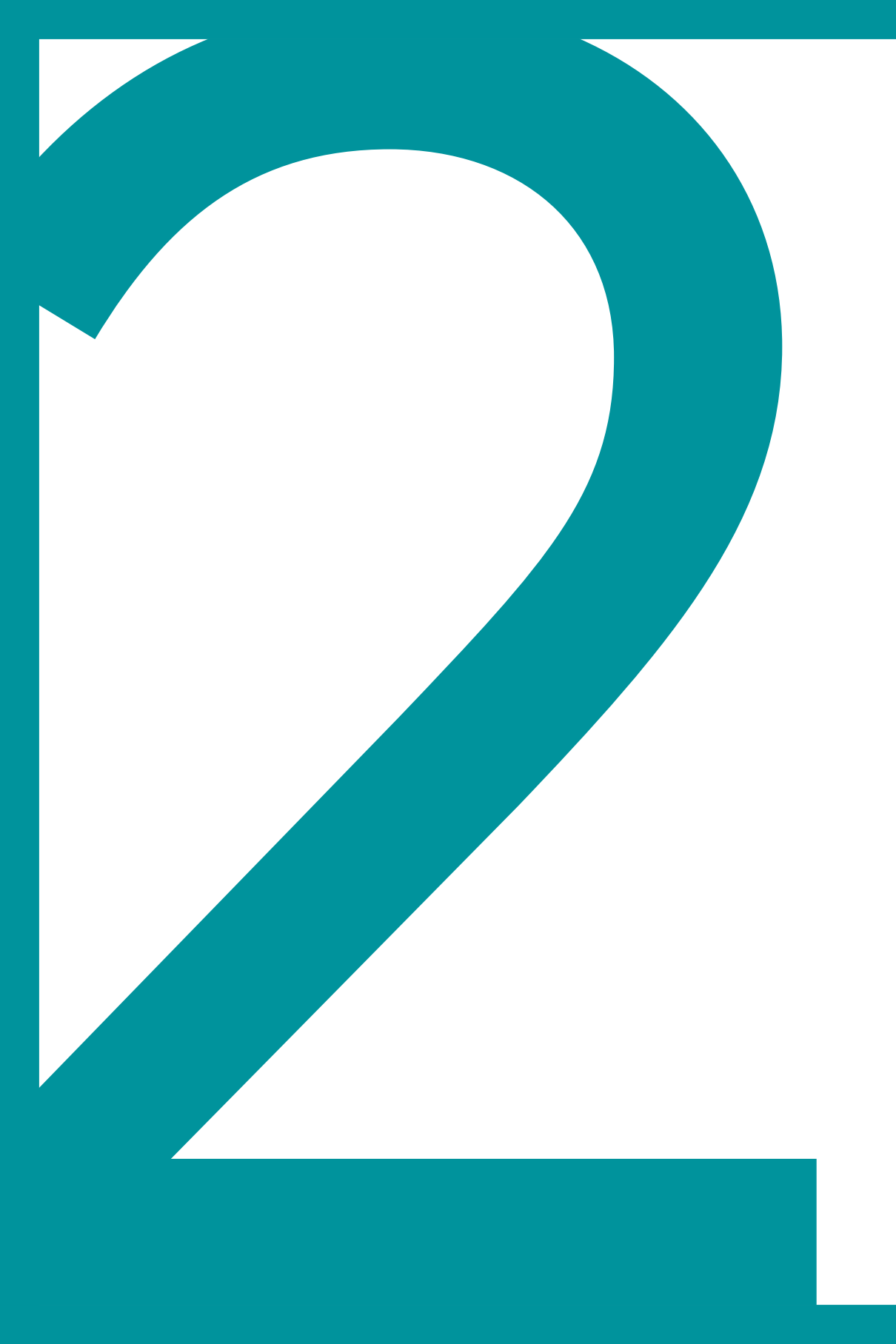
L'encours de la dette des cliniques privées augmente pour atteindre 2,3 milliards d'euros en 2022 (après 2,0 milliards en 2021). Néanmoins, le poids relatif de cet endettement continue à diminuer : le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, s'améliore encore légèrement en 2022, à 36,0 % des capitaux permanents après 36,8 % en 2021. En revanche, la durée apparente de la dette augmente, après trois années de baisse, passant de 2,5 ans en 2021 à 3,2 ans en 2022. La proportion de cliniques surendettées¹⁰ augmente et atteint 18 % en 2022, un niveau inégalé depuis 2016. À l'inverse, 26 % des cliniques conservent un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents (25 % en 2021). ■

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). Les dépenses de santé en 2022. *Résultats des comptes de la santé – édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Dubois, Y.** (2024, mars). Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid 19. DREES, *Études et Résultats*, 1299.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. Paris, France : DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.
- > **Vilain, A.** (2023, septembre). Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1281

⁹. Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées en 2022 sont à considérer avec précaution (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie de la fiche 28).

¹⁰. Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du secteur public, eux mêmes définis dans l'article D. 6145 70 du Code de la santé publique.



Vue d'ensemble

Fiches thématiques <

Annexes

Données de cadrage

En France, fin 2022, 2 976 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Ils offrent 374 300 lits d'hospitalisation complète et 85 000 places d'hospitalisation partielle. Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent notamment, avec des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents.

374 300 lits et 85 000 places offertes dans 2 976 structures hospitalières

Au 31 décembre 2022, 2 976 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (comptées en places) en France, service de santé des armées (SSA) compris (tableau 1). Ces structures hospitalières, correspondant à autant d'entités géographiques¹, peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 374 300 lits et 85 000 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans disposer de capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement de centres de dialyse et de radiothérapie. Fin 2022, 109 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 632 antennes.

Les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire (GCS) pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activités de soins. La loi de modernisation de notre système de santé (2016) a aussi introduit

les groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération à l'échelle d'un territoire entre les entités juridiques publiques de santé (et le cas échéant d'autres entités). Ces dernières sont désormais intégrées dans l'un des 136 GHT dénombrés fin 2022, pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques.

Conséquence de réorganisations et de restructurations, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2022 (-146 entités géographiques et -4,7 % en neuf ans, soit -0,6 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce nombre a peu diminué (-11 entités en 2022 soit -0,4 %, après -2 entités en 2021 soit -0,1 %) [tableau complémentaire A]. La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-82 entités et -5,8 % en neuf ans), et principalement d'anciens hôpitaux locaux ainsi que des établissements de soins de longue durée (SLD). Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a aussi reculé sensiblement depuis 2013 (-39 entités et -3,8 % en neuf ans), en particulier les établissements des soins de courte durée ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements

1. Dans les éditions 2014 et antérieures du *Panorama des Établissements de santé*, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Sont depuis décomptées les entités géographiques directement interrogées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Dans certains cas (en psychiatrie et dans les unités de soins de longue durée), un établissement géographique principal désigné répond pour lui-même et pour certains établissements non interrogés, auquel cas ces derniers n'apparaissent pas dans ce décompte (voir l'encadré Sources et méthodes de cette fiche, ainsi que la fiche 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Leur capacité en lits ou en places et leur activité sont toutefois comptabilisées.

de soins de suite et de réadaptation (SSR) et le nombre d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressaient dans ce secteur. Durant cette période, le nombre d'entités privées à but non lucratif, lui, a reculé dans les mêmes proportions (-25 entités et -3,7 % en neuf ans), mais de façon irrégulière (-3 entités en 2022 soit -0,9 %, après -9 entités en 2021 soit -1,3 %).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 338 établissements publics, quatre types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 185 sites de centres

hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 932 centres hospitaliers (y compris les anciens hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 92 centres hospitaliers sont par ailleurs spécialisés en psychiatrie (tableau 1). Enfin, les 129 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de SLD.

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement au 31 décembre 2013 et 2022

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2022	2013	2022	2013	2022
Secteur public	1 420	1 338	256 934	228 687	39 485	44 614
CHR/CHU	183	185	73 636	65 868	9 270	11 647
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	733	134 734	125 854	15 258	19 019
CH, anciens hôpitaux locaux	261	199	10 661	8 819	160	124
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 873	20 036	14 363	13 398
Autres établissements publics	158	129	12 030	8 110	434	426
Secteur privé à but non lucratif	683	658	58 103	53 957	12 282	15 418
CLCC	21	20	2 887	2 549	323	542
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	133	19 401	17 646	2 492	3 283
Établissements de SSR	368	348	25 377	24 537	4 071	5 664
Autres établissements à but non lucratif	138	157	10 438	9 225	5 396	5 929
Secteur privé à but lucratif	1 019	980	97 890	91 646	15 810	24 983
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	465	57 766	46 924	11 961	16 213
Établissements de SSR	335	343	27 043	29 752	2 656	6 074
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	159	12 579	14 370	1 193	2 587
Autres établissements à but lucratif	6	13	502	600	0	109
Ensemble	3 122	2 976	412 927	374 290	67 577	85 015

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée.

Note > Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise toutes les entités géographiques (et pas uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites, soit 37 sites.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (en hospitalisation complète) ou d'une place (en hospitalisation partielle). Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2022, traitements DREES.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les cliniques privées (980 au total) et les établissements privés à but non lucratif (658 au total). Ces derniers comportent 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 348 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que 290 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

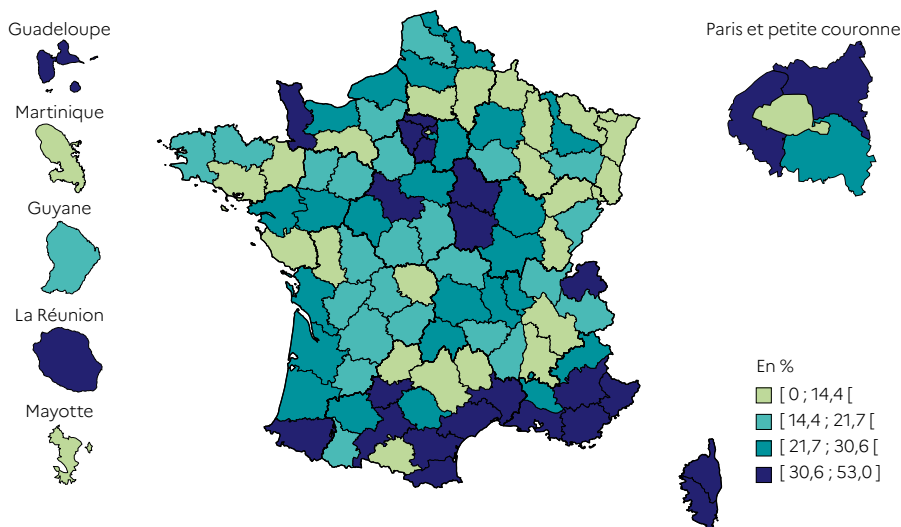
Une répartition des capacités entre le public et le privé très variable selon les départements

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 60 % des lits et des places, les cliniques privées 25 % et les établissements privés à but non lucratif 15 %. Cette répartition varie toutefois fortement suivant les départements. Dans les 25 % de départements où la part des cliniques privées est la plus forte, celle-ci est au moins deux fois plus élevée que dans les 25 % de départements où elle est la plus faible

(carte 1). Les cliniques privées sont inexistantes en Ariège, en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, et elles sont très minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans treize autres départements, dont quatre de la région Grand Est. En revanche, elles sont davantage représentées sur le pourtour méditerranéen et en Île-de-France et constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans quatre des treize départements de l'Occitanie (le Tarn-et-Garonne, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault et la Haute-Garonne), en Seine-Saint-Denis, en Guadeloupe, à La Réunion ainsi que dans les deux départements de Corse, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var.

La part du secteur privé à but non lucratif est aussi très variable d'un département à l'autre (tableau complémentaire B). Si, dans nombre d'entre eux, ce secteur est peu voire pas du tout présent, il représente à l'inverse plus de 30 % des lits et des places dans sept départements (la Haute-Saône, la Haute-Loire, la Lozère, le Lot, le Haut-Rhin, la Moselle et les Hautes-Alpes). ■

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et 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.

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

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 et de radiothérapie. Dans tout l'ouvrage, les établissements sont distingués par statut juridique : « établissements publics/privés à but lucratif (cliniques privées)/privés à but non lucratif ». Parmi ces derniers, environ huit sur dix sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) [voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »]. Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus depuis l'entrée en vigueur, en 2009, de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Toutefois, ces établissements existent toujours sous la forme de centres hospitaliers (CH).

Sources

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

Le nombre d'établissements indiqué correspond au nombre d'entités géographiques ayant des lits d'hospitalisation complète ou des places d'hospitalisation partielle au 31 décembre de l'année. Il s'agit d'établissements directement interrogés par la SAE. N'apparaissent pas dans le décompte total certains établissements qui ne sont pas interrogés directement et pour lesquels un établissement principal désigné répond. Il s'agit d'établissements de santé mentale tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour, certaines cliniques de santé mentale ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD).

Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre deux notions différentes dans un même concept :

> **Entité géographique (EG)** : elle correspond, en général, au site de production et, éventuellement, au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une entité juridique unique et une même entité juridique peut donner lieu à plusieurs EG, à condition que ces dernières aient des implantations géographiques ou des budgets différents.

> **Entité juridique (EJ)** : elle correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, une direction, et elle est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. L'EJ peut regrouper plusieurs entités géographiques, notamment dans le secteur public. C'est le cas, par exemple, de l'entité juridique Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe plusieurs entités géographiques sur différents sites parfois relativement éloignés. Dans le secteur privé, l'EJ représente la société d'exploitation (particulier ou société) et reste encore très souvent rattachée à une seule entité géographique, malgré le développement de regroupements.

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

> **Bras, P.-L., Pouvourvil, G., Tabuteau, D. (dir.)** (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po/Éditions de Santé.

> **Kervadoué (de), J.** (2021). *L'Hôpital*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? 6^e édition.

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

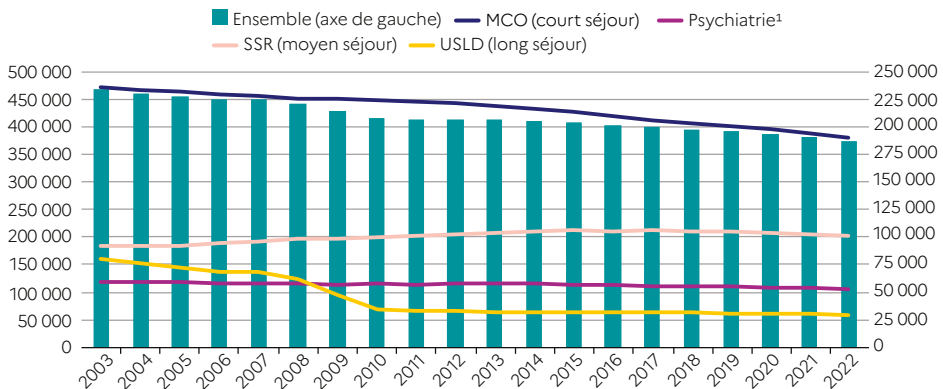
1. Cette circulaire est disponible sur le site Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/20073>.

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, appartenance 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).

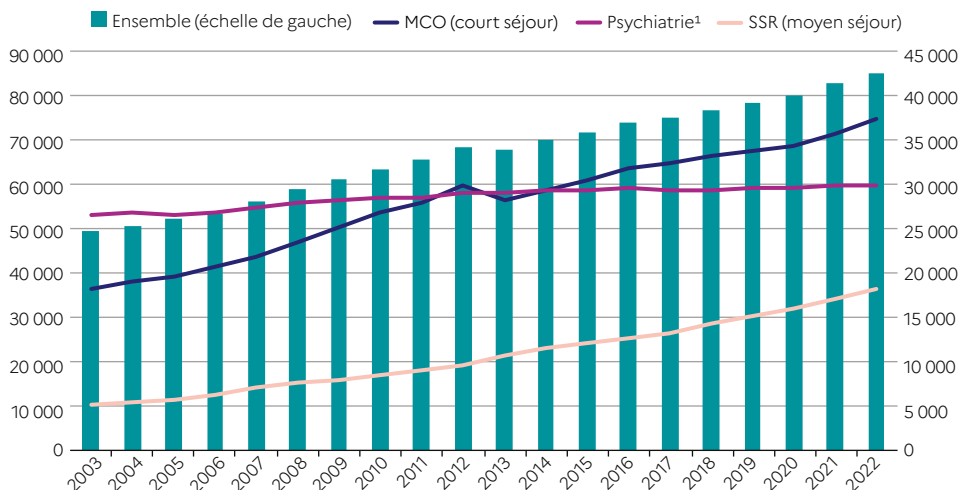
Depuis, le nombre de places augmente à un rythme annuel plus rapide qu'avant la crise sanitaire : +3,1 % en 2022, après +3,4 % en 2021.

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.

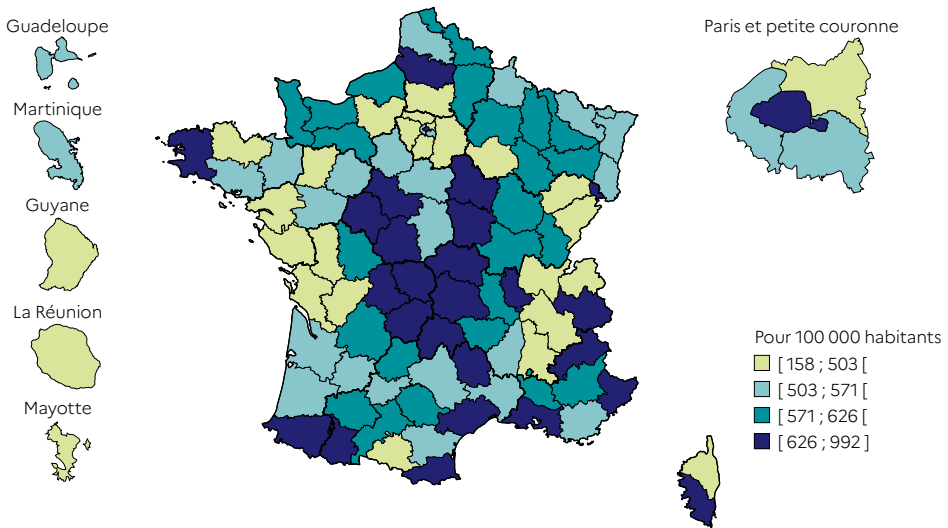
Sources > DREES, SAE 2003-2022, traitements DREES.

(+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.

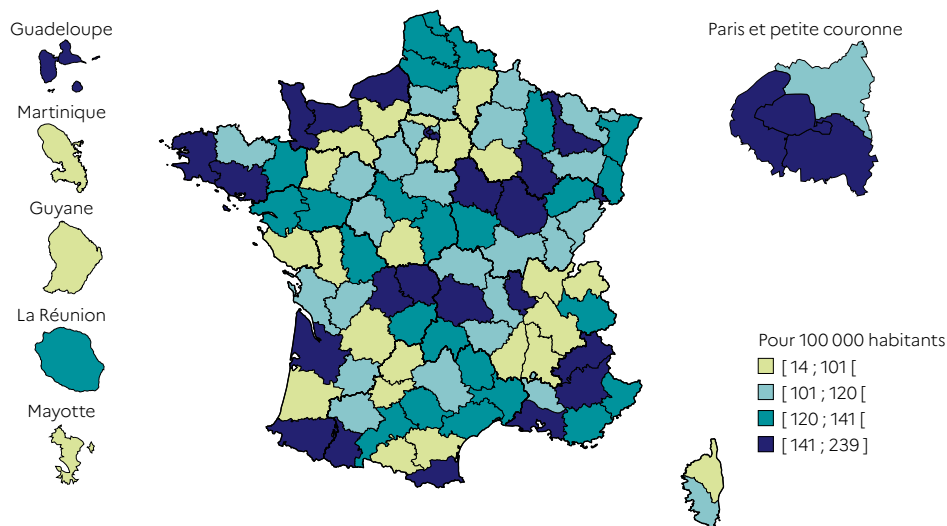
Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

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., Gaymard, 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 ARES : 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.

En 2022, les établissements de santé ont réalisé 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle et 10,5 millions de séjours d'hospitalisation complète, ce qui représente une légère hausse de l'activité en hospitalisation partielle et une diminution en hospitalisation complète. La prise en charge des patients avec un diagnostic de Covid-19 représente, en 2022, un volume d'activité en hausse par rapport à 2021 : 557 000 séjours et 118 000 journées. En écartant l'ensemble de ces séjours et journées Covid-19, la hausse de l'activité atteint 6,5 % pour l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation complète diminue de 2,2 %, par rapport à 2021.

L'hospitalisation partielle augmente en 2022, sans retrouver son niveau d'avant crise en psychiatrie

Au cours de l'année 2022, les établissements de santé de France ont pris en charge 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. Cela correspond à une progression de 6,5 %, qui fait suite à la chute du nombre de journées d'hospitalisation partielle en 2020 (-23,5 %), due à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, et au rebond de l'activité entamé dès 2021 (+25,2 %)¹. Elle dépasse ainsi de 2,0 % son niveau précédant la crise sanitaire, mais la croissance annuelle moyenne depuis 2019 est plus faible (0,7 %) qu'avant la crise (+3,0 % en moyenne par an de 2013 à 2019) [tableau complémentaire A]. Le rebond de l'activité est, cependant, hétérogène suivant les disciplines et le statut des établissements.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la progression de l'hospitalisation partielle est un peu moins marquée (+5,0 % en 2022, après +21,0 % en 2021 et -11,9 % en 2020). Mais la baisse de 2020 avait également été moins marquée que dans les autres disciplines, de sorte qu'en 2022 le nombre de journées est supérieur de 11,9 % à celui de 2019 (+23,0 % dans les établissements du secteur privé à but non lucratif,

+11,2 % dans le secteur public, et +10,5 % dans les cliniques privées) [tableau complémentaire B]. De 2019 à 2022, l'activité en hospitalisation partielle progresse ainsi un peu plus rapidement qu'avant la crise sanitaire (+3,8 % par an durant ces années, contre +3,6 % de 2013 à 2019).

En soins de suite et de réadaptation (SSR), la forte hausse observée en 2022 (+11,9 %, après +41,2 % en 2021 et -32,7 % en 2020) permet de retrouver, tous secteurs confondus, le niveau d'hospitalisation partielle d'avant la crise (+6,3 % par rapport à 2019). Si l'activité des cliniques privées est nettement supérieure à leur niveau de 2019 (+20,8 %), l'activité des établissements privés à but non lucratif et publics, en revanche, est inférieure (respectivement -1,3 % et -8,2 %). En psychiatrie, si l'activité partielle augmente également en 2022 (+3,8 %, après +18,9 %² en 2021 et -34,6 % en 2020), elle reste inférieure de 19,3 % à son niveau de 2019, tous secteurs confondus. Elle a, en effet, faiblement augmenté en 2022 dans les établissements privés à but non lucratif et publics (respectivement +3,0 % et +0,2 %) et y reste inférieure à son niveau antérieur à la crise de respectivement 16,8 % et 27,0 %. En revanche, elle a accéléré dans les cliniques privées (+17,7 % en 2022, après +14,8 % en 2021), où elle dépasse, en 2022, de 14,2 % son niveau de 2019.

1. La progression de 26,3 % indiquée dans le Dossier de la DREES Les établissements de santé en 2021 a été révisée, en raison d'une correction intervenue sur les bases de 2021.

2. La progression de 23,8 % indiquée dans le Dossier de la DREES Les établissements de santé en 2021 a été révisée, en raison d'une correction intervenue sur les bases de 2021.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2022

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
MCO ¹	3 776 064	5,2	930 283	6,9	4 475 506	4,4	9 181 853	5,0
Psychiatrie ^{2, 3}	2 310 901	0,2	756 112	3,0	752 145	17,7	3 819 158	3,8
SSR	955 845	13,0	1 621 198	5,8	2 305 608	16,1	4 882 651	11,9
Total des journées	7 042 810	4,5	3 307 593	5,4	7 533 259	9,0	17 883 662	6,5
Total des journées avec diagnostic de Covid-19⁴	45 625	-14,5	31 613	17,3	40 611	15,3	117 849	2,0
Séjours d'hospitalisation complète								
MCO ¹	6 399 953	-0,3	764 993	-1,6	1 976 381	-2,5	9 141 327	-0,9
Psychiatrie ^{2, 6}	345 659	-1,8	56 044	-1,7	124 493	0,0	526 196	-1,4
SSR ⁷	325 973	-2,6	225 110	-2,0	302 942	0,9	854 025	-1,2
Total des séjours	7 071 585	-0,5	1 046 147	-1,7	2 403 816	-2,0	10 521 548	-0,9
Total des séjours avec diagnostic de Covid-19⁴	440 131	32,0	46 729	23,0	70 633	25,9	557 493	30,4
Journées d'hospitalisation complète								
MCO ¹	38 954 720	0,4	4 110 777	-1,6	7 934 397	-3,9	50 999 894	-0,5
Psychiatrie ^{2, 6}	9 447 411	-2,7	1 820 813	-4,7	4 946 199	1,9	16 214 423	-1,6
SSR ⁷	10 715 070	0,2	7 274 377	-0,7	10 880 150	3,8	28 869 597	1,3
SLD	8 310 294	-2,6	816 683	-1,7	243 855	6,5	9 370 832	-2,3
Total des journées	67 427 495	-0,5	14 022 650	-1,6	24 004 601	0,7	105 454 746	-0,3
Total des journées avec diagnostic de Covid-19^{4,5}	6 504 819	41,8	1 209 342	54,7	1 897 827	44,9	9 611 988	43,9
Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)⁸								
Séjours d'hospitalisation complète	449 041	0,0	50 251	-3,7	118 684	-10,1	617 976	-2,4
Journées d'hospitalisation complète	1 565 272	1,2	175 556	-3,0	407 076	-9,7	2 147 904	-1,4

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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

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

4. Les séjours et journées avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ou journées ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

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

6. Hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce tableau.

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

8. Désormais, l'activité d'hospitalisation complète en MCO liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère (bébés ne nécessitant pas de parcours de soins spécifique) est publiée pour information, en complément des agrégats traditionnels de l'activité de MCO.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021-2022, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2021-2022, traitements DREES, pour l'activité de psychiatrie et de SLD ; ATIH, RIM-P 2021 et 2022 pour l'estimation des séjours Covid-19 en psychiatrie.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue

En 2022, les établissements de santé ont pris en charge 10,5 millions de séjours d'hospitalisation complète (soins de longue durée [SLD] exclus)³ et 105 millions de journées (SLD inclus). Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, ce recul régulier a repris à partir de 2013 (-0,5 % de séjours en moyenne annuelle entre 2013 et 2019) [tableau complémentaire C].

En 2020, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a ensuite connu un recul sans précédent (-12,4 %), car la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour réduire les risques de contamination. Après un léger rebond en 2021 (+3,3 %), le nombre de séjours d'hospitalisation complète a diminué à nouveau en 2022 (-0,9 %). Le nombre de journées d'hospitalisation complète, pour sa part, a continué à baisser (-0,3 % en 2022, après -1,1 % en 2021 et -8,4 % en 2020). En 2022, les nombres de séjours et de journées sont ainsi en recul de respectivement 10,4 % et 9,5 % par rapport à 2019. Pour l'ensemble des disciplines, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2022 est beaucoup plus élevée que celle observée avant la crise sanitaire (entre 2013 et 2019), pour les séjours et pour les journées. C'est également le cas pour chacun des statuts.

En MCO, en 2022, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue de 0,9 % et celui des journées de 0,5 %. Ces diminutions surviennent après les légers rebonds de 2021 (respectivement +3,7 % et +1,5 %), qui ont eux-mêmes succédé aux fortes baisses de 2020 liées à la crise sanitaire (respectivement -12,0 % et -9,5 %). En psychiatrie, la diminution survenue entre 2021 et 2022 est plus marquée : le nombre de séjours

recule de 1,4 % (après +4,3 % en 2021 et -14,4 % en 2020), et le nombre de journées baisse, à nouveau, de 1,6 % (après -1,4 % en 2021 et -5,2 % en 2020). En SSR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète recule également (-1,2 %), mais le nombre de journées correspondant progresse (+1,3 %), en raison d'un allongement de leur durée moyenne de séjour (DMS) de 33,0 à 33,8 jours. En psychiatrie et en SSR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2022, pour les séjours et les journées. Ainsi, leur part relative dans l'activité d'hospitalisation complète de ces disciplines progresse de 2 points (tableau complémentaire D). En 2022, le nombre de journées de SLD continue à décroître (-2,3 %, après -5,2 % en 2021 et -3,8 % en 2020).

Le Covid-19 concerne 5,3 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle en 2022

En 2022, les établissements de santé ont enregistré, pour l'hospitalisation complète, 557 000 séjours et 9,6 millions de journées avec un diagnostic de Covid-19 (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Cela représente 5,3 % des séjours et 10,0 % des journées, hors SLD⁴. L'activité en hospitalisation complète liée au Covid-19 progresse en 2022 (+30,4 % pour les séjours et +43,9 % pour les journées), et même plus fortement qu'en 2021 (respectivement +23,1 % et +20,4 %).

En 2022, 84,0 % des séjours avec un diagnostic de Covid-19 en hospitalisation complète sont réalisés en MCO et 15,0 % en SSR⁵. Pour autant, c'est en SSR que la part relative de l'activité d'hospitalisation complète liée au Covid-19 est la plus élevée : elle représente 9,8 % des séjours et 14,1 % des journées d'hospitalisation complète en 2022. L'hospitalisation en MCO intervient lors de la phase aiguë de la maladie ; les séjours réalisés en SSR, après

3. Les soins de longue durée ne sont pas suivis dans le PMSI, mais uniquement dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), où seules les journées de SLD sont disponibles. Par la suite, tous les séjours sont hors SLD.

4. La SAE ne permet pas de disposer du détail des journées de SLD associées à un diagnostic de Covid-19.

5. En psychiatrie, le codage de diagnostic Covid-19 est marginal : en 2022, il concerne 5 700 séjours d'hospitalisation complète et 346 000 journées d'hospitalisation complète.

cette phase, correspondent à des programmes thérapeutiques de réadaptation. Pour cette raison, la DMS des séjours d'hospitalisation complète avec un diagnostic de Covid-19 en MCO est beaucoup plus courte qu'en SSR (11,1 jours contre 48,6 jours). Entre 2021 et 2022, la DMS en SSR augmente de 11,2 jours, sans doute en raison de la prise en charge plus fréquente de patients atteints de « Covid long » (voir fiche 18, « L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé »).

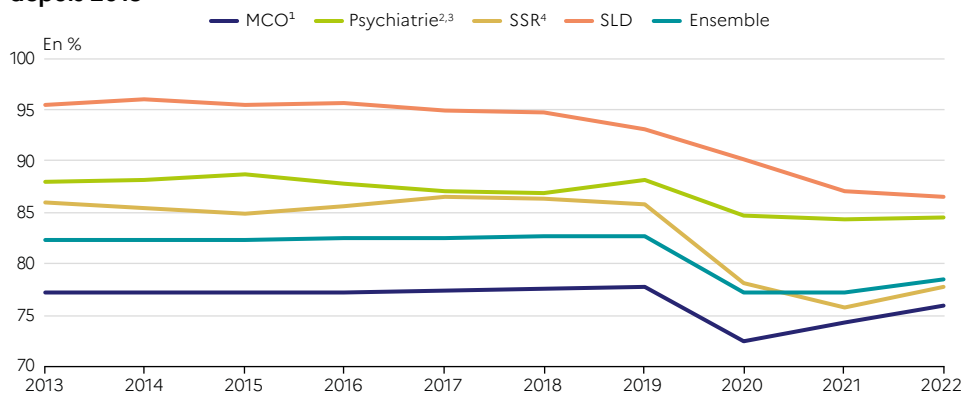
L'activité d'hospitalisation partielle pour les patients avec un diagnostic de Covid-19 est plus réduite. En 2022, elle représente 118 000 journées, soit 0,7 % de l'hospitalisation partielle totale réalisée par les établissements de santé. 65 % de ces journées ont lieu en SSR et 30 % en MCO. Leur progression en 2022 (+2,0 %) est faible comparée à celle de 2021 (+51,5 %). Hors Covid-19, l'activité d'hospitalisation complète en 2022 est en recul, tant pour les séjours (-2,2 %, après +2,6 % en 2021) que pour les

journées (-3,4 %, après -1,9 % en 2021). Dans les deux cas, elle reste en net retrait par rapport à 2019 (-15,1 % et -18,1 %) [tableau complémentaire E]. C'est en SSR que la baisse d'activité hors Covid-19 est la plus prononcée (-3,6 % pour les séjours et -4,9 % pour les journées). Le nombre de journées d'hospitalisation partielle hors Covid-19 progresse de 6,5 % en 2022 (après +25,0 % en 2021 et -23,9 % en 2020), et retrouve son niveau antérieur à la crise sanitaire. La progression est davantage marquée dans les cliniques privées (+8,9 %) que dans les hôpitaux publics (+4,6 %) et dans les établissements privés à but non lucratif (+5,3 %).

Le taux d'occupation des lits progresse en 2022

En 2022, le taux d'occupation en hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 78,5 % (graphique 1). La baisse des capacités (-1,8 %), supérieure à celle des journées d'hospitalisation complète (-0,3 %), entraîne une augmentation

Graphique 1 Évolution du taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète depuis 2013



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

1. Les journées d'hospitalisation comptabilisées pour le calcul du taux d'occupation en MCO comportent les journées des bébés mort-nés, mais pas celles des nouveau-nés restés auprès de leur mère. Le taux d'occupation en MCO est calculé avec le nombre de journées-lits exploitables. Pour les autres disciplines, il est calculé avec la capacité en lits au 31 décembre multipliée par 365.

2. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

3. Hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (en accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013 à 2022, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2013 à 2022, traitements DREES, pour les capacités et l'activité de psychiatrie et de SLD.

du taux d'occupation (+1,4 point par rapport à celui de 2021). Le taux d'occupation en 2022 demeure le moins élevé en MCO⁶ (75,9 %), malgré une hausse sur un an (+1,7 point), en raison d'une diminution plus forte des capacités (-2,0 %) que du nombre de journées (-0,5 %). Il augmente de 2,0 points en SSR, à 77,7 %, car le nombre de journées d'hospitalisation complète y progresse (+1,3 %) en dépit d'une baisse des capacités (-1,3 %). Il est stable en psychiatrie (+0,1 point), où il atteint 84,5 %. Il reste le plus élevé en SLD, à 86,6 %, malgré une baisse de 0,5 point en 2022.

Le nombre d'hospitalisations par habitant entre départements métropolitains varie peu

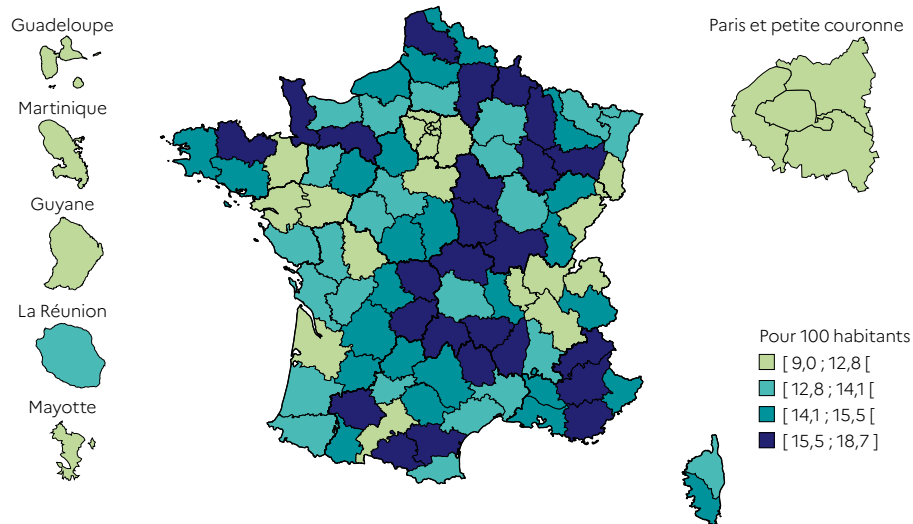
En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population s'élève en 2022 à 12,2 % dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [12,1 % en 2021] et à 13,4 % en France

métropolitaine (13,6 % en 2021) [carte 1]. La forte diminution du nombre de séjours survenue avec la crise sanitaire modifie peu les écarts observés jusqu'en 2019. En France métropolitaine, les taux les plus bas se situent dans les départements d'Île-de-France (notamment 10,9 % dans les Hauts-de-Seine) et dans l'Ouest (notamment 11,1 % en Loire-Atlantique). Ils atteignent 18 % ou plus dans la Nièvre, la Haute-Marne et la Creuse. Il s'agit de départements ruraux, dont la proportion d'habitants de 65 ans ou plus dépasse 25 %.

La spécialisation des activités selon le statut des établissements se renforce

Malgré les perturbations de l'activité hospitalière dues à la crise sanitaire, la structure des activités des établissements de santé varie toujours selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge (graphique 2). Ces spécificités reflètent celles de

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants, par département, en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

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

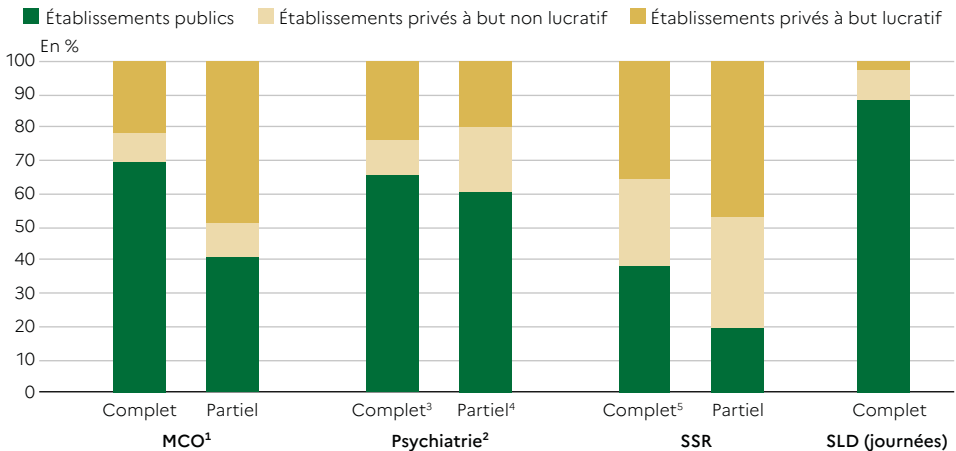
6. Par sa méthode de calcul, le taux d'occupation ne permet pas de mesurer la situation au cours de l'année pour toutes les disciplines. Si le taux d'occupation en MCO, calculé avec le nombre de journées exploitables sur l'année, tient compte de la disponibilité effective des lits durant l'année, cela n'est pas le cas en psychiatrie et en SSR (voir encadré Sources et méthodes).

la disparité des capacités par discipline et par statut (voir fiche 02 « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé ». Les cliniques privées sont particulièrement présentes dans le court et le moyen séjour, où elles réalisent respectivement 48,7 % et 47,2 % des journées d'hospitalisation partielle. Cette proportion atteint 64,7 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés dans le moyen séjour (avec 33,2 % des journées d'hospitalisation partielle). Les hôpitaux publics dominent largement l'activité d'hospitalisation complète en MCO (avec 70,0 % des séjours) et en psychiatrie (avec 65,7 % des séjours d'hospitalisation complète et 60,5 % des journées d'hospitalisation partielle). Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics (avec 88,7 % des journées d'hospitalisation complète).

Le nombre de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue

En 2022, 618 000 séjours de médecine et 2,1 millions de journées d'hospitalisation complète concernent des bébés « restés auprès de leur mère ». Il s'agit de bébés ne nécessitant pas de parcours de soins spécifique, contrairement à ceux pris en charge en néonatalogie par exemple. Les agrégats habituels sur le MCO ne prennent en compte que l'activité d'hospitalisation relative aux nouveau-nés accueillis en néonatalogie, en soins intensifs ou en réanimation néonatale. Le nombre de séjours de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue de 2,4 % en 2022 (après +0,5 % en 2021). La diminution en 2022 est liée à la baisse du nombre de naissances vivantes (-2,2 %) et à celle des accouchements (-1,8 %). Elle est plus faible pour le nombre de journées d'hospitalisation complète associées (-1,4 %, après +1,0 % en 2021). ■

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2022



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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

3. Hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

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

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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2022, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2022, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors séances, y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Sources

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).

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description microéconomique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, et de l'activité de moyen séjour (SSR) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé. Pour l'année 2019, cette fiche exploite la base PMSI-MCO 2019 révisée mise à disposition par l'ATIH (et non la base initiale scellée), intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas).

Méthodologie

Le taux d'occupation en MCO est calculé en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation complète au nombre de journées exploitables sur l'année. Ce nombre, égal à la somme des lits en état d'accueillir des patients pour chaque journée de l'année, permet de rendre compte de la disponibilité effective des lits et de ses variations au cours de l'année. En revanche, pour la psychiatrie, le SSR et le SLD, le taux d'occupation est calculé en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation complète au nombre de lits au 31 décembre multiplié par 365. La mesure du nombre de journées exploitables n'est, en effet, pas disponible dans ces disciplines.

Définitions

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

> **Séjours ou journées avec diagnostic principal ou associé de Covid-19** : le décompte des séjours et des journées avec un diagnostic principal (DP) ou associé (DA) de Covid-19 est réalisé à partir des diagnostics (principaux, reliés ou associés) codés dans le PMSI. En pratique, dans le PMSI-MCO et le RIM-P, ils sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), associé (DA) ou relié (DR) dans le cas du MCO, est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). Dans le PMSI-SSR, ils sont identifiés comme les séjours dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) ou le diagnostic associé (DA) sont codées avec les modalités listées ci-dessus. Dans cet ouvrage, sont donc regroupées l'activité réalisée pour des patients dont le traitement du Covid-19 est le motif médical central et celle réalisée pour des patients infectés par le Covid-19 mais dont le motif médical est une autre pathologie.

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

> **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.

En 2022, les établissements de santé ont réalisé 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total de 85 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 15,0 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que 6,8 millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD). 248 800 patients bénéficient également de consultations mémoire dans les 537 entités réparties sur le territoire. Les 290 structures de traitement de la douleur chronique ont reçu en consultation 259 100 patients.

Les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation partielle en progression en 2022

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales techniques et médicamenteuses (notamment en anesthésie) ont favorisé le développement de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation partielle de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires. Les établissements de santé de France ont pris en charge 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle en 2022 (*tableau 1*). Cette progression poursuit le rebond entamé en 2021 et compense la chute d'activité de 2020, liée à l'épidémie de Covid-19 (+6,5 % en 2022, après +25,2 % en 2021¹ et -23,5 % en 2020) [voir fiche 03, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »]. En conséquence, le niveau atteint en 2022 dépasse de 2,0 % celui de 2019. En 2022, les établissements de santé disposent de 85 000 places et cette capacité d'accueil est en progression également (+3,1 % entre fin 2021 et fin 2022, après +3,4 % entre fin 2020 et fin 2021). Le rebond de la capacité intervient après le ralentissement dû

à la crise sanitaire (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »).

Le nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) a légèrement augmenté en 2022 (+0,5 %), après avoir fortement progressé pendant la crise sanitaire (+2,5 % en 2021 et +10,8 % en 2020), car cette modalité d'hospitalisation permettait une prise en charge individualisée, compatible avec les protocoles mis en place pour limiter la circulation du virus (voir fiche 16, « Les établissements d'hospitalisation à domicile »).

Une faible croissance des traitements ambulatoires

En 2022, 15,0 millions de séances sont réalisées dans les établissements de santé (*tableau 2*) : 7,6 millions de séances de dialyse, dont près de 8 séances sur 10 sont dispensées par des établissements privés (40 % par des établissements privés à but non lucratif, 37 % par des cliniques privées) ; 4,2 millions de séances de radiothérapie, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 51 % sont réalisées par des cliniques privées ; et 3,2 millions de séances de chimiothérapie, dont 54 % sont réalisées par des établissements publics. Notamment, les 26 sites de centres de lutte contre le cancer (CLCC)², établissements privés à but non lucratif, ont effectué 14 % des

1. La progression de 26,3 % indiquée dans le *Dossier de la DREES*, Les établissements de santé en 2021, a été révisée en raison d'une correction intervenue sur les bases de 2021.

2. Il s'agit du nombre total de sites, qu'ils disposent ou non de capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle. Dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé », seuls les CLCC ayant une capacité de lits ou de places d'hospitalisation sont comptabilisés.

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2022

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées (en milliers)	Places	Journées (en milliers)	Places	Journées (en milliers)	Places	Journées (en milliers)	Places
Hospitalisation partielle en MCO								
Médecine	2 695	11 771	589	1 540	2283	1 930	5 568	15 241
Chirurgie	850	5 994	329	1 995	2164	12 731	3 342	20 720
Gynécologie-obstétrique	231	1 017	12	88	28	80	272	1 185
Total MCO¹	3 776	18 782	930	3 623	4 476	14 741	9 182	37 146
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie²	2 311	21 817	756 112	5 358	752 145	2 716	3 819	29 891
Hospitalisation partielle en SSR	956	4 015	1 621	6 437	2 306	7 526	4 883	17 978
Total	7 043	44 614	3 308	15 418	7 533	24 983	17 884	85 015
HAD³	1 542	5 229	3 854	13 139	1 424	4 781	6 819	23 149

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie; SSR : soins de suite et de réadaptation; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.
2. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5. La psychiatrie regroupe les disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.
3. L'activité d'HAD est celle des disciplines de MCO et de SSR, c'est-à-dire hors psychiatrie. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Lecture > En 2022, 9,2 millions de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées en MCO, mobilisant 37 146 places.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATI-H, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2022, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR; PMSI-HAD 2022, traitements DREES, pour l'activité d'HAD; SAE 2022, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances selon le statut de l'établissement en 2022

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	1 729 448	670 499	447 219	821 463	3 221 410
Radiothérapie	1 039 468	997 808	766 534	2 139 796	4 177 072
Séances sur malades ambulatoires	1 023 529	981 782	752 946	2 117 705	4 123 016
Séances sur malades hospitalisés	15 939	16 026	13 588	22 091	54 056
Dialyse	1 768 737	3 026 168	-	2 794 982	7 589 887
Total	4 537 653	4 694 475	1 213 753	5 756 241	14 988 369

CLCC : centres de lutte contre le cancer.

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

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

séances de chimiothérapie et 18 % de celles de radiothérapie.

Le nombre total de séances progresse de 0,6 % en 2022 (tableau complémentaire A). Cette croissance est plus modérée qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). L'évolution du nombre de séances est toutefois différente selon le type de traitement : le nombre de séances progresse fortement pour la chimiothérapie ambulatoire en 2022 (+3,7 %) et plus modérément pour la dialyse (+0,8 %) ; il diminue en revanche pour la radiothérapie (-2,6 %). Ces évolutions diffèrent également selon le statut juridique de l'établissement, les séances étant plus dynamiques en 2022 dans le secteur public que dans les établissements privés. La baisse du nombre de séances observée en radiothérapie est portée très majoritairement par les établissements privés à but non lucratif (-5,9 %) et les cliniques privées (-2,8 %), alors que leur nombre augmente dans les établissements du secteur public (+1,1 %).

Par ailleurs, 534 200 personnes ont été transfusées en 2022, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Une augmentation du nombre de patients pris en charge par les consultations mémoire en 2022

Le plan Alzheimer 2008-2012 et, dans sa continuité, le plan 2014-2019 pour les maladies neuro-dégénératives préconisent de renforcer le nombre de consultations mémoire.

En 2022, 537 entités déclarent disposer d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (tableau 3). Il s'agit d'établissements publics dans 86 % des cas (dont 65 % de centres hospitaliers et 14 % de centres hospitaliers régionaux). 78 % des consultations sont labellisées par leur agence régionale de santé (ARS), ce qui implique qu'elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou gériatres, de psychologues ou orthophonistes, d'un temps de secrétariat, et qu'elles accueillent une file active supérieure à 200 patients.

Les consultations mémoire ont accueilli au total 248 800 patients différents au cours de l'année 2022, dont 52 % de nouveaux patients. Il s'agit de consultations labellisées pour 87 % d'entre eux.

Tableau 3 Répartition des consultations mémoire selon le statut de l'établissement en 2022

	Établissements publics	dont CHR	dont CH	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	462	77	351	42	33	537
consultation mémoire labellisée ¹	377	38	288	32	12	421
File active, dont :	214 299	83 527	124 156	16 781	17 719	248 799
nouveaux patients	114 510	46 386	64 951	9 553	6 451	130 514
patients de consultation labellisée ¹	195 007	75 661	114 471	14 298	6 999	216 304
Groupe de parole destiné aux aidants	182	34	134	14	9	205

CHR : centres hospitaliers régionaux ; CH : centres hospitaliers.
1. Pour être labellisée par l'agence régionale de santé, une consultation mémoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou gériatres, de psychologues ou orthophonistes, d'un temps de secrétariat, et accueillir une file active supérieure à 200 patients.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Le nombre de patients ayant bénéficié d’au moins une consultation mémoire au cours de l’année 2022 est en hausse de 4,0 % par rapport à celle de 2021 (tableau complémentaire B). Des groupes de parole destinés aux aidants ont également été mis en place par 205 entités.

290 structures d’études et de traitement de la douleur chronique

Deux types de structures d’étude et de traitement de la douleur chronique ont été mis en place : les consultations et les centres³. En 2022, 210 entités sont identifiées comme consultations et 80 comme centres (respectivement 205 consultations et 76 centres en 2020) [tableau 4]. Parmi elles, 282 ont décrit leur activité dans l’enquête SAE (265 en 2020). En 2022, 233 500 patients

externes et 25 500 patients internes⁴ y ont bénéficié de consultations médicales, pour un total de respectivement 782 000 et 111 000 consultations, auxquelles s’ajoutent 120 000 actes réalisés par des infirmiers diplômés d’État (IDE) pour les patients externes et 20 000 actes pour les patients internes. Par ailleurs, 22 400 séjours d’hospitalisation ont été réalisés dans une unité médicale douleur⁵.

Une progression du nombre de passages aux urgences

En France, les urgences ont recensé 21,6 millions de passages en 2022, soit une progression de 6,2 % par rapport à 2021 (après +12,5 % en 2021 et -17,7 % en 2020), mais un recul de 1,8 % par rapport à 2019, période antérieure à la crise sanitaire. Cette évolution est en rupture avec la croissance continue et

Tableau 4 Répartition des structures contre la douleur chronique et de leur activité selon le statut de l’établissement en 2022

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d’entités disposant d’une structure d’étude et de traitement de la douleur chronique	231	40	19	290
Disposant d’un centre	61	14	5	80
Disposant de consultations	170	26	14	210
Nombre de patients ayant bénéficié d’une consultation médicale	198 944	38 151	21 956	259 051
Patients internes ¹	18 466	5 274	1 791	25 531
Patients externes	180 478	32 877	20 165	233 520
Nombre total de consultations²	668 668	134 271	89 715	892 654
Patients internes ¹	69 692	27 820	13 089	110 601
Patients externes	598 976	106 451	76 626	782 053
Nombre d’actes d’IDE	109 881	11 867	18 238	139 986
Patients internes ¹	16 017	3 137	1 227	20 381
Patients externes	93 864	8 730	17 011	119 605
Nombre de séjours hospitaliers dans l’unité médicale douleur	15 444	2 329	4 649	22 422

IDE : infirmier diplômé d’État.
1. Patients hospitalisés dans l’établissement hors lits de l’unité médicale douleur.
2. Consultations réalisées par un psychologue, un médecin (hors psychiatre), un psychiatre ou un IDE.
Note > Les données sur l’activité (file active et nombre de consultations) sont renseignées par 282 établissements.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

3. Ces deux types de structures et leurs missions sont définies par l’instruction DGOS/PF2 n° 2011-188 du 19 mai 2011, disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-06/ste_20110006_0100_0153.pdf.
4. Les patients internes sont les patients hospitalisés dans l’établissement hors lits de l’unité médicale douleur.
5. L’hospitalisation est réalisée seulement dans les centres.

dynamique observée depuis 1996. Les passages aux urgences, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, en psychiatrie

et en soins de suite et de réadaptation), font l'objet de fiches spécifiques (voir les chapitres « Les autres disciplines hospitalières » et « Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière »). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation complète ayant fonctionné en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Sources

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). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, et de l'activité de moyen séjour (SSR) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

- > **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R. 6121-4 du Code de la santé publique).
- > **Chimiothérapie** : elle consiste en l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner certains traitements contre le cancer.
- > **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.
- > **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie.
- > **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils assurent des missions de soin, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On recense 26 sites de CLCC sur le territoire métropolitain en 2022.

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

- > **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2023, novembre). Rapport d'activité hémovigilance 2022.
- > **Baubeau, D., Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.

Fin 2022, les établissements de santé comptent 223 300 postes de personnel médical, à savoir : médecins, odontologistes, pharmaciens, étudiants de 3^e cycle du diplôme d'études spécialisées (DES) ou sages-femmes. Ces postes se trouvent principalement dans les établissements publics : c'est le cas de 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes, qui représentent 39 % des postes de personnel médical (hors sages-femmes), et de 79 % des postes de sages-femmes. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes, 82 % des postes de salariés dépendent de l'hôpital public, alors que les postes de libéraux sont concentrés à hauteur de 83 % dans les établissements privés à but lucratif, où ils sont largement majoritaires.

Plus des deux tiers des postes de personnel médical relèvent des hôpitaux publics

Au 31 décembre 2022, les établissements de santé comptent 223 300 postes de personnel médical : 123 100 postes de médecins, odontologistes et pharmaciens¹ salariés, 42 600 postes de médecins libéraux, 41 100 postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes (FFI) et 16 500 postes de sages-femmes (tableau 1). Parmi le personnel médical, 69 % des postes relèvent des hôpitaux publics, 20 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Au sein des établissements publics, les médecins occupent essentiellement des postes salariés (98 % des postes de médecins fin 2022, soit 101 200 postes). Il s'agit principalement de postes de praticiens hospitaliers, qui représentent 56 % des équivalents temps plein (ETP) de médecins salariés des établissements publics (tableau 2). Après l'unification de plusieurs statuts en un contrat de praticien contractuel, en février 2022, les postes de nouveaux praticiens contractuels et ceux des anciens statuts associés² y représentent respectivement 12 % et 18 % des ETP de médecins (voir annexe 2,

« Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », sur les différents statuts des personnels des établissements de santé). Le reste des postes se répartit entre médecins hospitalo-universitaires (7 % des ETP de médecins, dont 60 % de titulaires) et assistants des hôpitaux (7 % également). Fin 2022, ces établissements comptent également 1 900 postes de praticiens libéraux.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les médecins occupent aussi majoritairement des postes salariés (73 % des postes de médecins fin 2022). Dans les cliniques privées, en revanche, les médecins libéraux sont largement majoritaires (84 %).

Les spécialités médicales mobilisent près des deux tiers des postes de médecins

Fin 2022, 63 % des postes de médecins des établissements de santé sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à des spécialités médicales (y compris l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie, mais hors psychiatrie) [tableau 3]. Les quatre spécialités les plus représentées parmi les postes de médecins sont des spécialités médicales : la médecine générale (11 %), l'anesthésie-réanimation (8 %), la médecine d'urgence (5 %)

1. Par souci de simplification, le terme « médecins » regroupe dans la suite de cette fiche les médecins, les odontologistes et les pharmaciens. Hors précision contraire, le terme « internes » regroupe les internes, docteurs juniors et FFI.

2. Ces anciens statuts sont les anciens praticiens contractuels, praticiens attachés et cliniciens. S'y ajoutent également les praticiens adjoints contractuels.

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2022

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens	103 060	20 938	41 674	165 672
Salariés	101 159	15 389	6 541	123 089
Libéraux	1 901	5 549	35 133	42 583
Internes, docteurs juniors et FFI	38 213	2 590	294	41 097
Internes	27 716	1 938	218	29 872
Médecine (médecine générale et spécialités médicales)	25 951	1 839	206	27 996
Pharmacie	1 430	96	10	1 536
Odontologie	335	3	2	340
Docteurs juniors	4 722	287	29	5 038
FFI	5 775	365	47	6 187
Sages-femmes	12 984	1 249	2 306	16 539
Total	154 257	24 777	44 274	223 308

FFI : faisant fonction d'internes.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2022

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des médecins, pharmaciens et odontologistes salariés	75 724	10 881	4 477
ETP des hospitalo-universitaires titulaires ¹	3 157	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers titulaires	42 759	n.d.	n.d.
ETP des assistants des hôpitaux	5 350	n.d.	n.d.
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 058	n.d.	n.d.
ETP des attachés, anciens praticiens contractuels, cliniciens et praticiens adjoints contractuels	13 318	n.d.	n.d.
ETP des nouveaux praticiens contractuels	9 081	n.d.	n.d.
ETP des internes, docteurs juniors et FFI	35 947	1 872	245
ETP des sages-femmes	11 882	1 016	1 919
ETP des titulaires et stagiaires de la fonction publique	9 755	3	0
ETP des CDI	676	849	1 647
ETP des CDD	1 451	164	273

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; FFI : faisant fonction d'internes ; n.d. : non disponible.
1. Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.
Note > La répartition par statut des praticiens salariés n'est demandée que pour le secteur public.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

et la pédiatrie (4 %). La part des postes relevant des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 63 % et 68 %) que dans les cliniques privées (58 %). Ces dernières se consacrent davantage à la chirurgie. La moindre proportion de postes de praticiens dédiés à la biologie médicale dans le secteur privé (à but lucratif ou non) traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

La réforme du 3^e cycle des études de médecine en 2017 a instauré un nouveau statut : celui de docteur junior. De ce fait, parmi les postes d'étudiants de 3^e cycle fin 2022, 73 % sont pourvus par des internes, 12 % par des docteurs juniors et 15 % par des FFI (tableau 1). La proportion de FFI parmi les étudiants de 3^e cycle augmente régulièrement depuis 2013, où elle était

de 7 %. Parmi les postes d'internes occupés fin 2022, plus de neuf étudiants sur dix (94 %) sont inscrits en médecine, une répartition similaire à celle des postes médicaux salariés.

Les postes d'internes, de docteurs juniors et de FFI sont concentrés dans le secteur public et en court séjour

Fin 2022, 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de FFI (soit 38 200 postes) se trouvent dans les établissements publics, dont ils représentent 39 % des postes de personnel médical, hors sages-femmes (tableau 4). Ils sont principalement présents en centres hospitaliers universitaires (CHU) [55 % de l'ensemble des postes d'internes] et en centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) [25 %], où se concentrent la majorité des services agréés pour l'accueil des étudiants de 3^e cycle des études de médecine. Le nombre de postes

Tableau 3 Les emplois de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé, selon la spécialité, au 31 décembre 2022

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	11 956	3 473	3 349	18 778	11,3
Médecine d'urgence	6 923	455	1 071	8 449	5,1
Anesthésie-réanimation	8 444	1 380	3 979	13 803	8,3
Pédiatrie	4 986	483	577	6 046	3,7
Autres spécialités médicales	33 019	8 385	15 294	56 698	34,2
Gynécologie-obstétrique	4 082	653	1 694	6 429	3,9
Spécialités chirurgicales	11 270	2 588	12 072	25 930	15,7
Biologie médicale	3 455	179	430	4 064	2,5
Psychiatrie	8 437	1 348	1 295	11 080	6,7
Pharmacie	6 008	1 421	1 418	8 847	5,3
Autres	4 480	573	495	5 548	3,4
Total	103 060	20 938	41 674	165 672	100

Lecture > 11,3 % des emplois médicaux (hors internes et sages-femmes) dans les établissements de santé concernent la médecine générale en 2022.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

d'internes par poste de praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,5 poste d'interne pour un poste de praticien en CHU, contre 0,3 en grand CH). Toutes disciplines confondues, dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,7 pour 100 séjours fin 2022, contre 0,4 en moyenne pour l'ensemble des établissements de santé. Les postes d'internes sont au nombre de 2 600 dans les établissements privés à but non

lucratif fin 2022, contre moins de 300 dans les cliniques privées – qui ont la possibilité d'en accueillir depuis 2009. La majorité des postes d'internes se trouvent dans les services de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [87 % des ETP], reflet de la forte proportion de médecins salariés travaillant en MCO (86 % des ETP) [tableau 5]. En psychiatrie, le volume d'ETP de postes d'internes par praticien salarié est l'un des plus faibles (0,3 interne pour un

Tableau 4 Les emplois d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes dans les établissements de santé, selon la catégorie d'établissements, au 31 décembre 2022

	Établissements publics	dont CHU	dont CH de grande taille (au moins 300 lits)	Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Internes, FFI et docteurs juniors	38 213	22 714	10 382	2 590	916	294	41 097
Internes	27 716	17 343	6 728	1 938	699	218	29 872
FFI	5 775	2 053	2 663	365	108	47	6 187
Docteurs juniors	4 722	3 318	991	287	109	29	5 038
Total du personnel médical¹	98 896	42 806	31 461	12 663	3 079	8 915	120 474
Séjours en hospitalisation complète ²	7 607 792	2 783 640	2 911 857	756 100	133 822	663 751	9 027 643
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/personnel médical	0,4	0,5	0,3	0,2	0,3	0,03	0,3
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,5	0,7	0,3	0,3	0,6	0,04	0,4

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; FFI : faisant fonction d'internes.

1. Le personnel médical, hors sages-femmes, comprend les effectifs des salariés et des libéraux des établissements accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

2. Les séjours en hospitalisation complète sont uniquement ceux des établissements accueillant des internes ou des FFI (en MCO, psychiatrie, SSR, USLD ou HAD).

Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les CHU forment plus d'internes, de docteurs juniors et de FFI que les CH de grande taille : leur ratio d'internes, de docteurs juniors et de FFI pour 100 séjours en hospitalisation complète est de 0,7 contre 0,3.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

poste de praticien fin 2022) des différentes disciplines d'équipement. Les internes de ces services travaillent majoritairement dans des centres hospitaliers spécialisés (CHS) dans la lutte contre les maladies mentales.

Plus des trois quarts des postes de sages-femmes relèvent de l'hôpital public

Au 31 décembre 2022, 79 % des postes de sages-femmes sont concentrés dans les établissements publics, dont ils représentent 8 % des postes de personnel médical (tableau 1). Dans ces hôpitaux, les postes de titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière³

représentent 82 % des ETP des postes de la profession, tandis que la part des contrats à durée déterminée (CDD) est de 12 % (tableau 2).

Dans le secteur privé, les postes de sages-femmes sont deux fois plus nombreux dans les cliniques privées (2 300 postes fin 2022) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 200 postes fin 2022), reflétant notamment la répartition des maternités et des capacités d'accueil en obstétrique entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. Dans les établissements privés, les postes en contrat à durée indéterminée (CDI) représentent 85 % des ETP de sages-femmes. ■

Tableau 5 Les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes dans les établissements de santé, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation, en 2022

Disciplines	Internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes (FFI)		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/ personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 923	5,1	1 150	1,4	1,7
MCO	33 165	87,1	68 655	86,3	0,5
Psychiatrie	2 166	5,7	7 377	9,3	0,3
HAD	35	0,1	155	0,2	0,2
SSR	738	1,9	2 139	2,7	0,4
SLD	37	0,1	64	0,1	0,6
Ensemble des disciplines	38 028	100	79 539	100	0,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein annuel moyen rémunéré.

1. Dans ce tableau, contrairement au tableau 4, les ETP d'internes sont rapportés aux ETP des seuls médecins salariés (hors sages-femmes), car la répartition des libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.

2. L'administration gère, entre autres, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et accueille beaucoup d'internes de santé publique, même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

³. Dans les hôpitaux publics, les sages-femmes peuvent relever du statut de la fonction publique hospitalière, contrairement à d'autres catégories de personnel médical comme les praticiens hospitaliers (PH) ou les personnels non titulaires.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel médical occupés au 31 décembre 2022, y compris internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes et sages-femmes, des établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE.

Définitions

> **Personnel médical** : il est composé des médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes (FFI), en formation, ainsi que les sages-femmes. Les postes de personnels non directement rémunérés par les établissements (intérimaires des entreprises de travail temporaire, etc.) sont exclus.

> **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, mais ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies à la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009².

> **Spécialité principale d'exercice** : pour les médecins libéraux, cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale ; pour les médecins salariés, elle correspond en général à l'intitulé du poste occupé. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.

> **Statuts à l'hôpital public** : le personnel médical du secteur public a principalement le statut de praticien hospitalier (PH). Il occupe des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps plein ou à temps partiel (avec au maximum dix vacations hebdomadaires) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> **Docteur junior** : nouveau statut des étudiants du 3^e cycle du diplôme des études spécialisées (DES), créé avec la réforme du 3^e cycle du DES³. La nouvelle version du DES (hors DES en trois ans pour lesquels il n'y a que deux phases) est scindée en trois phases d'apprentissage. Les étudiants en DES de médecine (hors DES de médecine générale), de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale) et d'odontologie (pour la spécialité chirurgie orale) suivant la 3^e phase d'apprentissage, dite « de consolidation » passent sous le statut de docteur junior.

...

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>.

2. <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>

3. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medicine-reforme-du-3eme-cycle/>



> **Faisant fonction d'internes (FFI)** : ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation ou un diplôme complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de faisant fonction d'internes. L'exercice en France de ces médecins est conditionné à une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

> **Équivalent temps plein (ETP)** : il correspond ici à l'ETP annuel moyen rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., et al.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.
- > **Barlet, M., Marbot, C. (dir.)** (2016, juillet). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Biotteau, A.-L., Dixte, C.** (2023, septembre). À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans. Dares et DREES, *Dares Focus*, 50.
- > **Charnoz, P., et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 69.

Fin 2022, le personnel non médical salarié, soignant ou non, représente plus de 1,1 million de postes salariés dans les établissements de santé. Près des trois quarts d'entre eux se trouvent dans des établissements publics et près de six sur dix sont occupés par des titulaires ou des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des postes de personnel non médical salarié relèvent des hôpitaux publics

Au 31 décembre 2022, il y a un peu plus de 1,1 million de postes de personnel non médical salarié dans les établissements de santé (tableau 1). Près des trois quarts de ces postes se concentrent dans les hôpitaux publics (73 %, soit 833 000 postes). Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (respectivement 13 % et 14 %, soit 149 600 et 159 600 postes).

Le personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, etc.) représente 777 300 postes, soit 68 % de l'ensemble des postes de personnel non médical. Les hôpitaux publics concentrent 72 % de ces postes, les cliniques privées 15 % et les établissements privés à but non lucratif 13 %. Les postes d'infirmiers et d'aides-soignants sont majoritaires (respectivement 44 % et 32 % des postes fin 2022). Ceux de rééducateurs et de psychologues occupent une part plus modeste (7 % des postes de personnel non médical soignant à eux deux). Ils sont relativement plus présents dans les établissements privés à but non lucratif que dans les autres établissements : leur part dans l'ensemble des postes de personnel non médical soignant y atteint 12 %, contre 6 % dans les hôpitaux publics et 7 % dans les cliniques privées (tableau 1). Cela reflète en partie la prépondérance du secteur privé à but non lucratif dans les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) [voir

fiche 18, « L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé »].

Le personnel non médical non soignant salarié représente 365 000 postes. Il se décompose entre personnel administratif (43 % des postes de personnel non médical non soignant salarié), personnel technique (34 %), personnel médico-technique (17 %) et personnel éducatif et social (6 %). Parmi l'ensemble des postes de personnel non médical non soignant, 75 % se trouvent dans les hôpitaux publics et 11 % dans les cliniques privées¹. Les postes techniques et médico-techniques sont très concentrés dans les établissements publics (81 %). C'est également le cas des postes de personnel éducatif et social (70 %), mais dans une moindre mesure, car les établissements privés à but non lucratif en rassemblent un nombre important (22 % des postes de ce type).

En équivalent temps plein (ETP), 67 % des postes de personnel non médical hors administration sont mobilisés dans des unités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 15 % en psychiatrie et 14 % en SSR (tableau 2). La section administration représente, par ailleurs, 23 % de l'ensemble du personnel non médical en 2022, en ETP. Ces répartitions sont stables depuis 2013.

Les titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière occupent 57 % des postes de personnel non médical salarié

Fin 2022, 57 % des postes de personnel non médical salarié des établissements de santé sont des

1. Dans cette fiche, les postes concourant à l'activité sans être directement salariés par l'établissement de santé ne sont pas comptabilisés. La répartition des postes selon la catégorie entre secteurs peut notamment être affectée par des recours différenciés à l'externalisation.

postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière (soit 647 800 postes) [tableau 3], 31 % sont des contrats à durée indéterminée (CDI) [soit 354 900] et 12 % des contrats à durée déterminée (CDD) [soit 139 500]. Pour le personnel non médical soignant salarié, la répartition par statut des postes est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical.

Toutefois, cette répartition varie pour certaines catégories. Ainsi, les postes d'agents de services hospitaliers et des autres personnels des services médicaux, ceux de psychologues et ceux de rééducateurs sont plus souvent en CDD que ceux de l'ensemble du personnel non médical soignant salarié (respectivement 23 %, 19 % et 14 %, contre 11 %).

Tableau 1 Les postes de personnel non médical des établissements de santé au 31 décembre 2022

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnel non médical soignant	559 207	99 129	118 945	777 281
Personnel d'encadrement du personnel soignant	16 394	4 125	3 591	24 110
Infirmiers ¹ diplômés d'État	249 227	41 274	53 780	344 281
Aides-soignants	188 824	28 018	33 591	250 433
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	68 587	13 474	20 033	102 094
Rééducateurs	20 749	8 737	6 106	35 592
Psychologues	15 426	3 501	1 844	20 771
Personnel non médical non soignant	273 804	50 496	40 653	364 953
Personnel administratif	106 264	25 932	24 088	156 284
Personnel éducatif et social	14 705	4 692	1 677	21 074
Personnel médico-technique	46 603	9 378	6 609	62 590
Personnel technique	106 232	10 494	8 279	125 005
Total	833 011	149 625	159 598	1 142 234

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Tableau 2 Les postes de personnel non médical, par discipline, en équivalent temps plein en 2022

Disciplines	ETP
Administration	242 204
Section hôpital	806 794
MCO	536 881
Psychiatrie	119 187
HAD	11 873
SSR	111 573
SLD	27 280
Ensemble	1 048 998

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Les postes de personnel non médical non soignant salarié comportent, en comparaison de l'ensemble du personnel non médical, un peu moins de postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique (52 %), et plus de postes en CDI (34 %) et en CDD (14 %). Les postes de personnel technique sont ceux qui comptent le plus de CDD (17 %). ■

Tableau 3 Les postes de personnel non médical des établissements de santé selon la spécialité et le contrat au 31 décembre 2022

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble du personnel des établissements de santé
Personnel non médical soignant	232 499	88 047	456 735	777 281
Personnel d'encadrement du personnel soignant	8 066	262	15 782	24 110
Infirmiers ¹ diplômés d'État	98 229	23 484	222 568	344 281
Aides-soignants	61 775	31 250	157 408	250 433
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	36 506	23 967	41 621	102 094
Rééducateurs	18 091	5 077	12 424	35 592
Psychologues	9 832	4 007	6 932	20 771
Personnel non médical non soignant	122 413	51 437	191 103	364 953
Personnel administratif	59 568	21 392	75 324	156 284
Personnel éducatif et social	7 999	2 725	10 350	21 074
Personnel médico-technique	18 356	6 239	37 995	62 590
Personnel technique	36 490	21 081	67 434	125 005
Total	354 912	139 484	647 838	1 142 234

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.
1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.
Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel non médical salarié, occupés au 31 décembre 2022, des établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel non médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel non médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE.





Méthodologie

Les personnels sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade pour lequel ils ont été recrutés et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du service) dans laquelle ils travaillent. Par exemple, un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs du personnel des services de soins.

Définitions

> **Personnel non médical** : il s'agit ici des postes de salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2022 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les postes d'élèves rémunérés, ceux des agents en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les postes d'apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés, de même que ceux des personnels qui ne sont pas directement rémunérés par les établissements (intérimaires des entreprises de travail temporaire, etc.).

> **Équivalent temps plein (ETP)** : il correspond ici à l'ETP annuel moyen rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

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

- > Barlet, M., Marbot, C. (dir.) (2016, juillet). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > Biotteau, A.-L., Dixte, C. (2023, septembre). À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans. Dares et DREES, *Dares Focus*, 50.
- > Charnoz, P., et al. (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 69.
- > Croguennec, Y. (2019, décembre). Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits. DREES, *Études et Résultats*, 1135.
- > Kranklader, E., Minodier, C., Fourcade, N. (2013, juillet). Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé. DREES, *Études et Résultats*, 846.
- > Pora, P. (2023, mars). Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. DREES, *Études et Résultats*, 1277.

Entre fin 2003 et fin 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 16 %, passant de 1,20 million à 1,39 million de salariés. Ils augmentent plus fortement dans le secteur privé que dans le secteur public. Le personnel médical et les infirmiers en représentent une part croissante. Au cours de la période, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent à compter de 2014, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Ils repartent depuis à la hausse, en particulier en 2020 et 2021. L'emploi hospitalier privé contribue à cette hausse en 2021 (+1,0 %, après -0,4 % en 2020), alors que l'emploi hospitalier public ralentit (+0,6 %, après +1,9 %). Ce ralentissement se confirme pour l'emploi hospitalier public en 2022 (-0,2 %), mais au total les effectifs salariés du secteur hospitalier public ont progressé de plus de 24 500 salariés entre fin 2019 et fin 2022.

Entre fin 2003 et fin 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 16 % (soit +0,8 % par an en moyenne), passant de 1,20 million à 1,39 million de salariés (*graphique 1*). Les effectifs progressent plus fortement au cours de cette période dans le secteur privé (+20 %) que dans le secteur public (+15 %). La part des effectifs du secteur privé est ainsi passée de 21,7 % en 2003 à 23,0 % en 2016, avant de se replier quelque peu depuis, à 22,5 % fin 2021.

Le personnel médical représente une part structurellement croissante des effectifs salariés hospitaliers

Le personnel médical (médecins et assimilés¹, internes et sages-femmes) connaît la progression la plus forte entre fin 2003 et fin 2021 : sa part dans les effectifs salariés hospitaliers passe de 10,0 % à 12,1 % au cours de la période. En écho à l'ouverture du nombre de places de formation sur la même période², le nombre d'internes augmente de 102 %, celui de médecins de 27 % et celui de sages-femmes de 34 %. Cependant, la tendance s'inverse pour les sages-femmes du secteur hospitalier privé depuis quelques

années : leurs effectifs reculent désormais (-10,3 % entre fin 2013 et fin 2021) [*tableau 1*], dans un contexte où le secteur privé réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé. Dans le secteur public, en revanche, le nombre de sages-femmes continue de progresser (+5,8 % entre fin 2013 et fin 2021).

Les effectifs d'infirmiers augmentent de 23 % entre fin 2003 et fin 2021, une progression proche de celle du nombre de médecins. Cependant, on enregistre un infléchissement de leur part dans les effectifs salariés au cours des dernières années : passée de 23,8 % fin 2003 à un point haut à 25,8 % en 2018, avant la crise sanitaire, elle est revenue à 25,3 % fin 2021.

La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (20,6 % fin 2021) et celle du personnel administratif (10,9 %) restent globalement stables durant la période. Au sein des autres personnels, la part des « autres personnels soignants » (agents de service hospitalier, personnel de rééducation et cadres infirmiers notamment) recule ces dernières années, de 17,3 % fin 2013 à 16,1 % fin 2021. Cette situation reflète la baisse

1. Dans cette fiche, la catégorie « médecins et assimilés » (par la suite : « médecins ») comprend les médecins, les odontologistes et les pharmaciens. La catégorie « internes » comprend les faisant fonction d'internes (FFI) et les docteurs juniors.

2. Les *numerus clausus* de médecine, odontologie, pharmaceutique et maïeutique, incluant les passerelles, *numerus clausus* complémentaires et droits au remord, augmentent de 61 % entre 2003 et 2020. Par rapport au *numerus clausus* de 2016-2020, le *numerus apertus* pour 2021-2025 est plus élevé de 28 %.

sensible des effectifs salariés de cette catégorie dans le secteur hospitalier public (-6,1 % entre 2013 et 2021, malgré un rebond ponctuel de +2,7 % en 2020), qui pourrait s'expliquer par la diminution des contrats aidés. Dans la fonction publique hospitalière, de nombreux contrats aidés concernent en effet les agents de service hospitaliers (ASH), profession majoritaire au sein du groupe des « autres personnels soignants ». Dans le secteur privé, les effectifs des « autres personnels soignants » sont moins dépendants des contrats aidés et ont augmenté de 0,5 % entre fin 2013 et fin 2021 (dont +1,8 % en 2021).

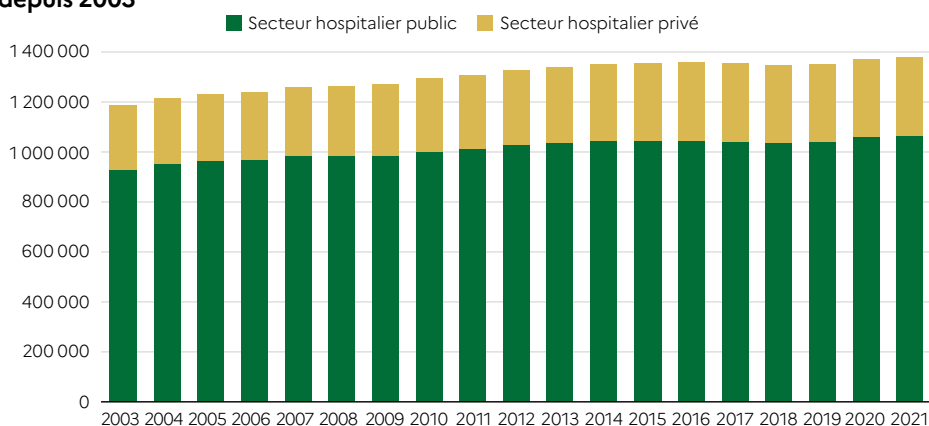
En 2021, les effectifs publics et privés augmentent, surtout pour le personnel non soignant et le personnel médical

Les effectifs salariés du secteur hospitalier ont augmenté en 2021 à un rythme plus modeste que celui observé en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+0,7 % en 2021, après +1,4 % l'année précédente). Alors qu'en 2020, seuls les effectifs salariés du secteur hospitalier public avaient progressé, la hausse des effectifs en 2021 est un peu plus marquée dans le secteur privé (+1,0 %, après

-0,4 %) que dans le secteur public (+0,6 %, après +1,9 %). Ces évolutions récentes font suite à une hausse d'environ 1 % par an en moyenne entre fin 2003 et fin 2014, puis à une quasi-stabilité jusqu'à la crise sanitaire.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent après avoir augmenté de façon marquée en 2020, dans un contexte de crise sanitaire, et ce pour toutes les catégories de personnels. Ils augmentent néanmoins de 6 200 salariés (+0,6 %, après +1,9 %, soit +19 900 salariés). Cette hausse est principalement le fait du personnel non soignant, dont les effectifs progressent à la fois dans la filière administrative (+2 900 salariés, soit +2,7 %) et parmi les « autres personnels non soignants » (+2 500 salariés, soit +1,5 %). Mais la progression régulière des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public se poursuit également avec 2 700 salariés supplémentaires en 2021 (soit +1,9 %, après +2,8 % en 2020). Elle est notamment portée par les internes (+1 600 salariés, soit +4,6 %), en lien avec la transformation des *numerus clausus* en *numerus apertus* à partir de la rentrée 2021, et par les médecins (+1 000 salariés, soit +1,1 %). Le nombre de sages-femmes reste stable (+100 salariées, soit +0,2 %).

Graphique 1 Évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier au 31 décembre, depuis 2003



Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif) et ceux à but lucratif (cliniques privées).

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA.

Sources > Insee, Siasp et BTS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Tableau 1 Effectifs salariés, au 31 décembre, des secteurs hospitaliers public et privé depuis 2003

	2003	2013	2019	2020	2021	2022	Évolution 2013-2021 (en %)	Évolution 2020-2021 (en %)	Évolution 2021-2022 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	937 894	1 046 221	1 048 759	1 068 693	1 074 921	1 073 217	2,7	0,6	-0,2
Personnel médical	101 975	125 735	135 608	139 361	142 027	144 617	13,0	1,9	1,8
Médecins et assimilés	74 626	85 892	89 307	91 341	92 366	93 198	7,5	1,1	0,9
Internes et FFI	18 183	27 422	33 279	34 900	36 520	38 213	33,2	4,6	4,6
Sages-femmes	9 166	12 421	13 022	13 120	13 141	13 206	5,8	0,2	0,5
Personnel non médical soignant	n.d.	648 262	640 427	651 662	649 823	641 221	0,2	-0,3	-1,3
Infirmiers	218 711	254 111	259 297	262 889	260 742	258 058	2,6	-0,8	-1,0
Aides-soignants	197 212	222 226	223 862	227 187	227 661	224 117	2,4	0,2	-1,6
Autres personnels soignants	n.d.	171 925	157 268	161 586	161 420	159 046	-6,1	-0,1	-1,5
Personnel non médical non soignant	n.d.	272 224	272 724	277 670	283 071	287 379	4,0	1,9	1,5
Filière administrative	92 219	103 971	103 502	105 559	108 448	113 328	4,3	2,7	4,5
Autres personnels non soignants	n.d.	168 253	169 222	172 111	174 623	174 051	3,8	1,5	-0,3
Salariés du secteur hospitalier privé	260 469	303 112	310 217	309 126	312 159	n.d.	3,0	1,0	n.d.
Personnel médical	18 073	22 909	25 385	25 643	26 013	n.d.	13,5	1,4	n.d.
Médecins et assimilés	13 494	16 726	18 973	19 386	19 781	n.d.	18,3	2,0	n.d.
Internes et FFI	1 248	2 206	2 645	2 654	2 663	n.d.	20,7	0,3	n.d.
Sages-femmes	3 331	3 977	3 767	3 603	3 569	n.d.	-10,3	-0,9	n.d.
Personnel non médical soignant	n.d.	208 459	211 079	209 652	209 835	n.d.	0,7	0,1	n.d.
Infirmiers	66 636	86 945	91 069	90 379	89 546	n.d.	3,0	-0,9	n.d.
Aides-soignants	50 556	60 268	59 429	58 812	58 723	n.d.	-2,6	-0,2	n.d.
Autres personnels soignants	n.d.	61 246	60 581	60 461	61 566	n.d.	0,5	1,8	n.d.
Personnel non médical non soignant	n.d.	71 744	73 753	73 831	76 311	n.d.	6,4	3,4	n.d.
Filière administrative	34 836	40 678	41 789	41 522	42 815	n.d.	5,3	3,1	n.d.
Autres personnels non soignants	n.d.	31 066	31 964	32 309	33 496	n.d.	7,8	3,7	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 198 363	1 349 333	1 358 976	1 377 819	1 387 080	n.d.	2,8	0,7	n.d.
Personnel médical	120 048	148 644	160 993	165 004	168 040	n.d.	13,0	1,8	n.d.
Personnel non médical soignant	n.d.	856 721	851 506	861 314	859 658	n.d.	0,3	-0,2	n.d.
Personnel non médical non soignant	n.d.	343 968	346 477	351 501	359 382	n.d.	4,5	2,2	n.d.

FFI : faisant fonction d'internes ; n.d. : non disponible. Notamment, les « Autres personnels » ne sont décomposables entre « Autres personnels soignants » et « Autres personnels non soignants » qu'à partir de 2010.

Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif) et ceux à but lucratif (cliniques privées).

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > Insee, Siasp et BTS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Après avoir fortement progressé en 2020, les effectifs de personnel non médical soignant du secteur public se replient légèrement en 2021 (-1 800 salariés soit -0,3 %, après +11 200 salariés en 2020, soit +1,8 %). Cette baisse est portée par les infirmiers (-2 100 salariés en 2021, soit -0,8 %), puisque les effectifs des aides-soignants et des « autres personnels soignants » sont quasi stables (respectivement +0,2 % et -0,1 %).

En 2021, dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 3 000 salariés (+1,0 %) après avoir été en recul ou stables les quatre années précédentes (dont -1 100 salariés en 2020, soit -0,4 %). Comme dans le secteur public, cette hausse est principalement portée par le personnel non soignant (+2 500 salariés, soit +3,4 %) et par le personnel médical (+400 salariés, soit +1,4 %), particulièrement par les médecins. Le nombre d'internes est quasi stable. C'est également le cas du personnel non médical soignant (+200 salariés en 2021, soit +0,1 %), mais cela masque une hétérogénéité par catégorie de personnel : le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants diminue (-800 infirmiers, soit -0,9 % et -100 aides-soignants, soit -0,2 %), tandis que le nombre d'« autres personnels soignants » augmente (+1 100 salariés, soit +1,8 %).

En 2022, les effectifs salariés du secteur hospitalier public se stabilisent

Les données utilisées pour calculer l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier permettent de fournir une estimation à fin 2022 uniquement pour le secteur public (voir encadré Sources et méthodes). Ces données indiquent qu'entre fin 2021 et fin 2022, les effectifs salariés du secteur hospitalier public se stabilisent (-0,2 %, soit -1 700 salariés), après avoir déjà ralenti en 2021. En cumulé, les effectifs salariés

du secteur public hospitalier ont progressé de 2,3 % depuis 2019 (+24 500 salariés).

Comme l'année précédente, cette évolution agrégée recoupe des tendances différentes entre catégories de personnels. D'une part, le nombre de personnel non médical soignant décroît (-1,3 %, soit -8 600 salariés) [tableau 1] : cette baisse marquée concerne tant les aides-soignants (-1,6 %, soit -3 500 salariés) que les infirmiers (-1,0 %, soit -2 700 salariés) et les « autres personnels soignants » (-1,5 %, soit -2 400 salariés). Elle s'explique en partie par le départ des effectifs venus en renfort en 2020 et 2021 lors de la crise sanitaire, qui n'a été que partiellement compensé par des embauches pérennes, dans un contexte tendu de recrutement dans les métiers du soin.

D'autre part, les effectifs de personnel médical augmentent à nouveau, de même que ceux de personnel non soignant. Les effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public progressent de 1,8 % en 2022 (soit +2 600 salariés), un rythme qui reste bien supérieur à la tendance observée avant la crise sanitaire, de fin 2013 à fin 2019 (+1,3 % par an en moyenne). Ce dynamisme en 2022 concerne les internes (+4,6 %, soit +1 700 salariés), en lien avec la transformation des *numerus clausus* en *numerus apertus* à partir de la rentrée 2021, mais aussi les médecins (+0,9 %, soit +800 salariés). Le nombre de sages-femmes progresse dans une moindre mesure (+0,5 %, soit +100 salariées). Enfin, les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public sont également dynamiques (+1,5 % en 2022, soit +4 300 salariés) : ils accélèrent au sein de la filière administrative (+4,5 % en 2022, soit +4 900 salariés)³ et sont quasi stables pour les « autres personnels non soignants » (-0,3 %, soit -600 salariés). ■

3. Des modifications dans les pratiques de codage des établissements dans la déclaration des emplois pourraient contribuer à une surestimation de l'augmentation de ces effectifs.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

Effectifs salariés, en personnes physiques, rémunérés au 31 décembre par les établissements du secteur hospitalier en France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur hospitalier privé regroupe les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) et ceux à but lucratif (cliniques privées). La notion d'établissement mobilisée ici correspond à celle du répertoire Sirene (un établissement est repéré par son numéro Siret). Un établissement appartient au secteur hospitalier si son code d'activité principale est celui des « activités hospitalières », codé 8610Z dans la nomenclature d'activités française (Naf rév. 2). Ce champ englobe le champ des établissements de santé au sens de la statistique annuelle des établissements (SAE), mais en étant un peu plus large en raison de la maille utilisée, qui est le Siret. Ainsi, il peut parfois englober, en plus des Finess des établissements de santé, quelques Finess d'établissements non sanitaires : établissements médico-sociaux ou centres de formation aux métiers sanitaires et médico-sociaux, par exemple.

Sources

Ces séries reposent principalement sur l'exploitation de la « base tous salariés » (BTS), fichier statistique produit par l'Insee essentiellement à partir de la déclaration sociale nominative (DSN), et, pour le public, sur l'exploitation du système d'information des agents du secteur public (Siasp). Le Siasp est mobilisé pour estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier public, tandis que la BTS sert à estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier privé.

La DSN, transmise mensuellement par les employeurs, est nécessaire à la gestion de la protection sociale des salariés par les organismes et les administrations concernés. Cette déclaration permet notamment de connaître les caractéristiques associées à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.) et remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont la déclaration annuelle de données sociales (DADS) précédemment utilisée à partir de 2010. Le Siasp exploite en particulier les déclarations sociales sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.).

Enfin, les données de la SAE sont utilisées pour estimer les effectifs salariés hospitaliers de Mayotte et du SSA, mais aussi pour partager entre public et privé les effectifs d'internes, intégralement recueillis dans le Siasp. Les données retravaillées de la SAE sont aussi mobilisées pour remonter avant 2010.

Avertissement

En 2022, conformément au décret n° 2016-611 du 18 mai 2016, la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique ont basculé leur système de déclaration sociale en DSN. Les employeurs ont à cette occasion pu revoir leurs systèmes d'information, et donc modifier potentiellement leurs comportements déclaratifs. Dans ce contexte de changement de sources d'informations, l'Insee a engagé une refonte des traitements statistiques réalisés sur l'emploi et les rémunérations des agents de la fonction publique, et en a ajusté les concepts. Du fait de ces changements déclaratifs, applicatifs et de concepts, les résultats publiés en niveau dans cette publication ne sont pas directement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs. Les données du millésime 2021 ont aussi été recalculées afin de présenter des évolutions annuelles cohérentes et homogènes entre 2021 et 2022 et une rétopolation de la série longue d'emplois hospitaliers du secteur public a été effectuée sur la période 2003-2020.

Définitions

> **Médecins et assimilés** : ils rassemblent les médecins salariés, généralistes ou spécialistes, mais aussi les salariés médecins de santé publique, médecins du travail, biologistes, odontologistes et pharmaciens. Les personnels enseignants et hospitaliers (titulaires, détachés et non titulaires) y sont intégrés. Seules les sages-femmes sont comptabilisées séparément.

> **Internes** : ils rassemblent les internes (toutes spécialités confondues) réalisant leur stage dans un établissement de santé, quelle que soit la structure qui les rémunère, ainsi que les faisant fonction d'internes (FFI) et les docteurs juniors.





> **Sages-femmes** : il s'agit des sages-femmes salariées.

> **Infirmiers** : ils incluent tous les infirmiers diplômés d'État (IDE) salariés, avec ou sans spécialisation, à l'exclusion du personnel infirmier d'encadrement (cadres infirmiers, surveillants chefs infirmiers) comptabilisé dans « autres personnels soignants ».

> **Aides-soignants** : ils rassemblent tous les aides-soignants salariés, y compris les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de puériculture.

> **Personnel administratif** : il regroupe le personnel de direction salarié et les autres personnels administratifs salariés (secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs, par exemple).

> **Autres personnels soignants** : ils rassemblent le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes (non médecins), les agents de service hospitalier (ASH) et le personnel salarié de rééducation.

> **Autres personnels non soignants** : ils rassemblent le personnel éducatif et social salarié, le personnel médico-technique, technique et ouvrier salarié (y compris les ingénieurs et conducteurs ambulanciers).

Pour en savoir plus

> **Barlet, M., Marbot, C. (dir.)** (2016, juillet). *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Charnoz, P. et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 69.

> **Direction générale de l'administration et de la fonction publique** (2023, décembre). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2023.

> **Insee** (2024, avril). En 2022, l'emploi augmente de 0,3 % dans l'ensemble de la fonction publique. *Informations Rapides*, 94.

> Les séries longues d'emploi hospitalier sont disponibles sur le site Open Data de la DREES : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/effectifs-salaries-hospitaliers-series-longues/information/>

En 2021, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 604 euros. En un an, il a augmenté de 4,5 % en euros courants, après une hausse de 6,4 % entre 2019 et 2020. En moyenne, en équivalent temps plein, le salaire mensuel net moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non, toutes professions confondues. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés. En outre, les salaires augmentent avec l'âge, même si cette hausse est moindre dans le secteur privé à but non lucratif.

Poursuite de la hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier en 2021

Dans le secteur hospitalier, entre 2020 et 2021, le salaire mensuel net moyen d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 4,5 % en euros courants, passant de 2 491 euros à 2 604 euros (tableau 1). Cela correspond à une hausse de 2,9 % en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. Pour le personnel non médical hospitalier, la prime « Ségur » est versée sous forme de complément de traitement indiciaire (CTI), d'un montant net mensuel de 183 euros pour le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, et de 160 euros pour le secteur privé à but lucratif, à partir de décembre 2020. Pour le personnel médical exerçant à temps plein en établissement de santé public, l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est portée à 700 euros bruts mensuels à partir de septembre 2020, puis à 1 010 euros bruts mensuels à partir de décembre 2021. Cependant, elle est moins élevée qu'entre 2019 et 2020 (+6,4 % en euros courants), où elle était également portée par le versement, en 2020, de la prime exceptionnelle Covid-19, qui pouvait aller jusqu'à 1 500 euros sur l'année.

En 2021, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) perçoit un salaire mensuel net moyen en EQTP de 5 784 euros (3 025 euros pour les sages-femmes et 6 216 euros pour les autres professions), en hausse de 4,8 % en euros courants,

soit une progression plus forte que l'année précédente (+3,3 %). La rémunération moyenne du personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 309 euros (+4,8 % entre 2020 et 2021, après +7,1 % entre 2019 et 2020). La rémunération du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) s'établit à 2 477 euros en moyenne, celle du personnel administratif à 2 219 euros (7 392 euros pour les cadres de direction et 4 177 euros pour les cadres de gestion) et celle du personnel technique et ouvrier à 2 186 euros.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2021, le salaire mensuel net en EQTP s'établit en moyenne à 2 665 euros dans le secteur public, à 2 561 euros dans le secteur privé à but non lucratif et à 2 241 euros dans le secteur privé à but lucratif. Entre 2020 et 2021, il a progressé, en moyenne, un peu plus dans les hôpitaux publics et le secteur privé à but lucratif (+4,6 % en euros courants) que dans le secteur privé à but non lucratif (+4,1 % en euros courants).

En revanche, le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel médical est moins élevé dans le secteur public (5 813 euros) que dans le secteur privé à but non lucratif (6 149 euros), malgré la revalorisation¹, en 2021, de l'indemnité d'engagement de service public exclusif destinée à une

1. L'indemnité mensuelle est désormais fixée à 1 010 euros bruts.

Tableau 1 Salaires mensuels nets en EQTP moyens par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité en 2021

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé à but non lucratif		Secteur privé à but lucratif		Ensemble	
	Salaire 2021 (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)	Salaire 2021 (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)	Salaire 2021 (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)	Salaire 2021 (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 218	+2,8	2 349	+3,2	2 069	+2,9	2 219	+2,9
Cadres de direction	9 309	+5,6	5 916	+5,2	5 761	+11,5	7 392	+6,4
Cadres de gestion	4 501	+2,1	3 713	+2,9	3 975	+1,8	4 177	+2,3
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 319	+2,6	2 038	+3,3	2 164	+3,2	2 263	+2,7
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 831	+3,8	1 858	+4,3	1 746	+4,6	1 820	+4,0
Personnel soignant	2 366	+4,9	2 181	+4,4	2 100	+4,9	2 309	+4,8
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 362	+3,5	3 510	+3,4	3 521	+1,7	3 396	+3,4
Infirmiers	2 634	+5,0	2 408	+4,2	2 380	+5,0	2 571	+4,9
Aides soignants et agents de service hospitaliers	2 069	+5,3	1 821	+5,0	1 736	+5,4	2 000	+5,2
Rééducateurs	2 395	+3,4	2 335	+3,9	2 276	+2,9	2 365	+3,4
Psychologues	2 522	+2,4	2 568	+3,2	2 330	+2,7	2 514	+2,5
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 255	+5,2	2 188	+2,7	1 988	+3,5	2 225	+4,5
Personnel médico-technique	2 529	+3,5	2 281	+2,6	2 257	+3,5	2 477	+3,4
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	2 531	+3,5	2 306	+2,6	2 268	+3,1	2 485	+3,3
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	2 010	+3,5	1 795	+0,1	2 156	+6,9	1 995	+3,8
Personnel technique et ouvrier	2 178	+4,1	2 326	+4,4	2 179	+3,7	2 186	+4,1
Ingénieurs et cadres techniques	3 487	+2,5	3 514	+0,2	3 205	+2,4	3 478	+2,2
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 529	+2,5	2 346	+3,1	2 411	+3,5	2 511	+2,5
Ouvriers	1 919	+4,4	1 841	+3,5	1 847	+3,7	1 913	+4,3
Personnel médical	5 813	+4,9	6 149	+3,5	4 738	+6,0	5 784	+4,8
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	6 224	+4,9	6 427	+3,5	5 573	+5,1	6 216	+4,7
Sages-femmes	3 057	+3,8	3 006	+3,8	2 860	+5,8	3 025	+4,1
Contrats aidés	1 351	+2,2	1 344	-11,5	1 511	+13,4	1 362	-1,8
Femmes	2 521	+4,7	2 392	+4,7	2 165	+5,4	2 463	+4,6
Hommes	3 160	+4,4	3 187	+3,5	2 598	+4,7	3 111	+4,1
Ensemble hors personnel médical ¹	2 331	+4,5	2 221	+4,1	2 111	+4,5	2 291	+4,4
Ensemble hors contrats aidés ¹	2 666	+4,6	2 566	+4,1	2 241	+4,6	2 605	+4,5
Ensemble¹	2 665	+4,6	2 561	+4,1	2 241	+4,6	2 604	+4,5

EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > La catégorie des « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources > Insee, BTS 2020-2021, Siasp 2020-2021, traitements DREES.

partie du personnel médical du secteur public. Le salaire moyen le plus faible est observé, pour le personnel médical, dans le secteur privé lucratif (4 738 euros). L'écart entre ce dernier et les deux autres secteurs s'explique pour partie par des effets de structure (proportion plus importante de sages-femmes parmi le personnel médical salarié). Il s'explique aussi par le plus faible niveau de salaire mensuel net moyen des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Toutefois, les comparaisons de salaires entre médecins appartenant aux différents secteurs se révèlent délicates en raison de la spécificité des modes de rémunération. En effet, dans les cliniques privées, le personnel médical exerce le plus souvent son activité en tant que libéral ou en cumulant une activité libérale et une activité salariée, les données de salaire ne reflétant ainsi qu'une partie de la situation du personnel médical intervenant dans ces établissements.

Une dispersion des salaires généralement plus forte dans le secteur privé à but non lucratif

En 2021, le rapport interdécile² (tableau 2) est de 2,2 dans le secteur public, contre 2,3 dans le secteur privé à but lucratif et 2,6 dans le secteur privé à but non lucratif. Ces trois rapports interdéciles sont très semblables à ceux de 2020. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés : le rapport interdécile pour le personnel médical est de 3,0 chez les salariés des hôpitaux publics et de 3,7 à 5,1 chez ceux du secteur privé (respectivement non lucratif et lucratif)³ ; il s'élève à 3,3 pour les cadres de gestion dans les hôpitaux publics, à 2,4 dans le secteur privé à but non lucratif, et à 2,6 dans le secteur privé à but lucratif. À l'inverse, pour les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 dans le secteur public et de 1,8 dans le secteur privé à but lucratif ou non lucratif.

Des salaires qui augmentent avec l'âge, quoique moins fortement dans le secteur privé à but non lucratif

En 2021, hors personnel médical et contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 1 976 euros s'il est âgé de moins de 30 ans à 2 746 euros s'il est âgé de 60 ans ou plus (tableau 3). Pour un salarié du secteur privé à but non lucratif, la moyenne des salaires passe de 2 001 euros pour les moins de 30 ans à 2 725 euros pour les 60 ans ou plus, et de 1 986 à 2 484 euros dans le secteur privé lucratif. Le secteur privé lucratif se distingue ainsi par une progression plus faible des salaires avec l'âge. Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 20,9 % à celui des hommes dans le secteur hospitalier (de 20,2 % dans les hôpitaux publics, de 25,0 % dans les établissements privés à but non lucratif et de 16,6 % dans les cliniques privées). Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par la nature des emplois occupés : en EQTP, 17,2 % des hommes occupent des postes de la filière médicale – la mieux rémunérée –, contre 6,6 % des femmes seulement (dont un peu moins d'un quart en tant que sages-femmes). Les femmes exercent plus souvent des emplois de la filière soignante : 29,4 % d'entre elles sont infirmières et 34,6 % sont aides-soignantes ou agentes des services hospitaliers, contre respectivement 17,0 % et 20,9 % des hommes. L'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes se réduit encore par rapport à 2020 (baisse de 0,3 point de pourcentage). Ce phénomène s'explique principalement par le fait que les montants de CTI perçus ne dépendent pas de la rémunération initiale des agents et constituent ainsi une part moins élevée pour les plus hauts salaires, parmi lesquels les hommes sont surreprésentés. ■

2. Le rapport interdécile est défini comme le rapport entre le salaire mensuel net au-delà duquel se situent les 10 % de salariés les mieux payés (appelé D9) et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés (appelé D1).

3. Au-delà de ces indicateurs standards de distribution, il faut signaler que la fonction publique hospitalière compte la moitié des postes de fonctionnaires les plus rémunérateurs de la fonction publique (Goussen, Godet, 2019), principalement des praticiens hospitaliers.

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en EQTP moyens par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité en 2021

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public			Secteur privé à but non lucratif			Secteur privé à but lucratif		
	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9
Personnel administratif	1 576	1 932	2 823	1 503	2 004	3 562	1 392	1 788	3 049
Cadres de direction	7 034	9 436	10 896	2 699	5 298	10 055	2 122	3 971	15 657
Cadres de gestion	2 333	3 779	7 687	2 349	3 314	5 551	2 263	3 455	5 917
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	1 739	2 211	2 827	1 553	1 981	2 627	1 520	2 044	2 950
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 550	1 773	2 171	1 386	1 815	2 344	1 332	1 690	2 230
Personnel soignant	1 751	2 256	3 106	1 454	2 113	2 975	1 377	2 008	2 930
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 720	3 299	4 062	2 469	3 346	4 750	2 451	3 396	4 713
Infirmiers	2 025	2 559	3 286	1 748	2 352	3 103	1 640	2 318	3 151
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 658	2 037	2 497	1 285	1 816	2 308	1 236	1 707	2 229
Rééducateurs	1 779	2 353	3 003	1 764	2 293	2 955	1 673	2 242	2 915
Psychologues	1 776	2 389	3 604	1 938	2 526	3 245	1 675	2 248	3 017
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	1 691	2 196	2 869	1 541	2 072	2 767	1 498	1 931	2 458
Personnel médico-technique	1 781	2 477	3 233	1 656	2 221	2 966	1 571	2 101	3 157
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	1 781	2 481	3 234	1 701	2 240	2 978	1 606	2 106	3 157
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 627	2 010	2 266	1 058	1 730	2 507	1 349	1 966	3 162
Personnel technique et ouvrier	1 613	1 972	3 000	1 442	2 093	3 586	1 467	1 972	3 148
Ingénieurs et cadres techniques	2 130	3 274	5 023	2 296	3 293	5 027	2 089	2 957	4 521
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	1 845	2 426	3 339	1 709	2 262	3 043	1 635	2 276	3 335
Ouvriers	1 589	1 866	2 310	1 275	1 812	2 413	1 396	1 791	2 396
Personnel médical	2 895	5 568	8 799	2 601	6 051	9 553	1 696	3 862	8 662
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	3 440	5 999	9 046	2 831	6 311	9 784	1 531	5 283	9 507
Sages-femmes	2 238	3 001	3 832	2 129	3 011	3 784	1 955	2 813	3 642
Ensemble¹	1 698	2 258	3 765	1 475	2 148	3 885	1 392	2 001	3 168

EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > La catégorie des « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.**Champ** > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.**Sources** > Insee, BTS 2020-2021, Siasp 2020-2021, traitements DREES.

Tableau 3 Structure des emplois et salaires nets mensuels en EQTP moyens par classe d'âge pour le personnel non médical en 2021

Classe d'âge	Secteur public			Secteur privé à but non lucratif			Secteur privé à but lucratif		
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2020-2021 (% en euros courants)
Moins de 30 ans	15,9	1 976	+5,7	19,4	2 001	-2,3	22,6	1 986	+0,6
30 à 39 ans	25,2	2 197	+4,8	26,5	2 084	+5,3	26,5	2 034	+5,6
40 à 49 ans	26,7	2 406	+4,7	23,4	2 280	+5,0	22,3	2 174	+4,9
50 à 59 ans	26,6	2 512	+3,8	24,0	2 368	+4,3	22,1	2 161	+4,7
60 ans ou plus	5,6	2 746	+2,6	6,7	2 725	+12,5	6,4	2 484	+10,9
Ensemble	100,0	2 332	+4,6	100,0	2 225	+4,1	100,0	2 111	+4,5

EQTP : équivalent temps plein.
Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés.
Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > Insee, BTS 2021, Siasp 2021, traitements DREES.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors stagiaires, internes et externes, et y compris contrats aidés. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (code NAF 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364). Pour le secteur hospitalier, les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celle des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (code NAF 9601A) ou les services de restauration (code NAF 5629B), sont également pris en compte. Tous les salariés hospitaliers sont concernés, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels, membres du personnel médical ou non. Pour le personnel hospitalo-universitaire, seules les heures effectuées dans la fonction publique hospitalière sont prises en compte ; leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée sont comptabilisées dans la fonction publique de l'État mais ne sont pas intégrées ici.

Sources

Jusqu'au 1^{er} janvier 2022, la déclaration annuelle de données sociales (DADS) était une formalité déclarative que devait accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissaient annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). La déclaration sociale nominative (DSN) remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les DADS. Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite en particulier les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). La base tous salariés (BTS) exploite également les informations issues des DADS et DSN remplies par les employeurs et statistiquement retraitées par l'Insee. Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la BTS pour les établissements privés, à but lucratif ou non.

Définition

> **Salaire annuel net moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les DADS ou la DSN, qui alimentent la BTS et le Siasp. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués ●●●



sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au *prorata* de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires de chaque poste sont pondérés par leur poids en EQTP pour le calcul des moyennes. Ces EQTP propres au calcul des salaires sont très légèrement différents des ETP utilisés pour la mesure de l'emploi. Sont exclus certains postes correspondant à des éléments de rémunération annexes, ou des postes dont la rémunération horaire est manifestement incohérente. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire annuel net moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

Pour en savoir plus

- > **Andriamboavonjy, T., Ntamakuliro Inema, J.-L.** (2023, septembre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2021, le salaire net moyen augmente de 2,8 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1278.
- > **Gonzalez, L., et al.** (2021, septembre). *Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Goussen, J., Godet, F.** (2019, février). Les hautes rémunérations dans la fonction publique. En 2016, 1 % des agents, fonctionnaires ou non, gagnent plus de 6 410 euros nets par mois. Insee, *Insee Première*, 1738.
- > **Ntamakuliro Inema, J.-L., Andriamboavonjy, T.** (2023, septembre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2021, le salaire net moyen augmente de 2,8 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 1965.
- > **Sanchez Gonzalez, J., Penda Sokhna, N.** (2023, février). Les salaires dans le secteur privé en 2021 – Des évolutions encore affectées par la crise sanitaire. Insee, *Insee Première*, 1938.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2022). *Les établissements de santé - édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

L'organisation des établissements de santé des cinq départements et régions d'outre-mer présente une grande diversité. À La Réunion, en Guyane, et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil d'hospitalisation complète, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées qu'en France métropolitaine. Elles en sont plus proches dans les Antilles. Pour l'hospitalisation partielle, la Martinique, la Guyane et Mayotte ont des capacités d'accueil et une activité très inférieures à celles de la France métropolitaine, tandis que la Guadeloupe et La Réunion s'en rapprochent.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie : la Martinique, la Guadeloupe, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. En 2022, la population totale des DROM est de 2,2 millions de personnes, ce qui représente 3,2 % de la population de la France. Les structures par âge de la Guadeloupe et de la Martinique sont proches de celle de la France métropolitaine, mais la part des 75 ans ou plus augmente à un rythme nettement supérieur à celui observé en France métropolitaine. À La Réunion, mais aussi en Guyane et à Mayotte, la population est nettement plus jeune.

La Guyane et Mayotte sont les seules régions françaises, avec la Corse, à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [tableau 1]. Ces deux régions ultramarines sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation, assurée par le seul centre hospitalier de Mamoudzou¹.

Une capacité d'accueil très inférieure à celle de la France métropolitaine en Guyane, à La Réunion et à Mayotte

En 2022, la capacité d'accueil d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique

et odontologie (MCO), ou court séjour, calculée en nombre de lits pour 100 000 habitants, est inférieure à celle de la France métropolitaine dans tous les DROM : -7 % en Guyane, -9 % en Guadeloupe, -12 % en Martinique et à La Réunion (tableaux 2 et 3). Pour Mayotte, l'écart s'avère beaucoup plus important (-51 %). Pour l'hospitalisation partielle de MCO, le nombre de places pour 100 000 habitants de la Guadeloupe est proche de celui de la France métropolitaine (57 contre 55). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement est nettement inférieur : -21 % en Martinique, -23 % à La Réunion, -44 % en Guyane et -78 % à Mayotte.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète en Martinique, rapporté à la population, est quasi identique à celui de la France métropolitaine (respectivement 79 et 78 lits pour 100 000 habitants). Ce taux d'équipement est plus faible en Guadeloupe (63 lits pour 100 000 habitants), à La Réunion (54) et en Guyane (34), tandis qu'il est quasi nul à Mayotte (3). Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement inférieur à celui de la France métropolitaine (45 places pour 100 000 habitants), hormis en Guadeloupe (48). Il est notamment nul à Mayotte.

En soins de suite et de réadaptation (SSR), ou moyen séjour, les écarts de capacités en hospitalisation complète sont également marqués

1. Un nouvel établissement rattaché au CH de Mamoudzou a ouvert au second semestre 2021, le site Martial Henry, proposant une nouvelle offre de soins de suite et de réadaptation (SSR), absente jusqu'alors à Mayotte. Le CH de Mamoudzou dispose aussi de quatre « centres de soins et d'accouchement » délocalisés comportant chacun une maternité (dont l'activité est regroupée au sein du CH dans la SAE).

entre, d’une part, la France métropolitaine (151 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (182) et la Martinique (159) et, d’autre part, La Réunion (106 lits pour 100 000 habitants) et la Guyane (48). Pour la première année, en 2022, Mayotte est dotée d’une capacité hospitalière de SSR¹, mais son taux d’équipement est faible (17 lits pour 100 000 habitants). L’hospitalisation partielle de SSR présente une situation singulière : les taux d’équipement de La Réunion et de la Guadeloupe sont plus élevés que celui de la France métropolitaine (respectivement 70 et 47 places pour 100 000 habitants contre 26), les taux de la Guyane et de la Martinique sont plus proches de

celui de la France métropolitaine (respectivement 25 et 20) et celui de Mayotte est quasi nul (2). La capacité de soins de longue durée (SLD), ou long séjour, qui se fait uniquement en hospitalisation complète, est beaucoup moins développée dans les DROM (hors Antilles) qu’en France métropolitaine, en raison notamment de la plus faible proportion de personnes âgées dans ces territoires. Mayotte se distingue à nouveau, puisque ce département n’offre aucune capacité d’accueil en long séjour. Aux Antilles, la capacité d’hospitalisation en SLD a notablement diminué en 2022, de près de 40 lits pour 100 000 habitants fin 2021, à 30 fin 2022.

Tableau 1 Nombre d’établissements de santé selon la catégorie d’établissement en 2022

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	11	14	4	10	1	1 298
CHR/CHU	2	5	0	6	0	172
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	4	3	1	908
CHS	1	1	0	1	0	89
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	129
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	654
CLCC	0	0	0	0	0	20
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	634
Établissements privés à but lucratif	13	3	5	19	0	940
Établissements de SSR	5	1	1	11	0	325
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	4	6	0	445
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	157
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	6
Total	24	18	9	32	1	2 892

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre d’entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non plus uniquement les entités juridiques comme c’était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l’AP-HP, on compte autant d’entités que de sites.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Sont comptabilisés les établissements d’hospitalisation disposant au 31 décembre 2022 d’au moins un lit d’hospitalisation complète ou une place d’hospitalisation partielle. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

En MCO, des taux d'hospitalisation inférieurs à celui de la France métropolitaine, hormis à La Réunion

L'activité d'hospitalisation complète en MCO rapportée à la population est globalement plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine, où elle s'élève à 13,5 séjours pour 100 habitants (contre 13,7 en 2021) [tableau 4]. La Réunion a un taux d'hospitalisation complète en MCO proche de celui de la France métropolitaine (13,4 séjours pour 100 habitants). Il est plus

faible en Guadeloupe (12,4), en Guyane (11,8), en Martinique (11,7) et à Mayotte (9,0). En 2022, la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO est plus élevée en Guyane (6,9 jours), à Mayotte 6,1 jours) et en Martinique (5,9 jours) qu'en France métropolitaine (5,6 jours) [tableau 5]. En revanche, elle s'avère un peu plus courte en Guadeloupe (5,3 jours) et à La Réunion (5,0 jours). L'activité d'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée à Mayotte et en Guyane qu'en France métropolitaine

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2022

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 075	876	777	2 147	412	185 004
	Psychiatrie ¹	266	279	100	470	10	51 461
	SSR	767	559	143	919	50	99 319
	SLD	128	101	30	82	0	29 315
Places	MCO	240	153	92	369	36	36 256
	Psychiatrie	201	90	32	237	0	29 331
	SSR	196	69	75	608	5	17 025
Population en 2022 (en milliers)		421	352	296	870	299	65 647

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

1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les lits d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les lits d'hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

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

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

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2022

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	255	249	262	247	138	282
	Psychiatrie ¹	63	79	34	54	3	78
	SSR	182	159	48	106	17	151
	SLD	30	29	10	9	0	45
Places	MCO	57	43	31	42	12	55
	Psychiatrie	48	26	11	27	0	45
	SSR	47	20	25	70	2	26

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

1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les lits d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les lits d'hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

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

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

(respectivement 2,0 et 4,6 journées pour 100 habitants, contre 13,7 journées), mais aussi qu'en Guadeloupe (12,0), à La Réunion (10,3) et en Martinique (9,4), en raison d'une capacité d'accueil plus faible. La part de l'hospitalisation partielle (nombre de journées d'hospitalisation partielle rapporté à la somme des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle) est ainsi de 18 % à Mayotte et de 28 % en Guyane. Elle atteint 49 % en Guadeloupe, 45 % en Martinique et 43 % à La Réunion, à savoir des parts plus comparables à celle de la France métropolitaine (50 %).

En psychiatrie, des taux d'hospitalisation moins élevés dans les DROM qu'en France métropolitaine

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète en psychiatrie, rapporté à la population, est de 0,8 séjour pour 100 habitants en France métropolitaine. Ce taux est supérieur à celui de la Martinique et de La Réunion (0,6 pour chacun de ces départements), de la Guadeloupe (0,5) et de la Guyane (0,3), mais l'écart s'avère particulièrement fort avec Mayotte (0,1), en raison de sa capacité d'accueil très réduite. La capacité d'accueil de la Martinique est certes comparable

Tableau 4 Activité des établissements de santé pour 100 habitants en 2022

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO ¹	12,4	11,7	11,8	13,4	9,0	13,5
	Psychiatrie ²	0,5	0,6	0,3	0,6	0,1	0,8
	SSR ³	1,7	1,4	0,2	0,7	0,1	1,3
Journées d'hospitalisation partielle	MCO	12,0	9,4	4,6	10,3	2,0	13,7
	Psychiatrie	3,2	5,2	0,8	4,4	0,0	5,7
	SSR	9,3	2,8	8,0	19,7	0,0	7,1

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.
2. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les séjours d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les séjours d'hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.
3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Note > L'activité comptabilisée est celle des établissements situés sur ces aires. Les hospitalisations des habitants des DROM effectuées en France métropolitaine apparaissent dans la colonne France métropolitaine.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2022, traitements DREES ; DREES, SAE 2022, traitements DREES, pour la psychiatrie et pour le nombre de séjours de SSR à Mayotte ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

Tableau 5 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2022

						En journées
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO ¹	5,3	5,9	6,9	5,0	6,1	5,6
Psychiatrie ²	44,1	46,0	34,1	28,5	13,5	30,7
SSR ³	32,0	26,3	57,8	48,4	40,3	33,7

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.
2. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Les séjours et les journées d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les séjours et les journées d'hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.
3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2022, traitements DREES ; DREES, SAE 2022, traitements DREES, pour la psychiatrie et pour la durée moyenne de séjour de SSR à Mayotte.

à celle de la France métropolitaine (respectivement 79 et 78 lits pour 100 000 habitants), mais la DMS y est plus élevée (respectivement 46 et 31 jours). C'est également le cas en Guadeloupe, où elle s'élève à 44 jours. En revanche, la DMS de psychiatrie est proche de celle de la France métropolitaine en Guyane et à La Réunion (respectivement 34 et 28 jours), où le taux d'équipement en lits est cependant plus faible. Enfin, à Mayotte, la DMS en psychiatrie est très faible (13 jours en moyenne).

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est plus faible qu'en France métropolitaine (5,7 journées pour 100 habitants en 2022). La Martinique est le département où cette activité est la plus développée (5,2), devant La Réunion et la Guadeloupe (respectivement 4,4 et 3,2). En Guyane, le taux est de 0,8 journée et, à Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

En SSR, davantage d'hospitalisation partielle à La Réunion

En moyen séjour ou SSR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population métropolitaine s'élève à 1,3 séjour pour 100 habitants. Les taux de la Guadeloupe et de la Martinique lui sont légèrement supérieurs (respectivement 1,7 et 1,4 séjours pour 100 habitants). L'hospitalisation en SSR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,7 séjour pour 100 habitants) et en Guyane (0,2) et à Mayotte, du fait de leurs faibles capacités d'accueil.

L'activité de SSR en hospitalisation partielle de La Réunion est nettement supérieure à celle de la France métropolitaine (19,7 journées pour 100 habitants, contre 7,1), tout comme celle de Guadeloupe et de Guyane (respectivement 9,3 et 8,0 journées pour 100 habitants).

En revanche, elle demeure peu élevée en Martinique (2,8 journées pour 100 habitants) et elle est quasi nulle à Mayotte, en raison de sa capacité d'hospitalisation partielle de 2 places pour 100 000 habitants.

Une évolution contrastée de l'hospitalisation complète et partielle selon les DROM

En 2022, le nombre de séjours d'hospitalisation complète de MCO diminue de 1,0 % en France métropolitaine, mais il augmente de 13,6 % à Mayotte, de 10,4 % en Guadeloupe et de 9,4 % en Guyane, et il reste stable à La Réunion (-0,1 %) [tableau complémentaire A]. La progression de l'activité d'hospitalisation partielle est aussi plus forte à Mayotte (+43,6 %), en Guyane (+25,6 %) et en Guadeloupe (+13,5 %) qu'en France métropolitaine (+4,9 %).

En psychiatrie, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue en 2022 en France métropolitaine (-1,3 %) et dans les DROM, mais la baisse est plus accentuée en Guyane (-16,5 %), en Guadeloupe (-13,8 %), à Mayotte (-9,7 %) et en Martinique (-2,4 %). Dans le même temps, l'activité d'hospitalisation partielle de psychiatrie progresse davantage en Martinique (+21,2 %) et en Guadeloupe (+14,0 %) qu'en France métropolitaine (+3,8 %).

En SSR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue de 1,0 % en France métropolitaine, ainsi qu'en Guadeloupe ; il diminue plus fortement en Guyane (-11,3 %), mais augmente de 11,6 % à La Réunion et de 4,9 % en Martinique. La hausse de l'activité d'hospitalisation partielle en SSR est proche de celle de la France métropolitaine (+12,0 %) à La Réunion (+11,4 %) et en Guyane (+9,7 %). Elle est stable en Guadeloupe (+1,4 %) et diminue en Martinique (-4,8 %). ■

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Les capacités d'accueil et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2022.

Sources

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). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, et de l'activité de moyen séjour (SSR) depuis 2003, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

- > **Établissements de santé** : voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».
- > **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé ».
- > **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observé pour l'hospitalisation de plus d'un jour (appelée ici hospitalisation complète).
- > **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

- > **Cour des comptes** (2014, juin). La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République. Rapport.
- > **Haut Comité de santé publique** (2015, juin). La santé en outre-mer. *Actualité et dossier en santé publique*, 91.
- > **Leduc, A., et al.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.

**Médecine, chirurgie,
obstétrique et odontologie**

Fin 2022, 190 300 lits sont en mesure d'accueillir des patients en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soit une diminution de 35 400 lits par rapport à fin 2008 (-1,2 % par an en moyenne). Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (+13 600 places). Entre 2019 et 2022, l'activité a fortement baissé en hospitalisation complète (-9,5 %, soit -965 000 séjours) et a fortement augmenté en hospitalisation partielle (+11,9 %, soit + 978 000 séjours). Les durées moyennes de séjour restent stables en 2022.

Le recul du nombre de lits s'accroît en 2022

Entre 2008 et 2022, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dites « de court séjour », a diminué de 35 400 (soit -1,2 % par an en moyenne), pour atteindre 190 300 lits au 31 décembre 2022 (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »). Ce repli reflète la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de « virage ambulatoire ». Il peut résulter aussi d'autres facteurs ne permettant pas de maintenir les lits, tels que des contraintes de personnel. Le recul du nombre de lits s'accroît en 2022 et atteint -2,0 % (après -1,9 % en 2021, -1,7 % en 2020, et -1,4 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). La baisse des capacités en hospitalisation complète entre 2008 et 2022 s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -0,9 % en moyenne annuelle pour les établissements publics et privés à but non lucratif, -2,2 % pour les cliniques privées. La répartition globale des lits entre les différents secteurs reste toutefois relativement stable au cours de la période : fin 2022, les établissements publics concentrent 69,8 % du total des lits en MCO, contre 67,0 % fin 2008.

La création de places d'hospitalisation partielle en MCO est plus dynamique depuis la crise sanitaire

Alors que le nombre de lits se replie, le développement de l'hospitalisation partielle reste particulièrement important en MCO. Au 31 décembre 2022,

37 100 places sont destinées à ce mode de prise en charge, soit 13 600 de plus qu'en 2008. De 2008 à 2019, le nombre de places d'hospitalisation partielle en MCO a progressé de 3,3 % par an en moyenne. La crise sanitaire n'a freiné cette dynamique que très temporairement, en 2020, avec une hausse du nombre de places plus limitée cette année-là (+1,9 %). Dès 2021, elle a repris à un rythme annuel plus rapide même qu'avant la crise sanitaire et elle accélère encore en 2022 (+4,3 % en 2022, après +3,8 % en 2021). En 2022, plus d'un tiers des places d'hospitalisation partielle sont des places de chirurgie ambulatoire situées dans les établissements privés à but lucratif, et un peu moins d'un tiers d'entre elles sont des places de médecine situées dans les hôpitaux publics (tableau 1).

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète poursuit sa baisse

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 9,1 millions en 2022. Entre 2019 et 2022, l'activité a fortement baissé en hospitalisation complète (-9,5 %, soit 965 000 séjours). Après un net recul en 2020 (-12,0 %), conséquence des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19, et un léger rebond en 2021 (+3,7 %), l'activité à temps complet renoue en 2022 avec la tendance à la baisse observée avant la crise sanitaire, en s'intensifiant légèrement (-0,9 % en 2022, après -0,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Cette baisse concerne tous

les secteurs hospitaliers : -1,6 % pour les établissements privés à but non lucratif, -2,5 % pour les cliniques privées et -0,3 % pour les hôpitaux publics (tableau 2).

La baisse du nombre de séjours d'hospitalisation complète est particulièrement marquée en obstétrique (-2,2 %), et ce davantage dans les secteurs privé à but lucratif (-8,2 %) et non lucratif (-4,4 %). Les séjours en médecine et en chirurgie reculent respectivement de 0,8 % et 0,5 %. Ces diminutions sont, là encore, plus marquées dans les secteurs privés lucratif et non lucratif.

Les séjours d'hospitalisation complète continuent ainsi de se concentrer dans le secteur public, qui prend en charge 70,0 % des hospitalisations de plus d'un jour en 2022 (contre 68,6 % en 2019 et 65,9 % en 2013). En particulier, ce secteur représente 77,1 % des hospitalisations complètes en médecine ; réciproquement, la médecine représente 71,5 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète dans le secteur public (graphique 1). En revanche, la répartition des hospitalisations complètes en chirurgie est mieux répartie entre les différents secteurs : près de la moitié de ces séjours ont lieu dans le secteur privé (40,8 % dans les cliniques privées et 9,1 % dans les établissements privés à but non lucratif).

Les séjours en obstétrique et les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère¹ (classés en médecine) diminuent en 2022 (respectivement

-2,2 % et -2,4 %). Pour ces derniers, il s'agit presque exclusivement de séjours d'hospitalisation complète, même si un retour à domicile quelques heures après l'accouchement est envisageable (séjours de 0 jour), bien que marginal (moins de 0,2 % des séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère). Ces baisses s'expliquent par la diminution particulièrement marquée des naissances, dont le nombre en 2022 est le plus faible depuis 1946 (Papon, 2023).

La progression du nombre de séjours d'hospitalisation partielle en MCO s'accélère en 2022

Parallèlement aux capacités d'accueil en hospitalisation partielle (sans nuitée), la prise en charge de ce type d'hospitalisation, mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une quinzaine d'années. Sur longue période, la progression de l'hospitalisation partielle en chirurgie concerne davantage les cliniques privées.

En 2022, l'hospitalisation partielle en court séjour augmente fortement (+5,0 %) et son volume d'activité s'établit à 9,2 millions. Elle atteint ainsi un rythme de progression plus rapide que celui précédant la crise sanitaire et augmente de 11,9 % en trois ans (soit + 978 000 séjours), malgré le fort recul en 2020 (-11,9 %). La progression est la plus importante pour les séjours classés en médecine (+7,9 % en 2022, soit +17,9 % depuis 2019).

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés selon le statut de l'établissement au 31 décembre 2022

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	94 515	11 771	10 445	1 540	14 608	1 930	119 568	15 241
Chirurgie	26 625	5 994	4 908	1 995	22 915	12 731	54 448	20 720
Gynécologie-obstétrique	11 736	1 017	1 112	88	3 427	80	16 275	1 185
Total	132 876	18 782	16 465	3 623	40 950	14 741	190 291	37 146

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

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

1. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne requièrent pas de soins de santé particuliers au-delà de ceux prévus pour tout nouveau-né ; ils sont ainsi hospitalisés dans la même chambre que leur mère.

Les séjours en chirurgie et en obstétrique poursuivent aussi leurs hausses (respectivement +0,7 % et +1,0 % en 2022).

La spécialisation entre le secteur privé et le secteur public s'accroît, puisque 58,9 % des hospitalisations en ambulatoire sont réalisées dans le secteur privé (contre 30,0 % des hospitalisations avec nuitée). Ces parts étaient respectivement de 54,1 % et 36,7 % en 2008 et de 58,6 % et 31,2 % en 2019.

La durée moyenne de séjour se stabilise

En 2022, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,6 jours, une durée stable par rapport à 2021 (tableau 3). Elle reste légèrement plus élevée qu'avant la crise sanitaire (5,5 jours en moyenne en 2018 et 2019, et 5,7 jours en 2020), du fait notamment des séjours avec diagnostic de Covid-19 dont les DMS sont plus longues que celles observées habituellement en médecine. C'est dans les hôpitaux

Tableau 2 Nombre de séjours par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement en 2022

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2022 (en milliers)	Évolution 2021-2022 (en %)	2022 (en milliers)	Évolution 2021-2022 (en %)	2022 (en milliers)	Évolution 2021-2022 (en %)	2022 (en milliers)	Évolution 2021-2022 (en %)
Hospitalisation de plus d'un jour								
Séjours classés en médecine	4 575	-0,5	489	-1,5	870	-2,3	5 934	-0,8
dont séjours de techniques peu invasives	384	3,7	74	2,2	261	1,0	720	2,5
Séjours classés en chirurgie	1 168	0,7	212	-1,0	950	-1,7	2 331	-0,5
Séjours classés en obstétrique	656	-0,5	64	-4,4	156	-8,2	876	-2,2
Total	6 400	-0,3	765	-1,6	1 976	-2,5	9 141	-0,9
dont séjours avec diagnostic de Covid-19¹	396	32,4	29	17,6	43	21,3	468	30,2
Nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine)	449	0,0	50	-3,7	119	-10,1	618	-2,4
Hospitalisation de moins d'un jour								
Séjours classés en médecine	2 695	6,7	589	11,4	2 283	8,5	5 568	7,9
dont séjours de techniques peu invasives	734	2,5	300	4,0	1 757	0,0	2 791	1,1
Séjours classés en chirurgie	850	1,3	329	-0,3	2 164	0,5	3 342	0,7
Séjours classés en obstétrique	231	2,5	12	3,4	28	-10,3	272	1,0
Total	3 776	5,2	930	6,9	4 476	4,4	9 182	5,0
dont séjours avec diagnostic de Covid-19¹	29	-25,2	2	83,5	4	13,1	35	-19,0

1. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.
Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3^e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas intégrés aux totaux des séjours.

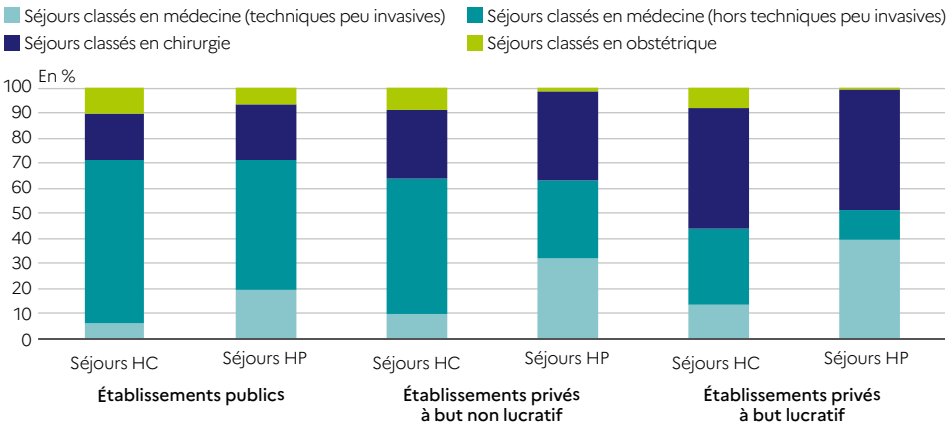
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2021-2022, traitements DREES.

publics que la DMS est la plus longue (6,1 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,0 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire avec 5,4 jours. La diversité de la patientèle et des prises en charge pourrait expliquer en

partie ces différences. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 6,6 jours dans le secteur public, contre 3,7 jours dans les cliniques privées). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,3 jours dans le secteur public, contre 4,0 jours dans les cliniques privées. ■

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

Tableau 3 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2021 et 2022

	En jours							
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Séjours classés en médecine, techniques peu invasives	3,6	3,7	2,6	2,5	2,2	2,2	3,0	3,0
Séjours classés en médecine hors techniques peu invasives	6,4	6,5	6,3	6,4	5,3	5,3	6,3	6,3
Séjours classés en chirurgie	6,5	6,6	4,8	4,8	3,8	3,7	5,2	5,3
Séjours classés en obstétrique	4,2	4,3	4,0	4,1	3,9	4,0	4,1	4,2
Ensemble MCO	6,0	6,1	5,4	5,4	4,1	4,0	5,6	5,6
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ¹	11,2	11,1	11,5	11,3	11,9	10,9	11,3	11,1
Ensemble MCO hors séjours avec diagnostic de Covid-19¹	5,8	5,8	5,2	5,1	3,9	3,9	5,3	5,3

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
1. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2021-2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés dans les totaux, mais ils sont présentés à part (*tableau 2*). Les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé. Pour l'année 2019, cette fiche exploite la base PMSI-MCO 2019 révisée mise à disposition par l'ATIH (et non la base initiale scellée), avec les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)** : il se fonde, dans cette fiche et les deux suivantes, sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique ; l'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins d'un jour** : dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en MCO est classé en hospitalisation de moins d'un jour, encore appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus d'un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

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

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : séjours d'hospitalisation avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) ou un diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

Pour en savoir plus

- > **Boisguérin, B., Gaimard, L.** (2022, décembre). En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1289.
- > **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 67.
- > **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- > **Naouri, D., Vuagnat, A.** (2022, mars). Covid-19 : prise en charge des patients en soins critiques au cours des trois premières vagues de l'épidémie. DREES, *Études et Résultats*, 1226.
- > **Papon, S.** (2023, septembre). En 2022, des naissances au plus bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Insee, *Insee Focus*, 307
- > Fichiers supplémentaires disponibles sur le site <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> :
 - Activité médicale en 2022
 - Activité chirurgicale en 2022
 - Activité obstétricale en 2022

En 2022, le nombre de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en France est estimé à 11,7 millions. Ce chiffre est stable par rapport à la période précédant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Les enfants de moins de 1 an, les femmes en âge de procréer et surtout les personnes de 65 ans ou plus sont les plus concernés par des hospitalisations en MCO. Un patient hospitalisé en MCO en 2022 effectue en moyenne 1,6 séjour dans l'année.

Les taux d'hospitalisation varient selon l'âge et le sexe des patients

En 2022, le taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) est de 270 séjours¹ pour 1 000 habitants. Les hospitalisations en MCO sont plus fréquentes à trois âges de la vie (*graphique 1*). Les nourrissons², qui ne représentent que 1,0 % de la population, comptabilisent 273 500 séjours (hors séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère), soit 1,5 % des séjours d'hospitalisation complète ou partielle. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, avec 248 séjours pour 1 000 femmes entre 15 et 44 ans, contre 130 séjours pour 1 000 hommes de la même tranche d'âge. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement, il atteint 530 séjours pour 1 000 personnes de 65 ans ou plus et concentre 41,2 % de l'ensemble des séjours en MCO. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation en MCO des hommes sont nettement plus élevés que ceux des femmes avant 10 ans et à partir de 55 ans.

Un patient hospitalisé en MCO en 2022 effectue en moyenne 1,6 séjour dans l'année

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient.

En 2022, 11,7 millions de patients sont hospitalisés en MCO en France, en hospitalisation complète ou partielle : 6,4 millions de femmes et 5,3 millions d'hommes. Le nombre de patients retrouve un niveau similaire à celui d'avant la crise sanitaire (11,7 millions en 2019), après la forte baisse de fréquentation observée en 2020 (-11,1 % par rapport à 2019).

Parmi l'ensemble de la population française, 17,2 % des personnes sont hospitalisées au moins une fois dans l'année en MCO, un chiffre stable par rapport à la période précédant la crise sanitaire (17,4 % en 2019). Les 82,8 % restants ne sont pas hospitalisés, ou sont hospitalisés ailleurs qu'en MCO.

En 2022, un patient hospitalisé au cours de l'année l'est en moyenne 1,6 fois (*graphique 2*). Si la majorité des patients (69,9 %) hospitalisés en MCO ne le sont qu'une seule fois, 18,7 % le sont deux fois et 11,4 % trois fois ou plus. Cette répartition par fréquence de recours hospitalier est stable depuis 2019, malgré la crise sanitaire. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âges de manière uniforme. Ainsi, avant 30 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois, s'établit autour de 1,3. Au-delà de 70 ans, ce chiffre s'élève à 1,8 hospitalisation en moyenne. Là encore, ces chiffres sont stables par rapport à 2019.

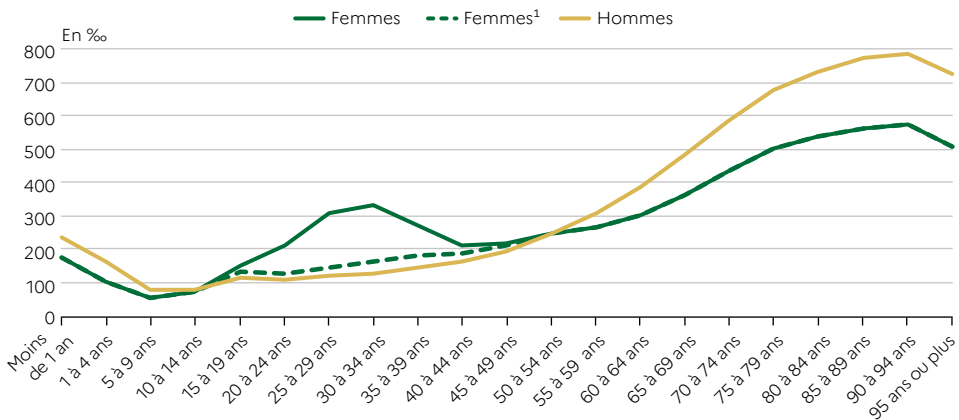
1. Comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
2. Le terme « nourrissons » désigne ici les enfants nés au cours de l'année 2022. Aucun taux d'hospitalisation n'est calculé pour cette classe d'âge (*graphique 1*), car les taux d'hospitalisation estimés reposent sur les populations par âge révolu au 1^{er} janvier 2022.

Les régions de résidence ne sont pas toujours les régions d'hospitalisation

Pour 4,7 % des séjours réalisés en 2022, la région de résidence n'est pas la région d'hospitalisation. Cette proportion atteint 7,5 % parmi les 2,9 millions de séjours en Île-de-France. Les patients concernés sont essentiellement originaires de

régions limitrophes. Ainsi, 1,8 % des patients viennent des Hauts-de-France (57 200 patients), 1,7 % du Centre-Val de Loire (52 900) et 1,0 % de Normandie (30 800). Cela s'explique, notamment, par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé par classe d'âge en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

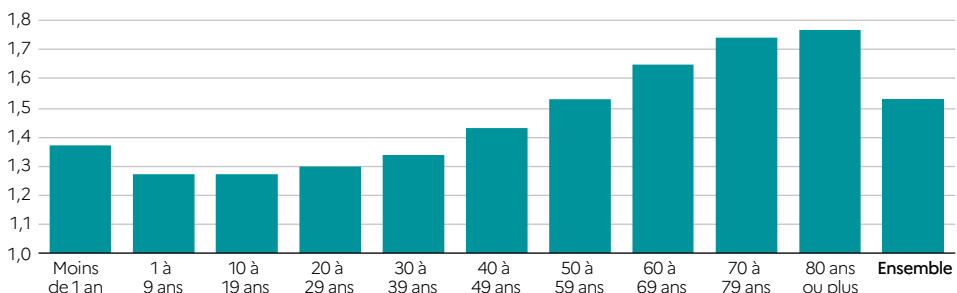
Note > Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants, comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée). Les classes d'âges sont construites à partir des âges en années révolues au 1^{er} janvier. Sont donc exclues de la première classe d'âge les hospitalisations des enfants nés au cours de l'année.

Lecture > En France, pour 1 000 garçons nés en 2021, il y a eu 237 hospitalisations en 2022.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES ; Insee, estimation au 1^{er} janvier 2022.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées par classe d'âge en 2022



Note > Les classes d'âges sont construites à partir des âges en années révolues au 1^{er} janvier. Sont donc exclues de la première classe d'âge les hospitalisations des enfants nés au cours de l'année.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

habitants d'Eure-et-Loir et de l'Eure. De la même manière, 6,8 % des personnes hospitalisées en Bourgogne-Franche-Comté (50 600 patients) et 6,6 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (68 500 patients) ne résident pas dans cette région. Inversement, les deux régions dont les résidents sont proportionnellement le plus admis en court séjour dans une autre région sont la Corse (15,9 % des patients en MCO résidant en Corse, soit 14 600 patients) et le Centre-Val de Loire (14,9 %, soit 95 800 patients). La répartition des patients selon leur région de résidence et leur région d'hospitalisation a peu évolué par rapport à 2019.

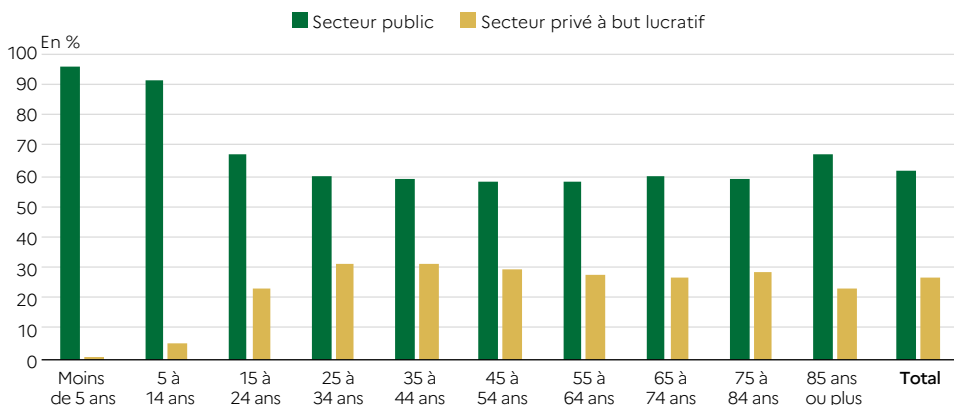
Les nourrissons et les personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

Les hôpitaux publics prennent en charge 55,5 % des patients, les cliniques privées 35,2 %, et les établissements privés à but non lucratif 9,3 %. Le recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées se différencie selon l'âge, ce qu'illustre clairement par la prise en charge médicale des gastro-entérites et des affections du tube

digestif. Pour ces pathologies, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont reçus par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 59,1 % pour les patients de 25 à 84 ans. Pour cette même classe d'âge, les cliniques privées accueillent moins d'un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de ces pathologies augmente de nouveau, 67,4 % d'entre eux sont pris en charge par le secteur public.

Cette répartition caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle se confirme en analysant l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public s'élève à 80,6 % (89,7 % pour ceux de moins de 1 an) et celle des personnes de 85 ans ou plus à 69,0 %, alors qu'elle n'est que de 55,5 % toutes classes d'âges confondues. ■

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par classe d'âge des patients dans les secteurs public et privé à but lucratif en 2022



Lecture > En 2022, 96,2 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,3 % par le secteur privé à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés. Les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définition

Les différents statuts juridiques des 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 ».

Pour en savoir plus

> Fichiers supplémentaires disponibles sur le site <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> :

- Activité médicale en 2022
- Activité chirurgicale en 2022
- Activité obstétricale en 2022

En France en 2022, selon la classification internationale des maladies (10^e révision, CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et les deux sexes confondus, hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) sont les maladies de l'appareil digestif, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe.

Avant 15 ans, une prépondérance des recours pour maladies de l'appareil respiratoire

Avant l'âge de 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, pour les deux sexes sont les maladies de l'appareil respiratoire (19 %) [graphique 1]. Viennent ensuite les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (9 %), les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (8 %), les maladies de l'appareil digestif (8 %), les séjours pour symptômes ou résultats anormaux d'examens non classés ailleurs (8 %) et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (10 %), sont les séjours pour symptômes et signes mal définis (9 %), les maladies de l'appareil digestif (8 %) et les recours pour lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (8 %). Pour les garçons, la deuxième cause de recours est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %), avant les lésions traumatiques, empoisonnements et autres lésions de causes externes (8 %), les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (8 %) et les maladies de l'appareil digestif (7 %).

Entre 15 et 44 ans, des motifs de recours plus fréquemment liés à la maternité et aux maladies de l'appareil digestif

Dans la classe d'âge des 15-44 ans, le motif de recours le plus fréquent est lié à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, qui représente

37 % des séjours féminins, soit 24 % de l'ensemble de la classe d'âge.

Si l'on exclut ces séjours liés à la maternité, les recours les plus nombreux relèvent des maladies de l'appareil digestif (20 %), dont 28 % pour dents incluses (particulièrement les dents de sagesse). Suivent les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (11 %), puis les séjours pour autres motifs (surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé) [10 %] et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (9 %). La part des recours pour maladies de l'appareil digestif est similaire pour les hommes et les femmes (20 %). Pour ces dernières, les maladies de l'appareil génito-urinaire représentent le troisième motif de recours hors maternité (11 %), juste après les recours pour autres motifs (13 %). Pour les hommes, les deuxième et troisième motifs de recours sont respectivement les traumatismes et empoisonnements (16 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (9 %).

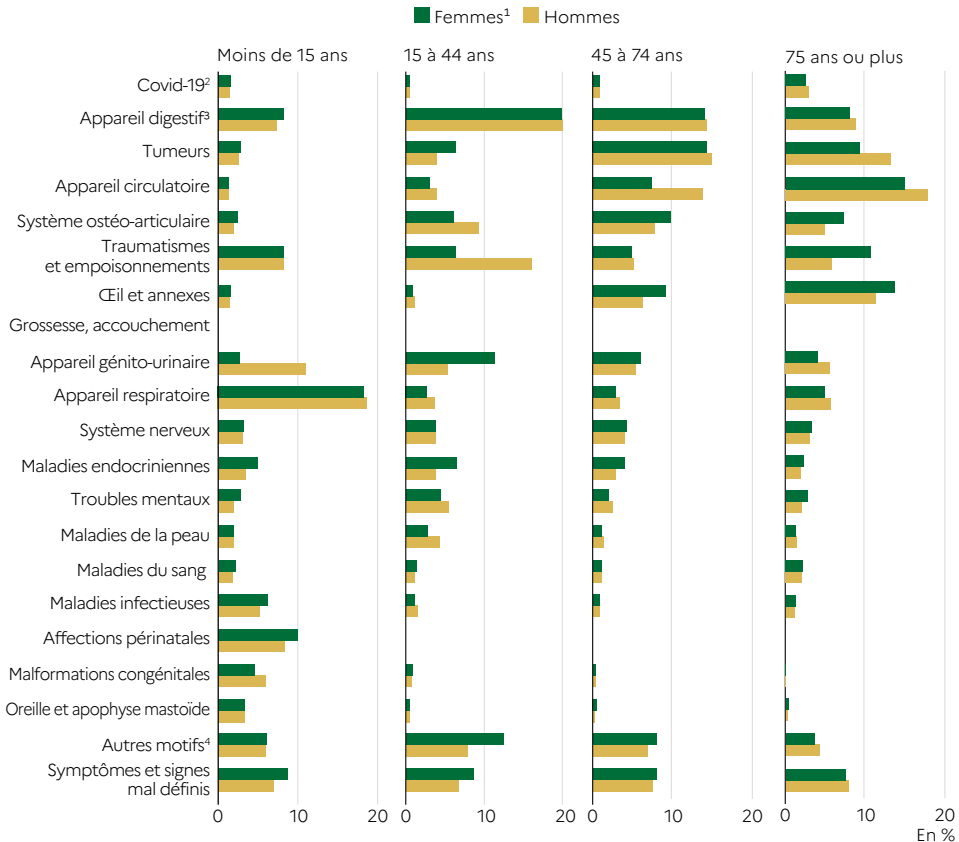
Entre 45 et 74 ans, une prédominance des séjours liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil digestif et aux maladies de l'appareil circulatoire

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, pour les deux sexes, sont liés aux tumeurs (15 %) et aux maladies de l'appareil digestif (14 %), puis aux maladies de l'appareil circulatoire (11 %), du système ostéo-articulaire (9 %), de l'œil et de ses annexes (8 %) et aux symptômes et signes mal définis (8 %). Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents après les tumeurs et les

maladies de l'appareil digestif sont les maladies du système ostéo-articulaire (10 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (9 %), pour symptômes et signes mal définis (8 %), pour autres motifs (8 %) et pour maladies de l'appareil circulatoire (8 %).

Pour les hommes, les motifs les plus fréquents, après les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif, sont les maladies de l'appareil circulatoire (14 %), les maladies du système ostéo-articulaire (8 %) et les symptômes et signes mal définis (7 %).

Graphique 1 Répartition des séjours annuels dans les unités de soins de courte durée (MCO) selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

1. Après exclusion des séjours liés à la maternité (chapitre XV de la CIM-10).

2. Séjours avec diagnostic principal ou relié de Covid-19. Les séjours avec un diagnostic associé de Covid-19 ne sont pas inclus dans ce décompte.

3. Pathologies de l'appareil digestif incluant les pathologies de la cavité buccale et des glandes salivaires.

4. Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Note > Les séjours comprennent les hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.). La pathologie traitée est identifiée par le diagnostic principal (ou le diagnostic relié pour le chapitre XXI) et référencée selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10). Les chapitres ont été classés par ordre décroissant de fréquence (les deux sexes et tous âges réunis), sauf pour les « symptômes, signes et états morbides mal définis », ainsi que les « autres motifs ».

Champ > Établissements de santé publics et privés, y compris le SSA ; patients résidant en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

À partir de 75 ans, une majorité de séjours pour maladies de l'appareil circulatoire

Chez les personnes plus âgées, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital (16 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation (13 %), juste devant les tumeurs (11 %). Elles sont suivies par les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (8 %), par les maladies de l'appareil digestif (8 %) et par les symptômes et signes mal définis (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 15 % des recours. Elles sont suivies par les maladies de l'œil et de ses annexes (14 %), les lésions traumatiques et empoisonnements (11 %), les tumeurs (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les hommes, les causes d'hospitalisation les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (18 %), devant les tumeurs (13 %), les maladies de l'œil et de ses annexes (11 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les recours pour symptômes et signes mal définis (8 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Ensemble des hospitalisations complètes ou partielles ayant eu lieu en 2022 dans l'ensemble des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors séances et séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10) [« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »], à partir du diagnostic relié s'il est renseigné. Dans leur niveau agrégé utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM-10. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les regroupant selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats étiologiques (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ». Afin de faciliter les comparaisons entre les sexes, les séjours liés à la maternité et à la fécondité (chapitre XV de la CIM-10), dont le poids s'avère élevé pour les femmes de 15-44 ans, ont été exclus du graphique présentant la distribution des séjours par chapitre.

Définition

> **Diagnostic principal** : il est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la CIM-10.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19 comme motif de recours** : les séjours dont le motif principal est la prise en charge du Covid-19 sont repérés par la présence des codes U07.10, U07.11, U07.12, U07.14 et U07.15 en diagnostic principal ou relié. À la différence des autres fiches de cet ouvrage, les séjours avec un diagnostic associé de Covid-19 ne sont pas inclus dans ce décompte.

Pour en savoir plus

- > Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.drees, www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique État de santé et morbidité.
- > **Fourcade, N., et al. (dir.)** L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris, France : DREES - Santé publique France. Voir Principales causes de décès et de morbidité. Taux d'hospitalisation en court séjour et principaux motifs de recours.
- > **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? DREES, *Études et Résultats*, 928.
- > **Mouquet, M.-C. et Oberlin, P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. DREES, *Document de travail*, série Études et Recherche, 128.
- > **Peretti (de), C.** (2020, octobre). Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. DREES, *Études et Résultats*, 1168.

Au 31 décembre 2022, le nombre de lits en soins critiques s'établit à 19 700. Il a augmenté de 1,1 % en moyenne par an entre 2013 et 2019, puis de 3,6 % entre 2019 et 2020, avant de diminuer en 2021 (-1,2 %) et 2022 (-1,6 %), retrouvant ainsi un niveau proche de celui d'avant la crise sanitaire (19 600 lits fin 2019). La progression du nombre de journées en soins critiques, continue sur la période 2013-2019 (+1,3 % en moyenne par année), s'est interrompue avec la crise sanitaire. L'activité en 2022 reste inférieure de 3,2 % à celle de 2019, après une évolution saccadée au cours de la période. La densité de lits en soins critiques en France est de 29,1 lits pour 100 000 habitants fin 2022. Elle varie toujours fortement selon les régions, avec des disparités qui se sont légèrement réduites depuis la crise sanitaire.

Fin 2022, la France compte 19 700 lits en soins critiques

Au 31 décembre 2022, la France compte 19 700 lits en soins critiques (tableau 1). Ces derniers se répartissent en trois types d'unités, graduées et coordonnées entre elles au niveau régional. Elles sont définies à partir de la gravité de l'état de santé des patients pris en charge.

Ainsi, les lits de réanimation sont destinés aux patients qui présentent (ou sont susceptibles de présenter) plusieurs défaillances viscérales aiguës, engageant directement leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Fin 2022, ces lits représentent 28,9 % des capacités en soins critiques, soit 5 700 lits.

Les soins intensifs sont destinés à la prise en charge des patients présentant une défaillance d'un seul organe : il existe différents types d'unités, en fonction de l'organe concerné (notamment les unités de soins intensifs de cardiologie ou les unités neurovasculaires). Fin 2022, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 30,2 % des capacités en soins critiques, soit presque 6 000 lits.

Enfin, la surveillance continue est dédiée à la prise en charge des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Ces lits représentent 40,9 %

des capacités en soins critiques à fin 2022, soit 8 100 lits.

Les capacités en soins critiques retrouvent, fin 2022, un niveau similaire à celui de 2019

Le nombre de lits en soins critiques a connu une augmentation régulière, de 1,1 % en moyenne par an, entre fin 2013 et fin 2019, et de 6,9 % au total au cours de la période (graphique 1). Cette hausse est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 % entre 2013 et 2019) et la surveillance continue (+8,7 %) que pour la réanimation (+1,0 %).

Entre fin 2019 et fin 2020, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, les capacités d'accueil en soins critiques ont progressé de 3,6 %, soit trois fois plus que la tendance des années précédentes. En 2021, puis en 2022, ces capacités baissent respectivement de 1,2 % et 1,6 % pour retrouver un niveau proche de celui de 2019, avec 19 700 lits fin 2022, contre 19 600 lits fin 2019. Cette évolution correspond principalement à un reflux du nombre de lits de réanimation en 2022, qui se maintient toutefois à un niveau plus important qu'en 2019 (+5,1 % fin 2022 par rapport à fin 2019, contre respectivement +14,5 % et +10,2 % fin 2020 et fin 2021).

La forte augmentation du nombre de lits de réanimation fin 2020¹ est due à la crise sanitaire liée au Covid-19. Elle résulte, pour moitié, de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés en 2019 et, pour l'autre moitié, de l'ouverture de lits de réanimation dans 63 établissements qui n'en disposaient pas avant la crise. Des autorisations dérogatoires pour l'activité de réanimation ont, en effet, été délivrées à partir de mars 2020, afin de faire face à l'épidémie de Covid-19. Pendant la crise sanitaire, des lits de soins intensifs et de surveillance continue (encadrés par une reconnaissance contractuelle de l'agence régionale de santé [ARS]) ainsi que d'autres lits d'hospitalisation conventionnelle ont été « armés » pour des soins

de réanimation : ils ont été rendus opérationnels du point de vue du matériel (respirateurs) et des moyens en personnel soignant pour permettre la prise en charge de patients relevant d'une hospitalisation réanimatoire. Après avoir atteint un pic de 6 200 lits fin 2020, le nombre de lits de réanimation a ensuite baissé en 2021 et 2022, pour atteindre 5 700 lits fin 2022, un niveau qui reste sensiblement supérieur à celui de la fin 2019 (5 400 lits). Le nombre de lits de soins intensifs est resté relativement stable entre 2019 et 2022 (autour de 6 000 lits), alors que le nombre de lits de surveillance continue a légèrement baissé durant la période (passant de 8 200 lits en 2019 à 8 100 lits de 2020 à 2022).

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil en soins critiques au 31 décembre 2022

	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue		Ensemble des soins critiques
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neurovasculaire	Autres	Adultes	Enfants	
Nombre de lits	5 322	375	2 719	951	2 297	7 170	908	19 742
Nombre total de patients	222 952	18 120	237 412	82 961	78 719	390 044	65 840	925 212
dont patients avec diagnostic de Covid-19 ¹	27 177	1 040	11 200	4 797	6 919	28 619	4 349	72 429
Nombre total de séjours	240 885	20 051	264 055	87 637	101 545	435 471	79 094	1 110 568
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ¹	27 755	1 058	11 381	4 855	7 166	29 172	4 451	75 378
Nombre de journées	1 682 115	108 541	797 363	287 964	691 225	1 856 343	302 009	5 725 560
dont journées avec diagnostic de Covid-19 ¹	353 268	7 246	49 307	20 256	53 193	195 094	19 085	697 449
Durée moyenne de séjour en soins critiques	7,0	5,4	3,0	3,3	6,8	4,3	3,8	5,2
dont patients avec diagnostic de Covid-19 ¹	12,7	6,8	4,3	4,2	7,4	6,7	4,3	9,3
dont autres patients	6,2	5,3	3,0	3,2	6,8	4,1	3,8	4,9

1. Les séjours ou patients avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ou patients ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.
Note > Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

1. La SAE, mobilisée ici, ne permet pas de connaître l'évolution infra-annuelle des capacités, qui a été particulièrement marquée pour la réanimation en 2020. Néanmoins, par la requalification temporaire de lits d'autres unités médicales, jusqu'à 9 200 patients ont été pris en charge simultanément en réanimation au pic de la première vague de Covid-19.

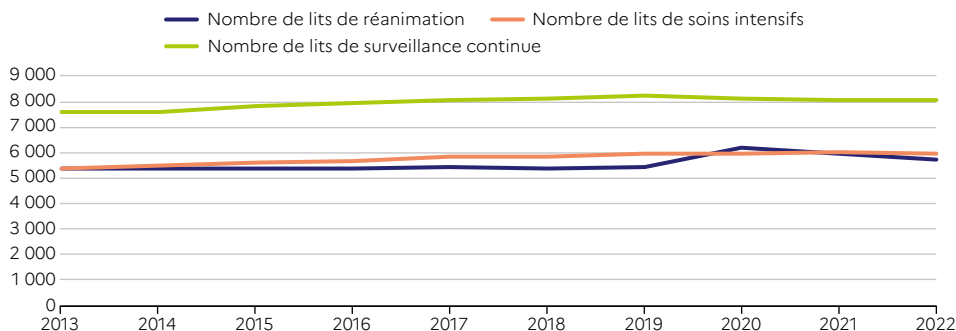
L'activité en surveillance continue et en soins intensifs reste moins importante qu'en 2019

Entre 2013 et 2019, le nombre de journées en soins critiques² a progressé de 8,2 % (graphique 2). Dans le détail, le nombre de journées a augmenté en soins intensifs (+12,7 %) et en surveillance continue (+11,9 %), mais il a légèrement reculé en réanimation (-0,5 %).

Depuis 2019, l'activité des différents types d'unités de soins critiques a réagi différemment à la crise sanitaire. En réanimation, le nombre de journées est ainsi supérieur en 2022 de 3,7 % à son niveau d'avant la crise sanitaire, en 2019. Il a

en effet augmenté de 13,5 % en 2020, du fait de la prise en charge de patients avec diagnostic de Covid-19. Cette hausse s'est poursuivie en 2021 (+8,0 %), avant une forte baisse en 2022 (-15,3 %). Néanmoins, cette analyse annuelle de l'activité rend peu compte des tensions exercées sur les services de réanimation par les différentes vagues épidémiques, très concentrées dans le temps et dans l'espace. Le début de l'année 2022 est, par exemple, marqué par la vague épidémique consécutive à l'émergence du variant Omicron, et 58,5 % des patients avec diagnostic de Covid-19 pris en charge en réanimation au cours de l'année l'ont été en janvier et février.

Graphique 1 Évolution du nombre de lits en soins critiques au 31 décembre depuis 2013

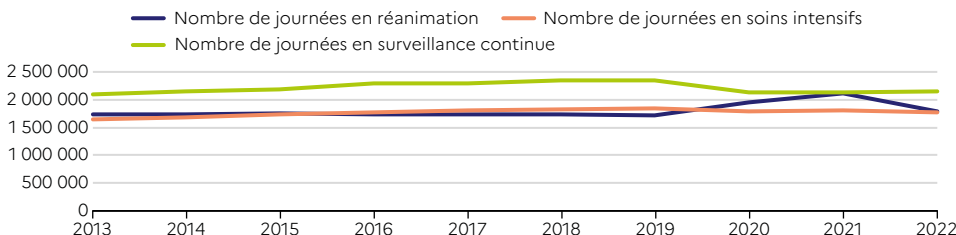


Note > Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2022, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre annuel de journées en soins critiques depuis 2013



Note > Les nombres de journées en réanimation, soins intensifs et surveillance continue comprennent toutes les journées des séjours terminés l'année n : sont incluses les journées de l'année $n-1$ pour les séjours commencés à la fin de l'année $n-1$ et terminés au début de l'année n ; sont exclues les journées de l'année n des séjours commencés à la fin de l'année n mais terminés au début de l'année $n+1$.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013-2022, traitements DREES.

2. Par souci de comparabilité avec les éditions précédentes de cet ouvrage, le nombre de journées présenté concerne uniquement les journées des séjours terminés dans l'année.

Avec la crise sanitaire, l'activité a baissé, en revanche, dans les autres types d'unités de soins critiques en 2020, en raison notamment des nombreuses déprogrammations de soins au cours des vagues épidémiques, et elle n'a pas rebondi depuis. En 2022, en soins intensifs, ainsi qu'en surveillance continue, le nombre de journées reste ainsi inférieur à celui de 2019, avec des niveaux plus bas de 3,9 % pour les soins intensifs et de 7,9 % pour la surveillance continue. Ainsi, sur l'ensemble des soins critiques, l'activité en 2022 est inférieure de 3,2 % à celle de 2019.

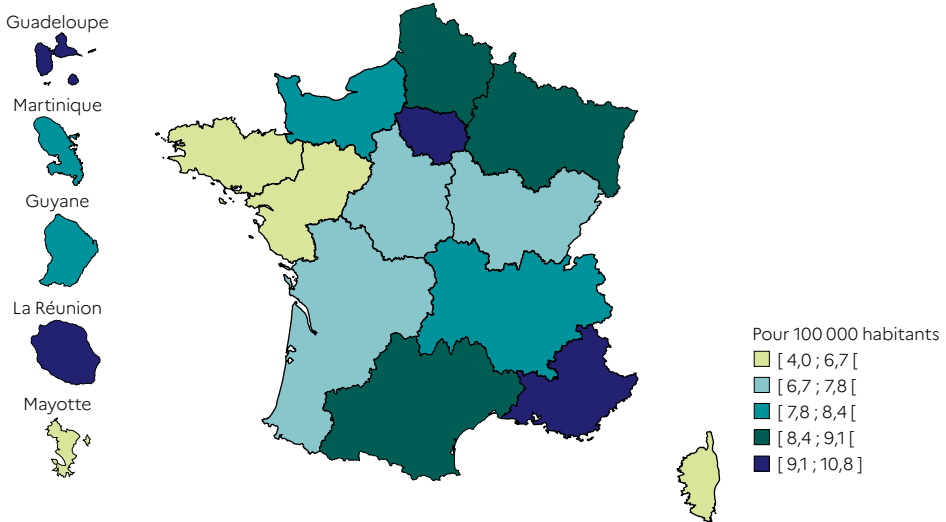
Les capacités en réanimation et soins critiques varient selon les régions

Fin 2022, la densité de lits de réanimation pour la France est de 8,4 lits pour 100 000 habitants. C'est moins que fin 2020 (-0,9 lit pour 100 000 habitants) ou que fin 2021 (-0,4), mais plus que fin 2019 (+0,3). Cette densité varie fortement³ entre les régions.

Ainsi, quatre régions françaises ont une densité de lits supérieure à 9,0 lits pour 100 000 habitants : la Guadeloupe (10,8), l'Île-de-France (10,3), La Réunion (10,1) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,3) [carte 1]. À l'inverse, quatre régions ont une densité de lits de réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,0), la Bretagne (5,5), les Pays de la Loire (5,7) et la Corse (6,3).

Par rapport à l'année précédant la crise sanitaire, la densité de lits de réanimation a augmenté dans la plupart des régions, et notamment en Guyane (+3,2 lits pour 100 000 habitants, soit +70,1 %), en Guadeloupe (+3,1 soit +39,6 %), en Corse (+1,0 soit +19,5 %) et à La Réunion (+1,4 soit +15,5 %). Elle a baissé à Mayotte (-0,5 soit -10,2 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-0,4 soit -4,2 %) et dans le Grand Est (-0,3 soit -3,7 %). Les disparités de densités de lits de réanimation entre régions se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2022⁴.

Carte 1 Densité des capacités en réanimation par région en 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les berceaux ou couveuses de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

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

3. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation par région (mesure de dispersion rapportant l'écart-type sur la moyenne et qui s'avère d'autant plus élevée que la dispersion est importante) est supérieur à celui de la densité de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [0,21 contre 0,14 en 2022].

4. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation est de 22,6 % en 2013 comme en 2019, et baisse à 20,9 % en 2022.

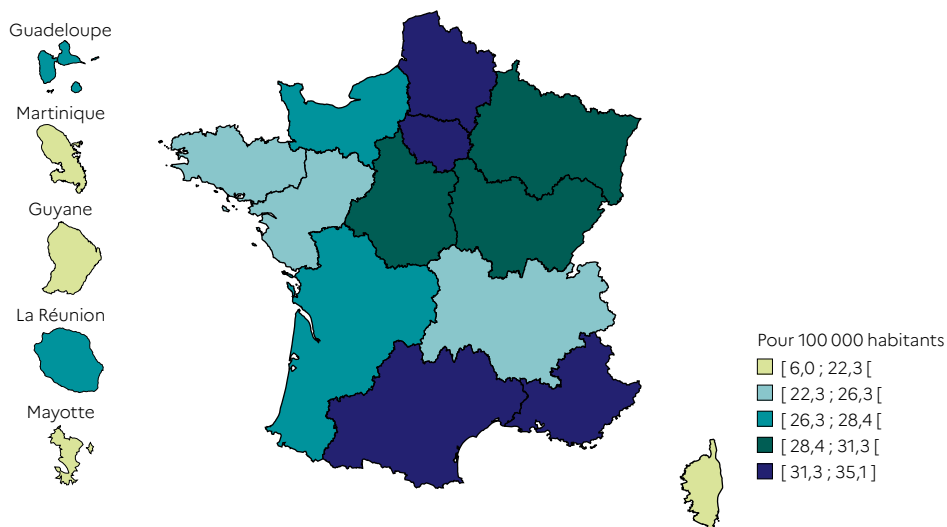
Hors Mayotte, les DROM ont connu les plus grandes évolutions de leur densité de lits de réanimation entre 2013 et 2022, avec des améliorations permettant d'atteindre un niveau proche ou supérieur à celui de la France métropolitaine : la densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Guadeloupe (+4,6 lits pour 100 000 habitants entre fin 2013 et fin 2019, soit +73,7 %), en Martinique (+3,5 soit +75,6 %), à La Réunion (+3,4 soit +50,6 %) et en Guyane (+2,1, soit +36,0 %). En Guyane, la densité de lits de réanimation, qui avait reculé de 20,0 % entre 2013 et 2019 alors que la population augmentait pendant cette période (+15,4 %), s'est rapprochée de la moyenne nationale depuis 2019 et atteint désormais 7,8 lits pour 100 000 habitants.

Pour l'ensemble des soins critiques, la densité de lits en France est de 29,1 lits pour 100 000 habitants en 2022. Cette densité est très corrélée à celle des lits de réanimation. De même, elle varie fortement selon les régions, avec des disparités qui se sont légèrement réduites entre

fin 2019 et fin 2022⁵. Pour six régions, la densité de lits en soins critiques est supérieure au niveau national : la Provence-Alpes-Côte d'Azur (35,1), l'Île-de-France (32,5), les Hauts-de-France (32,0), l'Occitanie (31,8), la Bourgogne-Franche-Comté (30,6) et le Centre-Val de Loire (29,5) [carte 2]. Pour deux régions, en revanche, la densité de lits en soins critiques est inférieure à 20 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit de Mayotte (6,0) et de la Guyane (13,2).

En 2022, la densité de lits en soins critiques retrouve ainsi un niveau légèrement inférieur à celui d'avant la crise sanitaire, fin 2019 (29,3 lits pour 100 000 habitants), elle est en nette baisse par rapport à fin 2020 (30,3) et fin 2021 (29,7). Elle reste plus élevée notamment en Guadeloupe (+7,0 lits pour 100 000 habitants entre fin 2019 et fin 2022), à La Réunion (+2,9), en Guyane et en Corse (+1,9). Elle diminue notablement par rapport à l'année précédant la crise sanitaire dans le Grand Est (-2,0), en Bourgogne-Franche-Comté (-1,5) et à Mayotte (-1,4). ■

Carte 2 Densité des capacités en soins critiques par région en 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

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

⁵. Le coefficient de variation de la densité de lits en soins critiques est de 28,4 % en 2019, et baisse à 26,7 % en 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 en soins critiques disposant au moins d'un lit en hospitalisation complète ou d'une place en hospitalisation partielle.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et les places d'hospitalisation partielle. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues via la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »).

> **Capacités en soins critiques** : elles incluent les lits de réanimation (hors réanimation néonatale), de soins intensifs (hors soins intensifs néonatals) et de surveillance continue, hors traitement des grands brûlés. Ces unités sont définies aux articles R. 6123-33 à 38 et D. 6124-104 à 116 du Code de la santé publique.

> **Séjours en soins critiques** : ils incluent l'ensemble des séjours terminés dans l'année (définition homogène à celle retenue pour le décompte des séjours de MCO des autres fiches de l'ouvrage) pour lesquels il y a eu au moins un passage dans une unité médicale de soins critiques au cours du séjour. Un séjour se terminant en janvier 2022 pour lequel il y a eu un passage en soins intensifs en 2021 est ainsi comptabilisé comme un séjour en soins critiques de 2022. Autre conséquence pour 2022, une partie des séjours de soins critiques commencés en fin d'année n'est pas comptabilisée, lorsque ces séjours se sont terminés début 2023.

> **Journées en soins critiques** : elles incluent l'ensemble des journées passées dans une unité médicale de soins critiques dont le séjour s'est terminé dans l'année. Sont ainsi comptabilisées en 2022 les journées en soins critiques de 2021 des séjours se terminant en 2022. En revanche, ne sont pas comptabilisées les journées en soins critiques de 2022 des séjours se terminant en 2023.

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

- > Boisguérin, B., Gaimard, L. (2023, décembre). En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accentue. DREES, *Études et Résultats*, 1289.
- > Courtejoie, N., Dubost, C.-L. (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.
- > Dubois, Y. (2024, mars). Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1299.
- > Naouri, D. (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

Les « autres » disciplines hospitalières

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé est majoritairement publique et s'organise autour de trois types de prises en charge : le temps complet, reposant essentiellement sur les 52 200 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 500 places en hôpital de jour ou de nuit ; et l'ambulatoire, réalisé majoritairement dans l'un des 3 040 centres médico-psychologiques. En 2022, l'activité recule pour les prises en charge à temps complet et ambulatoires, et la hausse du volume d'activité pour les prises en charge à temps partiel ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire.

La psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales par une faible place des actes techniques dans les soins, des prises en charge récurrentes et diversifiées et de nombreuses structures extrahospitalières. Dans les établissements de santé, l'offre de soins s'organise autour de trois types de prises en charge. La prise en charge à temps complet (plus de 24 heures) repose principalement sur l'hospitalisation à temps plein (89 % des lits ou places de temps complet fin 2022) [tableau 1], mais aussi sur l'accueil familial thérapeutique (AFT), l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile (HAD) ou l'accueil en centre de crise (comprenant les urgences psychiatriques). La prise en charge à temps partiel (de 3 à 24 heures) s'appuie essentiellement sur l'hospitalisation de jour (96 % des places à temps partiel fin 2022), mais elle comprend aussi l'hospitalisation de nuit, ainsi que les ateliers thérapeutiques. Enfin, la prise en charge ambulatoire (moins de 3 heures) mobilise principalement les centres médico-psychologiques (CMP) [62 % des actes ambulatoires], les centres d'accueil

thérapeutique à temps partiel (12 %) et les unités de consultation des services (11 %).

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

D'après la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), en 2022, 4 820 établissements géographiques¹ ont eu une activité de psychiatrie, dispensée dans 7 510 lieux de prise en charge². Plus de quatre établissements sur cinq (81 %) appartiennent au secteur public, qui dispose en psychiatrie générale et infanto-juvénile de 65 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire³. Le reste des établissements se répartit entre des établissements privés à but non lucratif (15 %) et des cliniques privées (4 %). La part de ces dernières a quadruplé en quinze ans dans les capacités à temps partiel (passant de 2 % en 2008 à 9 % en 2022), et elle a augmenté de près de moitié dans les capacités à temps complet (passant de 18 % en 2008 à 26 % en 2022). 64 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés

1. Le mode d'interrogation de la SAE pour la psychiatrie est groupé : 619 établissements répondent pour eux-mêmes et d'autres établissements de leur entité juridique (voir encadré Sources et méthodes). Par souci de comparaison avec les autres disciplines, aux structures moins hétérogènes que la psychiatrie, c'est ce chiffre qui est généralement repris dans le décompte global des établissements de santé.

2. Certaines entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prises en charge (hospitalisation à temps plein, atelier thérapeutique, unité de consultation, etc.).

3. Les soins de psychiatrie dans le secteur pénitentiaire sont ici traités à part de la psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2022

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	29 199	6 153	14 498	49 850	1 596	394	358	2 348	52 198
Nombre de journées	8 997 392	1 737 087	4 827 119	15 561 598	346 398	83 726	119 080	549 204	16 110 802
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	2 061	154	-	2 215	590	49	15	654	2 869
Nombre de journées	459 611	34 146	-	493 757	72 568	5 113	3 179	80 860	574 617
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	542	541	454	1 537	-	-	-	-	1 537
Nombre de journées	126 307	146 086	121 036	393 429	-	-	-	-	393 429
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	773	202	-	975	-	-	-	-	975
Nombre de journées	167 248	44 362	-	211 610	-	-	-	-	211 610
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	206	48	15	269	28	0	0	28	297
Nombre de journées	51 111	5 106	2 993	59 210	6 253	0	0	6 253	65 463
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	452	35	134	621	62	8	1	71	692
Nombre de journées	110 276	8 184	60 294	178 754	16 072	1 788	302	18 162	196 916
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 362	3 449	2 298	19 109	7 525	1 714	233	9 472	28 581
Nombre de journées	1 509 546	475 618	673 854	2 659 018	705 395	250 563	52 320	1 008 278	3 667 296
Hôpital de nuit									
Nombre de places	512	164	174	850	61	19	11	91	941
Nombre de nuitées	28 169	26 588	25 835	80 592	2 079	1 046	136	3 261	83 853
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	169	17	5	191	70	16	1	87	278
Nombre de journées	96 134	42 193	1 955	140 282	20 575	2 635	3 029	26 239	166 521
Prises en charge ambulatoires									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 473	212	-	1 685	1 182	174	-	1 356	3 041
Nombre d'actes	6 937 998	921 014	-	7 859 012	2 990 120	396 400	-	3 386 520	11 245 532
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 627	137	-	1 764	611	55	-	666	2 430
Nombre d'actes	1 408 160	120 686	-	1 528 846	405 025	23 667	-	428 692	1 957 538
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	952	130	-	1 082	619	62	-	681	1 763
Nombre d'actes	1 464 980	197 052	-	1 662 032	500 424	62 575	-	562 999	2 225 031
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes³	2 194 729	268 096	-	2 462 825	292 944	28 834	-	321 778	2 784 603

1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.

2. Les nombres d'actes réalisés en ambulatoire sont calculés à partir du RIM-P, en rupture avec les éditions antérieures à 2022, qui mobilisaient pour cela la SAE (encadré Sources et méthodes). Le décompte des structures de prise en charge en ambulatoire reste renseigné à partir de la SAE.

3. Sont comptabilisés les actes réalisés à domicile ou en institutions substitutives au domicile, en unités d'hospitalisation somatique (y compris les unités d'accueil d'urgences), en établissements sociaux ou médico-sociaux, en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; ATI-H, RIM-P 2022, traitements DREES, pour l'activité ambulatoire.

uniquement dans cette discipline⁴. C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés, à but lucratif ou non, ayant une activité de psychiatrie (respectivement 94 % et 97 %), et de 56 % des établissements publics.

Une baisse de l'activité ambulatoire, particulièrement dans les centres médico-psychologiques

En 2022, 19,0 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires⁵, en particulier par les 3 040 CMP⁶, mais aussi par les 2 430 unités de consultation des services et les 1 760 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. L'activité ambulatoire est en baisse par rapport à 2021 (-1,7 %), portée par la diminution des prises en charge dans les CMP (-4,2 %) et malgré l'augmentation des prises en charge dans les CATTP (+4,3 %). Leur nombre reste néanmoins largement inférieur à celui de 2019 (-16,5 %)⁷.

Si quatre actes ambulatoires sur cinq sont réalisés en CMP (59 %), CATTP (12 %) ou dans les unités de consultation des services (10 %), les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux⁸. Ainsi, 7 % des actes ambulatoires sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, 4 % en établissement pénitentiaire, 4 % dans un service d'urgence⁹, 2 % en unité d'hospitalisation somatique, 1,5 % en établissement social et médico-social (avec ou sans hébergement) et 0,2 % en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Une augmentation des prises en charge à temps partiel, toujours inférieure à leur niveau d'avant la crise sanitaire

En 2022, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 500 places en hôpital de jour ou de nuit, auxquelles il convient d'ajouter l'activité de 280 ateliers thérapeutiques. Les places en hôpital de jour ou de nuit représentent 76 % des capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) en psychiatrie infantile-juvénile, et seulement 26 % en psychiatrie générale. Les enfants et les adolescents sont principalement pris en charge en hospitalisation de jour, afin d'éviter de les couper de leur environnement familial et social.

Durant la crise sanitaire, les différents confinements, les jauges et le renoncement aux soins de certains patients par peur de contracter le Covid-19 ont entraîné une baisse de plus d'un tiers des prises en charge à temps partiel en 2020. Malgré la reprise d'activité en hôpital de jour ou de nuit observée en 2022 (+3,8 %) et en 2021 (+19,3 %), portée par l'hôpital de jour, les prises en charge à temps partiel restent inférieures d'un cinquième à leur niveau d'avant la crise sanitaire. En hôpital de nuit, après avoir chuté à nouveau en 2022 (-15,0 %, après +8,1 % en 2021 et -26,2 % en 2020), les prises en charge sont inférieures d'un tiers à leur niveau de 2019. Au total, en 2022, les prises en charge à temps partiel représentent 4,0 millions de journées (dont 3,8 millions en hôpital de jour ou de nuit), contre 5,0 millions de journées en 2019.

4. Ces proportions ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions précédentes. Elles sont désormais calculées sur l'ensemble des établissements géographiques interrogés directement ou indirectement dans la SAE, et non plus sur les seuls établissements interrogés directement.

5. Le nombre d'actes réalisés en ambulatoire, ainsi que l'évolution de l'activité ambulatoire, sont calculés à partir du RIM-P, différant en cela des éditions antérieures, qui mobilisaient pour cela la SAE (voir encadré Sources et méthodes). Seuls les actes médicaux réalisés en présence du patient sont comptabilisés ici. Tous les actes, y compris ceux relevant de la psychiatrie pénitentiaire, sont pris en compte, contrairement aux éditions précédentes.

6. En regroupant les CMP ouverts moins de 5 jours par semaine (18 % des structures) et ceux ouverts 5 jours ou plus par semaine (82 % des structures).

7. Les prises en charge en CATTP sont davantage organisées autour d'activités de groupe, ce qui explique que les obligations de distanciation sociale liées à la crise sanitaire aient eu un impact plus important sur les CATTP que sur les CMP.

8. Cette répartition par lieu correspond au lieu de présence du patient pendant l'acte, et pas forcément à la structure qui le prend en charge (tableau 1). Par exemple, 88 % des actes médicaux réalisés par les CMP ont lieu en dehors, notamment au domicile des patients.

9. Cela comprend la psychiatrie de liaison aux urgences et les unités d'accueil des urgences psychiatriques de l'établissement.

Des prises en charge à temps complet en baisse, sauf pour les centres de crise

Depuis une quinzaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie ont beaucoup diminué. C'est en particulier le cas pour l'hospitalisation à temps plein, qui représente 89 % des capacités de prise en charge à temps complet. Au 31 décembre 2022, 52 600 lits sont installés pour l'hospitalisation à temps plein (dont 52 200 hors secteur pénitentiaire), soit une baisse de 9 % par rapport à 2008 (*tableau complémentaire A*). La baisse du nombre de lits, plutôt modérée entre 2008 et 2016 (-1,7 %), s'est accentuée entre 2016 et 2022 (-7,3 %). Au total, 5 100 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont été supprimés entre 2008 et 2022. En 2022, le volume d'activité pour la prise en charge à temps plein diminue à nouveau (-1,6 %, après -1,3% en 2021). Il atteint 16,2 millions de journées en 2022 (dont 16,1 millions hors secteur pénitentiaire), contre 17,7 millions en 2019 (*tableau complémentaire B*). Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale (8,2 % de l'activité à temps complet). Ainsi, fin 2022, les établissements de santé comptent 6 400 lits ou places en AFT, centres de postcure, appartements thérapeutiques, HAD, centres de crise et structures d'accueil d'urgence (soit -4,1 % par rapport à 2021). Dans ces structures, 1,4 million de journées de prise en charge ont été réalisées, un niveau en baisse par rapport à 2021 (-6,8 %). La progression des prises en charge en centre de crise (+11,1 %) n'a pas été en mesure de compenser le recul du nombre de journées en centre de postcure (-12,0 %), en appartement

thérapeutique (-10,2 %), en AFT (-7,0 %), ni en HAD (-5,2 %).

Des taux d'équipement variables selon les départements

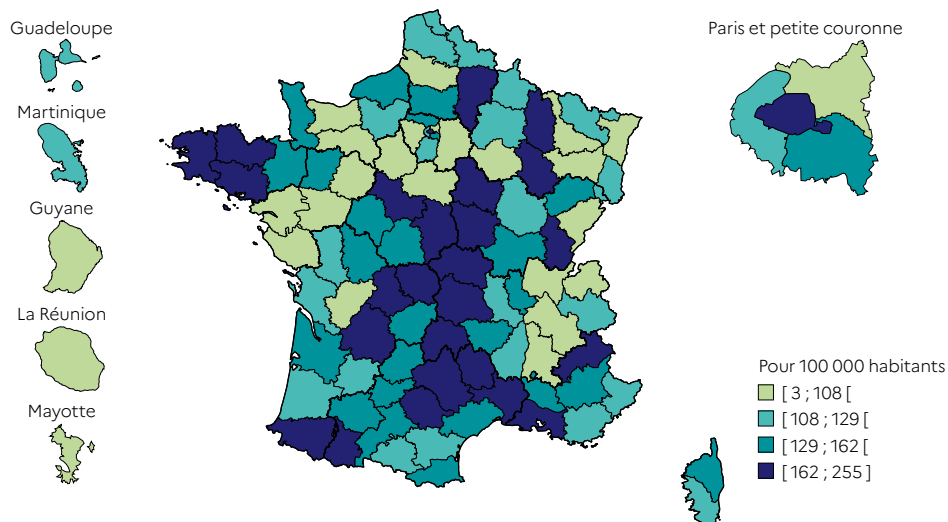
La densité nationale moyenne d'équipement pour la prise en charge à temps complet ou partiel, hors ateliers thérapeutiques, est de 130 lits ou places pour 100 000 habitants en 2022 (132 en 2021). Elle présente cependant de fortes disparités départementales, variant de 3 lits ou places pour 100 000 habitants à Mayotte ou 79 en Meurthe-et-Moselle, à 255 lits ou places pour 100 000 habitants dans l'Allier (*carte 1*). L'offre de soins ambulatoires est inégalement répartie elle aussi. En moyenne, la densité est de 11 structures pour 100 000 habitants, mais elle varie de 3 structures pour 100 000 habitants à Mayotte ou 4 dans le Territoire de Belfort, à 23 en Corse du Sud (*carte 2*).

La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans une unité sanitaire au sein d'un établissement pénitentiaire. 162 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dispensent ainsi des soins ambulatoires. Parmi elles, 109 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2022. Les détenus peuvent aussi bénéficier d'une hospitalisation de jour dans l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR). En cas de nécessité, la prise en charge à temps complet en psychiatrie se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Dans le cadre de l'article D. 398 du Code de procédure pénale¹⁰,

¹⁰. Lorsqu'une personne détenue requiert des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le représentant de l'État du département où se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce son admission en soins psychiatriques. Cette admission effectuée par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, prend la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement de santé habilité. L'article D. 938 du Code de procédure pénale est disponible sur le site de Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024316672.

Carte 1 Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel en psychiatrie, par département, au 31 décembre 2022

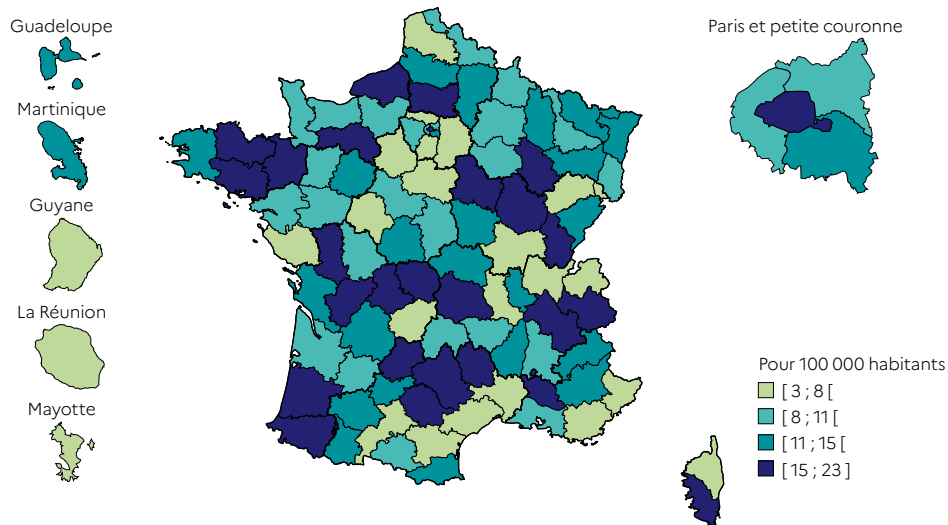


Note > Les capacités comptabilisées ici sont : l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile, l'accueil en centre de crise, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

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

Carte 2 Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie, par département, au 31 décembre 2022



Note > Les prises en charge ambulatoires considérées ici sont celles des centres médico-psychologiques, des unités de consultation et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

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

l'hospitalisation peut aussi avoir lieu dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie, notamment dans l'attente d'un transfert vers une UHSA. Au total, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie sont de 388 lits fin 2022 (contre 425 en 2021), dont 96 % se trouvent au sein des 9 UHSA (tableau 2).

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes détenues en 2022

	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)	Durée moyenne de séjour (en journées)
Hospitalisation à temps plein	13	388	103 621	34
UHSA	9	374	101 307	37
Autres formes ponctuelles	4	14	2 314	8

Note > UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; autres formes ponctuelles : unités transitoires d'accueil avant admission dans une UHSA ou un retour en détention, en services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités pour malades difficiles (UMD) ou unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Ce tableau recense l'activité des établissements qui ont au moins un lit dédié en hospitalisation à temps plein en psychiatrie pénitentiaire au 31 décembre.

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

Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant exercé une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur pénitentiaire est traité séparément des autres secteurs de psychiatrie.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ décrit l'activité des établissements de santé (notamment le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation), ainsi que les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine des prises en charge en ambulatoire par les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité ambulatoire présentés dans cette fiche, et calculés à partir du RIM-P, prennent uniquement en compte les actes médicaux réalisés en présence du patient (entretiens et actes de groupe selon la grille EDGARX [entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion, téléexpertise psychiatrique]).

La correspondance entre ces deux sources est imparfaite, la SAE et le RIM-P étant traités séparément, sans appariement.

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie** : les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le secteur public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le secteur privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Ainsi, 619 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total 4 820 entités géographiques. ●●●



Tous les établissements ayant une activité de psychiatrie et interrogés indirectement sont autorisés uniquement en psychiatrie, et la grande majorité d'entre eux (85 %) appartiennent au secteur public. En cas de réponse groupée, les informations (nombre de lits, de places, etc.) ne peuvent pas être réparties finement entre les différentes entités géographiques concernées. Certaines entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prises en charge (hospitalisation à temps plein, atelier thérapeutique, unité de consultation, etc.). On dénombre ainsi 7 514 lieux de prise en charge en psychiatrie.

> **Journée et venue** : le nombre de journées de prise en charge à temps partiel publié ici ne peut être utilisé pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à 2009. En effet, les concepts de la SAE ont évolué. Désormais, les venues en psychiatrie ne sont plus égales aux journées, une venue comptant pour une journée ou une demi-journée selon la durée de prise en charge.

> **Prise en charge ambulatoire** : le nombre de prises en charge ambulatoires présenté ici à partir du RIM-P ne peut être utilisé pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures, qui s'appuyaient sur la SAE. Le RIM-P permet d'identifier et de comptabiliser plus précisément les actes médicaux réalisés en présence du patient (entretiens et actes de groupe selon la grille EDGARX). Les données issues de la SAE, utilisées dans les éditions antérieures, recensaient probablement également une partie des actes non médicaux, ou réalisés en l'absence du patient.

Définitions

- > Psychiatrie générale : prise en charge des adultes de plus de 16 ans.
- > Psychiatrie infanto-juvénile : prise en charge des enfants et adolescents.
- > Psychiatrie pénitentiaire : prise en charge des détenus de 16 ans ou plus.

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

- > **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
- > **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
- > **Coldefy, M., Le Neindre, C.** (2014, décembre). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Rapport. Irdes, 558.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). Rapport d'analyse, des retours d'expériences de la crise COVID-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.
- > **Sterchele, C.** (2023, septembre). L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 112.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site atlasanté : <https://www.atlasante.fr/accueil>
- > Glossaire des structures sur le site Psycom, rubrique Soins, accompagnement et entraide.

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2022, une très grande majorité des patients des établissements de santé autorisés en psychiatrie ont été pris en charge en ambulatoire (2,1 millions), et 402 400 patients l'ont été à temps complet ou partiel. Les taux de recours présentent des disparités départementales persistantes. Les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les troubles névrotiques sont les motifs les plus fréquents de recours, avec des différences marquées selon le sexe et l'âge des patients. Les journées d'hospitalisation des patients de 16 ans ou moins relèvent majoritairement du temps partiel, contrairement à celles des adultes. Les enfants et adolescents sont aussi davantage pris en charge en psychiatrie ambulatoire.

Des patients principalement pris en charge en ambulatoire

En 2022, la prise en charge ambulatoire reste très majoritaire parmi l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie : 2,1 millions de patients en bénéficient (*tableau 1*) [voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions]. Le nombre de patients augmente légèrement en 2022 (+1,0 %), et dépasse de 1,4 % son niveau de 2019, précédant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Il avait rebondi dès 2021 (+6,3 %), après avoir chuté en 2020 (-5,6 %). Rapporté au nombre d'habitants, le taux de recours aux soins psychiatriques est plus de cinq fois plus élevé en ambulatoire (3 166 patients pour 100 000 habitants) qu'en hospitalisation à temps complet ou partiel (596 patients pour 100 000 habitants). Pour ces derniers modes de prises en charge, le nombre de patients en 2022 reste 3,9 % en deçà de son niveau de 2019 (à 402 400 patients), en dépit du rebond partiel observé en 2022 (+1,2 %) et 2021 (+2,2 %, après -7,1 % en 2020).

Les taux de recours présentent de fortes disparités départementales¹, du même ordre que l'année précédente. En Guyane, ils sont particulièrement atypiques et bas, avec 439 patients pour 100 000 habitants en ambulatoire, et 194 patients

pour 100 000 habitants à temps complet ou partiel. Hors Guyane, les taux de recours en ambulatoire sont compris entre 1 831 patients pour 100 000 habitants en Haute-Corse et 4 972 en Lozère. Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel pour 100 000 habitants varie de 351 dans le Val-d'Oise à 1 019 dans le Finistère (*cartes 1 et 2*)².

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Parmi les 402 400 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2022, il y a autant de femmes que d'hommes (*tableau 1*). Le nombre de femmes ainsi prises en charge retrouve, en 2022, un niveau proche de celui de 2019 (+0,1 %), alors que le nombre d'hommes diminue sensiblement (-7,7 %) et reste à son niveau de 2020 (-0,3 % en 2022 par rapport à 2020). L'âge moyen des patients est de 41,0 ans et varie selon le type d'hospitalisation : 43,0 ans à temps complet, contre 37,3 ans à temps partiel. Pour ces deux modes de prises en charge, la moyenne d'âge des patients a diminué d'un peu moins d'un an par rapport à 2019.

En 2022, la prise en charge à temps complet concerne 311 300 patients (+0,3 % en 2022, et -6,0 % par rapport à 2019) et celle à temps

1. Pour cette fiche, le champ n'inclut par Mayotte (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

2. Les cartes présentent les taux de recours des patients d'un département, c'est-à-dire le nombre de patients résidant dans un département ayant eu recours à un type de prise en charge au cours de l'année, rapporté à la population totale du département de résidence. En 2022, 1 329 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel et 26 041 pris en charge en ambulatoire n'ont pas de lieu de résidence mentionné.

partiel concerne 132 600 patients³ (+3,8 % en 2022, et -1,1 % par rapport à 2019). En 2022, l'activité à temps complet porte sur un total de 17,2 millions de journées (-1,6 % en 2022, et -8,1 % par rapport à 2019), et l'activité à temps partiel sur un total de 3,7 millions de journées (+1,9 % en 2022, et -20,7 % par rapport à 2019). La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet recule de 1 jour, à 55,1 journées en 2022 (contre 56,2 journées en 2021). Cette baisse est plus marquée pour les patients de 16 ans et moins (-2 journées) que pour les patients de plus de 16 ans (-1 journée). La quasi-totalité du

volume d'activité à temps complet (92 %) relève des hospitalisations à temps plein (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), dont la durée moyenne est de 53,6 jours en 2022 (après 54,4 jours en 2021). Les patients pris en charge à temps complet ou partiel arrivent en grande majorité de leur domicile (73 % des hospitalisations). Toutefois, plus d'une hospitalisation sur quatre résulte d'un passage aux urgences (26 %), en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de psychiatrie. Parmi les séjours terminés en 2022, 90 % se clôturent par un retour au

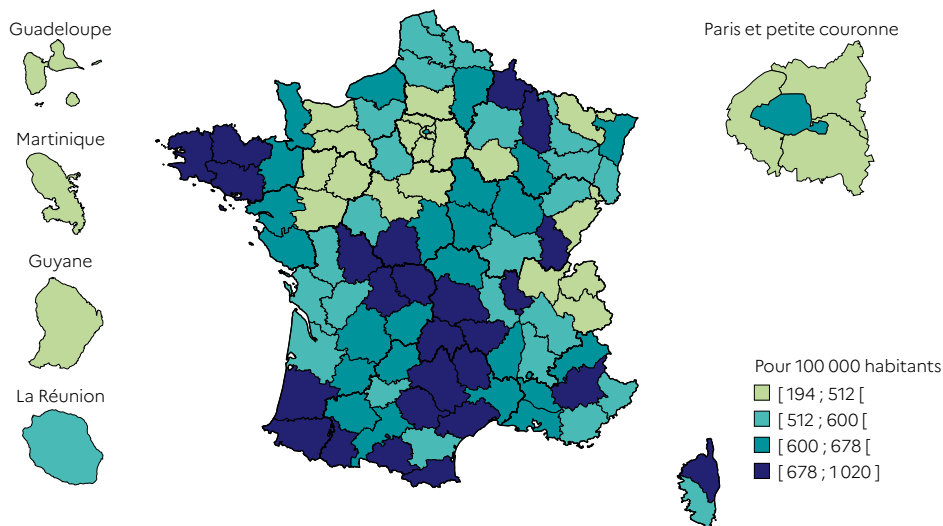
Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2022

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans) ¹	Psychiatrie adulte (>16 ans) ¹
Prise en charge à temps complet ou à temps partiel²			
Nombre de patients	402 442 ³	47 151	356 831
Proportion d'hommes (en %)	49,0	56,5	47,9
Nombre de journées	20 857 794	1 484 915	19 372 880
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	17,7	58,4	14,6
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	55,1	33,2	56,4
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 139 067 ⁴	467 265	1 685 754
Proportion d'hommes (en %)	49,3	57,3	46,9
Nombre d'actes ambulatoires	22 215 048	5 706 217	16 508 831
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	63,9	71,6	61,5
Nombre moyen d'actes	10,4	12,2	9,8

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie pénitentiaire).
2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur, et les 507 patients d'un établissement public d'Île-de-France pour lesquels les données remontées dans le RIM-P sont erronées.
3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2022, 1 540 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en hospitalisation.
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2022, 13 952 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en ambulatoire.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2022, traitements DREES.

3. La somme des patients pris en charge à temps partiel et des patients pris en charge à temps complet est supérieure au nombre total de patients (402 400 en 2022), car un patient peut être pris en charge à la fois à temps complet et à temps partiel au cours de l'année.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie, par département, en 2022

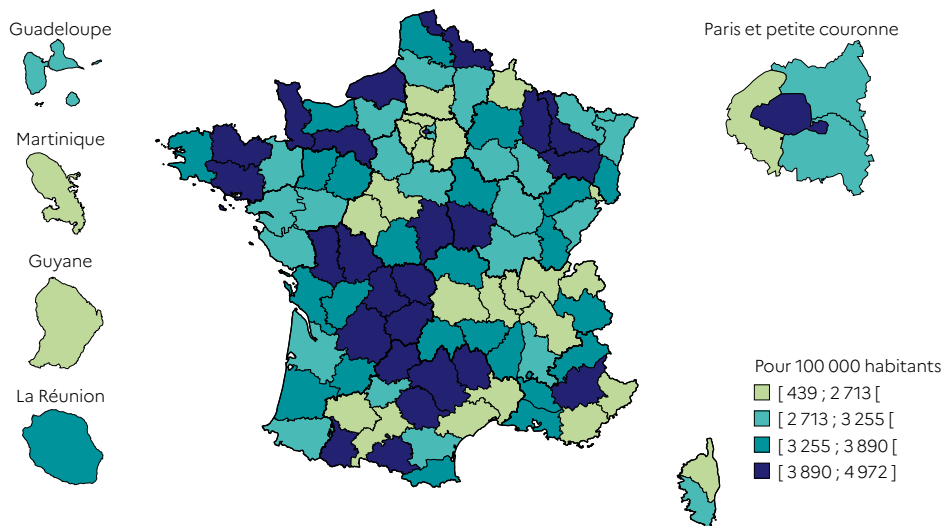


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2022, le département de résidence du patient est inconnu pour 1 329 patients, soit 0,3 % des patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2022. Les 136 patients résidant à Mayotte ou dans des territoires d'outre-mer hors champ ne sont pas inclus.

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

Sources > DREES, RIM-P 2022, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie, par département, en 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2022, le département de résidence du patient est inconnu pour 26 041 patients, soit 1,2 % des patients pris en charge en ambulatoire dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2022. Les 2 188 patients résidant à Mayotte ou dans des territoires d'outre-mer hors champ ne sont pas inclus.

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

Sources > DREES, RIM-P 2022, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

domicile, 4 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

Un rebond des actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients en raison de l'assouplissement des mesures de distanciation sociale

Les patients suivis en psychiatrie ambulatoire sont relativement jeunes : 22 % d'entre eux ont 16 ans ou moins, et la moitié d'entre eux a moins de 37 ans. Les actes réalisés en ambulatoire sont, dans 73 % des cas, des entretiens. Le nombre d'actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients⁴ connaît un fort rebond depuis deux ans (+33,2 % en 2021 et +8,2 % en 2022), sans pour autant compenser la très forte réduction de 2020 (-42,8 %), liée aux obligations de distanciation sociale pendant la crise sanitaire⁵. Leur nombre reste ainsi inférieur de 17,5 % à leur niveau de 2019. Les prises en charge ambulatoires sont principalement réalisées dans les centres médico-psychologiques (CMP) [voir fiche 14, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » pour la répartition des actes par type de structure]. Un patient en ambulatoire bénéficie en moyenne de dix actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 21 % par des médecins et 16 % par des psychologues.

Les femmes hospitalisées plus souvent pour des troubles de l'humeur

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10)⁶, les premières causes de prises en charge à temps complet ou partiel sont les troubles de l'humeur (F3), la schizophrénie (F2) et

les troubles névrotiques (F4) [graphique 17]. Le diagnostic de schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes (25 %), tandis que les femmes sont davantage prises en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur (38 %). L'augmentation du nombre de patientes hospitalisées à temps complet ou partiel (+2,8 % en 2022, cf. *supra*) est portée par la hausse de la prise en charge des troubles de l'humeur (F3) et des troubles névrotiques (F4) [tableau 2].

En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et moins souvent liés à des diagnostics relevant directement des troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Plus de deux femmes sur cinq prises en charge en ambulatoire le sont pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), ou des troubles de l'humeur (F3), contre un quart des hommes. La hausse observée en 2022 du nombre de femmes et d'homme pris en charge en ambulatoire (respectivement +1,7 % et +0,3 %) est portée par plusieurs motifs de recours, en particulier par les troubles névrotiques (F4) pour les femmes.

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et les adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont très majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. Cette solution est privilégiée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. En 2022, les établissements ont pris en charge 467 300 enfants et adolescents en ambulatoire (-0,1 % par rapport à 2021) et 47 200 à temps partiel ou à temps complet (+2,6 %).

Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (57 %). Ils ont bénéficié

4. Ce sont les actes de la catégorie « groupe » selon la grille EDGARX (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion clinique, téléexpertise) utilisée pour catégoriser les actes ambulatoires dans le RIM-P.

5. Tous les actes ambulatoires sont considérés ici, alors que la fiche 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » décrit uniquement les actes des catégories « entretien » et « groupe » de la grille EDGARX.

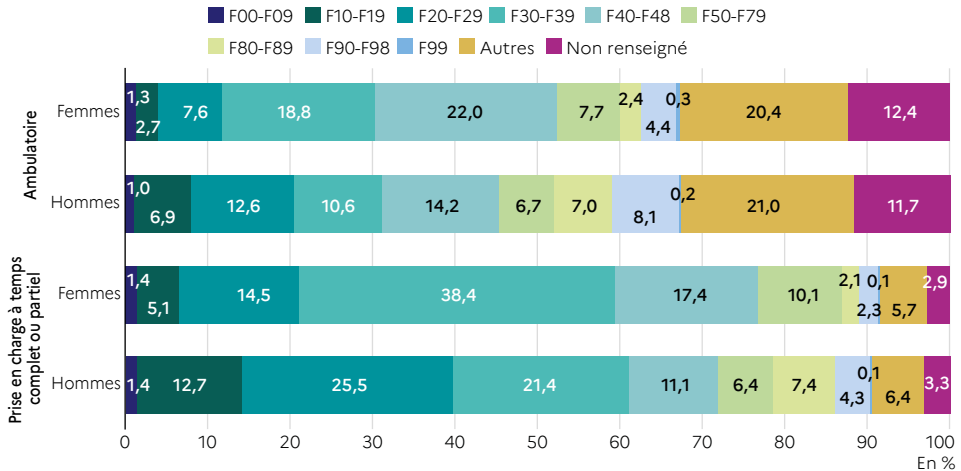
6. Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. La CIM-10 distingue les diagnostics dans plusieurs chapitres, dont celui qui concerne les troubles mentaux et du comportement, qui regroupe les diagnostics codés F00 à F99. D'autres codes peuvent être utilisés, notamment lorsqu'un diagnostic n'a pas encore été posé (c'est particulièrement le cas pour les prises en charge ambulatoires).

7. Le motif de recours retenu pour les patients hospitalisés à temps complet ou partiel est le diagnostic principal renseigné pour la dernière séquence de soins de l'année. Pour la psychiatrie ambulatoire, c'est le diagnostic principal du dernier acte.

de 5,7 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues, des médecins psychiatres ou pédopsychiatres, ainsi que par des personnels de rééducation, en CMP dans 72 % des cas⁸ (contre 62 % pour les patients de plus de 16 ans). Les troubles du comportement et les troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9) constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (29 % des patients parmi les garçons, et 21 % parmi les filles). Hormis ce diagnostic, les motifs de prises en charge principaux diffèrent selon le sexe. Les filles sont presque deux fois plus souvent prises en charge

pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), que les garçons (respectivement 19 % et 10 %). Les garçons sont pris en charge plus de deux fois plus souvent pour des troubles du développement psychologique (F8) que les filles (respectivement 23 % et 10 %). Pour les enfants et les adolescents, 58 % des journées d'hospitalisation relèvent du temps partiel, contre 15 % en psychiatrie adulte. La baisse du nombre de journées d'hospitalisation à temps partiel par rapport à 2019 est, par ailleurs, moins marquée pour les enfants et adolescents (-17,2 %) que pour les adultes (-21,7 %).

Graphique 1 Répartition des patients par sexe, selon le diagnostic principal et la nature de la prise en charge en 2022



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives; F20-F29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants; F30-F39 : troubles de l'humeur; F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes; F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques; F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte; F70-F79 : retard mental; F80-F89 : troubles du développement psychologique; F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence; F99 : autres troubles mentaux sans précision. La catégorie « Autres » regroupe tous les diagnostics hors troubles mentaux et du comportement.

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale. La dernière séquence de soins des patients hospitalisés en psychiatrie est utilisée pour définir le diagnostic principal.

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

Source > ATIH, RIM-P 2022, traitements DREES.

⁸ La répartition des actes ambulatoires réalisés en 2022 par lieu (CMP, CATTP, etc.) ne peut pas être comparée à celle présentée dans les éditions précédentes de ce Panorama, car la classification des lieux de prises en charge a connu d'importants changements (voir fiche 14, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »).

Au cours de la même période, le nombre de journées à temps complet est en légère hausse pour les enfants et adolescents (+2,0 %), alors qu'il diminue pour les adultes (-8,4 %). Pour les enfants et les adolescents, les journées de prise en charge à temps partiel sont principalement effectuées en hospitalisation de jour, et pour des troubles

du développement psychologique (F8). Ce motif concerne en effet 64 % des journées de prise en charge à temps partiel des garçons, et 42 % de celles des filles. Les journées d'hospitalisation à temps partiel des filles ont plus souvent pour motifs des troubles de l'humeur (F3) et troubles névrotiques (F4) que celles des garçons. ■

Tableau 2 Taux d'évolution du nombre de patients par sexe et type de prise en charge, selon le diagnostic principal, entre 2021 et 2022

		Évolution 2021-2022 des prises en charge à temps complet ou partiel			Évolution 2021-2022 des prises en charge ambulatoires		
		Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	-9,1	-10,3	-9,7	-4,0	-2,5	-3,4
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	4,2	0,4	1,5	1,0	0,9	0,9
F20-F29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	-1,1	-1,4	-1,3	0,6	0,9	0,8
F30-F39	Troubles de l'humeur	2,7	0,2	1,8	2,8	2,9	2,9
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	6,3	-0,4	3,7	2,7	-0,5	1,4
F50-F79	Autres troubles psychiatriques	2,6	-4,2	-0,1	3,3	-1,0	1,3
F80-F89	Troubles du développement psychologique	0,0	-2,6	-2,0	3,7	2,7	2,9
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	6,7	-0,5	2,0	2,1	-2,3	-0,8
F99	Autres troubles mentaux, sans précision	-58,8	-63,5	-61,1	-62,4	-63,1	-62,7
Autres	Motifs de recours aux soins et facteurs influant sur l'état de santé [Z00-Z99], symptômes [R00-R99] et autres diagnostics hors troubles mentaux	15,9	12,8	14,3	5,0	3,6	4,3
Non renseigné	Non renseigné	-4,8	-2,2	-3,5	-2,7	-2,5	-2,6

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Lecture > Entre 2021 et 2022, le nombre de patients avec un diagnostic de troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, pris en charge à temps complet ou partiel a diminué de 9,7 %.

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

Source > ATIH, RIM-P 2021, traitements DREES ; ATIH, RIM-P 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) hors Mayotte (les données liées à la prise en charge en psychiatrie des patients dans l'unique centre hospitalier de Mayotte n'étant pas disponibles), y compris le service de santé des armées (SSA).

En hospitalisation complète ou partielle, seuls les patients pour lesquels la clé de chaînage permettant de faire le lien entre les différentes hospitalisations (numéro anonyme attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro d'assuré social, de sa date de naissance et de son sexe) ne contient pas d'erreur sont comptabilisés ici. Ainsi, 2,5 % des séjours ne sont pas pris en compte, en raison d'une erreur dans la clé de chaînage dans le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Cela représente 4,0 % des séquences de séjours. En 2022, les données du RIM-P concernant les prises en charge à temps complet et partiel d'un établissement d'Île-de-France ont été écartées du champ car elles comportaient des erreurs importantes, empêchant leur exploitation. Cela concerne environ 600 patients en hospitalisation complète ou partielle. Pour les prises en charge ambulatoires, le chaînage des séjours est établi à partir d'un identifiant propre à l'établissement et au patient, qui ne repose pas sur son numéro d'assuré social.

Sources

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2006, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité pour les prises en charge à temps complet et partiel présentés ici et calculés à partir du RIM-P sont différents de ceux présentés dans la fiche 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », qui mobilise comme source la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ainsi, le RIM-P conduit à comptabiliser 1 079 544 journées de moins qu'avec la SAE pour les prises en charge à temps complet et partiel. La moindre couverture du volume d'hospitalisations par le RIM-P s'explique non seulement par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clé de chaînage, mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet. En effet, ce recueil ne servait pas à la facturation avant la réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022 (article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020). Son exhaustivité pourrait, par conséquent, s'améliorer dans les années à venir.

Définitions

> **Nature des prises en charge** : le RIM-P distingue trois natures de prises en charge :

- **ambulatoire** : consultation en centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), visite à domicile, en établissement social ou médico-social, en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), en milieu scolaire ou en unité d'hospitalisation somatique (y compris le service d'urgence). Ces dernières renvoient au cumul de deux modalités de lieu de prise en charge du RIM-P : d'une part les unités d'hospitalisation de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD) ; d'autre part les unités d'accueil des urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison aux urgences.
- **à temps complet** : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de postcure.
- **à temps partiel** : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique.

> **Durée moyenne d'hospitalisation** : nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

> **Motif de recours principal** : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Celui-ci peut évoluer durant un séjour.

> **Séquence de séjours** : en psychiatrie, tout séjour hospitalier peut être décomposé en plusieurs séquences de séjours. Par exemple, un patient peut être pris en charge en hospitalisation à temps plein et connaître durant son séjour d'autres modalités de prise en charge adaptées à son traitement.

Pour en savoir plus

- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
- > **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). Rapport d'analyse, des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.
- > **Sterchele, C.** (2023, septembre). L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 112.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site Atlasanté : <http://santementale.atlasante.fr/>

En 2022, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 23 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 274 600 séjours pour 6,8 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 7,3 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire, et 7,9 % des journées d'hospitalisation. Les 90 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation totalisent près de la moitié des capacités et des journées. En 2022, l'HAD décélère, à la fois s'agissant des capacités d'accueil (+1,6 %) et du nombre de séjours (+2,8 %). Elle reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 13,9 % des capacités de prise en charge et 15,4 % des journées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, dans le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

La croissance des capacités d'accueil en HAD ralentit en 2022

Au 31 décembre 2022, 293 établissements de HAD peuvent prendre en charge simultanément¹ 23 100 patients, soit une hausse de 1,6 % par rapport à fin 2021 (tableau 1). Cette croissance est moins vigoureuse que pendant les deux premières années de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+6,8 % en 2021, après +12,9 % en 2020) et que l'augmentation plus régulière observée avant la crise (+5,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019).

À plus long terme, l'HAD, apparue dans les années 1950 en France, a connu un essor important à partir du début des années 2000, après que son périmètre et son champ d'application ont

été clarifiés (voir encadré Sources et méthodes, partie « Cadrage »). Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que quadruplé entre 2001 et 2022. Fin 2022, l'HAD représente 7,3 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire (contre 3,7 % fin 2012 par exemple).

Le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD est stable entre 2019 et 2022. Il avait diminué entre 2017 et 2019, après les décisions des agences régionales de santé (ARS) de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements. Ces décisions avaient été mises en œuvre en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Les établissements associatifs offrent près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Fin 2022, les 111 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,8 % des capacités en HAD. Parmi ces établissements, 90 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce

1. Pour caractériser l'offre d'HAD, le terme « places » a été abandonné au profit de la notion de « nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ».

mode d'hospitalisation (tableau 1). Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids recule entre 2006 et 2022, passant de 55,8 % à 49,6 % des capacités (tableau complémentaire A). 120 établissements du secteur public (dont 105 centres hospitaliers) et 62 cliniques privées représentent respectivement 22,6 % et 20,7 % des capacités de prise en charge en HAD. Bien qu'elle reste minoritaire, la part des cliniques privées dans les capacités de prise en charge en HAD a été quasiment multipliée par quatre depuis 2006, où elle s'élevait à 5,3 %.

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

En 2022, 274 600 séjours d'HAD sont réalisés pour 6,8 millions de journées (tableau 1), soit 7,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'HAD, dont l'activité croît nettement depuis son développement au début des années 2000, est la seule grande discipline d'équipement dont le nombre de séjours a continué à progresser pendant la crise sanitaire, du fait d'un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. Après une croissance de 6,3 % en moyenne annuelle de 2015 à 2019,

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2022

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2022	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	120	5 229	75,9	1 542	21	15
CHR	15	1 557	32,3	451	14	9
CH (et autres)	105	3 672	43,6	1 090	27	19
Secteur privé à but non lucratif	111	13 139	153,8	3 854	27	18
CLCC	3	249	9,0	91	10	8
Structures associatives d'HAD	90	11 472	127,5	3 340	28	18
Autres	18	1 418	17,3	423	27	18
Secteur privé à but lucratif	62	4 781	44,9	1 424	35	20
Ensemble	293	23 149	274,6	6 819	28	17
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ⁴	-	-	8,0	220	18	14

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé auparavant, a été abandonné pour éviter la confusion avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 256 600 séjours terminés en 2022, soit 93,4 % des séjours d'HAD.

3. Environ 184 400 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2022, soit 67,2 % des séjours d'HAD.

4. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins de suite et de réadaptation (SSR), hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2022, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2022 ; DREES, SAE 2022, traitements DREES.

le nombre de séjours a bondi à 15,9 % en 2020, avant de décélérer ensuite (+2,8 % en 2022, après +3,7 % en 2021) [tableau complémentaire B].

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 56,0 % des séjours (46,4 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,5 % des journées (49,0 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,6 % et 16,4 % des séjours et réalisent 22,6 % et 20,9 % des journées. Cette répartition est assez stable dans le temps, même si la part des cliniques privées augmente.

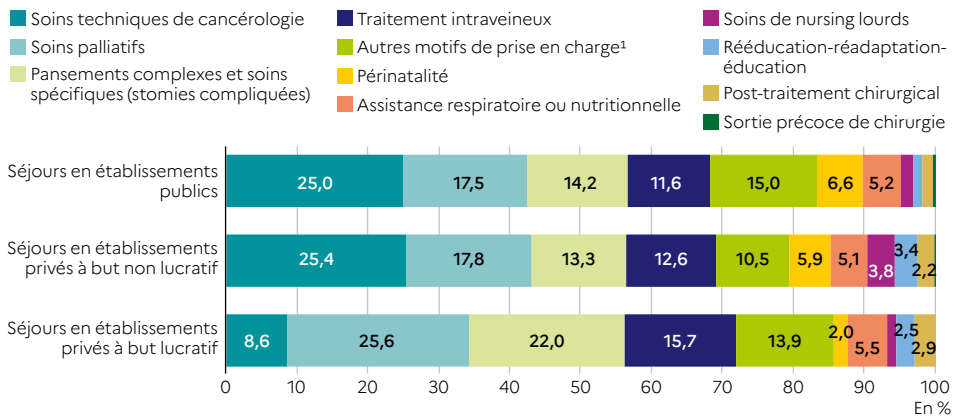
La rotation des patients est plus importante dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 15 et 18 jours en moyenne pour les séjours monoséquences²) que dans les cliniques privées (20 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours. Ainsi, les soins de

cancérologie et la périnatalité, pour lesquels les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 17, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique 1). À l'inverse, les séjours pour soins palliatifs, pansements complexes et soins spécifiques, plus longs, sont un peu plus fréquents dans les cliniques privées. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 28 jours pour les séjours terminés en 2022 et de 17 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

L'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire

En 2022, parmi les 23 100 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, 4 000 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 3 200 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2022



1. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

Notes > Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil. Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 87,1 % des séjours d'HAD en 2022. En 2022, 14 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître leur mode de prise en charge principal.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 25,0 % des séjours des établissements publics, 25,4 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 8,6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

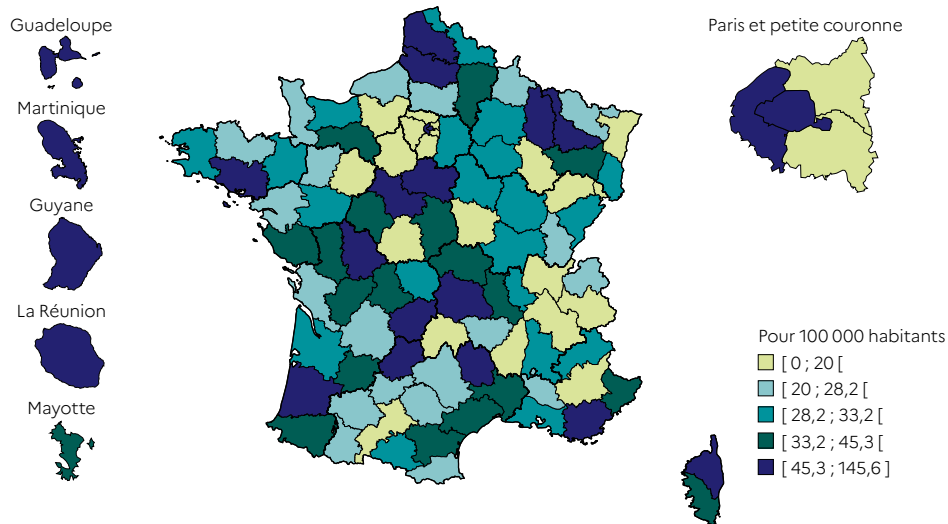
départements représentent 13,9 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 86 pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (34 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique, les deux premiers établissements d'HAD créés en France à la fin des années 1950 l'ont été au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la fondation Santé-Service d'Île-de-France. La prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore pour l'activité que pour les capacités de prise en charge, avec 61 300 séjours (22,3 % des séjours) et 1,0 million de journées (15,4 % des journées) en 2022. Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme le Puy-de-Dôme ou la Haute-Corse, où elles excèdent 110 patients

pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit trois fois plus que la moyenne nationale.

Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités trois à quatre fois supérieures à la densité nationale. En Guyane, l'HAD atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés concernant les capacités de prise en charge en HAD. Les départements restants d'Île-de-France (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, l'Ardèche, le Cantal, l'Eure, l'Indre et l'Isère affichent ainsi des densités départementales inférieures à 15 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale. ■

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

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

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

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le PMSI et la SAE. Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2022, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Cadrag

D'après la circulaire du 30 mai 2000², « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire de 2006³ rappelle son caractère polyvalent et généraliste. En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013⁴ indique que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire. Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 »⁵ conforte, lui aussi, la place de l'HAD en fixant des objectifs de prescription pour développer cette prise en charge particulière à tous les établissements de santé. Dans le cadre de la réforme des autorisations⁶, l'HAD devient une activité de soin à part entière, à l'instar par exemple des activités de MCO ou de SSR.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjour traditionnels.

> **Activité réalisée** : elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées.

> **Capacités de prise en charge** : en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Ce terme est abandonné depuis 2017 par la DREES, en raison des limites de cette analogie : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SSR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en personnel soignant ou en personnel coordinateur. ●●●

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>.

2. Circulaire du 30 mai 2000 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/15980>.

3. Circulaire de 2006 disponible sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>.

4. Circulaire du 4 décembre 2013 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>.

5. Plan triennal disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf.

6. Bulletin officiel disponible sous ce lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>.



> **Durée moyenne de séjour** : elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés monoséquences, c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : séjours d'hospitalisation avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) ou diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U7.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U7.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U7.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U7.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, mars). Analyse de l'activité hospitalière 2022. Note et rapport d'analyse.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2022, octobre). L'hôpital de demain sera le domicile. Rapport d'activité 2021-2022.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

En 2022, 159 000 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 274 600 séjours, dont plus de la moitié concernent des patients de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 9 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Deux tiers des admissions en HAD dépendent de quatre grands motifs de prises en charge : les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux. La durée est liée au degré de dépendance des patients : les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours pour soins techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. Un tiers des séjours d'HAD évitent une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement ; ils étaient un quart avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux malades de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives ou instables, qui relèveraient d'une hospitalisation complète en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile.

L'HAD s'adapte à des prises en charge variées, dont les durées sont liées au degré de dépendance des patients

En 2022, 159 000 patients sont pris en charge en HAD, pour 274 600 séjours (tableau 1). Deux-tiers des motifs d'admission en HAD concernent quatre grands modes de prises en charge : les soins techniques de cancérologie (23 % des séjours d'HAD), les soins palliatifs (19 %), les pansements complexes et soins spécifiques (13 %) ainsi que les traitements intraveineux (12 %). Par ailleurs, les séjours pour « autres motifs de prise en charge » (regroupant la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs) progressent fortement depuis la crise sanitaire et représentent, en 2022, 15 % des séjours d'HAD

(contre 9 % en 2019). Ce phénomène s'explique notamment par la prise en charge du Covid-19 au sein de cette catégorie, qui constitue le troisième motif d'admission depuis 2020, et présente la plus forte proportion de patients avec un diagnostic de Covid-19¹ (14 % de séjours avec diagnostic de Covid-19 en 2022, contre 4 % de l'ensemble des séjours d'HAD de l'année).

La durée des séjours d'HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds², les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, les soins palliatifs et la rééducation, réadaptation ou éducation donnent lieu à des séjours bien plus longs, qui s'adressent à des patients plus dépendants. S'agissant des séjours terminés et monoséquences³, les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 68 jours (55 jours en 2019, avant la crise sanitaire), contre 17 jours pour la moyenne des séjours d'HAD (20 jours en 2019). Ils sont plus de cinq fois plus longs que les séjours de périnatalité (13 jours) ou pour traitements intraveineux (9 jours), et quatorze fois plus longs que les séjours pour soins techniques de cancérologie (5 jours). Ces derniers sont essentiellement constitués de chimiothérapie anticancéreuse

1. Séjours d'HAD avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19 (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions).

2. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.

3. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

Tableau 1 Répartition des séjours d'HAD selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2022

Modes de prises en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours ³ (en milliers)	Nombre de journées de présence ⁴ (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2022 ⁵	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission				Part des séjours avec diagnostic de Covid-19 ⁶ (en %)
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)	
Soins techniques de cancérologie	61,9	460	4,8	60,1	34,8	4,4	0,7	0,4
Soins palliatifs	52,2	1 802	26,9	2,0	21,2	34,5	42,3	3,3
Autres motifs de prise en charge ²	41,2	636	9,5	20,8	30,6	18,6	30,0	13,6
Pansements complexes et soins spécifiques	35,2	1 724	44,5	19,2	42,3	24,3	14,2	2,2
Traitements intraveineux	33,7	493	8,8	35,9	40,7	14,7	8,7	2,8
Périnatalité	15,0	216	13,2	47,0	40,1	1,6	11,3	1,3
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14,3	630	34,6	2,8	32,2	31,8	33,2	3,6
Rééducation, réadaptation, éducation	7,7	250	26,1	5,9	47,2	29,9	17,0	2,2
Post-traitement chirurgical	7,4	185	18,7	20,0	62,2	14,6	3,3	1,1
Soins de nursing lourds	5,8	421	68,3	0,1	7,4	44,6	47,1	5,8
Sortie précoce de chirurgie	0,2	2	6,0	35,1	45,0	17,8	2,1	0,4
Ensemble	274,6	6 819	17,1	27,4	33,9	19,2	19,5	3,8

HAD : hospitalisation à domicile ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.

1. Les modes de prises en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

2. Les autres motifs de prises en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

3. Les séjours comprennent ceux commencés en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après.

4. Les journées sont celles de l'année 2022 (les journées antérieures à 2022 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

5. 256 600 séjours terminés sont comptabilisés en 2022, soit 93,4 % des séjours d'HAD, et 184 400 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 67,2 % des séjours d'HAD.

6. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

(pour 77 % d'entre eux), le reste relevant de la surveillance post-chimiothérapie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (43 %), la surveillance des grossesses à risque (39 %) ou la prise en charge de nouveau-nés à risque (18 %).

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement en fonction du mode de prise en charge et explique, pour partie, la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants (95 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 92 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (tableau 1). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 65 % et 77 % moyennement à fortement dépendants).

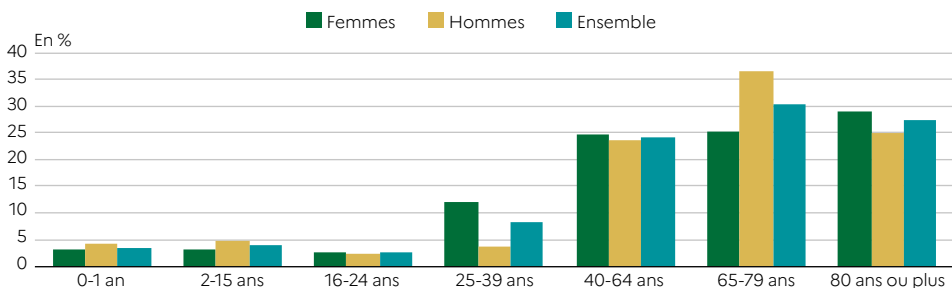
Plus de la moitié des séjours d'HAD concernent des personnes âgées

Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est de plus en plus importante (graphique 1). En 2022, les patients de 65 ans

ou plus totalisent ainsi 57,6 % des séjours (dont 27,3 % pour les 80 ans ou plus). Cette part recule de 0,8 point en 2022 et 2021 après avoir fortement augmenté en 2020 (+2,9 points pour les 65 ans ou plus, comme pour les 80 ans ou plus), probablement afin d'éviter des hospitalisations avec hébergement aux plus fragiles. Malgré ce reflux, la part des patients âgés reste supérieure en 2022 à son niveau d'avant la crise, où il était déjà en augmentation régulière (56,3 % en 2019, après 50,0 % en 2015 par exemple). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 7,4 % des séjours, dont 3,5 % pour les moins de 2 ans.

Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (23 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (29 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, passe désormais en cinquième position (9 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD suite à des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)⁴. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2022



Lecture > En 2022, les séjours des patients de 25 à 39 ans représentent 12 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATI, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

4. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD disponible sur le site Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726> et recommandations de bonnes pratiques de la HAD datant d'avril 2011, disponibles sur le site de la Haute Autorité de santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum.

Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

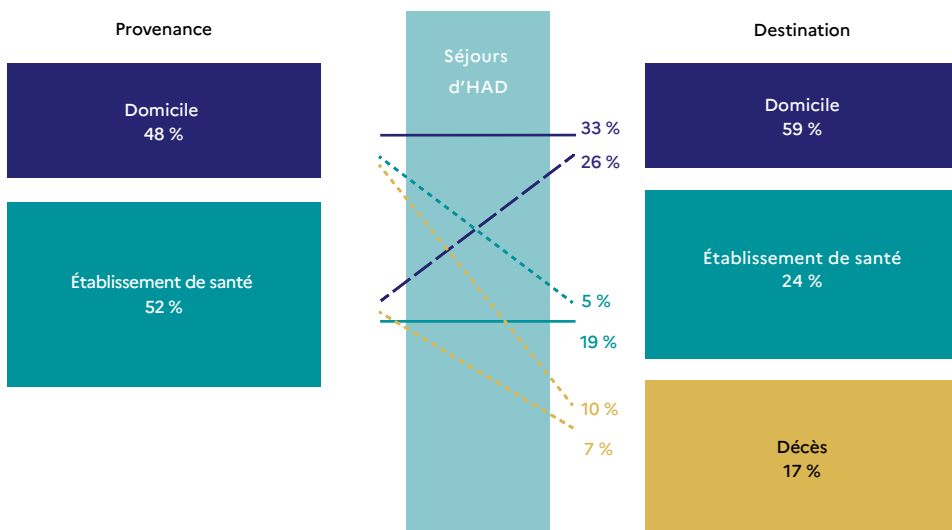
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité multiforme. L'admission en HAD et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

La part de patients admis directement depuis leur domicile, en nette augmentation depuis le début de la crise sanitaire, poursuit sa progression (48 % en 2022, après 37 % en 2019) [schéma 1]. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 33 % de ces

séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour (25 % en 2019). Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

En outre, 52 % des séjours d'HAD concernent des patients admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux écourtent une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (26 % des séjours), tandis que pour d'autres (19 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 17 % des séjours d'HAD s'achèvent avec le décès du patient, principalement en soins palliatifs (où environ un séjour sur deux se conclut par un décès). ■

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2022



HAD : hospitalisation à domicile.

Note > En 2022, 200 séjours ont été exclus du schéma, car il n'est pas possible de connaître la provenance ni la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.

Lecture > En 2022, 52 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 59 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 33 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 256 600 séjours d'HAD terminés en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (99,9 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après. Seules les journées de 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Le PMSI mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Définitions

> **Mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prises en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) comprenant six dimensions (habillement, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication). La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : complètement autonome, faiblement, moyennement, fortement dépendant.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels le Covid-19 est le motif médical principal de prise en charge, ou pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif principal. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DA), est codé avec les modalités U7:10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U7:11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07:12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U7:14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U7:15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

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

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, mars). Analyse de l'activité hospitalière 2022. Note et rapport d'analyse.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2022, octobre). L'hôpital de demain sera le domicile. Rapport d'activité 2021-2022.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

En 2022, 1 803 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France. Ils disposent de 101 800 lits et 18 000 places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. La Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Guadeloupe et La Réunion sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. 1,3 million de séjours et 33,8 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2022. L'hospitalisation complète reste prédominante (85 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé à but non lucratif (19 % des capacités). La hausse d'activité d'hospitalisation complète et partielle en 2022 ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

35 % des capacités de SSR sont assurées par les établissements publics

L'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 803 établissements de santé en France (tableau 1). Près d'un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif.

En 2022, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 101 800 lits et 18 000 places, représentant en cumulé 26 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours et psychiatrie confondus). Ces capacités d'accueil cumulées en moyen séjour sont assez stables depuis 2016 (+0,2 % en moyenne annuelle de 2016 à 2022, après +1,6 % de 2003 à 2016) [voir fiche 02 « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »]. Mais cette apparente stabilité masque un report des modalités de prises en charge vers le temps partiel, et entre secteurs. Ainsi, entre 2016 et 2021, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 0,4 % par an en moyenne (soit une baisse cumulée de 2 700 lits, entièrement portée par les secteurs public et privé non lucratif), tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmentait de 6,0 % en moyenne annuelle (soit une hausse de 4 500 places, majoritairement portée par les cliniques privées). Cette tendance se poursuit en 2022. Ainsi, le

nombre de lits en hospitalisation complète baisse de 1,3 % par rapport à 2021 (-1 300 lits), tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmente de 5,8 % (+1 000 places). Ces capacités d'accueil sont réparties pour 36 % dans le secteur privé, 35 % dans le secteur public, et 29 % dans le secteur privé à but non lucratif.

En 2022, l'activité de SSR poursuit son rebond, sans retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire

En 2020, l'activité de SSR a subi une baisse sans précédent du fait des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19 (-17,6 % de séjours et -12,5 % de journées, contre respectivement +0,6 % et -0,5 % en moyenne annuelle entre 2016 et 2019) [tableau complémentaire A]. Elle connaît depuis un rebond : les nombres de séjours et de journées sont repartis à la hausse (respectivement +2,4 % et +2,7 % en 2022, après +5,5 % et +0,5 % en 2021). Les établissements de SSR comptabilisent ainsi 1,3 million de séjours, pour 33,8 millions de journées en 2022, ce qui représente 27 % de l'activité hospitalière totale (s'agissant du nombre de journées). Ces chiffres restent en deçà de leurs niveaux d'avant la crise sanitaire (1,5 million de séjours et 37,4 millions de journées en 2019).

Considérant la répartition de l'activité par secteur, la part relative du secteur privé à but non lucratif est un peu plus faible en nombre de journées (26 %) qu'en nombre de lits et de places ou de séjours (29 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (86 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (18 % des journées, contre 17 % dans le secteur privé à but lucratif et 8 % dans le secteur public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles

prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir fiche 19, « La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation »). La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié cette structuration de l'offre de soins.

Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les cliniques privées : elle y atteint 39,2 jours, contre 36,1 jours dans les établissements publics et 35,3 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2022

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	882	441	480	1 803
Nombre de lits et places, dont :	42 345	34 788	42 602	119 735
hospitalisation partielle (part en %)	4 015 (9 %)	6 437 (19 %)	7 526 (18 %)	17 978 (15 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	494	379	438	1 311
hospitalisation partielle (part en %)	168 (34 %)	153 (41 %)	135 (31 %)	457 (35 %)
séjours avec diagnostic de Covid-19 ² (part en %)	43 (9 %)	18 (5 %)	27 (6 %)	89 (7 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	11 671	8 896	13 186	33 752
hospitalisation partielle (part en %)	956 (8 %)	1 621 (18 %)	2 306 (17 %)	4 883 (14 %)
journées avec diagnostic de Covid-19 ² (part en %)	1 906 (16 %)	849 (10 %)	1 389 (11 %)	4 144 (12 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés³ en 2022 (en journées), dont :	36,1	35,3	39,2	37,0
séjours sans aucun diagnostic de Covid-19	34,2	34,1	37,5	35,3
séjours avec diagnostic de Covid-19 ²	49,9	52,5	58,7	53,1
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit ou place)	0,4	0,3	0,2	0,4
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit ou place)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation⁴ (ETP par lit ou place)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnels⁵ (ETP par lit ou place)	0,2	0,3	0,2	0,2

SSR : soins de suite et de réadaptation ; ETP : équivalent temps plein.

1. Les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.

2. Les séjours ou journées avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ou journées ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

3. En 2022, 854 025 séjours d'hospitalisation complète en SSR, soit 65 % des séjours de ce type, sont terminés dans l'année.

4. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.

5. Les autres types de personnels sont le personnel administratif, technique et médico-technique, le personnel éducatif, les psychologues et les assistants de service social.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2022 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2022 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

L'activité de SSR reste marquée par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19

En 2022, les établissements de SSR ont enregistré 89 000 séjours pour des patients avec diagnostic de Covid-19¹, ce qui représente 6,8 % de l'ensemble des séjours de SSR (après 5,5 % en 2021 et 5,2 % en 2020), et 12,3 % des journées (après 7,6 % en 2021 et 7,4 % en 2020). Le Covid-19 continue ainsi de fortement peser sur l'activité de SSR, alors même que la part des prises en charge de patients avec diagnostic de Covid-19 s'amenuise dans les autres disciplines (voir fiche 10 « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités » et fiche 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Ce décalage temporel s'explique naturellement par le positionnement des SSR, qui ont pour vocation de cibler la réadaptation et la réinsertion des patients, après une hospitalisation en court séjour par exemple.

Les patients avec diagnostic de Covid-19 représentent une part plus importante des journées que des séjours, car leur durée moyenne de séjour (DMS) est particulièrement élevée : 53,1 jours, contre 35,3 jours pour les autres séjours. Par ailleurs, la DMS pour les séjours avec diagnostic de Covid-19 a fortement augmenté par rapport à 2020 (38,8 jours) et 2021 (46,5 jours), ce qui pourrait s'expliquer par la prise en charge de patients atteints de « Covid long », c'est-à-dire présentant des symptômes prolongés (plus de quatre semaines après l'infection).

Au global, la DMS est en hausse par rapport à la période précédant la crise (37,0 jours en 2022 contre 34,7 jours en 2019). Ce phénomène s'explique principalement par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19. Cependant, la DMS des séjours hors Covid-19 est aussi légèrement plus élevée en 2022 qu'en 2019. Cette augmentation concerne toutes les grandes catégories de morbidité principale à l'admission, avec une hausse particulièrement marquée pour les maladies du système nerveux. Par ailleurs, la structure des séjours par pathologie a aussi

évolué, comprenant une proportion plus importante de séjours avec une DMS longue (voir fiche 19, « Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation »).

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 1 ETP par lit ou place : 0,4 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnels (personnel administratif, technique et médico-technique, personnel éducatif, psychologues, assistants de service social) [tableau 1]. Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les cliniques privées (0,2). Le personnel médical est nettement moins nombreux (0,04 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements) et compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres. Ces éléments sur la configuration du personnel en SSR n'ont pas été modifiés de façon significative par la crise sanitaire.

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 438,6 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². La tendance à la baisse de cette densité moyenne (464,9 en 2016, avec une diminution moyenne annuelle de 1,0 % depuis), ne se traduit pas par une baisse équivalente du nombre de lits et places, qui reste stable au cours des dernières années. Cette situation s'explique notamment par la croissance démographique des 50 ans ou plus au cours de la même période. Les régions qui se distinguent par les densités de lits et de places les plus élevées sont la région

1. La méthode de repérage de ces « séjours Covid-19 » est détaillée dans l'encadré Sources et méthodes.

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent environ 80 % des séjours de SSR.

Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [534 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus], la Guadeloupe (516) et La Réunion (509), l'Occitanie (487), l'Île-de-France (486) et la Corse (457) [tableau 2]. Pour la région Paca, le rapport du taux d'hospitalisation standardisé³ au taux national s'élève à 1,08, ce qui indique que les hospitalisations en SSR sont plus fréquentes que la moyenne nationale dans cette région. À l'opposé, Mayotte, les Pays de la Loire et la Guyane sont parmi les régions les moins équipées en SSR (avec des densités respectives de

192, 360 et 377), et aussi celles où les hospitalisations en SSR sont les moins fréquentes. Si les disparités géographiques d'offres de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non résidents. En d'autres termes, ces régions présentent un solde négatif entre

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2022 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
Provence-Alpes-Côte d'Azur	534	1,9	1,08
Occitanie	487	2,7	1,04
Île-de-France	486	0,0	1,00
Corse	457	-9,3	1,02
Normandie	443	-1,0	1,08
Hauts-de-France	431	0,3	1,07
Bourgogne-Franche-Comté	430	-3,2	0,98
Centre-Val de Loire	420	-1,8	0,89
Auvergne-Rhône-Alpes	418	-0,7	0,97
Grand Est	398	0,1	0,98
Nouvelle-Aquitaine	386	2,0	0,98
Bretagne	379	0,5	1,06
Pays de la Loire	360	-2,2	0,81
Guadeloupe	516	-5,5	1,31
La Réunion	509	-0,2	1,19
Guyane	377	-21,5	0,88
Martinique	367	-2,3	0,96
Mayotte	192	-41,2	0,16
France	439	-	1,00

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES ; DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

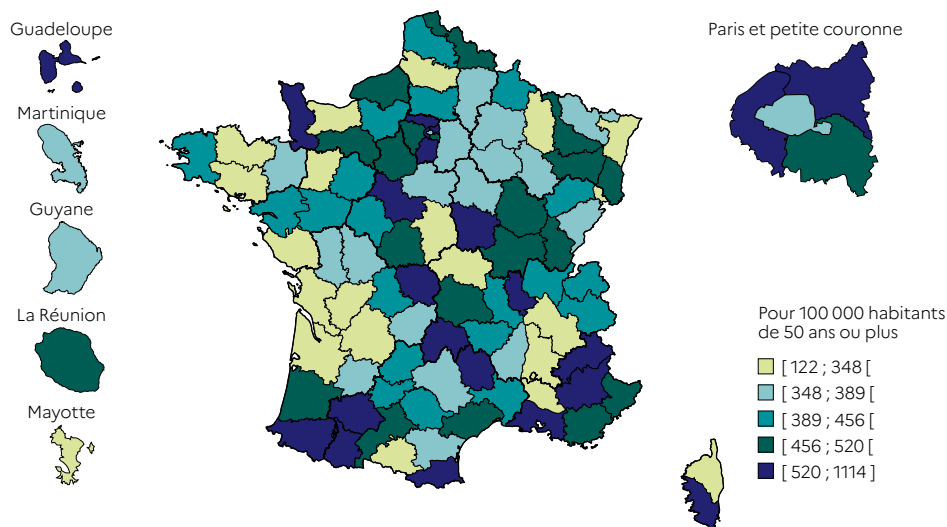
3. La standardisation de ce taux prend en compte la structure d'âge et de sexe de la population, ce qui signifie que la fréquence d'hospitalisation plus élevée en région Paca ne s'explique pas par une surreprésentation des personnes âgées.

taux d'entrée et taux de fuite des patients. C'est notamment le cas de Mayotte, de la Guyane, de la Corse, de la Guadeloupe et de la Bourgogne-Franche-Comté. À l'opposé, l'Occitanie, la Nouvelle-Aquitaine et la région Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale.

Ces statistiques peuvent mériter d'être approfondies à un échelon infrarégional : si dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène, de fortes disparités départementales existent en effet dans d'autres (carte 1).

Ainsi, la région Occitanie occupe la deuxième place des régions métropolitaines les plus dotées en lits et places de SSR, mais les densités infrarégionales y sont très hétérogènes : sur les treize départements qui la composent, quatre ont des densités supérieures à 520 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile au niveau national), alors que six autres ont des densités inférieures à 406 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant à la médiane). ■

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR par département au 31 décembre 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

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

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) exerçant une activité de SSR en 2022, y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés ●●●



en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après. Seules les journées de 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées.

Définitions

- > **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.
- > **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- > **Taux d'hospitalisation standardisé** : la standardisation du taux d'hospitalisation régional (rapport du nombre de patients résidents hospitalisés à la population de la région) consiste à affecter aux taux d'hospitalisation par sexe et âge de chaque région, la structure par sexe et âge de la France.
- > **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux avec une manifestation morbide principale (MMP), une affection étiologique (AE), ou un diagnostic associé codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

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

- > Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T. (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.

En 2022, les établissements de santé réalisent 1,3 million de séjours, soit 33,8 millions de journées d'hospitalisation, en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour 854 000 patients. L'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié les principales caractéristiques de la patientèle. Les patients en SSR sont âgés (la moitié d'entre eux ont 70 ans ou plus), ce sont un peu plus souvent des femmes, et la majorité d'entre eux sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission. Les soins s'effectuent plus fréquemment à la suite de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (poses de prothèses), de lésions traumatiques et d'empoisonnements, ainsi que de pathologies cardiovasculaires.

La patientèle en SSR reste plutôt âgée et féminine en 2022

En 2022, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,3 million de séjours (*tableau 1*) et 33,8 millions de journées (voir fiche 18 « L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé »). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soins, mais la part de l'hospitalisation partielle augmente progressivement, pour atteindre 35 % des séjours en 2022 (contre 25 % en 2015).

L'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié les principales caractéristiques de la patientèle. Les patients de SSR sont majoritairement des femmes (53 %) et sont plutôt âgés : l'âge moyen des patients à leur admission est de 65 ans (68 ans pour les femmes et 61 ans pour les hommes) et au moins la moitié des patients ont 70 ans ou plus. C'est dans les établissements publics que les patients sont les plus âgés (69 ans en moyenne, contre 68 ans dans les cliniques privées et 56 ans dans les établissements privés à but non lucratif).

En hospitalisation complète, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (56 %, contre 47 % en hospitalisation partielle) et plus âgées à l'admission (74 ans, contre 67 ans pour les hommes). Il n'y a pas de différence d'âge moyen à l'admission en hospitalisation partielle entre les femmes et les hommes (53 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 37 jours (voir fiche 18). Elle augmente avec l'âge et atteint 39 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

La majorité des patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours d'hospitalisation partielle présentent moins fréquemment de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) [encadré Sources et méthodes]. Ainsi, pour 88 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission (contre 49 % des séjours d'hospitalisation complète) (*graphique 1*). La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose surtout sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est en général plus fort qu'en hospitalisation partielle, en raison notamment du plus grand degré de dépendance à l'admission.

Les motifs de prises en charge varient selon l'âge et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques ou empoisonnements (15 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants), ou encore des affections du système nerveux (14 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques).

Les chutes et troubles de la marche (8 %), les troubles mentaux (7 %, dont ceux liés à l'alcool ou aux substances psychoactives et les démences), ainsi que l'obésité (5 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge (tableau 2). La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Pour les patients de moins de 18 ans,

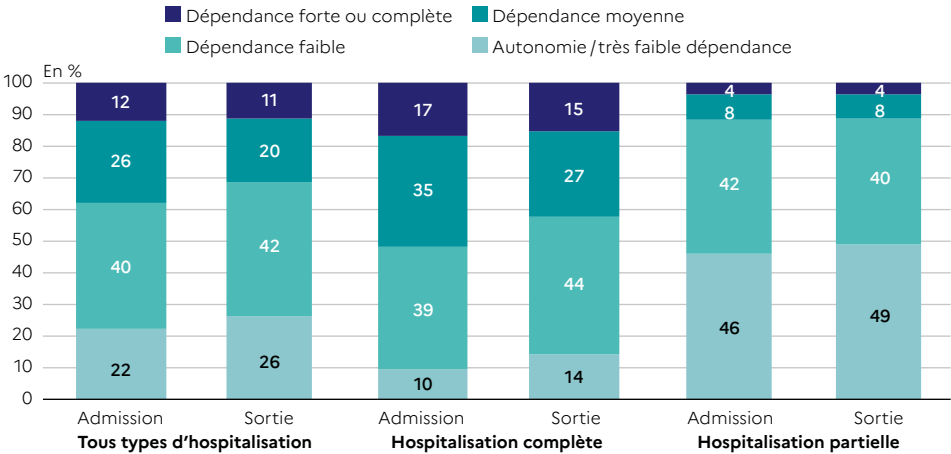
les séjours concernent principalement la prise en charge des paralysies cérébrales (17 %) et de l'obésité (14 %). Chez les 18-34 ans, la répartition des séjours reste assez similaire, avec cependant une prévalence plus élevée des lésions traumatiques ou empoisonnements (19 % des séjours).

Tableau 1 Nombre de séjours de SSR, âge moyen et âge médian à l'admission par sexe et type de séjour en 2022

	Ensemble des séjours				Séjours d'hospitalisation complète			Séjours d'hospitalisation partielle		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission	Âge médian à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission
Femmes	698	53	68	73	482	56	74	217	47	53
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ¹	51	7	79	83	48	10	81	3	1	52
Hommes	612	47	61	66	372	44	67	240	53	53
dont séjours avec diagnostic de Covid-19 ¹	38	6	73	77	36	10	75	2	1	56
Ensemble	1 311	100	65	70	854	100	71	457	100	53

1. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours de SSR selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et le type d'hospitalisation, en 2022



Note > L'état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 2,4 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2022, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidity à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)					
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	159	12	0	3	17	12	9
cardiopathies ischémiques	72	6	0	1	10	5	1
insuffisance cardiaque	29	2	0	1	2	2	4
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	16	1	0	0	2	2	0
Affections de l'appareil respiratoire	48	4	2	1	4	4	4
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	99	8	18	12	10	4	3
diabète	12	1	3	1	1	1	0
obésité et autres excès d'apport	64	5	14	11	8	1	0
Covid-19	10	1	0	0	0	1	2
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	191	15	8	19	8	16	27
Maladies du système nerveux, dont :	188	14	25	22	18	12	6
maladies cérébrovasculaires ¹	12	1	0	0	1	1	2
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	133	10	17	17	14	8	3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	243	19	18	20	20	22	11
arthropathies	135	11	6	9	9	16	6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	178	14	9	10	10	15	22
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	101	8	4	3	4	9	15
Troubles mentaux, dont :	91	7	9	10	7	6	7
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	26	2	0	0	0	3	4
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	34	3	0	6	6	0	0
Tumeurs malignes, dont :	46	4	1	1	3	5	3
organes digestifs	12	1	0	0	1	1	1
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	6	0	0	0	0	1	0
organes respiratoires et intrathoraciques	7	1	0	0	1	1	0
Autres pathologies²	56	4	9	4	3	4	5
Non précisé	1	0	0	0	0	0	0
Total	1 311	100	100	100	100	100	100

1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES.

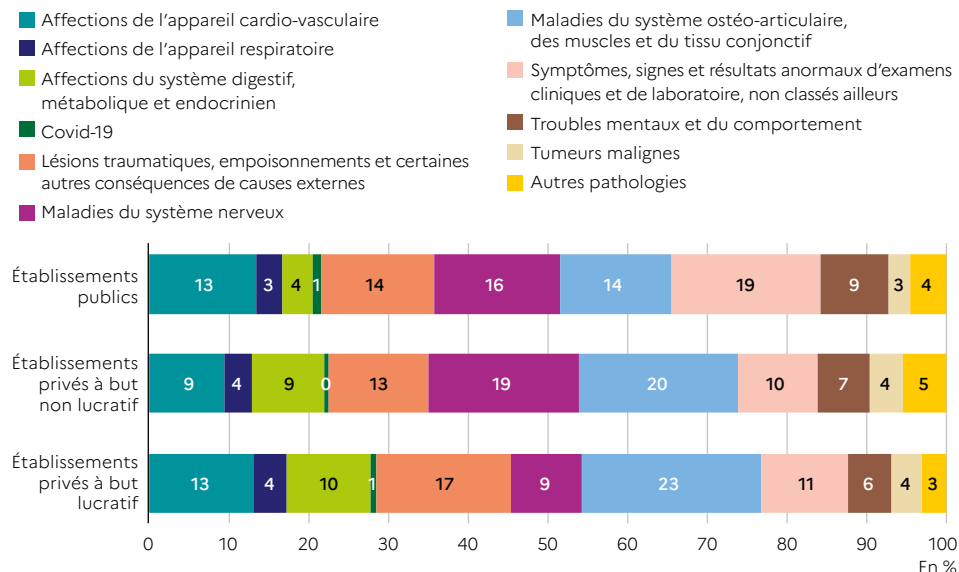
Les patients de 35 à 69 ans se caractérisent par davantage de séjours pour cardiopathies ischémiques (correspondant à un manque d'oxygène au niveau du muscle du cœur, 10 %). Chez les 70-84 ans, les séjours pour suites de poses de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) sont plus fréquents (16 %), tout comme ceux pour chutes et anomalies de la démarche et de la motilité (9 %). Ce dernier motif de recours va alors croissant avec l'âge et représente 15 % des séjours des patients de 85 ans ou plus. Les lésions traumatiques ou empoisonnements sont également plus fréquentes dans cette tranche d'âge (27 %). Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs légèrement différents (*graphique 2*). Comparativement aux autres secteurs, les cliniques privées prennent plus souvent en charge les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système

ostéo-articulaire, les établissements privés à but non lucratif les séjours pour suites de maladies du système nerveux, et ceux du secteur public les séjours liés aux troubles mentaux et du comportement, ainsi que pour suites de symptômes divers, dont les chutes et anomalies de la démarche et de la motilité.

Le Covid-19 en SSR concerne des patients plus âgés et en hospitalisation complète

Le Covid-19 constitue, depuis 2020, un type de morbidité en SSR, enregistré dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Sur les 89 000 séjours enregistrés avec diagnostic de Covid-19¹, 10 000 concernent des patients dont la morbidité à l'admission est le Covid-19 (*tableau 3*). Les 79 000 séjours restants sont associés à d'autres morbidités à l'admission, principalement à des symptômes, signes et résultats anormaux d'examen (17 000 séjours),

Graphique 2 Répartition des séjours de SSR selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique de l'établissement en 2022



Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES.

1. La méthode de repérage de ces « séjours Covid-19 » est détaillée dans l'encadré Sources et méthodes. Voir également la fiche 18 sur « L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé », tableau 1.

Tableau 3 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2022 et des diagnostics de Covid-19, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part des séjours en hospitalisation complète (en %)	Nombre de séjours avec diagnostic de Covid-19
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	159	52	6
cardiopathies ischémiques	72	30	1
insuffisance cardiaque	29	70	3
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	16	67	0
Affections de l'appareil respiratoire	48	78	6
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	99	59	3
diabète	12	69	0
obésité et autres excès d'apport	64	45	1
Covid-19	10	91	10
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	191	84	16
lésions traumatiques	166	85	14
Maladies du système nerveux, dont :	188	49	10
maladies cérébrovasculaires ¹	12	82	1
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	133	45	6
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	243	62	9
arthropathies	135	72	4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	178	67	17
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	101	70	9
Troubles mentaux, dont :	91	70	6
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	26	69	2
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	34	81	1
Tumeurs malignes, dont :	46	93	3
organes digestifs	12	98	1
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	6	97	0
organes respiratoires et intrathoraciques	7	92	0
Autres pathologies²	56	66	3
Non précisé	1	57	0
Total	1 311	65	89

1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES.

à des lésions traumatiques et empoisonnements (16 000 séjours), ou encore à des maladies du système nerveux (10 000 séjours) et du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (9 000 séjours). Comme pour les autres motifs de prises en charge en SSR, les séjours avec diagnostic de Covid 19 concernent majoritairement des femmes (57 %). En revanche, en 2022, ces séjours sont presque toujours réalisés en hospitalisation complète (95 % des cas, contre 65 % pour l'ensemble des séjours de SSR [tableau 1]) et les patients concernés sont significativement plus âgés, aussi bien chez les femmes (dont l'âge médian à l'admission est de 83 ans, contre 73 ans pour l'ensemble des patientes de SSR) que chez les hommes (77 ans, contre 66 ans pour l'ensemble des patients de SSR). La baisse concomitante de l'âge médian à l'admission pour les autres séjours de SSR depuis 2020 entraîne une apparente stabilité de l'âge médian de

l'ensemble des patients hospitalisés en SSR, qui retrouve, en 2022, son niveau de 2019 (70 ans), après avoir atteint 72 ans en 2020.

La structure de la patientèle, fortement modifiée par la crise sanitaire, évolue, depuis, de manière contrastée. La hausse du nombre de séjours (+2,4 % en 2022, voir fiche 18) est particulièrement marquée pour les séjours pour maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (+8,2 % en 2022, après +10,6 % en 2021 et une baisse sans précédent de 26,5 % en 2020 due à la déprogrammation des hospitalisations moins lourdes liée à l'épidémie de Covid-19), et ceux pour affections de l'appareil respiratoire (+4,9, %). Le nombre de séjours pour lésions traumatiques ou empoisonnements a augmenté dans une moindre mesure en 2022 (+4,3 %, après +0,3 % en 2021), ne compensant que partiellement la baisse observée en 2020 (-13,2 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité de SSR en 2022 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après. Seules les journées de 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées.

Définitions

Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).





> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

> **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux avec une manifestation morbide principale (MMP), une affection étiologique (AE), ou un diagnostic associé codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

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

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, mars). Analyse de l'activité hospitalière 2022. Note et rapport d'analyse.
- > **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.
- > **Coquelet, F.** (2015, décembre). Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES, *Études et Résultats*, 943.
- > **Coquelet, F., Valdelièvre, H.** (2011, décembre). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Les Dossiers Solidarité et Santé*, 23.
- > **Peretti (de), C., Woimant, F., Schnitzler, A.** (2019, novembre). Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 44.

En 2022, 12,9 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises en France. Pour 70 % d'entre eux, l'hospitalisation relève d'un épisode unique au cours de l'année. Celui-ci peut néanmoins correspondre à une seule ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières, notamment d'affections du sang ou de tumeurs.

12,9 millions de patients ont été hospitalisés en France en 2022

En 2022, 12 868 300 patients ont été hospitalisés, en France, dans l'un des 2 798¹ établissements de santé, publics ou privés. 728 000 patients y sont nés, 393 400 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court et de moyen séjour.

70 % des patients sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

En 2022, près des deux tiers des patients (65 %) ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour (*tableau 1*). Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a comporté plusieurs séjours consécutifs tout en constituant un épisode de soins unique au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements, ou dépendant de différentes disciplines, par exemple en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD).

30 % des patients (3 904 700) ont connu au moins une nouvelle hospitalisation à distance du premier séjour ou épisode. Pour 38 % de ces patients, la durée entre deux épisodes d'hospitalisation

est comprise entre deux et sept jours, pour 32 % entre huit et trente jours, pour 18 % entre un et trois mois, pour 8 %, entre trois et six mois et, pour 4 %, elle excède six mois.

Il convient ainsi de distinguer trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année (*tableau 1*) : les séjours uniques, les épisodes de soins hospitaliers uniques et les hospitalisations multiples. Les séjours uniques relèvent principalement de MCO. Pour les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode de soins hospitaliers unique, les profils de parcours les plus fréquents sont un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR (44 % soit 246 000 patients) ou deux séjours en MCO dans deux établissements distincts (37 %). Pour les parcours constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions ont lieu principalement en MCO (86 %) et en psychiatrie (46 %). En revanche, les réadmissions sont plus rares en SSR (23 %) et en HAD (8 %).

Si l'on considère le champ sanitaire dans son ensemble et non plus le type de parcours inter-champs, la prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,8 % des patients, en SSR pour 1,4 %, en HAD pour 0,2 % et en psychiatrie pour 1,7 %. Un million de patients (7,9 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires, ce qui recouvre alors une plus grande diversité d'intervenants et de coordination des soins.

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements (à savoir 2 976) indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie, de façon variable selon l'âge et le sexe

Les patients sont âgés en moyenne de 50 ans (médiane à 54 ans) : 15 % ont moins de 18 ans, 25 % entre 18 et 44 ans, 41 % entre 45 et 74 ans et 19 % ont 75 ans ou plus. La proportion de femmes est de 55 %. Elle est naturellement plus élevée en raison des maternités dans la tranche

des 18-44 ans, mais aussi des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur. Les patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises ou ayant eu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (respectivement 58 ans et 64 ans, contre 45 ans pour ceux ayant connu un séjour unique d'hospitalisation). Hors maternité (accouchées et nouveau-nés),

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2022

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Hospitalisation unique	Patients (en %)	Épisode hospitalier unique	Patients (en %)	Hospitalisations multiples	Patients (en %)
Nombre de patients	12 869 277	100,0	8 411 523	100,0	553 048	100,0	3 904 706	100,0
Âge moyen	49,6	-	45,0	-	64,0	-	57,7	-
Part des femmes (en %)	54,5	-	55,0	-	56,3	-	53,3	-
Nombre de naissances	727 971	5,7	616 883	7,3	12 516	2,3	98 572	2,5
Nombre de décès	393 363	3,1	138 763	1,6	62 077	11,2	192 523	4,9
Nombre de séjours dans l'année 2022, médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 3	-	1 / 1 / 1	-	2 / 3 / 4	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO ²	11 429 798	88,8	8 091 894	96,2	207 020	37,4	3 130 884	80,2
Admission exclusivement en SSR	184 123	1,4	141 699	1,7	1 632	0,3	40 792	1,0
Admission exclusivement en HAD	24 898	0,2	22 374	0,3	194	0,0	2 330	0,1
Admission exclusivement en psychiatrie	225 100	1,7	155 556	1,8	12 878	2,3	56 666	1,5
Séjours avec diagnostic de Covid-19	517 952	4,0	164 863	2,0	75 467	13,7	277 622	7,1

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont été hospitalisés au cours de 4 séjours ou moins et 90 % l'ont été au cours de 10 séjours ou moins dans l'année.

2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais qui n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie.

Note > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers. Pour les épisodes de soins hospitaliers uniques au cours de l'année, ceux-ci ne se font pas exclusivement dans le même champ sanitaire.

Lecture > En 2022, 207 000 patients ayant connu un épisode hospitalier unique avec admission exclusive en MCO ont été dénombrés. Il s'agit des séjours en MCO commencés dans un premier établissement avec transfert vers un autre établissement de MCO. Ils représentent 37 % de l'ensemble des patients ayant connu un épisode hospitalier unique.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2022, traitements DREES.

l'âge moyen des patients hospitalisés à plusieurs reprises s'élève à 58 ans, et celui des patients ayant eu un épisode de soins hospitaliers unique composé de plusieurs séjours à 66 ans, traduisant un épisode aigu plus difficile à surmonter, tandis que celui des patients ayant connu un séjour unique s'élève à 50 ans.

Les patients souffrant d'affections du sang ou de tumeurs sont plus souvent hospitalisés plusieurs fois dans l'année

En 2022, 32,9 millions de séjours ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge (tableau 2), ces groupes sont issus de l'algorithme de groupage du PMSI.

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers en 2022

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Hospitalisations multiples		
		Nombre de patients	%	Âge¹	Nombre de patients	%	Âge¹	Nombre de patients	%	Âge¹
Affections du système nerveux	1 462 395	421 635	42,8	54,2	77 347	7,9	69,3	485 664	49,3	58,1
Affections de l'œil	1 247 672	341 010	40,4	66,2	4 210	0,5	66,4	499 279	59,1	72,3
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	822 866	600 715	77,6	25,6	9 994	1,3	41,9	163 427	21,1	43,1
Affections de l'appareil respiratoire	1 142 125	316 971	38,2	53,2	69 037	8,3	69,4	443 392	53,5	60,0
Affections de l'appareil circulatoire	2 012 394	549 705	39,6	63,7	75 897	5,5	73,0	762 274	54,9	68,2
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 327 906	1 702 521	62,9	54,2	57 852	2,1	62,3	946 623	35,0	60,4
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 502 209	1 053 211	56,1	51,3	170 280	9,1	74,5	655 047	34,9	60,8
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	906 269	446 236	57,9	46,3	22 071	2,9	65,0	302 888	39,3	59,6
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	600 895	196 886	42,0	47,8	20 351	4,3	60,8	251 547	53,7	50,1
Affections génito-urinaires	1 641 573	686 018	54,6	45,2	32 654	2,6	67,1	538 341	42,8	59,7
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 128 825	685 488	74,6	30,5	19 264	2,1	30,8	214 647	23,3	30,5
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	756 647	620 085	85,5	0,0	12 260	1,7	0,0	93 001	12,8	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	502 545	63 260	21,9	55,3	12 593	4,4	66,9	212 619	73,7	59,3
Maladies infectieuses et parasitaires	200 146	57 952	33,9	41,7	15 011	8,8	67,3	97 750	57,3	54,1
Maladies et troubles mentaux	1 091 712	225 775	38,6	44,1	77 199	13,2	48,0	281 903	48,2	44,4
Traumatismes, allergies et empoisonnements	431 977	109 373	40,2	39,1	26 610	9,8	46,7	136 220	50,0	47,4
Autres affections ou prises en charge	1 265 781	287 010	31,0	50,8	67 425	7,3	69,2	570 175	61,7	58,2
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	11 859 784	40 870	5,4	53,2	29 892	3,9	67,2	691 607	90,7	64,7
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	35 605	6 802	28,9	38,7	4 807	20,4	46,3	11 904	50,6	42,3

1. Âge moyen des patients.

Note > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques et d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical. Pour les patients ayant connu plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. Par conséquent, la somme des décomptes de patients dans les groupes est supérieure au nombre de patients aussi bien pour les épisodes hospitaliers uniques que pour plusieurs hospitalisation non contiguës, soit respectivement 805 000 versus 553 000 et 7 358 000 versus 3 905 000.

Lecture > Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës en 2022, 485 664 ont été pris en charge au moins une fois pour affections du système nerveux.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2022, traitements DREES.

Les affections du sang et les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent, après les pathologies à traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), les groupes de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et

affections de la période prénatale fait majoritairement l'objet d'une hospitalisation unique (85 %). Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète, partielle et de séances des établissements de santé, publics ou privés. Ce champ prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, afin de décrire le plus complètement possible les parcours hospitaliers ; il est plus étendu que celui d'autres fiches, notamment la fiche 3 « L'activité en hospitalisation complète et partielle ».

L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) – incluant l'ensemble des nouveau-nés –, en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie, ainsi que certains anciens hôpitaux locaux, n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent, pour chaque séjour, une description normalisée de la prise en charge médicale (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définitions

> **Patients distincts** : ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations sources n'indiquent pas d'erreur (voir *supra*, rubrique Méthodologie).

> **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.

> **Épisodes de soins hospitaliers** : lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2022 ont été pris en compte ; certains de ces séjours se poursuivent en 2023. Cette modalité de décompte est propre à cette fiche sur les parcours de soins hospitaliers. ●●●



> **Groupes médicaux de prise en charge** : ils ont été constitués ici à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou de chaque semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

> **Diagnostic Covid-19** : pour identifier les séjours avec diagnostic de Covid-19, les codes de la classification internationale des maladies dans la 10^e révision (CIM 10) mobilisés, tant en diagnostic principal qu'en diagnostic associé, sont ceux des modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

Pour en savoir plus

> Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rubrique Accès aux données / Bases de données / Documentation technique / Aide à l'utilisation des informations de chaînage.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

En 2022, 464 maternités sont dénombrées en France, soit 78 de moins qu'en 2012, et de l'ordre de trois fois moins qu'en 1975. En effet, depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont accru l'encadrement des accouchements pour réduire les risques pesant sur l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités, qui se poursuit avec la diminution régulière de leur nombre et une augmentation de leur taille moyenne.

La concentration de l'offre de soins se poursuit entre 2012 et 2022

En 2022, 464 maternités disposent de 14 400 lits d'obstétrique et pratiquent 712 800 accouchements¹ en France, y compris au sein du service de santé des armées (SSA) [graphique 1 et tableau complémentaire A]. Considérant la décennie précédente, leur nombre décroît légèrement plus vite que le nombre d'accouchements qu'elles réalisent ou que le nombre de naissances : -14,4 % (soit -78 établissements entre 2012 et 2022), contre -12,8 % (soit -104 200 accouchements réalisés) et -11,6 % (soit -95 100 naissances). Au cours de la même période, les capacités diminuent de 18,5 % (-3 300 lits) et la durée moyenne de séjour (DMS) décroît aussi, passant de 5,6 jours en 2012 à 4,5 jours en 2022. Ainsi, le taux d'utilisation des lits de maternité augmente, passant en moyenne de 46 accouchements annuels par lit en 2012 à 49 en 2022.

Un mouvement qui s'inscrit dans la durée

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques d'accouchement privées, qui impose des normes de sécurité très strictes pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum sont notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public.

La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent de manière réglementaire trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Dans le secteur privé, la parution du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été affectées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités ne disposant pas de service de néonatalogie (maternités de type 1, voir encadré Sources et méthodes) s'est poursuivie.

La baisse du nombre de maternités s'observe ainsi sur les séries historiques réalisées sur le champ de la France métropolitaine, hors SSA : leur nombre a été divisé par trois depuis 1975, passant de 1 369 en 1975, à 519 en 2012, pour s'établir à 446 en 2022 (tableau 1). Dans le même temps, les nombres d'accouchements et de naissances ont, en général, plutôt fluctué entre 700 000 et 800 000 par an – ils diminuent à respectivement

1. Non compris les 700 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2022 et les 5 200 accouchements hors établissements et suivis d'une hospitalisation en maternité.

674 000 accouchements et 686 600 naissances en 2022 (après par exemple 687 000 accouchements et 701 800 naissances en 2021). Au cours de la même période, le nombre total de lits a été divisé par deux : il est passé de 32 000 en 1975 à 13 600 fin 2022. Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté, de 23 accouchements annuels par lit en moyenne en 1975 à 49 en 2022. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 8,0 jours en 1975 à 5,5 jours en 2012 et 4,5 jours en 2022 (tableau complémentaire B).

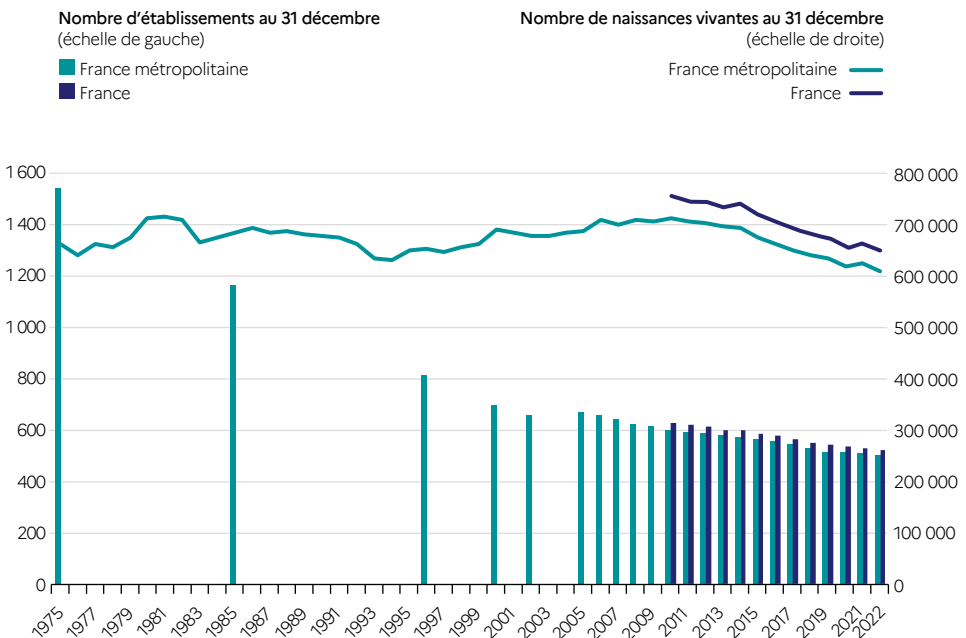
La part des accouchements dans les maternités de types 2 et 3 augmente

Au 31 décembre 2022, 167 maternités de type 1, 143 maternités de type 2a, 87 de type 2b et 67 de type 3 sont dénombrées en France, y compris au sein du SSA (tableau complémentaire C).

Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 64 % des 464 maternités de France (y compris le SSA). Elles concentrent 78 % des lits et 83 % des accouchements. Ces maternités sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3) [tableau complémentaire D]. Quant aux maternités de type 1, 68 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2022, contre 60 % en 2012 (tableau complémentaire E).

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. En 2022, une maternité de type 1 pratique en moyenne 745 accouchements par an, une maternité de type 2a, 1 399, une maternité de type 2b, 1 981, et une maternité de type 3, 3 224.

Graphique 1 Évolution du nombre de maternités et de naissances vivantes depuis 1975



Champ > France métropolitaine hors SSA ; France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA à partir de 2010.

Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2000, 2002, 2005 à 2022, traitements DREES.

La proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé de 67 % en 2012 à 73 % en 2022, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en établissements privés à but lucratif, de 25 % à 19 % (tableau complémentaire F). En 2022 comme en 2012, 39 % des maternités de France métropolitaine (hors SSA) accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année,

contre 13 % en 1996 (graphique 2). À l'opposé, 4 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, une proportion stable depuis une décennie (elle était de 3 % en 2012). Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Hautes-Alpes, Savoie, Corse) ou ruraux (Ardèche, Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze, Dordogne). ■

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de maternité d'accueil en 1996, 2012 et 2022

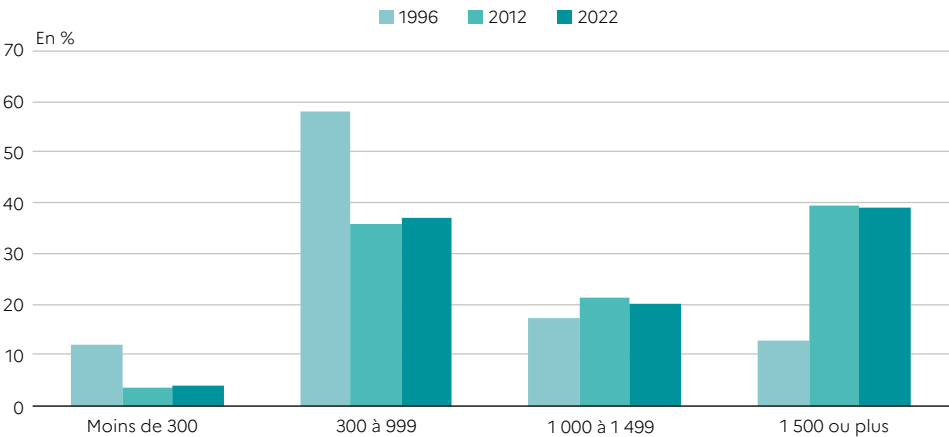
	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2012	242	138	79	60	519
	2022	163	139	84	60	446
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2012	209 843	228 349	153 885	186 001	778 078
	2022	121 316	195 371	166 521	191 088	674 296
Part des accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2012	27	29	20	24	100
	2022	18	29	25	28	100

Note > En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié et al., 1998).

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2012 et 2022, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2012 et 2022



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2012 et 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France, incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi que Mayotte depuis 2011, y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité. Maternités de France métropolitaine, hors SSA, hors centres périnataux de proximité avant 2011.

Sources

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). Le nombre de naissances vivantes provient des données Insee issues de l'état civil.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2022 et ayant comptabilisé au moins un accouchement dans l'année.

> **Types de maternités** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale, sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Naissances** : les naissances vivantes sont les naissances d'enfants montrant un signe quelconque de vie. La notion d'enfant sans vie est définie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008² : l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement, et sa naissance n'est alors pas comptabilisée parmi les autres.

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>.

2. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du Code civil - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S., Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1201.
- > **Blondel, B., et al.** (2017, octobre). Trends in Perinatal Health in Metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 46, 10, p. 701-713.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.
- > **Cinelli, H., et al.** (2022, octobre). *Study group*. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm.
- > **Cour des comptes** (2015, janvier). *Les maternités*. Rapport.
- > **Papon, S.** (2023, septembre). En 2022, des naissances au plus bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Insee, *Insee Focus*, 307.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à une meilleure adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, stable entre 2007 et 2020, augmente et s'établit à 21,2 % en 2022. La durée moyenne de séjour (4,5 jours en 2022) augmente très légèrement dans le secteur privé comme dans le secteur public.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2b et 3, qui disposent d'une unité de soins intensifs néonataux, prennent en charge plus de la moitié des accouchements (55 %), bien qu'elles représentent seulement un tiers des maternités (33 % des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2022). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. En 2022, 76 % des naissances multiples, 72 % des naissances d'enfants de moins de 2,5 kilogrammes et 73 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de types 2b ou 3 (*graphique 1*).

Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles qu'anticipées, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2022, 1 800 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 3 et 600 vers une maternité de type 2b¹.

Un taux de césariennes en hausse

En 2022, le taux de césariennes s'établit à 21,2 %, après 20,9 % en 2021 (*graphique 2*). Il s'était

stabilisé autour de 20 % entre 2007 et 2020, après avoir augmenté de façon régulière entre 2000 et 2007, passant de 17,4 % à 20,2 %. En comparaison internationale, en 2019, la France a le 9^e taux global de césariennes le plus bas sur 34 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)².

Les taux de césariennes varient peu entre les différents types de maternités. S'ils sont un peu plus bas dans les maternités de type 2b (20,5 % en 2022), ils sont un peu plus élevés dans les maternités de type 3 (21,8 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles et de très grands prématurés pour lesquels l'accouchement se fait très fréquemment par césarienne. Parmi ces accouchements par césarienne, 68 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32 % sont programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 39 % (contre respectivement 30 % et 33 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,7 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2022 sont des césariennes programmées³. Ce ratio varie de 6,1 % dans les hôpitaux publics à 9,0 % au sein des cliniques privées.

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, depuis un autre établissement de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Les femmes transférées depuis une consultation externe ne sont pas comptabilisées.

2. En 2019, l'OCDE comptait 36 pays ; la France était au 9^e rang sur 34 pays (hors Japon et Grèce).

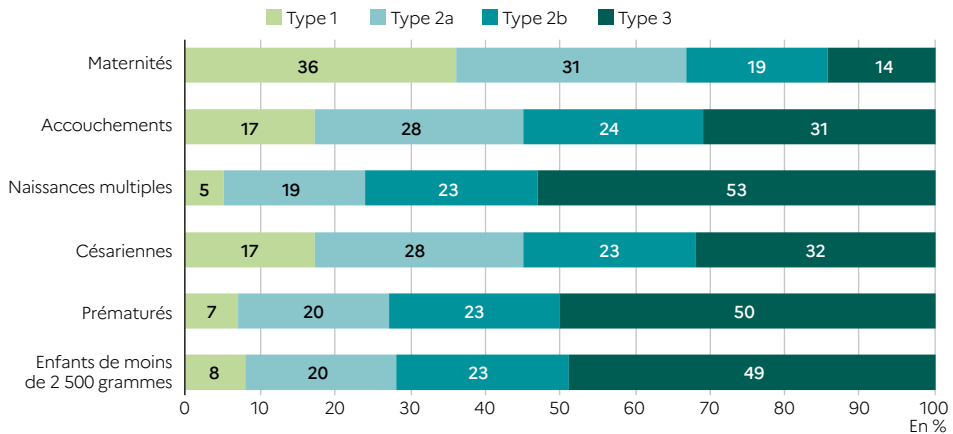
3. 6,8 % en se limitant aux seuls accouchements à terme (à 37 semaines d'aménorrhée ou plus), c'est-à-dire en rapportant les césariennes programmées à terme au nombre total d'accouchements à terme.

Une stabilisation du nombre de naissances multiples ces dernières années

En 2022, 1,6 % des accouchements concernent des naissances multiples, une proportion relativement stable depuis 2015. Cette proportion a progressé lentement mais régulièrement entre 1997, où elle s'élevait à 1,4 %, et 2015. L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au

développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Depuis 2015 néanmoins, ces deux facteurs ne semblent plus affecter la proportion de naissances multiples : le développement de l'AMP s'est poursuivi et l'âge moyen des mères à l'accouchement continue de progresser régulièrement, d'un peu moins d'un mois

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2022

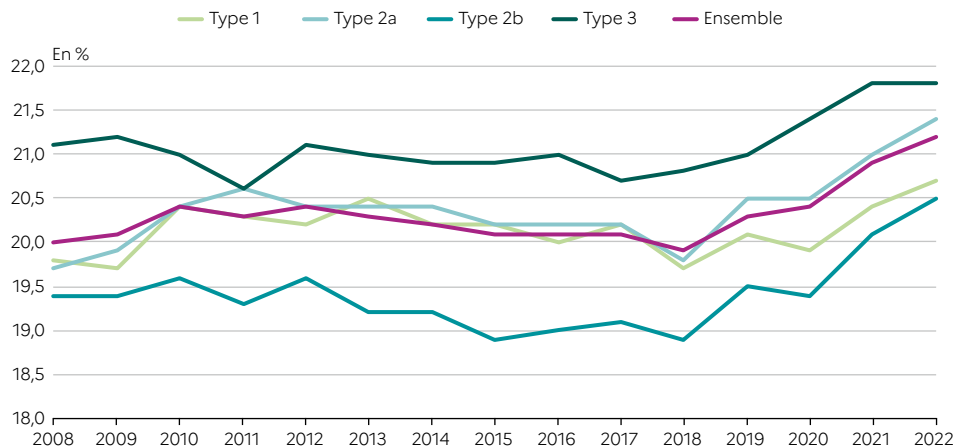


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2022.

Champ > Ensemble des naissances en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2022 ; ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2022.

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

Sources > DREES, SAE 2008-2022, traitements DREES.

par an, comme depuis le milieu des années 1990 (il est ainsi passé de 29,1 ans en 1997 à 31,0 ans en 2022). En ce qui concerne l'AMP, de nouveaux protocoles de prise en charge ont permis de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux de réussite d'obtention d'une grossesse.

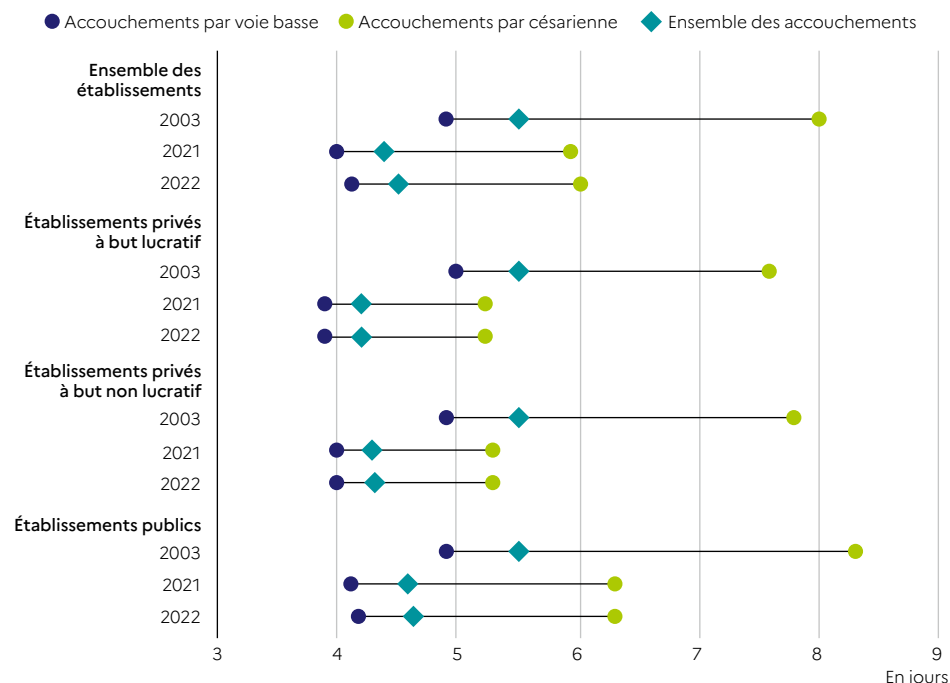
Des séjours plus courts

En 2022, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,5 jours, soit une baisse d'une journée par rapport à 2003 (*graphique 3*). Cette baisse concerne tous les secteurs juridiques et les deux modes d'accouchements (voie basse et césarienne). Elle est plus forte pour les césariennes (-2,0 jours tous secteurs confondus,

contre -0,8 jour pour les accouchements par voie basse).

Le mode d'accouchement influe sur la durée de séjour, quel que soit le secteur juridique. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,0 jours en 2022, contre 4,1 jours pour un accouchement par voie basse. S'il y a peu de différences selon le statut juridique pour la durée moyenne de séjour en cas d'accouchement par voie basse (entre 3,9 jours et 4,2 jours), en revanche les écarts sont importants en cas de césarienne : la durée moyenne de séjour dans le secteur public (6,3 jours en 2022) est supérieure d'environ 1 jour à celle du secteur privé à but non lucratif (5,2 jours) ou lucratif (5,3 jours). ■

Graphique 3 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement en 2003, 2021 et 2022



Champ > Accouchements en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; incluant Mayotte en 2021 et 2022), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003, 2021 et 2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors centres périnataux de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA). Sont retenus les établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2022, et ce, même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2022.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Types de maternités** : les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède une unité d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'une unité de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus une unité de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'une unité de réanimation néonatale sur le même site que les trois unités précédentes (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Accouchements** : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

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

- > Les données sur les indicateurs de santé périnatale en 2022 sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.
- > **Arnault, S., Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de 30 ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Baubeau, D., Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.
- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > **Cinelli, H., Lelong, N., Le Ray, C.** (2022, octobre). Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Inserm, enquête nationale périnatale : rapport 2021.
- > **Coulin, B., Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/1.
- > **Fresson, J., et al.** (2022, février). Prématurité : une légère baisse pendant le premier confinement de 2020 dans les départements de moindre circulation du virus. DREES, *Études et Résultats*, 1221.
- > **Insee** (2024, janvier). Âge moyen de la mère à l'accouchement, données annuelles de 1994 à 2023.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2024, janvier). Césariennes (indicateur).

En 2022, 688 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 618 établissements de santé ont traité 21,6 millions de passages. Ce niveau est légèrement inférieur à celui de 2019, après la baisse inédite liée à la crise sanitaire : il représente 98 % du nombre de passages de 2019, après respectivement 92 % et 82 % en 2021 et 2020. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu et 404 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Plus des trois quarts des structures des urgences relèvent du secteur public.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est effectuée par les services d'aide médicale urgente (Samu). Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par les SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état, exceptés ceux admis directement dans une structure spécialisée (comme les unités neuro-vasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux). Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS) – médecins de premier recours formés à l'urgence – peuvent intervenir sur place en utilisant une voiture simple dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures des urgences accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2022, en France, 618 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 688 structures (un établissement peut avoir une autorisation d'urgences générales et une autorisation d'urgences

pédiatriques) [tableau 1]. À ces établissements s'ajoutent 404 structures de SMUR et 100 Samu, avec une répartition proche d'un Samu par département. La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences en 2022, tandis que 18 % d'entre eux dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des structures de SMUR (99 %) sont implantées dans des établissements publics et les Samu sont exclusivement publics. Ces éléments de répartition des structures par statut juridique sont stables depuis 2013.

Pour la pédiatrie, des services spécialisés ou des filières d'accueil spécifiques

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 12 % des 688 structures des urgences et 6 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Les structures des urgences générales peuvent prendre en charge des patients de moins de 18 ans : ces derniers représentent 21 % de leurs passages en 2022 (19 % en 2021). Le cas échéant, leur prise en charge est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec les services de pédiatrie de l'établissement et, au besoin, avec une structure des urgences pédiatriques. Par ailleurs, si 26 % des structures des urgences générales relèvent du secteur privé (122 structures privées à but

lucratif et 36 à but non lucratif), c'est le cas de 4 % seulement de celles autorisées en pédiatrie (3 structures privées à but non lucratif)

Un nombre annuel de passages légèrement inférieur à celui d'avant la crise sanitaire

En 2022, les urgences de France ont pris en charge 21,6 millions de passages : c'est 1,8 % de moins qu'en 2019, avant la crise sanitaire, mais 6,2 % de plus qu'en 2021 (tableau 2 et graphique 1). Cette évolution fait suite au rebond entamé en 2021 (+12,3 % par rapport à 2020) après la baisse inédite observée en 2020 (-17,7 %). Cette baisse était notamment causée par les mesures mises en place pour limiter la circulation du Covid-19 et protéger le système de santé. Par exemple, les

périodes de confinement ont entraîné une forte diminution du recours aux urgences pour traumatismes, du fait d'une diminution importante des accidents de la route et des activités sportives et de loisirs. La crainte de la contagion a également contribué à réduire le recours des patients aux urgences.

Sur le long cours, l'activité des urgences augmentait régulièrement avant la crise sanitaire : entre 1996 et 2019, le nombre de passages de France métropolitaine, hors SSA¹, a été multiplié par deux. Il a augmenté de manière continue, d'abord fortement entre 1996 et 2016 (+3,5 % par an en moyenne), puis à un rythme plus ralenti entre 2016 et 2019 (+1,6 % par an en moyenne, en France métropolitaine hors SSA, comme en France, SSA inclus).

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de structures des urgences selon le statut et l'autorisation au 31 décembre 2022

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structures des urgences				
Structures générales	380	31	122	533
Structures générales et pédiatriques ¹	68	2	0	70
Structures pédiatriques	14	1	0	15
Ensemble	462	34	122	618
SMUR				
SMUR général	359	5	1	365
SMUR général et pédiatrique ¹	15	0	0	15
SMUR pédiatrique	9	0	0	9
Ensemble	383	5	1	389
Samu	100	0	0	100

Samu : service d'aide médicale urgente ; SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation.
1. Les 70 établissements comportant une structure des urgences générales et une structure des urgences pédiatriques totalisent 140 structures des urgences. De même, les 15 établissements sièges d'un SMUR général et pédiatrique totalisent 30 SMUR.
Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 70 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques. Un SMUR général prend en charge des adultes et des enfants et un SMUR exclusivement pédiatrique ne prend en charge que des enfants. 15 établissements ont une autorisation de SMUR général et pédiatrique.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2022, traitements DREES.

1. Les données au niveau de la France, y compris le SSA, ne sont pas disponibles avant 2013.

40 000 passages ou plus dans l'année pour un quart des structures

En 2022, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 31 300 patients par an, le nombre moyen de passages étant un peu plus faible dans les structures pédiatriques (29 800 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (31 600 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille (23 700 passages annuels en

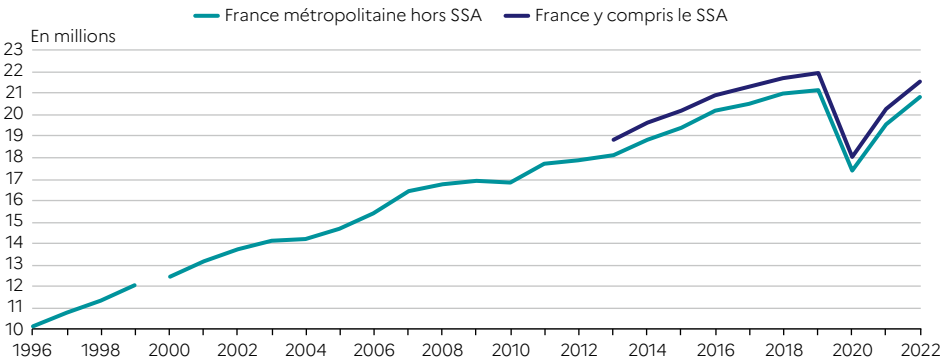
moyenne) que celles des établissements publics (34 000 passages annuels en moyenne). En 2022, tous secteurs confondus, 26 % des structures des urgences de France enregistrent 40 000 passages ou plus par an et concentrent 49 % de l'ensemble des passages (tableau complémentaire A). À l'opposé, les structures des urgences recevant moins de 15 000 passages par an représentent 19 % du total des structures et traitent 7 % des passages. Entre 2013 et 2022, le nombre de structures des urgences a diminué

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences selon le statut et l'autorisation en 2022

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	2022	Évolution 2021-2022 (en %)
Structures générales	11 738 381	5,7	851 467	11,0	2 895 634	3,1	15 485 482	5,5
Structures pédiatriques	648 446	10,3	58 571	9,3	0	-	707 017	10,2
Structures générales et pédiatriques	5 212 978	8,7	161 652	-9,2	0	-	5 374 630	8,0
dont urgences générales	3 485 305	4,7	94 399	-20,9	0	-	3 579 704	3,8
dont urgences pédiatriques	1 727 673	17,8	67 253	14,4	0	-	1 794 926	17,7
Ensemble	17 599 805	6,7	1 071 690	7,3	2 895 634	3,1	21 567 129	6,2

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2021-2022, traitements DREES.

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.
Sources > DREES, SAE 1996-2022, traitements DREES.

de 5 %, alors que le nombre de passages progressait de 15 %, ce qui s'est traduit par une augmentation du nombre de passages par structure (*tableau complémentaire B*). Le nombre de structures enregistrant 40 000 passages ou plus a progressé de 44 % et la part relative des passages dans ces structures à forte activité a augmenté de 13 points.

À nouveau, un nombre de dossiers de régulation en forte augmentation en 2022

En 2022, les Samu ont traité 20,7 millions de dossiers de régulation dont 16,4 millions de dossiers de régulation médicale (*tableau 3*) : leur nombre a bondi (respectivement +13,7 % et +13,0 % sur un an) du fait de mesures prises à partir de juillet 2022², en application d'une mission flash conduite sur les urgences et les soins non

programmés, dont une campagne de communication auprès du public pour inciter les patients à appeler le 15 préalablement à tout déplacement aux urgences.

Avant la crise sanitaire, le nombre de dossiers augmentait modérément et régulièrement (+3,4 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation entre 2014 et 2019, +4,6 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation médicale), mais il avait déjà bondi en 2020 (respectivement +8,8 % et +10,0 %), en raison notamment des recommandations de contacter le Samu avant de se rendre aux urgences pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19³. Au total, depuis 2014 (première année d'observation disponible), les dossiers de régulation ont augmenté de 48,2 %, et ceux de régulation médicale de 57,0 %. ■

Tableau 3 Nombre de dossiers de régulation et nombre de dossiers de régulation médicale depuis 2014

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de dossiers de régulation	13 992 697	14 491 661	15 020 579	15 414 062	16 044 405	16 542 291	18 005 358	18 241 999	20 732 472
Nombre de dossiers de régulation médicale	10 463 954	11 087 775	11 602 781	11 995 821	12 620 973	13 075 978	14 378 424	14 544 291	16 433 361

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).
Sources > SAE 2014-2022, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements publics et privés de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2022 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 à R. 6123-32 du Code de la santé publique).

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau correspondant a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative ●●●

2. Mise en œuvre de la « mission flash » sur les urgences et soins non programmés : <https://www.gouvernement.fr/actualite/mise-en-oeuvre-de-la-mission-flash-sur-les-urgences-et-soins-non-programmes>.
3. Dans sa déclaration du 4 mars 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé indiquait, par exemple, les recommandations suivantes : « appeler le 15 en cas de symptômes, ne pas se rendre chez son médecin généraliste, ne pas se rendre soi-même aux urgences ».



à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues des bordereaux « structures des urgences » et « Samu SMUR » de la SAE rénovée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définitions

> **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées aux urgences, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Seuls les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant une autorisation de soins pour les activités d'urgences générales ou pédiatriques sont pris en compte. Les passages déclarés par les établissements sans autorisation ou les structures des urgences spécialisées ne sont pas comptabilisés.

> **Nombre de dossiers de régulation** : nombre d'appels reçus au centre de régulation médicale, décrochés et ayant conduit à l'ouverture d'un dossier. Un dossier de régulation regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, après une information à caractère médical, médicosocial ou sanitaire, portée à la connaissance du centre de réception et de régulation des appels.

> **Nombre de dossiers de régulation médicale** : nombre de dossiers de régulation ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement du Samu. Cela implique donc d'avoir été porté à la connaissance d'un médecin régulateur, qui a pu effectuer un interrogatoire médical, ou au moins prendre ou valider une décision.

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

- > **Boisguérin, B.** (2019, octobre). Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1128.
- > **Boisguérin, B., Toutlemonde, F., Vuagnat, A.** (2018, mai). Caractéristiques de la prise en charge des patients aux urgences. *Soins*, vol. 63 (n° 825), p. 16-19.
- > **Boisguérin, B., Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.
- > **Demoly, E., et al.** (2024, juillet). Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? DREES, *Études et Résultats*, 1305.
- > **Meurice, L., et al.** (2021, juin). Impact des deux confinements sur le recours aux soins d'urgence lors de l'épidémie de COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine. *Santé Publique* (vol. 33).
- > **Ricroch, L.** (2016, septembre). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DREES, *Études et Résultats*, 973.
- > **Ricroch, L.** (2015, mars). Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.
- > **Ricroch, L., Seimandi, T.** (2020, août). 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. DREES, *Études et Résultats*, 1157.
- > **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
- > **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.
- > **Seimandi, T.** (2019, décembre). Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. DREES, *Études et Résultats*, 1136.
- > **Von Lennep, F. (dir.)** (2015, juin). Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014. DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, 63.
- > **Vuagnat, A.** (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans B. Boisguérin et G. Brilhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2013 (p. 11-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

En 2022, 234 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG), y compris médicamenteuses, ont été réalisées en France, dont 144 600 en établissements de santé, 79 400 en cabinets privés, 9 900 en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (ex-centres de planification et d'éducation familiale) et 1 000 par téléconsultation. L'indice conjoncturel, qui représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie féconde selon les taux de recours par âge de l'année 2022, vaut 0,58 pour un taux de recours de 16,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. La part des IVG réalisées hors établissement de santé continue d'augmenter, atteignant 38 % de l'ensemble des IVG en 2022. Le délai légal de recours a été allongé de deux semaines en mars 2022, mais la proportion d'IVG tardives (après 13 semaines d'aménorrhée) représente une part très faible (1,5 %) de l'ensemble des IVG.

En 2022, 234 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France : 144 600 IVG en établissements de santé, 80 400 IVG médicamenteuses en cabinets privés ou par téléconsultation et 9 900 IVG en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (ex-centres de planification et d'éducation familiale), autorisés depuis mai 2009. Après deux années consécutives de baisse en 2020 et 2021, liée notamment à l'épidémie de Covid-19, le nombre d'IVG augmente en 2022 : +17 300 par rapport à 2021 (soit +7,9 %).

Le taux de recours à l'IVG augmente en 2022

En France, en 2022, le taux d'IVG est de 16,2 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (*graphique 1*). Il dépasse légèrement le niveau de 2019, avant l'épidémie de Covid-19, qui était de 16,1 pour 1 000 femmes¹. S'il a augmenté dans toutes les régions métropolitaines, il varie encore fortement d'un département à l'autre, de 7,7 en Haute-Loire à 39,4 à Paris (respectivement 6,8 et 33,8 en 2021) [*carte 1*]. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), il varie de 21,4 à Mayotte à 49,4 en Guyane (respectivement 21,0 et 43,9 en 2021). En France métropolitaine, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Île-de-France et Occitanie se distinguent toujours par des taux de recours supérieurs à la moyenne des autres régions.

L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie féconde selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, vaut 0,58 et retrouve un niveau proche de celui observé en 2019 (*graphique 1*).

La part des IVG réalisées en établissements de santé diminue

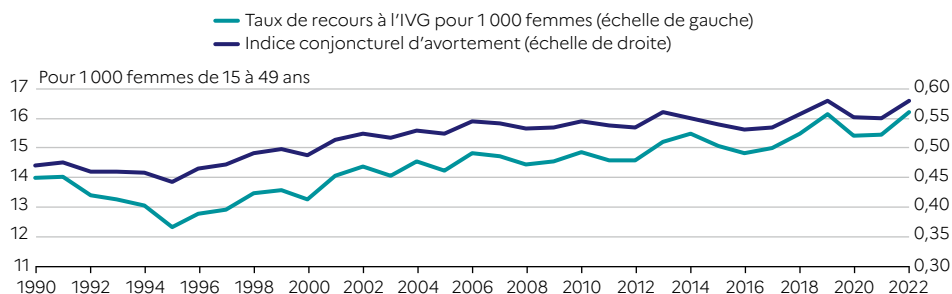
Depuis l'autorisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine libérale en 2004, en centres de santé et en centres de santé sexuelle en 2009, puis par les sages-femmes libérales en 2016, le nombre d'IVG diminue dans le milieu hospitalier, en raison d'un report de la pratique vers les professionnels libéraux (médecins et sages-femmes). La part des IVG réalisées dans les établissements de santé atteint 62 % contre 80 % en 2016. La prolongation de deux semaines du délai de recours à l'IVG en 2022 concerne aussi bien les

1. Les chiffres de 2019 intègrent cependant des doublons dus aux réinterventions difficiles à prendre en compte cette année-là, ainsi que les années précédentes. À titre indicatif, l'estimation 2019 du taux de recours sans réinterventions serait d'environ 15,7 ‰.

établissements de santé que les cabinets de ville, selon des modalités différentes : de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (SA) dans le milieu hospitalier, et de 7 à 9 SA en ville pour les IVG médicamenteuses².

Hors établissement de santé, 80 400 IVG ont été pratiquées en 2022 en cabinets privés ou par téléconsultations et 9 900 en centres de santé ou en centres de santé sexuelle. La part des IVG réalisées hors établissement de santé demeure

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA) depuis 1990

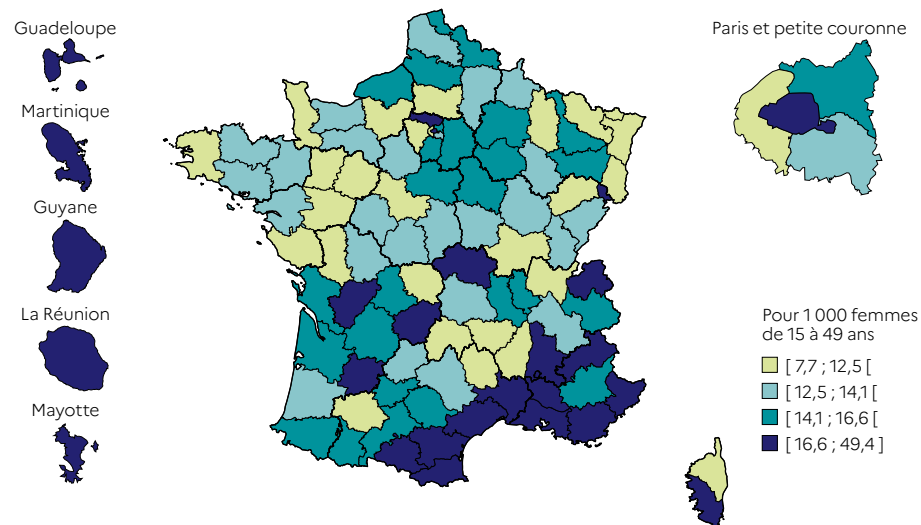


Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total des IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte à partir de 2014), y compris le SSA, mais non compris la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) jusqu'en 2009.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier de chaque année.

Carte 1 Taux de recours à l'IVG selon le département de réalisation en 2022



Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > Le taux de recours à l'IVG est de 7,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans le département de l'Ain.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

2. Il s'agit d'une pérennisation de l'allongement qui avait été décidé en mars 2020, durant la crise sanitaire.

très inégale en fonction des départements. En France métropolitaine, certains départements, comme l'Orne, la Sarthe, la Haute-Vienne ou bien encore la Creuse enregistrent une proportion très faible d'IVG pratiquées en libéral (proche de 0) [carte 2]. Cela peut être lié aux caractéristiques de la population ou à un déficit d'offre de soins de ville pour les IVG dans ces départements. À l'inverse, la Haute-Saône enregistre le taux le plus élevé d'IVG en libéral avec 67,3 %. Dans les DROM, le taux d'IVG réalisées hors établissement de santé témoigne aussi de fortes disparités : il est de 24,6 % à Mayotte et de 74,7 % en Guyane.

Les IVG en centres de santé et centres de santé sexuelle représentent 4,2 % du total des IVG en 2022, avec près de la moitié d'entre elles en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG. En 2022, on compte plus de 3 000 centres de santé et centres de santé sexuelle en France, dont 195 pratiquent des IVG. Parmi ces 195 centres, plus d'un sur deux se situe en Île-de-France.

Les IVG en cabinets de ville sont pratiquées par des sages-femmes, des gynécologues et des médecins généralistes (un tiers du total des IVG chacun). Les gynécologues sont majoritairement obstétriciens (78 % d'entre eux). En centres de santé, les IVG sont plus fréquemment pratiquées par des médecins généralistes (54 %) que par les autres professionnels (33 % par des sages-femmes et 13 % par des gynécologues, là aussi majoritairement obstétriciens [66 %]).

La méthode médicamenteuse, pratiquée en ville comme à l'hôpital, représente 78 % de l'ensemble des IVG réalisées (contre 68 % en

2019 et 31 % en 2000). En établissements de santé, cette proportion est stable depuis trois ans, à 64 %. 98,5 % des IVG réalisées en centres de santé et en centres de santé sexuelle sont des IVG médicamenteuses.

Les IVG tardives représentent une très faible part du total des IVG

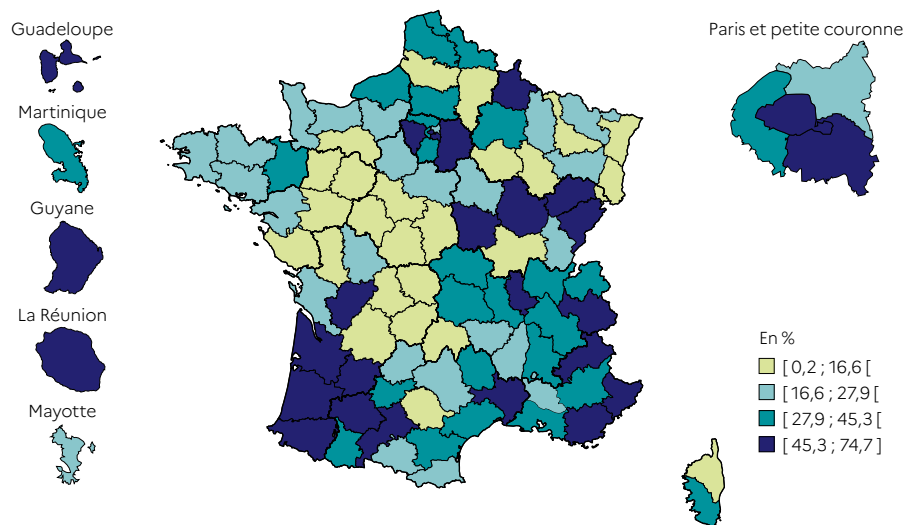
Pour les IVG réalisées en établissements de santé, le délai légal de recours a été allongé en mars 2022 de deux semaines. L'IVG peut désormais y être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit jusqu'à 15 SA + 6 jours. 55 % des IVG réalisées en établissements de santé le sont à moins de 8 SA et 76 % (soit 110 000 IVG) à moins de 10 SA. La proportion d'IVG tardives (après 13 SA) se situerait entre 1,3 % et 2,3 % en établissements de santé, soit moins de 1,5 % de l'ensemble des IVG³. En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte, la part des IVG tardives est toujours plus élevée qu'en France métropolitaine, atteignant 7 % des IVG en 2022.

En établissements de santé, la part des IVG pratiquées dans le secteur public continue d'augmenter

Parmi les IVG réalisées en établissements de santé en 2022, 91 % le sont dans le secteur public (contre 60 % en 1990), 3 % dans le secteur privé non lucratif et 6 % dans les établissements privés à but lucratif. Les établissements privés à but lucratif réalisaient 32 % des IVG en 2001 et 19 % en 2010. Cette diminution peut s'expliquer, en partie, par la diminution du nombre de maternités privées et le développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral. ■

3. Cette incertitude vient du fait que pour certaines IVG réalisées à l'hôpital, les dates sont mal renseignées.

Carte 2 Part des IVG réalisées hors établissement de santé selon le département de réalisation en 2022



Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > 37,2 % des IVG sont réalisées hors structure hospitalière dans le département de l'Ain, en 2022.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France, y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Depuis 2014, les données sur les IVG hospitalières sont issues du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), qui précise notamment l'âge de la femme et son code postal de domicile. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), via le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinets libéraux, centres de santé et centres de santé sexuelle, pour tous les régimes depuis 2010.

Cadastre historique du droit à l'IVG en France

Aujourd'hui, une IVG peut être réalisée jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse. Si elle est pratiquée hors établissement hospitalier, ce délai est de 7 semaines. Deux méthodes existent, l'une médicamenteuse et l'autre dite instrumentale, qui correspond à une intervention chirurgicale. Ces droits et pratiques ont évolué depuis près de 50 ans, en voici un historique.

La pratique de l'IVG est autorisée depuis 1975. La loi du 4 juillet 2001 a porté le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissements depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de santé sexuelle. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG ●●●



médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016. L'arrêté du 14 avril 2020, complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, puis l'arrêté du 7 novembre 2020 (modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020), ont prolongé de deux semaines le délai légal pour les IVG en ville et permis de réaliser l'IVG médicamenteuse (avec délivrance du médicament par un pharmacien) en téléconsultation de façon dérogatoire.

Le décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé pérennise la possibilité de réaliser ces IVG en téléconsultation. La loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG (soit jusqu'à 15 SA + 6 jours) et pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à 7 semaines de grossesse (soit 9 SA). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement, et un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG doit être disponible dans les agences régionales de santé (ARS).

Méthodologie

Pour la première fois en 2022, grâce au chaînage pour les femmes non concernées par une procédure d'anonymisation complète, si deux interventions ont été réalisées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, une seule IVG a été comptabilisée. Il peut s'agir de complications ayant donné lieu à une hospitalisation ou d'un échec de la première méthode utilisée, codée par erreur comme une nouvelle IVG. Ces réinterventions concernent 7 281 cas en 2022 et ne doivent pas être prises en compte dans les statistiques. Cette opération peut être réalisée dès lors que toutes les informations sont disponibles en temps voulu sur le même portail de données (pour la ville et l'hôpital), elle a été appliquée à compter de 2020. Pour 2019, les données disponibles sur le portail du Système national des données de santé (SNDS) étaient peut-être incomplètes pour une partie des établissements concernés par une grève momentanée du codage des séjours. Les données 2019 n'ont pas été corrigées des doubles comptes liés aux réinterventions comme cela a été réalisé à partir de 2020. Cependant, une estimation de cette correction a été effectuée pour permettre, à titre indicatif, une comparaison entre 2022 et 2019 (avant l'épidémie de Covid-19). Cette estimation tient compte des taux de séjours pour réintervention observés au cours des années 2020 à 2022. Le nombre d'IVG sans double compte estimé en 2019 serait ainsi de 227 000 IVG, soit environ 7 000 de moins qu'en 2022.

Pour en savoir plus

- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales - rapport 2022. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2022, juillet). *Les établissements de santé en 2020 – édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Vilain, A.** (2023, septembre). Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1281.

La situation économique du secteur

En 2022, la dépense totale pour les médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital s'élève à 9,0 milliards d'euros. Ils figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, dite « liste en sus », à laquelle s'ajoutent les médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC). Cette dépense totale augmente de 15,2 % en 2022, après une hausse du même ordre en 2021.

Les médicaments onéreux représentent les trois quarts de la dépense totale, soit 6,8 milliards d'euros (dont 857 millions d'euros pour les AAP ou AAC), en hausse de 18,6 % en 2022. Les dispositifs médicaux onéreux atteignent 2,2 milliards d'euros en 2022, secteurs public et privé confondus, en hausse de 5,9 % en un an.

Le financement et le montant des médicaments et dispositifs médicaux onéreux

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) couvre ces dépenses au sein des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS). Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale, qui permet leur facturation par l'hôpital à l'AMO en sus du GHS. En garantissant le financement de ces produits innovants et onéreux par l'AMO, ce dispositif favorise leur accès aux patients.

En 2022, la dépense des médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, y compris les médicaments disposant d'une autorisation d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC), s'élève à 9,0 milliards d'euros. Elle a augmenté de 15,2 % par rapport à 2022, après une hausse comparable en 2021. Entre 2017 et 2022, cette dépense a progressé à un rythme beaucoup plus rapide que l'ensemble de la consommation des soins

hospitaliers (+62,5 % contre +22,2 %). Elle représente 7,9 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux. On recense 110 substances actives inscrites sur la liste en sus en 2022 au titre des médicaments, soit sept de moins qu'en 2021.

Depuis le 1^{er} juillet 2021, le système d'accès dérogatoire aux médicaments a été remplacé¹ par les dispositifs d'AAP et d'AAC, afin de simplifier les procédures et réduire les délais d'accès aux traitements des patients.

Les médicaments bénéficiant d'une AAP sont pris en charge à 100 % par l'AMO. Il s'agit soit de spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas encore d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) lorsqu'elles n'en sont qu'au stade des essais cliniques, soit de spécialités pharmaceutiques ayant obtenu une AMM mais pour une autre indication. Ils sont destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et lorsque l'efficacité et la sécurité du médicament sont fortement présumées. L'AAP est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Haute Autorité de santé (HAS) pour une indication, sur demande du laboratoire.

1. Auparavant, le système d'accès dérogatoire comportait six régimes d'autorisation, réunis sous les appellations de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), post-ATU et recommandation temporaire d'utilisation (RTU).

Les médicaments disposant d'une AAC sont ceux n'ayant pas vocation à être commercialisés, sans essai clinique en cours et n'ayant pas fait l'objet d'une démarche en vue d'obtenir une AMM. À la demande des professionnels de santé ou de sa propre initiative, l'ANSM évalue et décide de délivrer l'AAC pour une indication.

Les médicaments bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, qui en fixe librement le prix. Les montants consacrés à ces médicaments peuvent être sujets à de fortes variations selon les années, au gré des inscriptions et radiations des médicaments.

Une dépense en hausse pour les médicaments de la liste en sus en 2022

En 2022, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], hospitalisation à domicile [HAD], secteurs public et privé confondus) s'élève à 5,9 milliards d'euros, soit une hausse de 13,0 % par rapport à 2021. Le nombre d'unités administrées² est en légère baisse, de 0,9 %, au cours de l'année 2022. En incluant les dépenses de médicaments sous AAP ou AAC, les dépenses s'élèvent à 6,8 milliards d'euros, un montant qui augmente de 18,6 % par rapport à 2021 (graphique 1).

Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif³ totalisent 84 % de la dépense des médicaments de la liste en sus, le reste étant imputé aux établissements de santé privés à but lucratif.

85 % des remboursements de la liste en sus consacrés aux traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 85 % de la dépense totale : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux) pour 72 %, et les immunosuppresseurs

(L04, traitements de l'activité du système immunitaire) pour 13 %. En 2022, l'augmentation de la classe des antinéoplasiques se poursuit (+16 % sur l'année), pour atteindre 4,3 milliards d'euros.

Parmi les substances actives inscrites sur la liste en sus, les trois qui enregistrent les plus fortes dépenses sont des anticancéreux, elles représentent 45 % de la dépense totale. Cette part atteint 66 % pour les dix premières substances, 82 % pour les 20 premières et 90 % pour les 30 premières. Ainsi, au fil des années, la dépense demeure très concentrée sur un faible nombre de substances actives, bien que celles-ci changent au gré des inscriptions, des radiations ou des évolutions de tarifs.

Une augmentation des dépenses pour le pembrolizumab et le daratumumab

Parmi les dix substances actives qui représentent les plus grandes dépenses, sept concernent les antinéoplasiques (médicaments anticancéreux). Le pembrolizumab (antineoplasique) occupe le premier poste de dépenses en 2022, avec 1 464 millions d'euros, en hausse de 21 % par rapport à 2021, loin devant le daratumumab (antineoplasique), avec 759 millions d'euros, également en hausse de 52 % (graphique 2) malgré une baisse des volumes de 6 %.

À la troisième place du classement, le nivolumab (antineoplasique) est en léger recul par rapport à 2021, à la fois s'agissant des dépenses (-3 %) et du volume (-5 %). Depuis 2020, ces trois molécules occupent les trois premières places du classement et totalisent, à elles seules, près de la moitié de la dépense totale de la liste en sus en 2022. L'immunoglobuline normale humaine (anti-infectieux), en quatrième position en 2022, fait partie de la liste en sus depuis plus de dix ans. La dépense liée à cette substance active reste au-dessus de 216 millions d'euros, point bas atteint en 2012, et totalise 335 millions d'euros en 2022, après une augmentation de plus de 33 % au cours de l'année.

2. Une unité administrée fait référence à la codification en unité commune de dispensation (UCD). Elle correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon, etc.). Un même médicament peut être conditionné de différentes manières (taille du flacon, dosage du comprimé), ce qui donne lieu à des codes UCD différents.

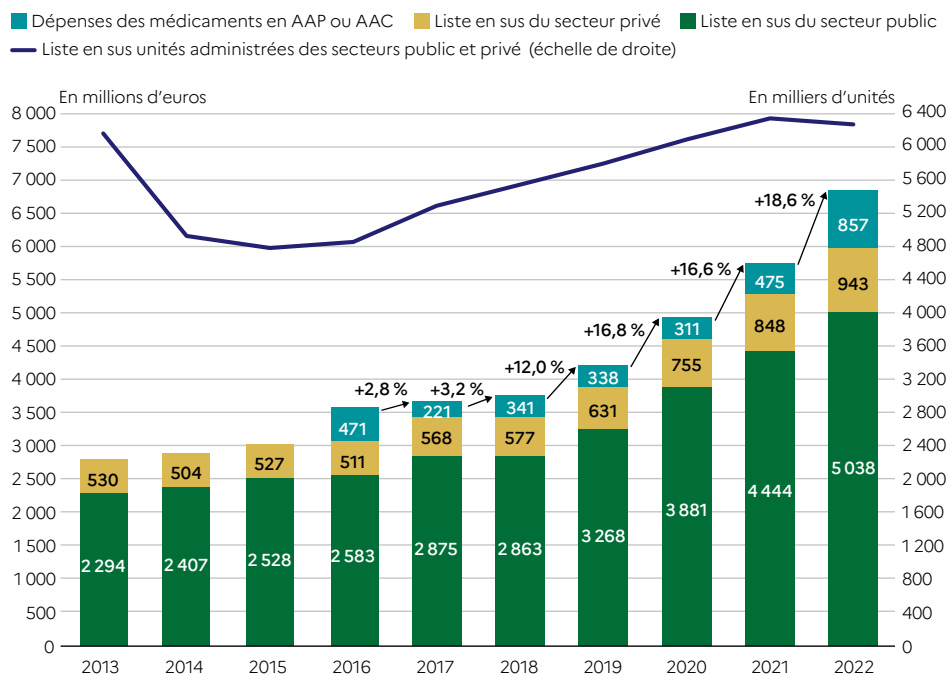
3. Les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public.

La première substance active du traitement du système immunitaire (immunosuppresseur), l'ocrelizumab, utilisé dans le traitement de la sclérose en plaques, figure en cinquième position. Ses dépenses comme ses volumes ont augmenté de 26 % au cours de l'année 2022, après une hausse de 41 % de ces deux composantes en 2021. En revanche, les dépenses d'éculizumab, autre immunosuppresseur, sont en recul de 12 %, ce dernier se classe en sixième position.

Les médicaments sous AAP ou AAC totalisent 857 millions d'euros

Les médicaments non-rétrocédables⁴ sous AAP ou AAC représentent une dépense de 857 millions d'euros en 2022, en augmentation de 80 % après une hausse de 53 % en 2021. Trois médicaments sous AAP ou AAC totalisent, à eux seuls, 29 % de l'ensemble de ces médicaments pour 13 % du nombre d'unités administrées. Le premier est un médicament indiqué dans le traitement

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus et dépenses de médicaments en AAP ou AAC depuis 2013



AAP : autorisation d'accès précoce ; AAC : autorisation d'accès compassionnel ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Notes > La « liste en sus » correspond aux médicaments qui figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, pour favoriser leur accès aux patients. Dans les dépenses du secteur public sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Lecture > En 2022, le montant des dépenses pour les médicaments inscrits sur la liste en sus (y compris les dépenses de médicaments sous AAP ou AAC), secteurs public et privé confondus, s'élève à 6,8 milliards d'euros, en hausse de 18,6 % par rapport à 2021. 6,1 millions d'unités administrées de médicaments de la liste en sus (hors médicaments sous AAP ou AAC) ont été délivrées.

Champ > France (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus, sauf médicaments sous AAP ou AAC en MCO uniquement.

Source > ATIH, traitements DREES.

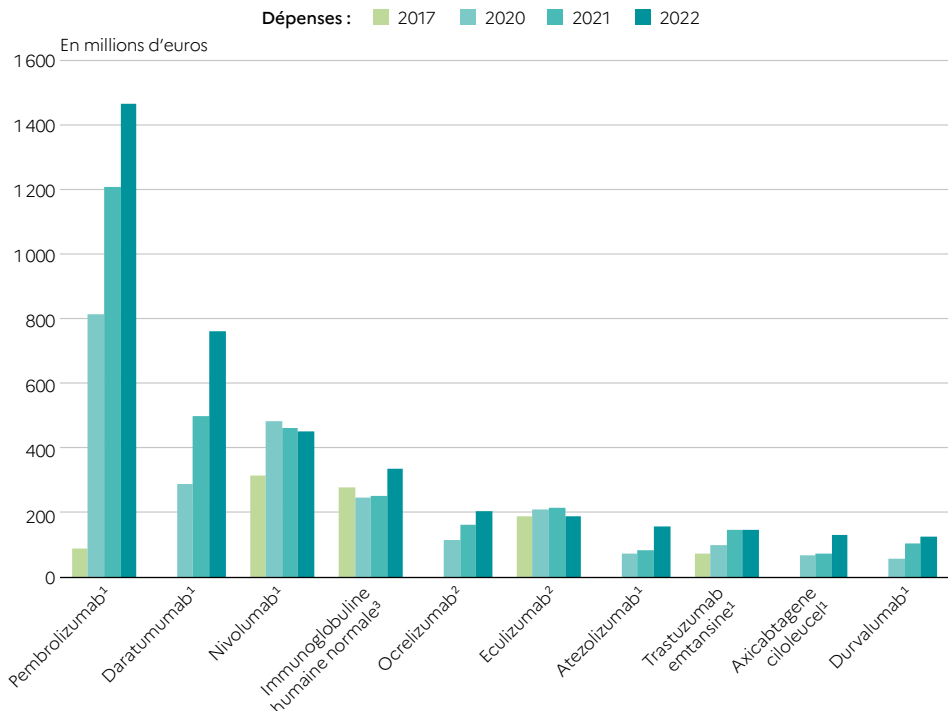
⁴ Les médicaments non-rétrocédables sont ceux délivrés par la pharmacie hospitalière dans le cadre d'une hospitalisation.

du cancer du sein (Enhertu), dont la dépense s'élève à 88,3 millions d'euros et a été multipliée par 2,6 par rapport à 2021. Vient ensuite un médicament à base de pembrolizumab (Keytruda), également indiqué dans le traitement du cancer du sein qui représente 85,8 millions d'euros, puis un médicament indiqué dans les traitements du myélome multiple, un cancer de la moelle osseuse (Sarclisa), avec 73,4 millions d'euros, en hausse de 31 % par rapport à 2021. Un nouveau médicament (Trodelvy) préconisé dans le traitement du cancer du sein a fait son apparition dans les médicaments à accès dérogatoire en 2022, pour un montant de 41,7 millions d'euros. Il se classe directement à la cinquième place des médicaments les plus valorisés.

Une augmentation des dépenses des dispositifs médicaux de la liste en sus

Les dispositifs médicaux sont classés en quatre catégories, selon leur risque potentiel pour la santé publique (par exemple : compresses [catégorie I], lentilles de contact [catégorie IIa], produits de désinfection des lentilles [catégorie IIb], prothèses de hanche [catégorie III], etc.). Certains sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation et représentent 2,2 milliards d'euros dans le champ MCO en 2022 (l'HAD n'est pas intégrée dans ces dépenses), soit une hausse de 5,9 % au cours de l'année (graphique 3), de façon uniforme dans les secteurs public et privé. Ces dépenses avaient déjà augmenté de 12,3 % en 2021, rattrapant la diminution de 2020 due à

Graphique 2 Dépenses pour les dix substances actives les plus coûteuses de la liste en sus en MCO et HAD en 2017, 2020, 2021 et 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Substance active appartenant à la classe des anticancéreux (antinéoplastiques).

2. Substance active appartenant à la classe des immunosuppresseurs.

3. Substance active appartenant à la classe des anti-infectieux.

Note > Le palmarès est établi à partir des dix substances actives les plus coûteuses de la liste en sus de l'année 2022.

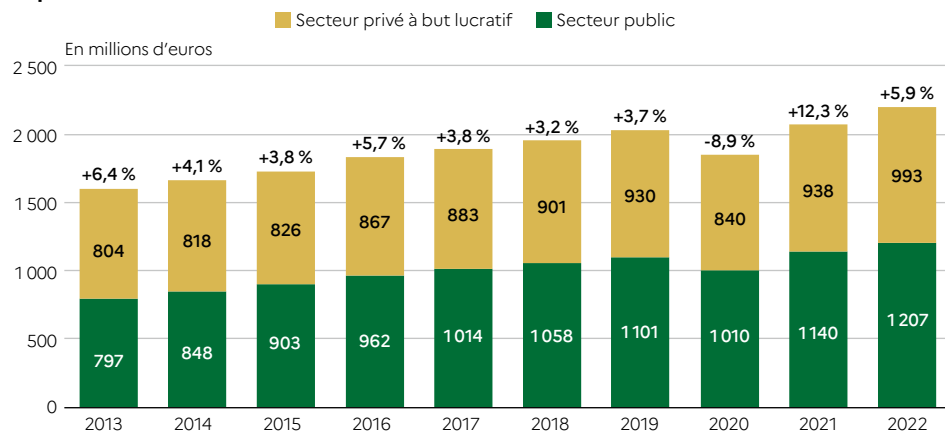
Champ > France (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATI, traitements DREES.

la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Sur cinq ans, les dépenses de dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 16 %. Les neuf dispositifs médicaux les plus valorisés

pèsent, à eux seuls, plus de 18 % de la dépense totale. Ils concernent uniquement les pathologies cardiaques (valves cardiaques artificielles et stimulateurs). ■

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus en MCO depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Dispositifs médicaux (implants, orthèses, prothèses, etc.) pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Note > La « liste en sus » correspond aux dispositifs médicaux onéreux qui figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, pour favoriser leur accès aux patients. Dans les dépenses du secteur public sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Lecture > Entre 2021 et 2022, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 5,9 %, secteurs public et privé confondus.

Champ > France (non compris Mayotte), y compris le SSA, champ MCO.

Source > ATI, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), pour la France, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées, dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité.

Pour les médicaments de la liste en sus, les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Pour les médicaments sous AAP ou AAC et les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO. Les chiffres de la dépense des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus et sous AAP ou AAC portent sur des données en date des soins (date de fin de séjour hospitalier).

Sources

Serveur sécurisé de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI).

Définitions

> Groupe homogène de séjour (GHS) : il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se base sur la classification en groupes homogènes de malades (GHM). ●●●



> **Classe thérapeutique** : le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

> **Substance active** : elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Pour en savoir plus

> **Rapport annuel d'activité du Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2024, janvier). Site du CEPS.

> **Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPPS)** (2023). « Maladie », données 2021. Site de la Sécurité sociale.

> **Refonte du système dérogatoire d'accès aux médicaments, site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités** (2021, juillet). Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle.

En 2022, les dépenses de consommation de soins hospitaliers (secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élèvent à 114,9 milliards d'euros. Pour la troisième année consécutive, la croissance des soins hospitaliers reste dynamique : +4,3 %, après deux années à plus de 6 %. Intégralement portées par une hausse des prix des soins (+5,9 %), les dépenses dans le secteur public augmentent en valeur de 4,5 % en 2022, tandis que le volume de soins hospitaliers diminue de 1,4 %. Dans le secteur privé, les dépenses croissent en valeur de 3,6 %, portées par une hausse du volume de soins (+2,6 %). La Sécurité sociale finance plus de 90 % des soins hospitaliers. La part financée directement par les ménages à l'hôpital est très faible ; elle s'établit à 2,6 % pour l'ensemble des soins hospitaliers en 2022.

Les soins hospitaliers reculent en volume en 2022

La consommation de soins de l'ensemble de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY]) s'élève à 114,9 milliards d'euros en 2022 (*tableau 1*). Ces soins hospitaliers représentent 48,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages (*graphique 1*).

La dépense de consommation de soins hospitaliers augmente fortement pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022, après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020). Sur trois ans, depuis le début de la crise sanitaire liée au Covid-19, cette dynamique en valeur est entièrement portée par la hausse du prix des soins (+4,8 % en 2022, après +3,0 % en 2021 et +13,6 % en 2020). En volume, les soins hospitaliers reculent de nouveau en 2022 (-0,5 %) après un rebond de l'activité en 2021 (+3,6 %, après -6,5 % en 2020). Porté par le vieillissement de la population et une légère hausse du recours, le nombre de séjours augmente aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Néanmoins, cette augmentation ne s'accompagne pas d'une hausse globale

du volume d'activité, les affections traitées les plus lourdes étant, par un effet de composition, plutôt en recul. C'est le cas, en particulier, des hospitalisations pour affections respiratoires (qui comprennent les hospitalisations pour Covid-19 grave). Plus généralement, la baisse de la gravité des séjours se traduit par la diminution de la part des séjours avec suppléments¹ en 2022, ainsi que du poids du supplément, ce qui pèse sur la valorisation moyenne des séjours.

En 2022, le secteur public assure les trois quarts de la consommation de soins hospitaliers

La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public augmente fortement en valeur pour la troisième année consécutive (+4,5 % en 2022, après +6,4 % en 2021 et +7,1 % en 2020). Elle atteint 88,7 milliards d'euros en 2022 (*tableau 1*), soit 77 % de l'ensemble des soins hospitaliers.

En 2022, le volume de soins à l'hôpital public reste, quant à lui, sensiblement en deçà de son niveau d'avant la crise. L'activité à l'hôpital public avait fortement baissé en 2020 (-7,7 %), du fait de la déprogrammation des soins non urgents au moment de la crise sanitaire. Après un rebond limité en 2021 (+2,1 %), l'activité se replie en 2022 (-1,4 %).

¹ Un supplément est un complément de facturation au groupe homogène de séjours (GHS). Il valorise des actes hospitaliers spécifiques mis en œuvre lors de la prise en charge du patient. Par exemple, le supplément « réanimation » est facturé dans le cas où un patient est pris en charge dans une unité de réanimation. Une baisse de la part des séjours avec supplément reflète ainsi une diminution de la gravité des séjours.

C'est notamment le cas en MCO sous l'effet de la baisse importante des prises en charge des affections de l'appareil respiratoire (-9,3 %) et des réanimations (-9,8 %), due à la diminution du nombre de séjours avec diagnostic de Covid-19² et de la gravité de ces derniers (tableau 2). La hausse des soins hospitaliers s'explique par l'augmentation du coût des facteurs de production (graphique 2). En particulier, la revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 et les mesures de revalorisation du personnel, dans le cadre du Ségur de la santé, conduisent à une hausse de la rémunération des salariés de l'hôpital public en 2022 (+3,7 %, après +4,9 % en 2021 et +4,5 % en 2020). Malgré la diminution de l'activité en volume, le dynamisme des rémunérations

soutient de nouveau la croissance en valeur de la consommation des soins hospitaliers publics. En revanche, selon les premières estimations disponibles, les consommations intermédiaires n'augmenteraient pas en 2022, notamment sous l'effet de la montée en charge des remises pharmaceutiques qui minorent les achats de médicaments, ainsi que de la diminution du nombre de masques mis à disposition par Santé publique France. Plus généralement, la baisse de l'activité en volume contribue possiblement à modérer les consommations intermédiaires. Finalement, le prix de la dépense des hôpitaux publics augmente de nouveau en 2022 (+5,9 %, après +4,2 % en 2021 et +16,0 % en 2020).

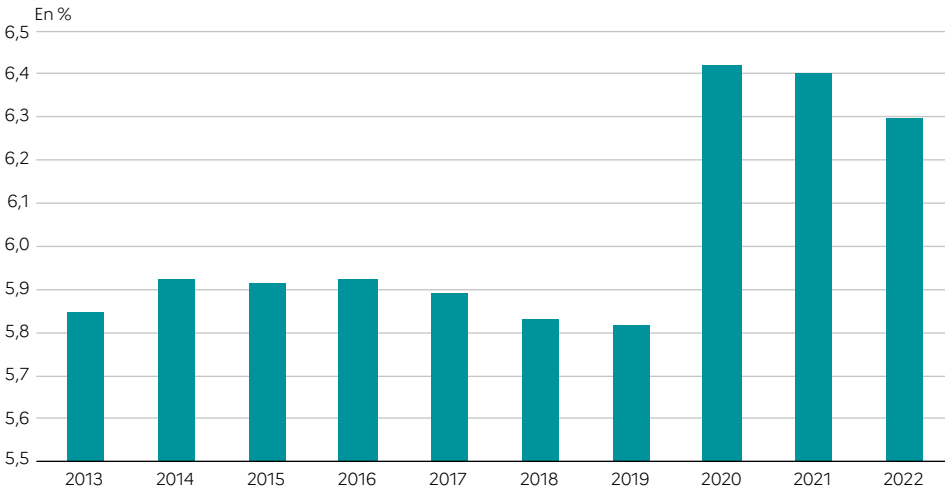
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers et part dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2013

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble (en milliards d'euros)		86,9	89,2	90,5	92,4	94,0	95,2	97,2	103,3	110,2	114,9
Évolution (en %)	Valeur	2,6	2,6	1,5	2,1	1,7	1,3	2,2	6,2	6,7	4,3
	Prix	1,3	0,3	-0,6	-0,2	0,7	0,1	1,8	13,6	3,0	4,8
	Volume	1,3	2,2	2,1	2,3	1,0	1,1	0,4	-6,5	3,6	-0,5
Secteur public (en milliards d'euros)		66,8	68,5	69,6	71,0	72,2	73,0	74,5	79,8	84,9	88,7
Évolution (en %)	Valeur	3,0	2,5	1,6	2,0	1,8	1,1	2,0	7,1	6,4	4,5
	Prix	1,8	0,6	-0,5	0,2	1,3	0,6	2,1	16,0	4,2	5,9
	Volume	1,2	1,9	2,1	1,8	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,1	-1,4
Secteur privé (en milliards d'euros)		20,1	20,7	20,9	21,4	21,7	22,1	22,7	23,5	25,2	26,2
Évolution (en %)	Valeur	1,2	2,7	1,1	2,6	1,4	1,9	2,6	3,3	7,6	3,6
	Prix	-0,3	-0,4	-1,2	-1,4	-1,4	-1,3	1,0	6,2	-0,9	1,0
	Volume	1,5	3,2	2,2	4,0	2,8	3,3	1,6	-2,7	8,5	2,6
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)		46,9	46,9	46,9	46,8	46,9	46,9	46,9	49,1	48,5	48,7

Lecture > En 2022, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 114,9 milliards d'euros. Elle augmente de 4,3 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du prix de 4,8 % et une baisse du volume de soins de 0,5 %.
Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

2. Les séjours avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2013



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

Sources > DREES, comptes de la santé; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Évolution du volume d'activité en MCO à l'hôpital public de 2020 à 2022

	Poids en 2022	Taux d'évolution		
		2020	2021	2022
Ensemble	100,0	-8,0	4,2	-1,4
dont affections de l'appareil circulatoire	10,8	-10,9	5,4	-0,8
dont affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	10,1	-16,0	7,0	2,3
dont réanimations	9,8	1,3	-3,2	-9,8
dont affections de l'appareil respiratoire	9,5	13,2	4,2	-9,3
dont affections du tube digestif	7,6	-14,3	6,4	0,0
dont affections du système nerveux	6,9	-9,1	1,9	-1,3
dont séances	6,4	-0,4	9,6	2,1
dont grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5,2	-3,4	2,5	-0,7
dont facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	3,7	-11,6	4,2	1,7
dont affections du rein et des voies urinaires	3,6	-8,6	2,2	-0,1

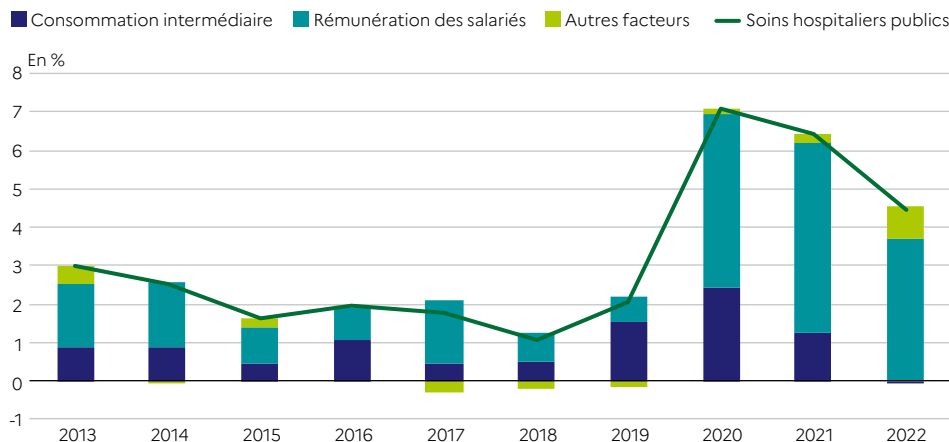
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note > La somme des poids pour ce tableau est inférieure à 100 % car, dans un souci de lisibilité, il ne porte que sur les dix premiers postes (sur 29) en matière d'activité. La majorité des séjours liés au Covid-19 sont comptabilisés au sein des affections de l'appareil respiratoire, qui baissent de 9,3 % en 2022 et contribuent à hauteur de 0,9 point à la baisse de l'activité en MCO à l'hôpital public en 2022. Le reflux de l'épidémie contribue également à la baisse du nombre de journées en réanimation en 2022 (-9,8 %).

Lecture > L'activité en MCO baisse de 1,4 % en volume en 2022. Les affections de l'appareil circulatoire, qui représentent 10,8 % du volume économique en MCO en 2022, baissent de 0,8 % en volume cette année-là.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public en valeur et contributions de ses composantes depuis 2013



Note > Le poste « Autres facteurs » regroupe la consommation de capital fixe et les impôts nets des subventions à la production.

Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 4,5 % en 2022, dont 3,7 points s'expliquent par la hausse des rémunérations (salaires et cotisations).

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

Source > DREES, comptes de la santé.

La consommation de soins hospitaliers privés atteint 26 milliards d'euros en 2022

En 2022, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé s'élève à 26,2 milliards d'euros. Elle poursuit sa croissance, mais à un rythme moins rapide qu'en 2021 (+3,6 %, après +7,6 %). Contrairement au secteur public, le volume d'activité du secteur privé a dépassé son niveau d'avant la crise dès 2021. En 2022, le volume d'activité ralentit (+2,6 %) après un fort rebond en 2021 (+8,5 %, après -2,7 % en 2020).

Les soins hospitaliers du secteur privé comprennent, d'une part, les honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques (29,2 % du total) et, d'autre part, la rémunération des cliniques (70,8 %). L'augmentation des honoraires des praticiens libéraux ralentit en 2022 (+4,6 %, après +10,5 % en 2021), de même que la rémunération des cliniques (+3,2 %, après +6,4 %).

Hormis l'hospitalisation à domicile et les dotations, les différentes composantes de la rémunération des cliniques sont en hausse en 2022. Le ralentissement de l'activité s'explique essentiellement par une décélération des dépenses de MCO même si elles continuent de croître

(+1,8 % en 2022, après +14,6 % en 2021). Les dépenses de psychiatrie, quant à elles, accélèrent (+16,2 % en 2022, après +8,8 % en 2021), compensant ainsi la perte d'activité enregistrée en 2020.

La consommation de SSR continue d'augmenter (+5,6 % en 2022, après +10,2 % en 2021) et dépasse de plus de 10 % son niveau d'avant la crise. L'hospitalisation à domicile est en léger repli (-1,2 %) après deux années de forte hausse (+16,1 % en 2020 et +11,5 % en 2021).

Enfin, les dotations, qui incluent les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), l'incitation financière à la qualité (Ifaq), le coefficient prudentiel et la garantie de financement, diminuent de nouveau légèrement en 2022 après une forte baisse en 2021. La garantie de financement qui, depuis la crise sanitaire, assure aux cliniques privées une prise en charge de l'activité de soins au moins équivalente à celle observée en 2019, a été reconduite pour la troisième année consécutive. Les montants versés au titre de cette garantie s'élèvent à 504 millions d'euros, après 522 millions en 2021 et 1 150 millions en 2020.

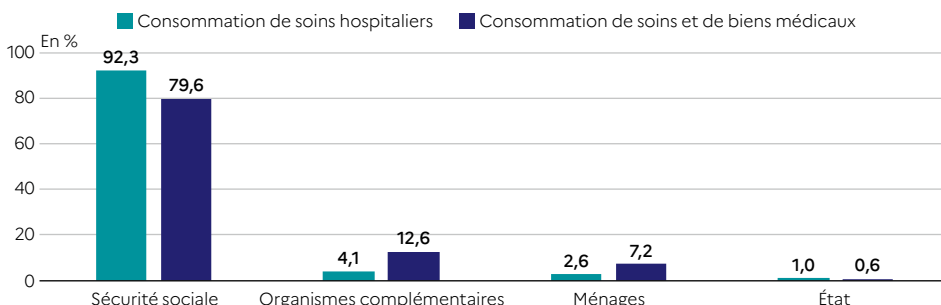
Une hausse du financement par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans le financement de la consommation de soins hospitaliers (92,3 % en 2022). En comparaison, la Sécurité sociale ne finance que 79,6 % de la CSBM (*graphique 3*).

Les autres acteurs financent une part limitée des soins hospitaliers : entre 4,1 % pour les

organismes complémentaires et autour de 1 % pour l'État (aide médicale de l'État [AME] et dépenses au titre des anciens combattants). En 2022, le reste à charge des ménages représente 2,6 % de la dépense pour les soins hospitaliers. Cette part financée directement par les ménages est sensiblement plus élevée (6,5 %) dans le secteur privé que dans le secteur public (1,5 %). ■

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2022



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

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

Les résultats globaux présentés dans cette fiche sont issus du cadre des comptes de la santé, qui visent à mesurer la consommation de soins et de biens médicaux en France.

Champ

Le champ retenu dans cette fiche recouvre la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé, de France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (unités de soins de longue durée et soins en maisons de retraite) en sont exclues.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs (public et privé) ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif. Dans les comptes de la santé, l'hôpital public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif. Dans les comptes de la santé, le secteur privé est un secteur marchand. La consommation de soins est calculée à partir des recettes des cliniques hors subventions.

> **Consommation de soins hospitaliers** : elle regroupe l'ensemble des services fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non) dans le cadre du traitement de l'état de santé des patients. Elle inclut les soins ainsi que la composante hébergement liée à l'hospitalisation. En revanche, elle exclut les suppléments liés aux séjours tels que la chambre particulière, la télévision ou internet, qui ne sont pas considérés comme relevant du champ de la santé. ●●●



> **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. L'usure des actifs fixes mis en œuvre n'est pas prise en compte, elle est enregistrée dans la consommation de capital fixe.

> **Consommation de soins et de biens médicaux** : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut, en revanche, diverses composantes de la dépense, liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans l'agrégat plus large de la dépense courante de santé au sens international.

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidants pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé – édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

En 2022, les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent très fortement, du fait d'une détérioration inédite de leur résultat d'exploitation. Leur déficit s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2022, après 415 millions en 2021, soit 1,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Toutes les dépenses progressent fortement (+5,1 %), sous l'impulsion notamment des charges de personnel, alors que les recettes augmentent un peu plus modérément (+4,1 %), ce qui explique ce creusement du déficit. L'effort d'investissement poursuit sa hausse amorcée en 2021, à la suite des engagements pris lors du Ségur de la santé. Dans le même temps, la capacité d'autofinancement et les dotations aux amortissements continuent à se replier. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, s'améliore pour la quatrième année consécutive, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. En revanche, la durée apparente de la dette continue à augmenter, en rupture avec l'amélioration observée de 2017 à 2020.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent très fortement en 2022

En 2022, le déficit global (résultat net négatif) des hôpitaux publics atteint 1,3 milliard d'euros¹, après 415 millions en 2021, 91 millions en 2020 et 565 millions en 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (*graphique 1*). Cette très nette détérioration contraste donc avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Rapporté aux recettes², le résultat net est de -1,3 % en 2022 (après -0,4 % en 2021 et -0,7 % en 2019), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations (*tableau 1*).

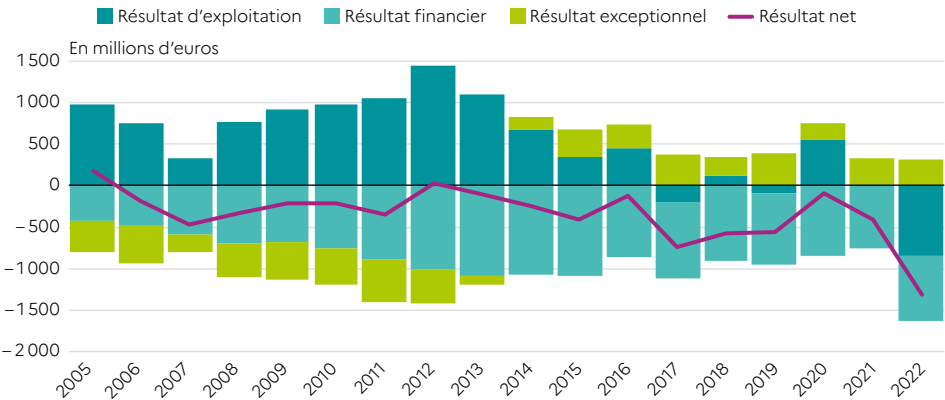
Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (voir annexe 1, « Glossaire économique et

financier »). En 2022, leurs évolutions respectives sont contrastées. La détérioration de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la dégradation sans précédent du résultat d'exploitation depuis 2005. En effet, il s'établit en 2022 à -847 millions d'euros, après +21 millions d'euros en 2021, et +555 millions d'euros en 2020, du fait de la sortie progressive des dispositifs de concours exceptionnels, ainsi que de la forte augmentation des dépenses d'exploitation (*graphique 1*). Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -792 millions d'euros en 2022 (après -751 millions d'euros en 2021). Alors que son déficit se résorbait lentement depuis 2015, à la faveur notamment d'un assainissement de l'encours de la dette et d'une diminution de l'endettement net, il repart donc légèrement à la hausse en 2022, dans un contexte de remontée des taux d'intérêt ; mais il reste toutefois stable exprimé en pourcentage des recettes (-0,8 %).

1. Sauf indication contraire, tous les chiffres de cette publication portent sur le budget global des établissements publics de santé, c'est-à-dire sur l'ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) consolidés des flux internes entre budget principal et budgets annexes (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »).

2. Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à juillet 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005



Note > Une correction a été apportée aux comptes 7071 (rétrocession de médicaments) et 6021 (produits pharmaceutiques et produits à usage médical) de l'AP-HP de 2005 à 2010, pour tenir compte de flux de rétrocession internes à l'AP-HP qui n'étaient pas consolidés avant 2011.
Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, mais cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (anciennes instructions budgétaires et comptables M21).
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Sources > DGFIP, traitements DREES.

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2013

Catégorie	2022		Excédent ou déficit de 2013 à 2022 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des hôpitaux publics	810	100	-0,1	-0,3	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4	-1,3
AP-HP	1	9,2	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2
Autres CHR	31	29,5	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3
CH spécialisés en psychiatrie	82	7,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2
CH ex-hôpitaux locaux	190	2,8	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3
Très grands CH	163	72,0	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3
Grands CH	151	15,2	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6
Moyens CH	256	9,8	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4
Petits CH	240	2,9	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.
Note > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques.
Une correction a été apportée aux comptes 7071 (rétrocession de médicaments) et 6021 (produits pharmaceutiques et produits à usage médical) de l'AP-HP de 2005 à 2010, pour tenir compte de flux de rétrocession internes à l'AP-HP qui n'étaient pas consolidés avant 2011.
Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de tailles, mesurées à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). En complément, certaines catégories d'établissements spécifiques ont été isolées (AP-HP, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2014, augmente légèrement et se rapproche de son niveau d'avant crise (322 millions d'euros en 2022, contre 388 millions d'euros en 2019). La détérioration importante constatée en 2020 (196 millions d'euros) s'expliquait largement par la baisse de la plus-value sur les cessions d'immobilisations, en raison d'un contexte d'incertitude défavorable et de la baisse des produits exceptionnels sur le budget des dotations non affectées³ (ATIH, 2022).

Près des deux tiers des établissements sont déficitaires, un niveau sans précédent

La dégradation de la situation financière des hôpitaux en 2022 concerne toutes les catégories d'établissements⁴. Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie font toutefois exception, car il s'agit de la seule catégorie d'établissements dont le résultat net n'est pas déficitaire, et même s'améliore ; il représente 2,2 % de leurs recettes en 2022 (après 1,3 % en 2021). À l'inverse, les centres hospitaliers régionaux (CHR), hormis l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ainsi que les ex-hôpitaux locaux, dont la situation financière s'était déjà dégradée en 2021, deviennent déficitaires en 2022. Leur résultat net représente respectivement -0,3 % et -1,3 % de leurs recettes (après +0,3 % et +0,4 % en 2021). La situation financière de l'AP-HP est particulièrement dégradée : son résultat net s'établit à -3,2 % de ses recettes, après -2,7 % en 2021 (tableau 1).

Près des deux tiers (65 %) des hôpitaux publics sont déficitaires en 2022 (après 52 % en 2021 et

42 % en 2020), une proportion supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019) et même inédite depuis 2005. Leur situation financière reste cependant contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires s'accroît fortement (-1,8 milliard d'euros en 2022, après -1,1 milliard en 2021, et -882 millions en 2020), mais il est plus largement partagé, car près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 39 établissements, après 24 en 2021 et 12 en 2020. L'AP-HP représente, à elle-seule, 16 % du déficit cumulé en 2022⁵, soit un peu moins qu'en 2021 (22 %). Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 506 millions d'euros en 2022, après 655 millions en 2021. La concentration de cet excédent s'accroît : la moitié est imputable à 18 établissements, contre 26 en 2021.

Tous les titres de produits continuent leur progression

La progression des recettes totales des hôpitaux publics se poursuit en 2022 (+4,1 %), bien que plus modérément que les deux années précédentes, où elle était particulièrement forte (+7,0 % en 2020 et 6,4 % 2021). Elle reste, toutefois, plus élevée qu'avant la crise sanitaire (+2,5 % par an en moyenne entre 2005 et 2019). Les recettes atteignent 98,0 milliards d'euros en 2022 (après 94,1 milliards d'euros en 2021), dont 90,4 % comptabilisés dans le budget principal⁶ (88,7 milliards d'euros).

Les produits et charges du budget principal sont usuellement ventilés par nature, en trois

3. Le budget annexe des « dotations non affectées » regroupe les charges et produits afférents aux biens du domaine privé, faisant partie du patrimoine immobilier de l'établissement, et dont la destination principale n'est pas l'activité hospitalière (il s'agit de biens de natures très diverses, généralement issus de dons ou de legs, comme des forêts, des terres, des vignes, des immeubles d'habitation, ou encore des châteaux, des théâtres ou des hôtels). Les produits de cessions de ces biens sont comptabilisés parmi les produits exceptionnels du budget annexe des dotations non affectées.

4. Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). En effet, les données comptables des hôpitaux publics fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques publiques.

5. En 2022, les recettes de l'AP-HP représentent 9,2 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux publics, tandis que ses dépenses représentent 9,4 % de l'ensemble des dépenses.

6. Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition aux budgets annexes, qui présentent les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La somme des recettes (respectivement aux dépenses) du budget principal et des budgets annexes n'est pas strictement identique aux recettes (respectivement aux dépenses) du budget global, elles-mêmes retraitées du compte 7087, qui correspond à des flux internes entre le budget principal et les budgets annexes.

titres de produits et en quatre titres de charges⁷ (tableau 2). La progression des produits du budget principal s'observe, pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes proches, et la part respective des différents titres dans le financement des produits reste similaire à celle de 2021. L'Assurance maladie finance le budget principal des

hôpitaux publics à hauteur de 71,8 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 4,3 % par rapport à 2021 (68,9 milliards d'euros) et de 23,0 % par rapport à 2019 (58,3 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, baisse légèrement (77,1 % en 2022, après 77,5 % en 2021), mais reste supérieure à son niveau d'avant crise (75,2 % en 2019).

Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2019

En milliards d'euros				
	2019	2020	2021	2022
Produits				
Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7	74,4	79,6	85,1	88,7
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	77,6	83,4	88,9	93,1
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7
Charges				
Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6	75,1	79,8	85,4	89,7
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	78,2	83,6	89,3	94,1
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3

Note > La composition des titres de charges et de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou en titres de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement des titres de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans ce tableau) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement des comptes de charges). Les autres produits (titre 3) correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Source > DGFIP, traitements DREES.

7. La composition des titres de charges et des titres de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou en titres de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement des titres de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans le tableau 2) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement des comptes de charges).

La hausse de la contribution de l'Assurance maladie, qui s'observe depuis la crise sanitaire, provient principalement de la mise en place de la « garantie de financement »⁸ au cours de la période 2020-2022. Ce dispositif, qui s'applique à l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A), vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie, pour éviter toute rupture de trésorerie et sécuriser les recettes des établissements de santé, leur donnant ainsi de la visibilité sur leurs ressources. Les versements prévus par ce dispositif ont été calibrés en prenant pour référence les recettes de l'année 2019⁹, majorées d'une progression annuelle¹⁰ décorrélée de l'évolution de l'activité (soit, en cumul pour les hôpitaux publics, 2,5 milliards d'euros en 2020, 1,6 milliard d'euros en 2021 et 1,8 milliard d'euros en 2022) [Cour des Comptes, 2023a et 2023b]. En 2022, la garantie de financement a été réservée aux établissements dont l'activité reste inférieure à son niveau de 2019. Près de 78 % des hôpitaux publics en ont encore bénéficié, ce qui reflète l'ampleur de la baisse d'activité de nombreux établissements par rapport à la situation antérieure à la crise.

Par ailleurs, les surcoûts engendrés par le traitement des patients affectés par le Covid-19 ont été pris en charge par l'Assurance maladie. Les montants attribués ont été de 3,0 milliards d'euros en 2020, 3,2 milliards d'euros en 2021, et 0,7 milliard d'euros en 2022 (Cour des Comptes, 2023b). De nouvelles ressources ont également été allouées aux établissements de santé par l'intermédiaire de hausses tarifaires pour compenser les revalorisations salariales accordées dans le cadre des accords du Ségur de la santé en vue de renforcer l'attractivité des carrières hospitalières (en cumul, pour tous les

établissements de santé hospitaliers, publics et privés, cela s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2020, 5,8 milliards d'euros en 2021, et 7,2 milliards d'euros en 2022) [PLFSS pour 2023, Annexe 5].

Les ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 6,5 %, atteignent 5,6 milliards d'euros en 2022 (5,2 milliards d'euros en 2021). Elles représentent 6,0 % des produits, soit 1,1 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), en hausse de 6,2 %, atteignent 15,7 milliards d'euros (14,8 milliards d'euros en 2021), et représentent 16,9 % des produits, soit 0,8 point de moins qu'en 2019. Ils correspondent, par exemple, aux recettes issues des prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +5,1 % en 2022, après +6,8 % en 2021, +6,4 % en 2020, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise (entre 2005 et 2019). Les dépenses sont estimées à 99,4 milliards d'euros (après 94,6 milliards d'euros en 2021), dont 90,3 % comptabilisés dans le budget principal (89,7 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2022 est supérieure à celle des recettes (+4,1 %), plus nettement qu'en 2021, ce qui explique le creusement du déficit.

8. Ordonnance n°2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de la Sécurité sociale. Arrêtés relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (du 6 mai 2020 pour l'année 2020 ; du 13 avril et du 17 août 2021 pour l'année 2021 ; du 10 mai et du 24 août 2022 pour l'année 2022).

9. Plus précisément : « Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par chaque établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leurs activités sont inférieures au niveau de cette garantie, les établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau. » (Loi de financement de la Sécurité sociale [LFSS] pour 2023, article 44).

10. Calculée en prévoyant une progression des dépenses d'Assurance maladie relatives aux établissements de santé de 2,4 % par an pour la période 2020-2022 (Cour des Comptes, 2023b).

La progression des charges du budget principal s'observe pour la plupart des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents selon les titres considérés. Ainsi, les dépenses de personnel (titre 1) continuent leur forte hausse amorcée en 2020 (+5,5 % en 2022), à un rythme cependant moins soutenu qu'au cours des années précédentes (+7,1 % en 2021 et +7,7 % en 2020), mais qui reste nettement plus élevé que pendant la période précédant la crise (+2,3 % par an en moyenne de 2005 à 2019). Les effectifs salariés restent globalement stables en 2022 et la progression des charges de personnel s'opère principalement sous l'impulsion des revalorisations salariales : d'une part, celles prévues par les accords du Ségur de la santé et, d'autre part, celles induites par la revalorisation du point d'indice de la fonction publique. Les dépenses de personnel des hôpitaux publics atteignent ainsi 57,9 milliards d'euros en 2022, après 54,9 milliards en 2021. Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, augmente légèrement (61,6 %, après 61,5 % en 2021).

Les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, augmentent à un rythme soutenu depuis la crise sanitaire. Elles progressent de 6,2 % en 2022, après +9,6 % en 2021, +7,0 % en 2020 et seulement +2,6 % en 2019. Les dépenses à caractère médical atteignent ainsi 19,9 milliards d'euros en 2022 et représentent 21,2 % des charges (21,0 % en 2021). Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 9,0 milliards d'euros. Elles sont en hausse de +5,3 % en 2022, après +5,4 % en 2021. Leur part dans les charges reste stable (9,5 %).

Les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), qui représentent 7,7 % des charges, repartent à la hausse en 2022 (+2,7 %),

après une légère baisse en 2021 (-1,4 %). Ils atteignent 7,3 milliards d'euros en 2022.

L'effort d'investissement des hôpitaux poursuit sa reprise

L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012¹¹, s'est ensuite tendancielllement orienté à la baisse. Il marque cependant un rebond depuis 2021 et atteint 5,0 % des recettes en 2022 (après 4,7 % en 2021 et 4,4 % en 2020) [graphique 2], malgré la forte remontée des taux d'intérêt au cours de l'année. Les investissements représentent 4,9 milliards d'euros en 2022, après 4,4 milliards d'euros en 2021.

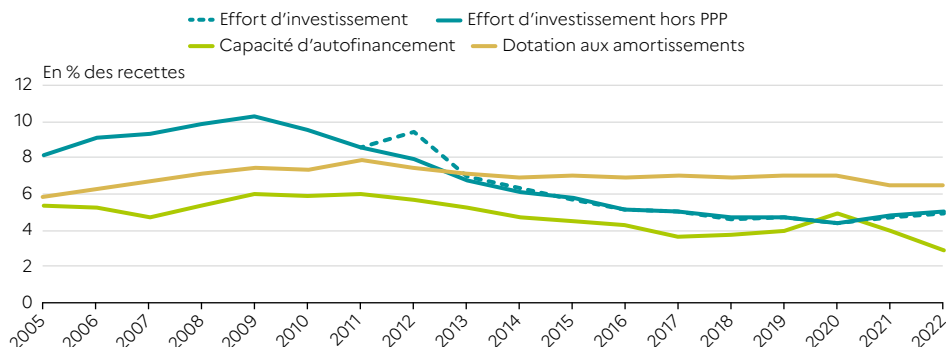
La reprise de l'investissement hospitalier est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé (signés en juillet 2020), traduits concrètement dans la LFSS 2021 (article 50). Ces dispositifs prévoient des aides en vue de soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. Sur l'engagement global de 19 milliards d'euros sur dix ans (dont 13 milliards prévus par la LFSS 2021 et alloués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale [Cades], et 6 milliards prévus par le Ségur, intégrés au plan France Relance), 9 milliards d'euros¹² ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé : 7,5 milliards d'euros pour les investissements structurants¹³ et 1,5 milliard d'euros, durant la période 2021-2025, pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. L'enveloppe des aides aux investissements structurants allouée par la Cades est en majeure partie sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS) [5,5 milliards d'euros], et le reste

11. Relance de l'investissement sanitaire d'un montant cumulé de 8,8 milliards d'euros.

12. Le reste de l'enveloppe se décompose ainsi : 6,5 milliards d'euros spécifiquement consacrés à la restauration de la capacité financière des établissements de santé (désendettement) assurant le service public hospitalier, 1,5 milliard d'euros pour rénover ou créer des places dans les Ehpad en faisant évoluer les modes de prises en charges des personnes âgées, 2 milliards d'euros en faveur du numérique en santé, dont 600 millions d'euros réservés au secteur médico-social.

13. Dont 6,5 milliards alloués par la Cades.

Graphique 2 Effort d'investissement et capacité d'autofinancement des hôpitaux publics depuis 2005



PPP : partenariat public-privé.

Note > Les contrats de partenariat public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

Le compte 1675 « dettes – partenariat public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante. Cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque.

Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate, en effet, une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

(1 milliard d'euros) est à la discrétion du ministre de la Santé (Cour des comptes, 2023b). Sur ces 6,5 milliards d'euros, seuls 108 millions d'euros ont été versés aux établissements de santé en 2021 et 2022 (respectivement 16 millions et 92 millions d'euros). L'enveloppe des aides aux investissements courants a été répartie entre les ARS par la circulaire du 10 mars 2021, au prorata des produits des hôpitaux (en 2021) ou de la population (en 2022).

Les différentes composantes de l'effort d'investissement ont des évolutions contrastées. Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, poursuit sa progression (+17,2 %, après +21,2 % en 2021, et -11,3 % en 2020) et dépasse son niveau d'avant crise (3,0 % des recettes en 2022, contre 2,8 % en

2019) [graphique 3], malgré le renchérissement, depuis 2022, des coûts de construction en raison notamment de l'augmentation des prix des matériaux et de l'énergie. Si les investissements courants continuent globalement à augmenter en 2022 (+2,2 %), bien que plus lentement qu'en 2021 (+10,2 %), les investissements d'équipement, qui en font partie, diminuent (-5,4 % en 2022, après +7,2 % en 2021).

La capacité d'autofinancement (CAF)¹⁴, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, se replie à nouveau et atteint 2,9 % des recettes en 2022 (après 4,0 % en 2021 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut), en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Enfin, la dotation aux amortissements¹⁵ augmente, mais plus lentement que les recettes. Sa part dans ces

¹⁴. La CAF représente l'ensemble des ressources générées par l'entité juridique qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement et son investissement.

¹⁵. La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

dernières, stable autour de 7,0 % entre 2014 et 2020, baisse à 6,4 % en 2022 (après 6,5 % en 2021). Le niveau de l'effort d'investissement reste supérieur à celui de la CAF. Si cette tendance est observée depuis 2005 (année 2020 mise à part), l'écart se creuse néanmoins. Bien que l'effort d'investissement reste nettement inférieur à la dotation aux amortissements, l'écart, qui avait tendance à se creuser depuis 2013, se réduit pour la deuxième année consécutive.

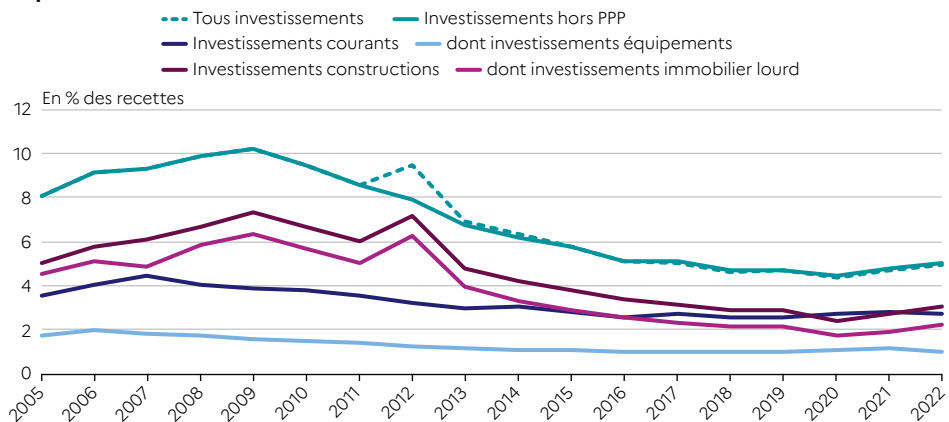
La baisse continue de l'investissement hospitalier depuis les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 s'est accompagnée d'une augmentation du taux de vétusté, un indicateur du besoin d'investissement requis pour maintenir en état les constructions ou les équipements de

l'établissement. C'est encore le cas en 2022 pour les constructions, avec un taux de vétusté qui atteint 57,1 % de la valeur brute des immobilisations (après 55,5 % en 2021), tandis que ce taux diminue légèrement, pour la deuxième année consécutive, pour les équipements (80,0 % en 2022, après 80,4 % en 2021, et 80,8 % en 2020), en rupture avec la tendance observée depuis 2015 [graphique 4].

Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux poursuit l'amélioration engagée depuis 2019

L'encours de la dette des hôpitaux publics diminue légèrement en 2022 (30,7 milliards d'euros), après avoir atteint, en 2021, son point le plus

Graphique 3 Effort d'investissement des hôpitaux publics par type d'investissement depuis 2005



PPP : partenariats public-privé.

Note > Cette distinction des investissements par type n'est pas totalement disjointe car les investissements courants, définis comme l'ensemble des investissements hors immobilier lourd, comprennent une partie des investissements de construction.

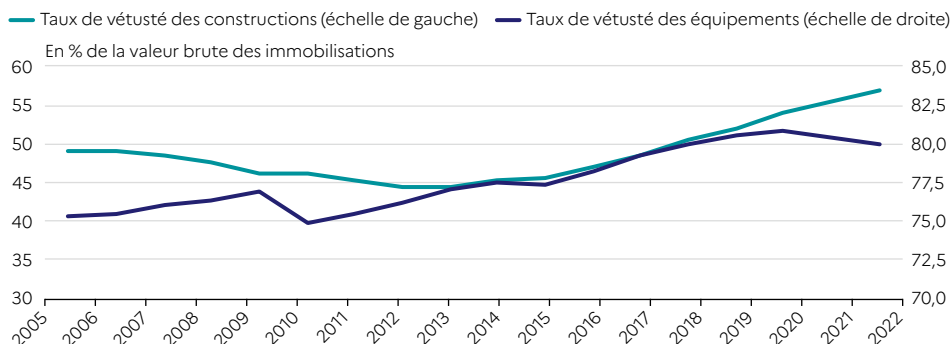
Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante, cette règle est appliquée ici depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022). Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate, en effet, une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, traitements DREES.

Graphique 4 Taux de vétusté des équipements et des constructions des établissements de santé depuis 2005



Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

haut depuis le point de départ des observations (31,1 milliards d'euros). Il reste cependant supérieur à son niveau d'avant crise (30,1 milliards d'euros en 2019). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 31,3 % des recettes en 2022, après 33,0 % en 2021 et 33,9 % en 2020. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5].

En 2022, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics¹⁶, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,7 %, après 46,8 % en 2021 (graphique 5). Cette baisse confirme le reflux entamé après le pic observé en 2018 (à 52,4 %), qui avait fait suite à une progression continue depuis 2005. La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % poursuit également sa baisse et s'établit à 19,5 % en 2022 (après 21,7 % en 2021 et 31,3 % en 2020). Ces améliorations s'expliquent principalement par les accords du Ségur de la santé, consolidés par

l'article 50 de la LFSS pour 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. En 2022, 650 millions d'euros ont été alloués en aides en capital, s'ajoutant à 1,4 milliard d'euros versés en 2021. Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents¹⁷. Ces aides doivent « permettre de soutenir l'autofinancement de l'établissement et permettre de financer les investissements déjà prévus tout en réduisant le recours à l'emprunt » (PLFSS pour 2023, Annexe 5).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, retrouve son point haut de 2017 en 2022, à 10,6 ans. Elle augmente ainsi nettement, après 8,3 ans en 2021 et 6,9 ans en 2020 (graphique 5). Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, la hausse de la durée apparente de la dette reflète directement la dégradation de la CAF.

¹⁶. Dans les publications de la DREES antérieures à 2022, le terme de « taux d'endettement » était employé pour désigner l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme de « ratio d'indépendance financière », utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique, lui est désormais préféré. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

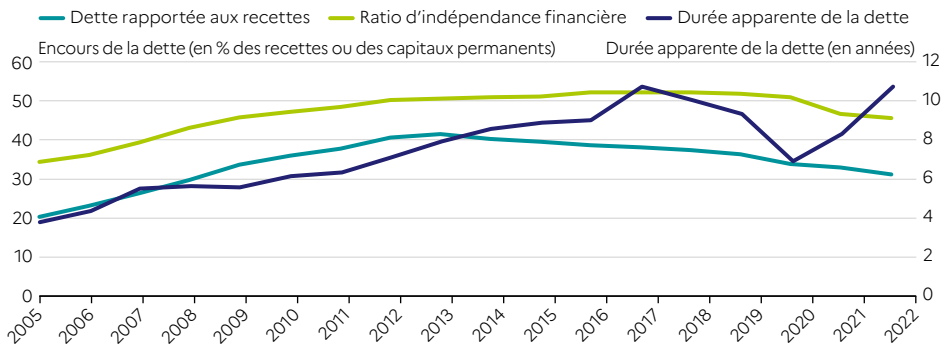
¹⁷. Les dotations concourant à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, définies en application de l'article 50 de la LFSS pour 2021, sont enregistrées sur le compte 1026 (dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021). Ce compte est inclus dans le calcul des capitaux permanents (somme des soldes des comptes 10, 11, 13, 14, 15, 16, sauf 1688 et 1689, d'après l'arrêté du 7 mai 2012), qui constituent le dénominateur du ratio d'indépendance financière (numérateur : encours de la dette).

Cependant, la durée apparente de la dette, comme l'encours de la dette rapporté aux recettes, pourraient s'améliorer dans les années à venir grâce aux dotations du Ségur de la santé précédemment décrites.

La part des établissements surendettés¹⁸ repart légèrement à la hausse, sans pour autant retrouver

son niveau d'avant crise. Elle atteint 33,6 % en 2022, après 30,5 % en 2021 et 41,5 % en 2019 (graphique 6). En 2022, 36,4 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement, un chiffre en nette baisse par rapport à 2021 (42,4 %), mais qui reste légèrement plus élevé qu'avant la crise sanitaire (34,4 % en 2019). ■

Graphique 5 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière, et durée apparente de la dette depuis 2005



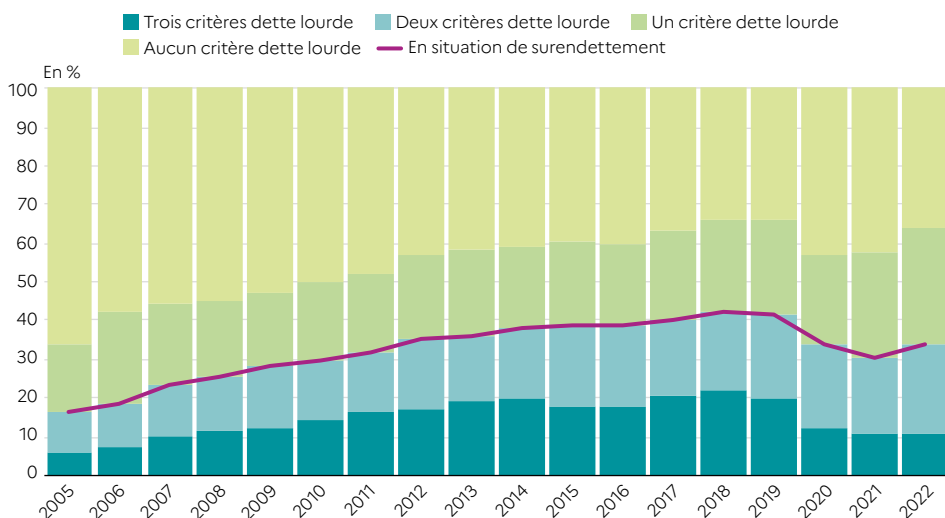
Note > Le ratio d'indépendance financière est l'un des critères permettant d'apprécier le poids de la dette dans la situation financière des établissements. Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % est l'un des trois critères de surendettement identifiés dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé (PPP) », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui se traduit par une augmentation plus marquée de l'encours de la dette en 2011, ainsi que des indicateurs qui en découlent.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

18. Les critères de surendettement sont définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Aux termes de cet article, les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette. À partir des publications de la DREES postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

Graphique 6 Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



Note > Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères caractérisant le poids de la dette dans la situation financière de l'établissement, comme définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement.

À partir de l'édition 2024 du *Panorama des établissements de santé* de la DREES, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette (qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement) est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Source > DGFIP, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé selon la nomenclature des statuts juridiques du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'outre-mer (sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Les établissements pour lesquels toutes les données sont nulles ou manquantes n'ont pas été conservés, ce qui représente 0,4 % des données de 2005 à 2022. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (E) et non l'entité géographique (EG). Pour l'année 2022, 810 établissements publics sont considérés dans cette étude. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories selon leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global, pour correspondre à la classification utilisée par la DGFIP : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la DGFIP. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 15 janvier 2024). Les données de la DGFIP ont été croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines ●●●



catégories d'établissements (Assistance publique - Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

Méthodologie

Les comptes définitifs des établissements publics de santé sont parfois transmis à la DGFIP avec retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données.

Pour en savoir plus

- > **ATIH** (2022, juillet). *Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020. Comptes financiers 2020*. Rapport.
- > **Cour des comptes** (2023a, juin). Rapport sur la tarification à l'activité. S2023-0851.
- > **Cour des comptes** (2023b, octobre). Rapport thématique sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire.
- > **Courtejoie, N., Richet, J.** (2022, juillet), La situation économique et financière des établissements de santé en 2020. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque Postale** (2022, septembre). *Le poids de la dette des hôpitaux publics : quel bilan en amont de la crise sanitaire ? Regard financier sur les hôpitaux publics*. Étude.
- > **IGF/IGAS** (2020, avril). Rapport sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise.
- > **Le Rhun, B., Legendre, M.-C.** (2007, décembre). *Comparaison de la M21 et du Plan Comptable Général*. DREES, Documents de travail, 1.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2022, septembre). Ondam et dépenses de santé. Annexe 5 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2023, septembre). Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Annexe 6 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.
- > Tableaux supplémentaires mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente étude :
 - Taux de marge brute des hôpitaux publics, par catégorie d'établissements, depuis 2005
 - Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement, par catégorie d'établissements, depuis 2005

D'après les premières estimations pour 2022, la situation financière des cliniques privées à but lucratif reste nettement bénéficiaire. Leur résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire, se maintient aux niveaux précédemment observés. Il s'établit, pour la deuxième année consécutive, à 3,4 % des recettes. Ces dernières, en progression continue, atteignent 18,7 milliards d'euros. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, qui s'améliore depuis 2011, atteint 36,0 % des capitaux permanents, mais ce chiffre global masque des situations contrastées entre établissements. Dans le même temps, la part des cliniques privées en situation de surendettement progresse à 18 %.

Le résultat net des cliniques privées reste nettement bénéficiaire

D'après les premières estimations¹, la situation financière des cliniques privées² à but lucratif reste favorable en 2022. Leur résultat net cumulé atteint 627 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 644 000 euros par clinique) [graphique 1]. Rapporté aux recettes³, il s'établit à 3,4 % en 2022, comme en 2021 (tableau 1), soit plus du double de son niveau de 2019 (1,6 %), avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ce niveau record⁴ contraste avec le déficit global des établissements publics (voir fiche 27, « La situation économique et financière des hôpitaux publics »).

Sur un an, cette stabilité du résultat net rapporté aux recettes masque l'évolution contrastée des différentes catégories de résultats : la décrue du résultat d'exploitation observée entre 2021 et 2022 est notamment compensée par une augmentation du résultat exceptionnel et, plus modérément, du résultat financier, ainsi que par une légère diminution des impôts sur les bénéfices et des participations des salariés. Rapporté

aux recettes, le résultat d'exploitation connaît, en effet, une forte baisse après le niveau inédit atteint l'année précédente (4,3 % des recettes en 2022, après 5,2 % en 2021). Cette baisse fait toutefois suite à un bond en 2020 comme en 2021, et il reste très supérieur à son niveau d'avant la crise sanitaire (3,2 % en 2019). Ces évolutions sont soutenues par des dispositifs mis en place, ou davantage abondés, pendant la crise sanitaire tels que la garantie de financement (GF), les dotations versées au titre de missions de service public ou les revalorisations tarifaires en 2021 et 2022 (cf. *infra*). Depuis 2020, le résultat d'exploitation bénéficie de plus d'une fiscalité liée à l'exploitation⁵ très favorable, dont le solde reste stable en 2022 (1,1 % des recettes, après 1,0 % en 2021). Le résultat d'exploitation, et par extension le résultat net, est largement porté par les subventions d'exploitation, qui ont augmenté de plus de 4 points avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, passant de 1,3 % des recettes en 2019, à 5,6 % en 2022 (comme en 2021). Pour la troisième année consécutive, elles dépassent les impôts, taxes et versements assimilés⁶.

1. Les données de 2022 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 678 cliniques ayant déposé leurs comptes.

2. Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie).

3. Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à 2022.

4. Depuis 2006, point de départ des observations.

5. La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

6. Les impôts, taxes et versements assimilés comprennent l'ensemble des impôts et taxes que les entreprises doivent payer auprès de l'État ou des collectivités territoriales, hors taxe sur la valeur ajoutée et impôt sur les sociétés. Il s'agit par exemple de la contribution économique territoriale, de la taxe sur les véhicules de société ou de la taxe sur les salaires.

Le résultat exceptionnel, déficitaire depuis 2018, redevient positif (+0,3 % des recettes en 2022, après -0,1 % en 2021), tandis que le résultat financier augmente (0,2 % des recettes en 2022, après 0,1 % en 2021). Finalement, le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, diminue légèrement en pourcentage des recettes. Il atteint 4,9 % des recettes en 2022, après une forte hausse le portant à 5,2 % en 2021. Cependant, il reste nettement supérieur à son niveau d'avant la crise sanitaire (3,0 % en 2019). Le léger recul du bénéfice en 2022 engendre la baisse à due concurrence des impôts sur les bénéfices et des participations salariales (qui sont intégrés au résultat net, en sus du bénéfice, dans le secteur privé) [voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »].

Le résultat net rapporté aux recettes est trois fois plus élevé pour les cliniques de psychiatrie que pour celles de MCO

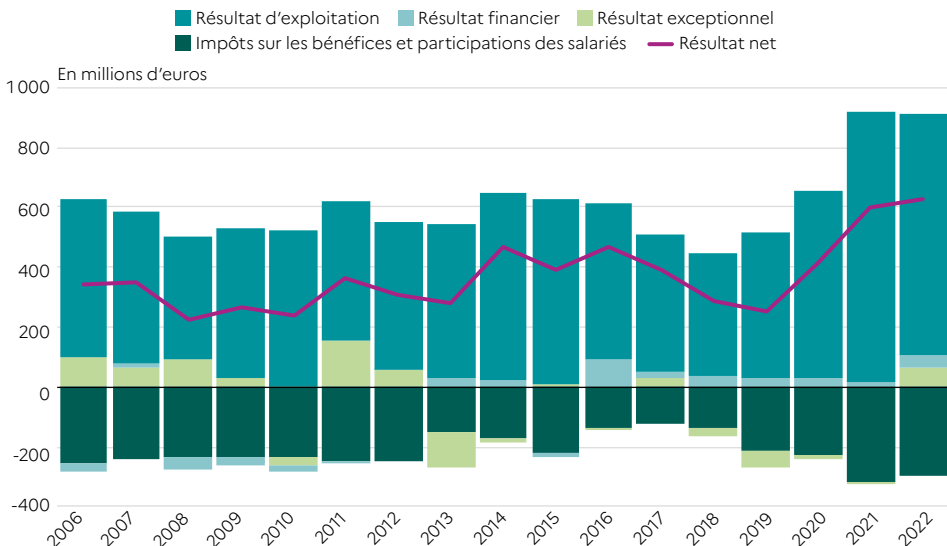
Le niveau comme les évolutions du résultat net rapporté aux recettes sont très variables selon la discipline principale d'activité des cliniques

privées (graphique 2). En 2022, le résultat net rapporté aux recettes se replie de 0,1 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 0,5 point pour les cliniques psychiatriques, tandis qu'il progresse de 0,5 point pour les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il s'établit ainsi à 2,8 % en MCO (après 2,9 % en 2021), à 4,8 % en SSR (après 4,4 % en 2021) et à 8,7 % en psychiatrie (après 9,1 % en 2021). Dans le secteur privé à but lucratif, la psychiatrie demeure ainsi la discipline qui dégage le plus de bénéfices (en pourcentage des recettes).

Près d'une clinique sur quatre est déficitaire en 2022

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2022, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif (c'est-à-dire déficitaires) augmente (24 %, après 21 % en 2021). Cette augmentation s'observe dans toutes les disciplines d'activité, et le pourcentage de cliniques déficitaires atteint 26 % en SSR (+1 point), 25 % en MCO (+4 points) et 17 % en psychiatrie (+6 points).

Graphique 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2022. Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2017

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes (en millions d'euros)	14 502	15 093	15 267	15 579	17 445	18 678
Nombre de cliniques	997	990	976	966	979	974
% de cliniques répondantes	79,2	78,7	79,5	79,7	77,9	69,6
Recettes moyennes (en millions d'euros)	14,5	15,2	15,6	16,1	17,8	19,2
Chiffre d'affaires (en % des recettes)	94,2	93,3	94,1	89,7	89,6	88,6
Dépenses (en % des recettes)	-96,5	-97,2	-97,0	-95,9	-94,8	-95,1
Achats, produits et charges de gestion courante (en % des recettes), dont :	-44,8	-45,0	-45,9	-45,0	-44,5	-45,2
achats consommés	-17,9	-18,2	-18,4	-17,8	-18,2	-18,5
autres produits et charges de gestion courante	-26,9	-26,9	-27,5	-27,2	-26,4	-26,7
Frais de personnel (en % des recettes), dont :	-40,3	-40,0	-39,6	-39,8	-39,6	-39,2
salaires bruts	-29,1	-28,9	-28,9	-29,2	-28,4	-28,1
cotisations sociales	-11,2	-11,1	-10,8	-10,7	-11,2	-11,1
Fiscalité liée à l'exploitation (en % des recettes), dont :	-4,1	-4,0	-3,6	0,4	1,0	1,1
impôts, taxes et versements assimilés	-5,2	-5,2	-4,9	-4,9	-4,6	-4,5
subventions d'exploitation	1,1	1,2	1,3	5,3	5,6	5,6
Excédent brut d'exploitation (en % des recettes)	5,2	4,5	5,1	5,4	6,5	5,4
Résultat courant de fonctionnement (en % des recettes)	5,2	4,5	5,0	5,3	6,4	5,4
Autres opérations d'exploitation (en % des recettes)	1,8	2,1	1,9	2,5	2,4	2,7
Dotations nettes aux amortissements (en % des recettes)	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,8	-3,8
Résultat d'exploitation (en % des recettes), dont :	3,2	2,7	3,2	4,0	5,2	4,3
produits d'exploitation	97,7	97,4	98,0	98,1	98,2	97,8
charges d'exploitation	-94,5	-94,7	-94,8	-94,1	-93,0	-93,5
Résultat financier (en % des recettes), dont :	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
produits financiers	0,7	0,8	0,8	0,6	0,4	0,6
charges financières	-0,5	-0,5	-0,6	-0,4	-0,3	-0,4
Résultat exceptionnel (en % des recettes), dont :	0,2	-0,2	-0,4	-0,1	-0,1	0,3
produits exceptionnels	1,7	1,8	1,2	1,3	1,4	1,6
charges exceptionnelles	-1,5	-2,0	-1,6	-1,4	-1,5	-1,2
Participation des salariés (en % des recettes)	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,6	-0,5
Impôts sur les bénéfices (en % des recettes)	-0,5	-0,6	-1,0	-1,1	-1,2	-1,1
Résultat net (en % des recettes)	2,7	1,9	1,6	2,7	3,4	3,4

Note > Données provisoires pour 2022. Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Les dividendes versés aux actionnaires ne figurent pas dans ce tableau. Leur montant est très mal renseigné dans les liasses fiscales (moins de 5 % de remplissage depuis 2014).

Le nombre de cliniques correspond au nombre de numéros Siren distincts (numéros d'identification au répertoire des entreprises), pour les établissements dans la catégorie juridique « privé à but non lucratif » de la SAE, et quel que soit le code d'activité principale d'exercice (APE) de l'unité légale. La proportion de répondants correspond au ratio du nombre de cliniques ayant déposé leurs comptes auprès des greffes des tribunaux de commerce, dont le code APE prend la valeur 8610Z « activités hospitalières » (selon la nomenclature NAF, 2^e révision), et du nombre de cliniques précédemment décrit. À titre d'illustration, 93 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE sont disponibles auprès des greffes pour la période 2012-2022. Voir encadré Sources et méthodes pour plus de précisions.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

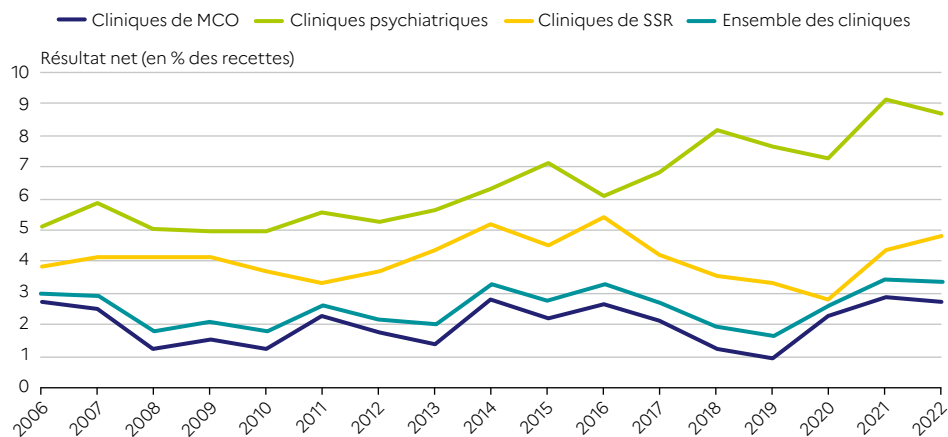
Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Les recettes des cliniques progressent encore fortement en 2022

Les recettes⁷ de l'ensemble des cliniques privées, en progression continue depuis 2014, atteignent 18,7 milliards d'euros en 2022. Elles sont particulièrement dynamiques depuis deux ans : +7,1 % en 2022 et +12,0 % en 2021, après +1,7 % par an en moyenne de 2014 à 2020. Plusieurs phénomènes y contribuent. D'abord, la garantie de financement qui a assuré, de 2020 à 2022, un niveau de financement des activités concernées par la tarification à l'activité au moins équivalent à celui observé avant la crise sanitaire liée au Covid-19. L'activité des cliniques est par ailleurs dynamique et a dépassé, dès 2021, son niveau d'avant la crise, atteignant en 2022 +8,3 % par rapport à 2019 (voir fiche 26 « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »).

Ensuite, la croissance des dotations versées au titre de missions de service public (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [Migac], incitation financière à l'amélioration de la qualité [Ifaq], coefficient prudentiel), qui ont permis de prendre en charge une partie du surcoût engendré par le contexte sanitaire (en 2020 et 2021 essentiellement). Les cliniques privées ont également bénéficié de revalorisations tarifaires depuis 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées, en majeure partie, au Ségur de la santé. Elles ont enfin profité de mesures exceptionnelles tenant compte du contexte d'inflation en 2022 pour protéger le pouvoir d'achat des salariés des établissements privés et pour couvrir l'augmentation des charges non salariales liées à la hausse de l'inflation (énergie, restauration, produits médicaux, etc.).

Graphique 2 Évolution du résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006



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

Note > Les données de 2022 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 678 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 394 cliniques de MCO, 178 cliniques de SSR et 106 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, SSR et psychiatrie représentent respectivement 81 %, 14 % et 5 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées.

Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

⁷ Les recettes correspondent à la somme des produits d'exploitation, financier et exceptionnel. À partir de 2022, les publications de la DREES mettent en avant les recettes plutôt que le chiffre d'affaires, qui figure tout de même dans le tableau 1. Le chiffre d'affaires n'inclut pas les subventions d'exploitation, qui comprennent des compensations liées à l'activité directe des établissements de santé. Il n'a donc qu'un intérêt modéré pour l'évaluation des produits des établissements de santé, mais il reste un indicateur particulièrement utilisé en comptabilité privée.

Les dépenses sont également dynamiques

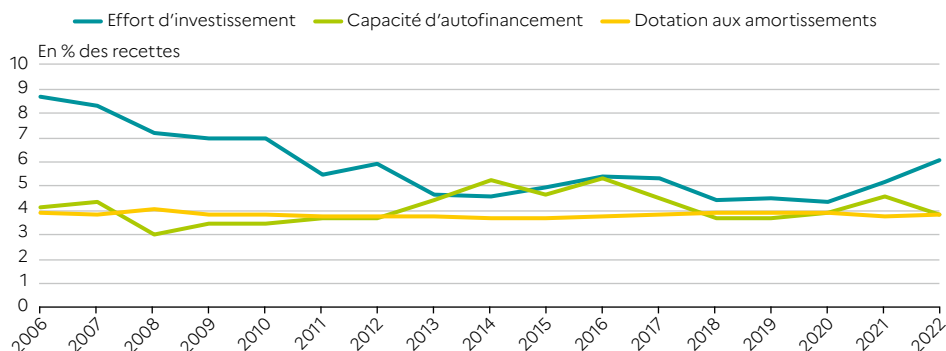
Les dépenses progressent un peu plus fortement que les recettes en 2022 (+7,4 %), ce qui n'était pas le cas l'année précédente (+10,7 % en 2021). Cette augmentation porte à la fois sur les achats, produits et charges de gestion courante (+8,7 %, après +11,0 %), dans un contexte inflationniste, et sur les charges de personnel (salaires bruts et cotisations sociales) [+6,1 % en 2022, après +11,2 % en 2021], du fait notamment des revalorisations salariales liées au Ségur de la santé. L'augmentation des salaires reste cependant plus modérée que celle des recettes. C'est pourquoi, rapportés aux recettes, les salaires bruts (et les charges de personnel) diminuent et représentent 28,1 % des recettes en 2022, après 28,4 % en 2021 (39,2 % des recettes, après 39,6 % pour les charges de personnel), soit un point bas depuis 2006. La progression des achats, produits et charges de gestion courante

étant plus dynamique, leur part dans les recettes augmente pour atteindre 45,2 % des recettes en 2022 (après 44,5 % en 2021), un niveau comparable à celui de 2018 et 2019, avant la crise sanitaire liée au Covid-19.

L'effort d'investissement des cliniques poursuit sa progression

Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées en 2022 sont à considérer avec précaution (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie). D'après les premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, poursuit sa reprise amorcée en 2021 et s'élève à 6,1 % en 2022 (après 5,2 % en 2021), atteignant ce qui serait son plus haut niveau depuis 2010 (graphique 3). Il reste supérieur à la dotation aux amortissements⁸ des

Graphique 3 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des cliniques privées depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2022. Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques lors de l'engagement d'investissements importants. Les séries sont aussi sensibles à l'ouverture de nouvelles cliniques ainsi qu'aux opérations de concentration.

En 2022, seules 48 % des cliniques privées présentes dans la SAE ont renseigné le montant de leurs investissements dans les liasses fiscales transmises aux greffes (contre 79 % par an en moyenne de 2012 à 2021). Ces effectifs particulièrement faibles fragilisent les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques en 2022, d'autant que les cliniques ne renseignant pas leurs investissements n'ont sans doute pas le même profil d'investisseur que celles qui le font. Les chiffres portant sur 2022 sont donc à interpréter avec précaution. Ils ne sont pas déclinés par discipline d'équipement, en raison de la faiblesse des effectifs.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

8. La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

cliniques privées, stable depuis plusieurs années, et qui s'établit à 3,8 % des recettes en 2022. L'effort d'investissement est également supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), qui redescend à 3,8 % en 2022, retrouvant un niveau similaire à la période précédant la crise sanitaire (3,7 % en 2019), après avoir atteint 4,6 % en 2021.

L'endettement augmente après avoir atteint un niveau historiquement bas en 2021

L'encours de la dette des cliniques privées augmente de 15,2 % en 2022 et atteint 2,3 milliards d'euros (après 2,0 milliards en 2021), soit 12,3 % des recettes (*graphique 4*). Il retrouve ainsi un niveau similaire à celui d'avant la crise sanitaire (12,2 % en 2019), après être descendu, en 2021, à 11,4 %, son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations.

Le ratio d'indépendance financière⁹ des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %). Il s'améliore encore légèrement en 2022, à 36,0 %, après 36,8 % en 2021. 26 % des cliniques

conservent cependant un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents (25 % en 2021).

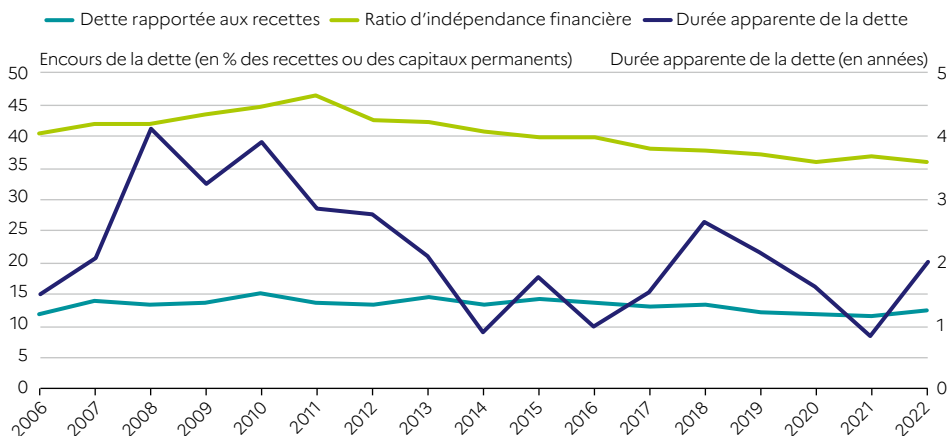
L'évolution de l'endettement est toutefois contrastée selon les types de cliniques. Rapportée aux recettes, la dette bondit en 2022 dans les cliniques psychiatriques (+5,5 points, à 13,9 %), mais le ratio d'indépendance financière s'y améliore (-1,1 point, à 18,0 % des capitaux permanents). La dette rapportée aux recettes augmente également dans les cliniques de MCO (+0,5 point), de même que le ratio d'indépendance financière se détériore en 2022 pour la deuxième année consécutive, pour s'établir à 38,7 % des capitaux permanents.

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, augmente, après trois années de baisse, passant de 2,5 ans en 2021 à 3,2 ans en 2022 (*graphique 4*). La proportion de cliniques privées surendettées¹⁰ augmente et atteint 18 % en 2022, un niveau inégalé depuis 2016 (*graphique 5*). Le pourcentage d'établissements sans aucun critère de surendettement baisse pour s'établir à 60 % en 2022 (après 62 % en 2021). ■

9. Pour reprendre les mêmes conventions que dans le secteur public, le ratio d'indépendance financière rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, qui incluent les capitaux propres hors résultat de l'exercice comptable, les provisions pour risques et charges ainsi que le montant de la dette. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette rapporté aux capitaux permanents de l'établissement est lourd.

10. Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du public, eux-mêmes définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. À partir des publications de la DREES postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

Graphique 4 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière et durée apparente de la dette depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2022. Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

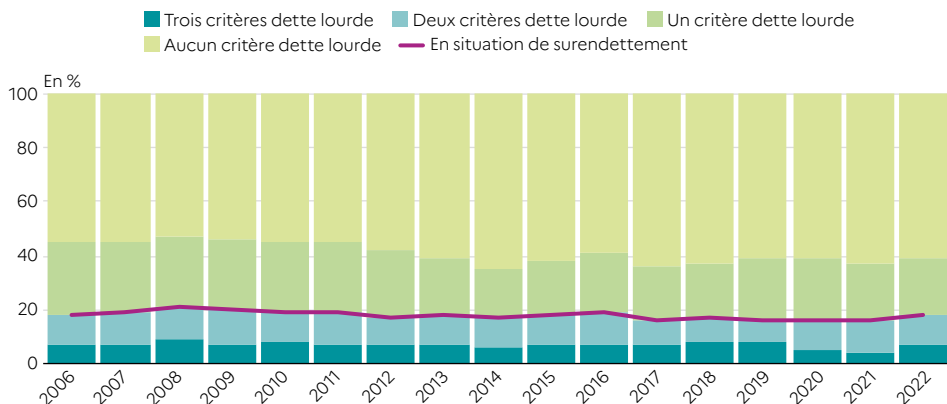
Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Lecture > Encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes ou en pourcentage des capitaux permanents (ratio d'indépendance financière) ; durée apparente de la dette en années.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 5 Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2022. Les données de 2012 à 2022 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères de surendettement, comme définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique (par symétrie avec le secteur public) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement. À partir des publications de la DREES postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Les données comptables des cliniques sont relatives aux établissements de santé privés à but lucratif de France (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), dont le statut juridique a été confirmé après croisement avec les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont déposées aux tribunaux de commerce. Elles sont parfois transmises avec du retard. Les données de 2012 à 2022 ont été extraites le 12 mars 2024. Les indicateurs calculés sur cette période peuvent ainsi différer de ceux publiés dans les éditions précédentes, du fait d'une réactualisation des données, et les données pour 2022 sont considérées comme provisoires. À titre d'illustration, en moyenne annuelle, 94 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE sont disponibles auprès des greffes des tribunaux de commerce, pour la période 2012-2021, mais ce chiffre n'est que de 81 % pour l'année 2022. Le redressement des données par le recours à un calage sur marges (*cf. infra*) permet cependant de rendre l'échantillon représentatif de l'ensemble des cliniques du champ SAE.

Pour l'étude des indicateurs relatifs aux investissements, seules les cliniques ayant renseigné des investissements non nuls ont été considérées et un redressement spécifique des données a été effectué. En effet, certaines cliniques déposent leurs comptes annuels mais fournissent des données incomplètes, notamment concernant le montant des investissements, qui est connu pour 73 % à 83 % des cliniques présentes dans la SAE entre 2012 et 2021. En 2022, le nombre de cliniques ayant renseigné le montant de leurs investissements est particulièrement faible (464 cliniques, soit 48 % des cliniques présentes dans la SAE). Les indicateurs portant sur les investissements en 2022, extrapolés à l'ensemble des cliniques du champ SAE, sont donc fragiles, d'autant que les cliniques ne renseignant pas leurs investissements n'ont sans doute pas le même profil d'investisseur que celles qui le font. Ils sont donc à considérer avec précaution (et ne sont pas déclinés par discipline d'équipement).

Sources

Les données comptables et financières des cliniques privées sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Méthodologie

Des étapes supplémentaires de retraitement des données ont été menées sur les données de 2006 à 2018. Pour ces années, les données de deux sources différentes ont été rapprochées (données des liasses fiscales transmises par les entreprises Diane et Altares-D&B) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'entité géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités (par exemple une même société qui gèrerait à la fois une clinique privée et une maison de retraite, dont les données comptables au niveau de l'entité juridique ne permettraient pas de distinguer les flux correspondants à chacune des deux activités). Pour limiter les biais et afin d'exclure les sociétés dont l'activité principale est très éloignée d'une activité sanitaire, l'analyse se limite ici aux entités juridiques dont l'activité principale d'exercice (APE) est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière, qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Concrètement, les indicateurs sont produits à partir des seules cliniques dans le champ SAE, dont les liasses fiscales sont disponibles, et dont le code APE de l'unité légale prend la valeur 8610Z correspondant à des « activités hospitalières » selon la nomenclature NAF, 2^e révision. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par pondération, de rendre l'échantillon représentatif de l'ensemble des cliniques du champ SAE, y compris de celles dont le code APE n'est pas « activités hospitalières ». La pondération repose sur des indicateurs relatifs uniquement à l'activité sanitaire de ces cliniques, afin de ne capter, dans la mesure du possible, que les flux financiers liés à cette activité. Cette méthodologie donne une estimation plus précise des ●●●



différents indicateurs financiers. La méthode de pondération utilisée a été révisée dans la présente édition, afin de limiter les ajustements excessifs sur certains poids d'unités. En conséquence, les indicateurs financiers obtenus sur toute la série peuvent différer de ceux des éditions précédentes.

Une décomposition des indicateurs par discipline principale d'équipement des cliniques est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec la SAE, afin d'identifier la discipline d'équipement « majoritaire » de l'entité. Plus précisément, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], psychiatrie, soins de suite et de réadaptation [SSR]). Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire. Les cliniques de SSR et celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SSR et psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante MCO ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile (HAD). Les données financières concernant l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

Enfin, certaines cliniques sont intégrées à des groupes de sociétés, dont l'organisation interne peut fortement influencer l'analyse des performances au niveau de chaque société fille de ce groupe. Par exemple, si les dettes de long terme et les projets d'investissements lourds d'un groupe sont tous portés par une société fille distincte de la société fille gérant la clinique privée, le taux d'endettement ou l'effort d'investissement calculé pour cette clinique privée seront sous-estimés.

Pour en savoir plus

- > **Courtejoie, N., Richet, J.** (2022, juillet). La situation économique et financière des établissements de santé en 2020. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.
- > **Kontopoulos, A.-S.** (2023). Les soins hospitaliers. Dans Arnaud, F. et Lefebvre, G. (dir). *Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé - édition 2023* (p. 38-44). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2022, septembre). Ondam et dépenses de santé. Annexe 5 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.
- > Tableau supplémentaires mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente fiche.
- Proportion de cliniques privées en situation de surendettement, par catégorie principale d'équipement, depuis 2006.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes <

Annexe 1

Glossaire économique et financier

Le travail de refonte de la méthodologie des publications de la DREES sur la situation économique et financière des établissements de santé a permis de consolider les indicateurs mobilisés pour l'analyse de la situation économique et financière des établissements de santé. Le glossaire ci-dessous précise les définitions retenues, ainsi que celles des termes nécessaires à leur bonne compréhension. Les termes définis sont communs aux secteurs public et privé, sauf mention contraire.

Budget principal (secteur public uniquement) : il présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et le moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie.

Budget annexe (secteur public uniquement) : distinct du budget principal, il présente les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les différents budgets annexes sont définis dans l'annexe 2.3 de l'instruction budgétaire et comptable M21.

Budget global (secteur public uniquement) : ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) du secteur public, consolidés des flux internes entre les différentes unités : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à une unité de soin de longue durée (USLD) rattachée à cet hôpital ne sera pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital.

Recettes : ensemble des produits d'un établissement, incluant les produits directement liés à l'activité de l'établissement (produits d'exploitation), ceux liés aux opérations financières (produits financiers) et ceux liés aux opérations exceptionnelles, telles que des cessions immobilières (produits exceptionnels). Les recettes

excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, les recettes correspondent plus précisément à la somme des comptes de produits (commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme exclut le compte 7087, qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.

Dépenses : ensemble des charges d'un établissement, incluant les charges directement liées à l'activité de l'établissement (charges d'exploitation), celles liées aux opérations financières (charges financières) et celles relatives aux opérations exceptionnelles (charges exceptionnelles). Elles excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, l'achat de médicaments à un hôpital par une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisé dans les dépenses de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, elles correspondent plus précisément à la somme des comptes de charges (commençant par le chiffre 6 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme est majorée du compte 7087, qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.

Chiffre d'affaires (CA) (secteur privé uniquement) : il correspond aux produits de la vente de biens et de services par l'entité juridique, il est égal aux produits bruts d'exploitation, dont on soustrait la production stockée et immobilisée et les subventions d'exploitation.

Autres charges et produits de gestion courante :

il s'agit de charges et de produits liés à l'activité de l'établissement mais qui ne sont pas directement reliés à son cœur d'activité. Ils comprennent ainsi les redevances pour concessions, brevets, ou licences, les redevances de crédit-bail, les loyers perçus par les établissements, notamment lorsqu'ils logent leur personnel, etc. Ils entrent dans le calcul du résultat d'exploitation et de la marge brute, mais pas dans celui de l'excédent brut d'exploitation. Dans le secteur public, ils correspondent aux comptes 75 (autres produits de gestion courante) et 65 (autres charges de gestion courante). Dans le secteur privé, ils correspondent à la case « autres achats et charges externes » de la liasse fiscale.

Produits d'exploitation : produits directement liés à l'activité de l'établissement, par exemple les paiements de l'Assurance maladie pour la prise en charge de patients ou les suppléments payés par les patients pour avoir une chambre individuelle.

Produits courants de fonctionnement : produits directement liés à l'activité de l'établissement, hors produits calculés, qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits courants de fonctionnement sont donc égaux aux produits d'exploitation hors reprises sur amortissements, dépréciations et provisions.

Produits bruts d'exploitation : produits directement liés au cœur d'activité de l'établissement, hors produits calculés qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits bruts d'exploitation sont donc égaux aux produits

courants de fonctionnement, à l'exclusion de certains produits de gestion courante dénommés « autres produits de gestion courante », par exemple les redevances pour concessions ou brevets, les revenus immobiliers, notamment issus de la location d'appartements à certains salariés. Les autres produits de gestion courante représentent une faible part des produits courants de fonctionnement (environ 2 % entre 2006 et 2019).

Résultat d'exploitation : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'activité de l'établissement. Il correspond à l'excédent brut d'exploitation auquel sont ajoutés les autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement) ainsi que les produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, et aux reprises). Pour le public, il inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie, quand ce compte existe en comptabilité hospitalière (en 2005 et à partir de 2012). Pour le privé, selon le plan comptable général, le résultat d'exploitation inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie.

Résultat financier : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements financiers des établissements.

Résultat exceptionnel : il comprend notamment des opérations de gestion ou de capital (cessions d'immobilisations), ainsi que les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles. Il n'inclut pas les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie, sauf lorsque ces comptes ne sont pas isolables : pour le public, c'est le cas entre 2006 et 2011.

Résultat net : solde final entre les dépenses et les recettes de l'exercice. Dans le secteur public, il correspond à la somme des résultats d'exploitation, exceptionnel et financier. Dans le secteur privé, il faut ajouter à cette somme les impôts sur les bénéfices, ainsi que les participations des salariés aux résultats de la clinique, participations qui permettent de redistribuer aux salariés une partie des bénéfices réalisés par la clinique et qui sont calculées directement à partir des bénéfices.

Excédent brut d'exploitation (EBE) : aussi appelé marge d'exploitation, il s'agit du solde généré par l'activité courante de l'établissement, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. Il correspond au résultat d'exploitation, hors produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, ainsi qu'aux reprises), et hors autres produits et charges de gestion courantes (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).

Marge brute (ou résultat courant de fonctionnement) : différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement. Symétriquement aux produits courants de fonctionnement, les charges courantes de fonctionnement sont définies comme les charges d'exploitation dont sont retirées les charges calculées (dotations aux amortissements, provisions et dépréciations). La marge brute correspond donc à la somme de l'EBE et des autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).

Taux de marge brute : il rapporte la marge brute aux produits courants de fonctionnement. Ce

concept, fréquemment utilisé en comptabilité hospitalière, peut prêter à confusion pour les habitués de la comptabilité privée. En effet, en comptabilité privée, la marge brute désigne la différence entre le prix de vente hors taxe d'un bien et son coût de revient. Les taux de marge brute ne sont pas directement comparables entre les établissements privilégiant le recours au crédit-bail et ceux recourant à l'emprunt pour financer leurs investissements. En effet, cette décision ne reflète pas les mêmes choix économiques et le recours au crédit-bail a un impact non négligeable sur la marge brute et sur les ratios liés à l'investissement.

Effort d'investissement : investissements rapportés aux recettes.

Capacité d'autofinancement (CAF) : ensemble des ressources générées par l'établissement qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement, son investissement et les dividendes versés aux actionnaires (pour les cliniques privées à but lucratif). Dans le secteur public, la CAF est définie précisément en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises). Par symétrie avec le secteur public, la même définition est reprise dans le secteur privé.

Dotation aux amortissements : charge qui ne correspond à aucun décaissement mais constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

Taux de vétusté des investissements : montant des amortissements, ou perte de valeur comptable des immobilisations au fil du temps, rapporté à la valeur brute des immobilisations. Cet indicateur n'est pas calculable

dans le privé car les données sur les amortissements ou immobilisations sont insuffisamment renseignées.

Encours de la dette : montant total des emprunts contractés.

Capitaux permanents : ils incluent les capitaux propres (hors résultat de l'exercice comptable), les provisions pour risques et charges et l'encours de la dette.

Taux d'endettement (secteur privé uniquement) : encours de la dette rapporté à la somme des capitaux permanents et du résultat net.

Ratio d'indépendance financière : encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme « d'indépendance » financière, bien que contre-intuitif, est fixé réglementairement (article D.6145-70 du Code de la santé publique). Un ratio d'indépendance financière élevé est signe d'un poids important de la dette dans les capitaux permanents.

Durée apparente de la dette : encours de la dette rapporté à la capacité d'autofinancement. Il correspond donc au nombre d'années nécessaire à l'établissement pour rembourser sa dette s'il y consacrait l'intégralité de sa capacité d'autofinancement.

Annexe 2

Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils se définissent a minima par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS). Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2024, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2022. De petites différences peuvent donc exister entre le cadre législatif et réglementaire exposé dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. La présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées (les établissements privés à but lucratif) – est conservée dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Après être revenu sur le statut et les missions des établissements de santé, cette annexe décrit les statuts diversifiés de leurs personnels, puis la manière dont l'offre sanitaire est organisée et financée.

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel

ni commercial, qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'ARS dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer :

- les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP) ;
- lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 30 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP) ;
- les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir à certaines activités de recherche (article L. 6141-7-3 du CSP). Ces fondations disposent de l'autonomie financière et sont soumises aux mêmes règles que les fondations d'utilité publique.

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, etc.).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'Espic dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est notamment le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP, qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre

de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie (c'est-à-dire toutes les conséquences néfastes pour la santé résultant de l'intervention médicale), ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, et ils mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2), d'imagerie, etc.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit une démarche de certification qui concerne tous les établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leur taille et leur activité. Dispositif d'évaluation externe, indépendant et obligatoire, cette démarche de certification a lieu tous les quatre à six ans, avec pour objectif de porter une appréciation sur le niveau de qualité des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration mise en œuvre par les établissements.

Enfin, depuis dix ans, la HAS propose aux médecins de s'engager de façon volontaire dans une démarche de gestion des risques : l'accréditation. Elle vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité du patient. La démarche d'accréditation peut s'envisager individuellement ou en équipe.

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3 du CSP).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS, sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant les honoraires et les dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmission des comptes) et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégiés des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a

pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune couvrant 90 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (54 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne. La mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce dispositif issu de l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés.

Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Ceux-ci restent en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte des GCS (associant secteurs public et privé) apparaît complémentaire à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui constituent l'instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé en 2016 et dont le dispositif légal et réglementaire a été complété par l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2023, 135 GHT sont recensés. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. En renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, le GHT vise à mieux organiser les prises en charge au niveau du territoire, et à présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement selon des filières de prise en charge. L'établissement support du groupement est compétent pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ainsi que la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion du personnel médical, pour le compte des autres établissements du GHT.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Le personnel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (*tableau 1*).

Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires¹ et comprennent :

1. Ce décret statutaire abroge les décret n° 84-135 du 24 février 1984 et n° 90-92 du 24 janvier 1990.

- des personnels titulaires relevant, au titre de leurs fonctions universitaires, de la fonction publique d’État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière (FPH), leurs statuts spécifiques sont régis par le Code de la santé publique (CSP). Le décret n° 2021-134 du 5 février 2022 a fusionné les statuts de PH à temps plein et à temps partiel en un statut unique de PH, avec une quotité de temps variable (entre 50 % et 100 %). L’exercice des praticiens contractuels, des assistants des hôpitaux, des praticiens attachés et des cliniciens est aussi régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l’ensemble des centres hospitaliers. Jusqu’au 31 décembre 2022, les établissements publics de santé pouvaient

Tableau 1 Statuts et lieux d’exercice des médecins : tableau théorique

■ Peu fréquent

■ Situation majoritaire

■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnel temporaire (PHU), personnel non titulaire (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1 ^{er} du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien hospitalier, praticien contractuel, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 et suivants, R. 6152-401 et suivants, R. 6152-501 et suivants, R. 6152-601 et suivants et R. 6152-901 et suivants du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
	Assistant associé et praticien attaché associé, praticien associé	Articles R. 6152-538, R. 6152-632, R. 6152-901 et R. 6152-904 du Code de la santé publique		
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

CLCC : centre de lutte contre le cancer ; PU-PU : professeur des universités-praticien hospitalier ; MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier ; PHU : praticien hospitalier universitaire ; CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ; AHU : assistant hospitalier universitaire ; PH : praticien hospitalier.

également recruter, sous certaines conditions, du personnel médical associé, c'est-à-dire n'ayant pas le plein exercice et non inscrit à l'ordre. Il s'agissait notamment des praticiens attachés associés et des assistants associés dont les statuts ont été mis en extinction. Les praticiens à diplôme hors Union européenne relèvent désormais du statut de praticien associé (décret n° 2021-365 du 29 mars 2021) pour la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences à l'issue de leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). L'introduction, par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, d'une autorisation temporaire d'exercice d'une durée de treize mois maximum, renouvelable une fois, permet aux praticiens à diplôme hors Union européenne et non lauréats des EVC d'exercer temporairement en établissement de santé. La création d'un nouveau statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT) a été annoncée en 2024 pour permettre le recrutement de ces professionnels.

Depuis la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont aussi été élargies. Ils sont désormais autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2).

Depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, les médecins, sages-femmes et odontologistes peuvent aussi être admis à exercer à titre bénévole (les dispositions réglementaires sont en cours de publication). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces

professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile (HAD). Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Quant aux Espic, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment des médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). Le personnel hospitalo-universitaire, quant à lui, peut être affecté dans un établissement privé associé à son CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

L'exercice en qualité de praticien non titulaire a connu une réforme importante en février 2022. En effet, l'entrée en vigueur du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels se traduit par

l'extinction des trois anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et clinicien à la date du 7 février 2022. Tout nouveau recrutement intervient désormais sous une unique forme de contrat de praticien contractuel, qui se substitue aux trois précédents, selon les nouvelles règles prévues aux articles R. 6152-334 et suivants du CSP. L'enjeu de cette réforme est à la fois de simplifier le cadre de la gestion des ressources humaines médicales et de préciser les motifs et conditions de recours à l'emploi médical contractuel, complémentaire à l'exercice principal sous statut de praticien hospitalier. Toutefois, les praticiens relevant des trois anciens statuts et sous contrat à la date du 7 février 2022 restent régis par les dispositions de leur statut et de leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Aucun renouvellement ni aucun avenant ne peuvent être conclus pour les contrats en cours, exception faite des praticiens attachés en contrat triennal qui, à la date du 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée. Ces derniers conservent ce droit, et pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un contrat à durée indéterminée (CDI) sous le statut de praticien attaché.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2^e cycle, internes et docteurs junior pour le 3^e cycle des études médicales), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST de 2009, les autres établissements privés ont également la possibilité d'accueillir des internes.

Le personnel non médical

Le personnel non médical des établissements publics de santé relève de la fonction publique hospitalière (FPH), il est régi par le Code général de la fonction publique. Environ 80 % du personnel non médical est fonctionnaire, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps correspondants, soit pour des remplacements temporaires

ou pour faire face à des hausses momentanées d'activité. Les établissements peuvent également avoir recours à l'intérim pour assurer la continuité de service. Relève également de la FPH, le personnel des établissements publics consacré à des activités médico-sociales et sociales : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Ce personnel est régi par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le personnel non médical des établissements de santé privés est quant à lui soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privé à but lucratif ou non) et des clauses particulières selon le contrat de travail.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et sont dirigées par un directeur général (article L. 1432-1 du CSP).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS). Elles organisent également la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État

territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre des Armées ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et veillent à leur évaluation.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé. L'objectif est de faire évoluer cette offre, pour qu'elle réponde aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques des Armées et qu'elle garantisse l'efficacité du système de santé.

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs de santé : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées ou en situation de handicap et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*) et

des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2.

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et

d'efficacité du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2024, à la suite de la réforme du droit des autorisations d'activité de soins entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023, les activités soumises à autorisation sont les suivantes :

1. médecine ;
2. chirurgie ;
3. gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
4. psychiatrie ;
5. soins médicaux et de réadaptation ;
6. activité de médecin nucléaire ;
7. soins de longue durée ;
8. greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du Code de la Sécurité sociale ;
9. traitement des grands brûlés ;
10. chirurgie cardiaque ;
11. activités interventionnelles sous imagerie médicale, en cardiologie ;
12. neurochirurgie ;
13. activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
14. médecine d'urgence ;
15. soins critiques ;
16. traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
17. activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
18. traitement du cancer ;
19. examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
20. hospitalisation à domicile ;
21. activité de radiologie interventionnelle.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un quintuplet composé des éléments suivants : activité/modalité/mention/pratique thérapeutique spécifique/déclaration. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de traitement du cancer (activité), pour la chirurgie oncologique (modalité) plus spécifiquement la chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe (mention) pour l'œsophage ou la jonction gastro-œsophagienne (PTS). Cette autorisation peut relever d'une demande exceptionnelle dérogatoire pour exception géographique (déclaration).

Par ailleurs, en 2022, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

- > caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- > appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- > scanographe à utilisation médicale ;
- > caisson hyperbare ;
- > cyclotron à utilisation médicale.

établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et les interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

h) Elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel, en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent.

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

j) Elles sont chargées d'organiser les dispositifs d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2).

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaires et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels d'admission en 1^{re} année du 2^e cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

n) Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de

coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers

Le projet régional de santé centré sur les évolutions à apporter au système de santé pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 à L. 1434-7 du CSP). Le PRS est constitué de trois documents :

a) un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

b) un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, mentionné à l'article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par

les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10) ;

c) un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers ainsi que dans les départements et les régions d'outre-mer (DROM), le PRS organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions à apporter aux organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé :

- il indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux² ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;
- il définit l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées

à l'article L. 1434-4 du CSP, qui concernent les professionnels de santé de ville.

Le PRS est soumis à concertation et consultation auprès notamment des instances de démocratie sanitaire. En effet, cette démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des représentants des acteurs de santé, des représentants de l'État, des élus et des usagers au sein d'instances, pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé. L'objectif de ces instances est de favoriser la concertation et le débat public, d'améliorer l'implication de tous et de promouvoir le respect des droits individuels et collectifs des usagers. Ces instances sont présentes à deux échelles :

- à l'échelle régionale, via la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) [article L. 1432-4 du CSP] ;
- à l'échelle territoriale, via les conseils territoriaux de santé (CTS) [articles L. 1434-10 et L. 1434-11 du CSP], installés par les ARS sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS) qu'elles ont arrêtés à l'échelle infrarégionale.

Le financement

Les modalités historiques de financement des établissements de santé

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique. S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est principalement fondé sur une tarification à l'activité (T2A). Celle-ci a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements antérieurement sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de

². Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

soins produite dans ces disciplines, quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée avec des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi au service de santé des armées (SSA) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive prenant fin en 2018.

Les activités de soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD), quant à elles, sont historiquement financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ainsi que pour les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Une évolution progressive des modalités de financement des établissements de santé portée par la stratégie de transformation du système de santé

Les modalités de financement des établissements de santé ont fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années, et continuent d'évoluer. Les réflexions sur la réforme du financement des établissements de santé engagés dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » ont permis d'établir une feuille de route prévoyant la refonte ou l'amélioration des modes de financement de la quasi-totalité des champs d'activité à horizon

cinq ans. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, un dispositif temporaire de garantie de financement a toutefois été mis en place (*encadré 2*). Si la crise sanitaire a ainsi décalé la mise en œuvre de certaines réformes, les objectifs poursuivis ont été réaffirmés dans le cadre du « Ségur de la santé » en juillet 2020 et une refonte globale des modèles de financement des établissements de santé est visée à l'horizon 2025, afin d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors T2A.

Les réformes mises en œuvre ou engagées combinent :

- une part importante de financements fondés sur des critères populationnels afin de réduire les inégalités de ressources entre territoires et d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins de santé. Depuis 2022, c'est le cas pour les activités de psychiatrie et d'urgences, qui bénéficient d'une dotation populationnelle répartie par région, mais aussi pour les hôpitaux de proximité, au travers d'une garantie de financement tenant compte, notamment, des besoins de santé du territoire ;
- le développement de financements distribués à partir d'indicateurs de qualité dans chacun des champs d'activités *via* l'extension et la refonte du dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) ou bien au sein de dispositifs spécifiques à certaines activités comme le financement des services d'urgences, et la prise en compte de cette dimension dans le financement des hôpitaux de proximité ;
- des modalités de financement à l'activité revues, dans le but de favoriser la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients. Ainsi, le financement des établissements de psychiatrie prend en compte la file active des patients suivis, incitant à mettre l'accent sur les prises en charge ambulatoires, tandis que la partie financement à l'activité des urgences prend mieux en compte l'intensité des prises en charge au travers de forfaits selon l'âge du patient. Depuis 2023, les modalités de financement des SSR permettent de mieux valoriser les moyens mobilisés pour les prises en charge spécialisées ;

- des financements à l'activité basés sur des classifications revues ou améliorées (par exemple, prise en compte de la lourdeur pour les urgences, classification rénovée en SSR) ;
- des financements ciblés pour soutenir l'innovation, la recherche ainsi que les activités dites d'expertise ou de recours.

Par ailleurs, le Ségur de la Santé, intervenu en 2020, est venu massivement revaloriser et consolider les ressources des établissements en sus de ces engagements pluriannuels, avec en particulier la mobilisation de :

- près de 6,9 milliards d'euros destinés aux revalorisations salariales et à la restauration de l'attractivité au bénéfice des professionnels opérant en établissement de santé ;
- près de 19 milliards d'euros destinés à la consolidation financière et à la restauration des capacités des établissements à réaliser les investissements nécessaires sur les dix prochaines années.

Le financement à la qualité

Afin de mieux tenir compte de la qualité des soins délivrés par les établissements de santé, l'article 51

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2022 : un dispositif de garantie de financement pour tenir compte des effets de la crise sanitaire liée au Covid-19

En raison des perturbations occasionnées par la crise sanitaire liée au Covid-19 sur l'activité et les ressources financières des établissements de santé (déprogrammations, recentrage temporaire sur la réanimation), l'ordonnance publiée le 26 mars 2020 crée un dispositif destiné à garantir le financement des établissements de santé provenant de l'Assurance maladie obligatoire pour leur activité de mars à décembre 2020.

Le dispositif vise à sécuriser les recettes perçues à travers la tarification à l'activité ou les prix de journée, en fixant un plancher de recettes fondé sur l'année 2019. À ce titre, les établissements sous dotation (DAF, DFG) ne sont pas concernés par le dispositif, dans la mesure où ils bénéficient, par ailleurs, de dotations garantissant leurs recettes indépendamment de leur éventuelle baisse d'activité.

L'arrêté du 6 mai 2020 précise le périmètre d'application et les modalités de calcul et de versement de la garantie.

Les modalités de mise en œuvre diffèrent selon le statut de l'établissement :

> pour les établissements ex-DG, dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes de l'année 2019, puis des régularisations sont effectuées au fur et à mesure afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une activité supérieure au niveau minimum ;

> pour les établissements ex-OQN et OQN, dont le financement repose sur la facturation au fur et à mesure, un système d'avances de trésorerie est mis en place sur la base des recettes de l'Assurance maladie 2019 (hors honoraires des praticiens libéraux), en complément de la continuité des facturations ; lesquelles sont comparées en fin de période garantie au niveau minimum calculé et font, le cas échéant, l'objet d'une régularisation compensatoire.

Le dispositif de garantie de financement mis en œuvre en 2020 a été reconduit en 2021 et 2022, afin de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé toujours mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19.

À compter du 1^{er} janvier 2023, un nouveau dispositif de sécurisation des recettes remplace la garantie de financement, la sécurisation modulée à l'activité. Il s'applique sur le champ MCO, car dans le cadre de l'application des réformes de financement sur les champs de la psychiatrie et des SMR, ces activités bénéficient de dispositifs *ad hoc* visant à sécuriser de manière transitoire leurs recettes.

Il conjugue une proportion de financement au montant de référence (à hauteur de 70 % en 2023) et un financement à l'activité (30 %), et permet de revenir progressivement aux mécanismes de valorisations de l'activité antérieurs.

de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'Iifaq a ainsi été mis en place. Cette démarche, instaurée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile (HAD), et étendue en 2017 aux établissements de SSR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Le dispositif Iifaq a pris de l'ampleur depuis. S'il faisait l'objet en 2018 d'une enveloppe de 50 millions d'euros, celle-ci a progressivement été portée à 200 millions d'euros en 2019 et 450 millions d'euros en 2021. À compter de 2022, le dispositif s'étend au champ de la psychiatrie et l'enveloppe consacrée à l'Iifaq s'établit à 700 millions d'euros.

Les évolutions propres au champ du MCO

Les adaptations des modalités de financement sur le champ du MCO visent essentiellement à réduire la part de financement à l'activité des établissements et à mieux répondre aux besoins des patients. À ce titre, un forfait « activités isolées » (FAI) a été introduit par la LFSS pour 2014. Opérationnel depuis 2015, il permet de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour en équilibrer le financement. Il repose sur l'instauration de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement de l'établissement et il est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), adoptée en 2019, a redéfini le rôle de l'hôpital de proximité au travers des missions qu'il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a aussi vocation à constituer une ressource pour les professionnels de ville, afin

de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus près de leur domicile. Ce cadre de définition s'accompagne d'une refonte du modèle de financement de ces établissements, adoptée dans la LFSS pour 2020, qui introduit la mise en place d'une garantie de financement pluriannuelle sur l'activité de médecine. S'ajoute à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l'activité de consultations des hôpitaux de proximité, le soutien à l'exercice mixte des médecins libéraux et l'exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Le déploiement de la réforme a débuté au second semestre 2021, avec de premières labellisations en région, et s'est poursuivi tout au long de l'année 2022, première année d'application du modèle de financement dérogatoire conçu pour ces établissements.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été instauré concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5. L'objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de suivi autour du patient (en assurant notamment le financement de personnel paramédical ou socio-éducatif) et de développer une prise en charge tout au long de l'année dans une logique de parcours patient. Ces mesures devraient favoriser la prévention et limiter les complications liées à cette pathologie.

La réforme du financement pour les urgences

Jusqu'au 31 décembre 2020, le financement des services d'urgence (SU) autorisés reposait principalement sur l'activité réalisée : il combinait un financement forfaitaire, le forfait annuel urgences, calibré sur le nombre de passages de l'année précédente, avec un financement à l'activité associant un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) et une facturation des actes réalisés pour les passages non suivis d'une hospitalisation. Les passages suivis d'une hospitalisation, que ce soit dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans une unité

d'hospitalisation, faisaient l'objet d'une facturation T2A. Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) était pour sa part financé par des crédits de missions d'intérêt général (MIG) et par des facturations de tickets modérateurs aux patients ou à leur organisme complémentaire, en complément du financement opéré par l'Assurance maladie.

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence bénéficient d'un nouveau modèle de financement combiné. Ce modèle se compose :

- d'une dotation populationnelle allouée aux régions sur la base de critères ayant un impact direct sur le recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR : elle est donc dissociée de l'activité effectivement réalisée. Le directeur général de l'ARS fixe ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, sous la forme d'une dotation socle déterminée en fonction de critères définis au niveau régional ;
- d'un compartiment de financement à l'activité qui vise à mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Par ailleurs, un forfait patient unique pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation a été mis en place en 2022, en remplacement des tickets modérateurs, et constitue maintenant le reste à charge dû par les patients ou leur organisme complémentaire, en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- d'un compartiment dédié à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge, qui représente environ 2 % du financement de la médecine d'urgence. En pratique, ce compartiment complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé sur des indicateurs spécifiques permettant, par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences.

En parallèle, l'expérimentation du forfait de réorientation a démarré en mai 2021. Il vise à orienter vers une consultation de ville, les patients pour lesquels une prise en charge par le plateau technique de la structure des urgences n'est pas nécessaire. Cette expérimentation, d'une durée de deux ans, met en place une incitation financière pour les établissements de santé, dont l'objectif est de favoriser le lien ville-hôpital et d'apporter une réponse pertinente à la demande de soins de patients ne requérant pas une prise en charge de médecine d'urgence. 36 établissements expérimentateurs ont été sélectionnés, la liste de ces établissements ainsi que le cahier des charges de l'expérimentation ont été publiés par arrêté le 23 février 2021.

La réforme du financement des activités de SMR

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)³ afin de corriger les effets d'un financement différencié entre des établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation. La mise en œuvre de ce nouveau modèle a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes modalités de financement (90 %) et nouvelles modalités de financement (10 %). Après plusieurs reports, le nouveau modèle de financement entre en vigueur au 1^{er} juillet 2023, avec une mise en œuvre *a posteriori*.

Ce modèle se compose :

- de financements issus de l'activité, qui représentent 50 % du financement total des établissements de SMR. Pour chaque séjour, l'établissement perçoit un montant forfaitaire correspondant aux tarifs (GMT) en vigueur. Ces recettes visent à rendre le modèle de financement dynamique et réactif par rapport à l'évolution des prises en charge effectuées par les établissements ;
- de compartiments forfaitaires de deux types :

3. Ils sont dénommés soins de suite et de réadaptation (SSR) avant le décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022.

- des compartiments ciblés (plateaux techniques spécialisés, activités d'expertise financées en dotations Migac, dotation pédiatrie, etc.) qui permettront de prendre en compte les profils spécifiques d'établissements très spécialisés et de stabiliser ainsi leurs financements, tout en travaillant à un meilleur maillage territorial,
- une dotation populationnelle, répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques ayant un impact direct sur le recours aux activités de SMR,
 - un financement à la qualité à travers le dispositif Ifaq adapté au champ des soins médicaux et de réadaptation.

La réforme du financement des activités de psychiatrie

Jusqu'en 2021, les établissements publics et la majeure partie des établissements privés à but non lucratif étaient financés en dotation globale *via* une DAF allouée annuellement, au titre du secteur dont ils sont responsables.

Les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif, dits sous objectif quantifié national (OQN), bénéficiaient d'un financement à l'activité, fondé principalement sur des paiements par journée d'hospitalisation. Les tarifs de ces journées étaient fixés au niveau de chaque établissement dans le cadre d'une négociation tarifaire entre l'établissement et le directeur général de l'agence régionale de santé, dans le respect du taux d'évolution moyen fixé au niveau national et décliné au niveau régional par arrêté.

La réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, introduit un modèle de financement combiné qui repose sur huit compartiments :

- une dotation populationnelle, vecteur majeur du modèle de financement pour les établissements publics et privés à but non lucratif, répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de cinq critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins⁴. Charge ensuite aux ARS de répartir

cette dotation entre les établissements de la région au regard de critères populationnels définis par la région en concertation avec la section psychiatrie du comité d'allocation de ressources créé pour la mise en œuvre de la réforme ;

- une dotation à la file active pour valoriser l'activité des établissements, vecteur majeur du modèle de financement pour les établissements privés à but lucratif, répartie entre les établissements selon leur file active quantifiée à partir du nombre de journées, pour l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, ou du nombre d'actes annuels, en ambulatoire, affectés à un patient sur une année civile ;

- un compartiment d'activités spécifiques pour reconnaître et financer certaines activités à portée suprarégionale ;

- plusieurs compartiments de financements ciblés afin de soutenir la transformation du secteur, la structuration de la recherche en santé mentale et le développement d'activités innovantes ;

- un financement à la qualité à travers l'extension du dispositif Ifaq au champ de la psychiatrie et la création d'un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

Afin de prendre en compte les spécificités des différents acteurs, en partie imputables à leurs modes de financement historiques, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active peuvent varier selon les types d'établissements (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif).

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses qui relèvent des établissements de santé (*schéma 1 et tableau 2*). Depuis

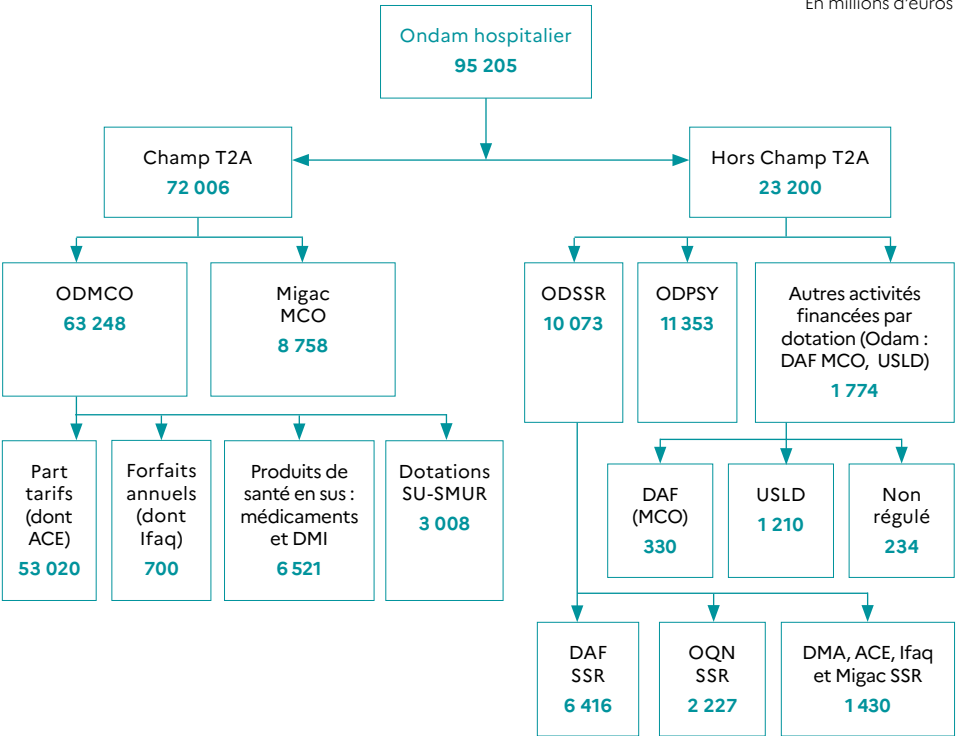
⁴. Taux de pauvreté, taille moyenne des ménages, densité de psychiatres libéraux, densité de l'offre médico-sociale adaptée et surpondération de la population mineure.

2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Le niveau de l'Ondam établissements de santé est voté chaque année par le Parlement, dans le cadre du vote de la LFSS. Ce nouveau sous-objectif unique évolue, en lien avec les modalités de financement des établissements. Ainsi en 2022, ce sous-objectif est composé de :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;
- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac)⁵,

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2022

En millions d'euros



Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; QON : objectif quantifié national ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; DAF : dotation annuelle de financement ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; Ifaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; SU : structure des urgences ; SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR).

Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2022 hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

5. La liste des Migac est fixée par arrêté.

dont l'objet est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale) ;

- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous DAF, ainsi que celles des USLD ;
- l'ODPSY en psychiatrie.

L'Ondam établissements de santé voté initialement au titre de l'année 2021 s'élève à 92,9 milliards d'euros. Pour l'année 2022, ce montant a

été porté à 95,5 milliards d'euros, essentiellement au regard des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

L'Ondam établissements de santé constitue le deuxième poste de dépense au sein de l'Ondam global (après l'enveloppe dédiée aux soins de ville), dont il représente près de 40 %.

Au sein d'un autre sous-objectif spécifique de l'Ondam, sont également à signaler :

- le Fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier ;
- Le Fond d'intervention régional (FIR), qui contribue également, entre autres, au financement des dépenses des établissements de santé pour des activités bien identifiées et organisées au niveau régional. ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam

En milliards d'euros

	Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP		SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)		Ondam T2A : ODMCO + dotation Migac		Ondam T2A, partie ODMCO		Ondam T2A, partie dotation Migac	
	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées
2009	-	69,1	-	17,7	-	51,4	-	43,7	-	7,7
2010	-	70,3	-	17,7	-	52,7	-	44,9	-	7,8
2011	-	72,0	-	18,1	-	53,9	-	45,8	-	8,1
2012 ¹	-	73,3	-	18,5	-	54,8	-	47,1	-	7,7
2013	-	73,1	-	18,8	-	54,3	-	48,2	-	6,1
2014	-	74,5	-	19,1	-	55,4	-	49,5	-	5,9
2015	-	76,0	-	19,2	-	56,8	-	50,6	-	6,2
2016	-	77,4	-	19,0	-	58,4	-	51,9	-	6,5
2017	-	78,3	-	19,4	-	59,0	-	52,3	-	6,7
2018	80,0	79,7	19,5	19,5	60,5	60,2	53,8	53,1	6,7	7,1
2019	81,7	81,7	19,9	19,9	61,8	61,8	54,8	54,6	7,0	7,2
2020	83,7	89,2	20,3	20,8	63,4	68,4	56,1	55,6	7,3	12,8
2021	91,9	95,6	22,4	22,6	69,5	73,0	60,8	61,0	8,7	12,1
2022	95,2	98,4	23,2	23,7	72,0	74,5	63,2	62,8	8,8	11,7
2023	101,2	-	24,2	-	76,8	-	67,3	-	9,4	-

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. 1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Ondam à compter de 2014.

Champ > Données hors FMESPP et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière ; objectifs initiaux 2018-2023 : DGOS.

Annexe 3

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), notamment en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé qui y sont recueillies, afin d'alléger la charge de réponse des établissements.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et de bénéficier d'un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnel.

Les bordereaux concernant les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipements et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de la SAE en 2013, l'interrogation est réalisée au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (à l'exception des établissements psychiatriques et de soins de longue durée)¹, alors qu'elle s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. Depuis, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des programmes de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD), certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE et d'autres non. Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également préremplies à partir du PMSI-SSR.

1. Il existe deux exceptions pour les modalités de collecte : pour tous les établissements de psychiatrie, l'interrogation est groupée sur un seul représentant par entité juridique, en général par département ; pour les unités de soins de longue durée situées à la même adresse qu'une autre entité géographique déjà interrogée, et uniquement dans ce cas, l'interrogation est groupée avec celle de cette entité géographique.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site Open Data de la DREES sous forme de bases de données. Dans le cadre de statistiques ou d'études, il est cependant recommandé d'utiliser les bases de données dites statistiques², qui ont pu bénéficier de retraitements statistiques ultérieurs. Ce sont donc ces dernières qui sont utilisées dans cet ouvrage.

Sous la contrainte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, les réponses des établissements aux données sur les capacités d'hospitalisation complète de la SAE depuis 2020 ont parfois été plus imprécises que par le passé, 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 des besoins de révisions concernant les lits d'hospitalisation complète des bases statistiques des SAE 2020 et 2021. Ces révisions, prises en compte ici et qui affectent notablement certaines évolutions entre 2020 et 2021³, ne sont pas encore intégrées dans les bases statistiques diffusées à date, ce qui peut expliquer des écarts par rapport à ces dernières.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations issues du PMSI sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de MCO. En 1993, apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements

publics à partir de 1997, avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) est instauré à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible d'agréger également des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro de Sécurité sociale, de sa date de naissance, de son sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 15, « Les patients suivis en psychiatrie » et 20, « Les parcours de soins hospitaliers » de cet ouvrage se limitent aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille depuis 1997, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations, qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité, d'une part en matière de caractéristiques médicales, et d'autre part en matière de durée de séjour. Les nomenclatures en cours pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées par des extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2022 de la classification GHM. La nomenclature des GHM

2. Ces bases de données sont disponibles sur le site de la DREES : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/.

3. Pour plus d'informations, se référer à la note méthodologique de la DREES, datée d'octobre 2023 : Bon usage des bases SAE et spécificités 2022 disponible sous ce lien : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Note_methodologique_SAE2022_30octobre2023.pdf.

en V2022 comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrirait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur la base des séjours d'hospitalisation complète de plus d'un jour hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte une durée d'un jour en cas de décès le jour de l'admission, comme dans la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La refonte de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif

d'harmoniser la mesure de l'activité entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus des agrégats totaux d'activité⁴. Toutefois, à partir de l'édition 2021 de cet ouvrage, les volumes d'activité liés aux séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont affichés « à part » pour les rendre davantage visibles.

La refonte de la SAE en 2013 a renforcé la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur la mesure de l'activité, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont depuis préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant, la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus d'un jour

Des différences notables existent entre la SAE et le PMSI-MCO sur les critères retenus pour la répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins d'un jour) et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle permet d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE.

⁴. À l'exception de la fiche 20 « Les parcours de soins hospitaliers », qui prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, et qui inclut l'ensemble des nouveau-nés.

Le critère retenu à partir du PMSI-MCO est de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est mesurée selon les dates d'entrée et de sortie. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète. C'est ce critère qui a été retenu dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

Classification des séjours par discipline d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours par discipline d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, et comme « médical » si le lit est recensé en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et qui se

fonde là aussi sur le typage des unités médicales du PMSI entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie.

Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

Les données du PMSI permettent de comparer les deux types de répartitions de l'activité entre hospitalisation complète et partielle d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie d'autre part (le critère de la SAE étant la localisation de l'activité dans l'unité médicale)[tableaux 1 et 2].

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins de suite et de réadaptation (SSR), et

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de l'activité réalisée en 2022

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 299	847	2 282	48
Médecine	362	5 425	1 196	51
Gynécologie-obstétrique	157	648	32	1 047
Dialyse	0	2	2	0
Urgence	15	1 519	7	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 299 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 282 milliers), mais 847 milliers sont des séjours de médecine et 48 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuitée) en 2022

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus d'un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins d'un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 456	9 048	1 409
Mixte (HC/HP) ¹	683	482	201
Hospitalisation partielle (HP)	7 801	51	7 750

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2022, traitements DREES.

de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. Les soins de suite ne sont plus distingués de ceux de rééducation et de réadaptation, mais sont fusionnés avec ces derniers, dans une modalité unique d'activité en SSR. Cette modalité unique se traduit par une autorisation de soins polyvalente, complétée parfois par des autorisations de soins plus spécialisées dans certaines prises en charge : appareil locomoteur, systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc. Les autorisations sont également déclinées en fonction des populations prises en charge (enfants, adolescents et personnes âgées).

• **Le recueil PMSI-SSR**

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation).

La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité.

La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique

et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le séjour est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc.

Les nomenclatures utilisées sont la CIM (version 10) pour le codage des variables de morbidité, la CCAM pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation et de réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

• **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence

vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en SSR. En 2022, la couverture du PMSI-SSR est exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

- **Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE**

Jusqu'en 2014, il existait des écarts au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

- **Le recueil PMSI-HAD**

Depuis 2005, le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération, qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. En 2022, la couverture du PMSI-HAD est exhaustive. La refonte de la SAE en 2013 a permis de renforcer la convergence

entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Mis en place en 2006, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), comparable au PMSI-MCO, permet de recueillir des informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prises en charge : le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et à leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences, qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) sont décrites à travers des actes, en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les données sociales

- **Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)**

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS) constituaient une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année devait remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE

[activité principale exercée], nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

Les données de 2016 sur le champ public et privé sont produites à partir des seules DADS, alors que celles de 2017 ont mobilisé essentiellement les déclarations sociales nominatives (DSN) sur le champ privé : les données utilisées pour 2017 sont donc issues pour partie de la DSN (environ 75 % des entreprises privées) et pour partie des DADS (25 % des entreprises privées). Pour 2018, 1 % des données du champ privé proviennent des DADS ; ce nombre n'est plus que de 0,1 % pour 2019.

- **La déclaration sociale nominative (DSN)**

La déclaration sociale nominative (DSN) remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, et notamment les DADS. Les données transmises mensuellement dans la DSN sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. En complément, elle retrace les événements ayant eu un impact sur la paie (changement d'un élément du contrat de travail, fin du contrat de travail, maladie, maternité, etc.) au cours du mois concerné. Ainsi, la DSN rassemble les informations liées à la vie du salarié dans l'établissement (contrat de travail, rémunérations perçues, etc.).

- **La base tous salariés (BTS)**

Des contrôles et traitements statistiques sont appliqués à ces données (DADS ou DSN) afin de transformer ces déclarations brutes en une information statistique pertinente pour l'analyse économique (contrôle d'exhaustivité, vraisemblance des données, qualité des codages de la catégorie socio-professionnelle des salariés ou du lieu de travail).

Le fichier statistique qui en résulte, après rapprochement avec le système d'information des agents du secteur public (Siasp) s'appelle la base tous salariés (BTS) [auparavant DADS-grand format]. Il permet notamment d'observer

l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le Siasp intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant, les données relatives à la FPH étaient traitées de la même manière que les données du secteur privé. Depuis 2009, elles sont incluses dans le dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le Siasp est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grade et catégorie de la fonction publique hospitalière.

Concepts utilisés dans la base tous salariés (BTS) et le Siasp

Poste (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier ») : au sens de la base tous salariés (BTS), un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques

d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents au 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre de postes de travail au sens de la SAE, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste des déclarations sociales est plus générale que la notion de poste de travail de la SAE, et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans la BTS ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul poste de travail présent au 31 décembre est recensé dans cet exemple, celui du second établissement.

Même au sein d'un établissement juridique donné, le champ de la BTS et du Siasp est plus large que celui de la SAE à compter de 2011, année à partir de laquelle le champ de la SAE se resserre sur les seules entités géographiques sanitaires, mais aussi sur les seuls postes de travail sanitaires. La SAE ne prend donc plus en compte les postes de travail médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires, alors que les données issues des déclarations sociales comptabilisent l'ensemble des postes de l'ensemble des établissements (sanitaires ou non) des entités juridiques sanitaires.

Effectifs salariés hospitaliers (fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier ») : les données issues de la BTS ou du Siasp sont aussi mobilisées pour dénombrer les effectifs salariés, en personnes physiques, des secteurs hospitaliers public et privé. Ces effectifs salariés correspondent au nombre de personnes physiques différentes occupant un poste au 31 décembre dans un établissement (identifié par son Siret) ayant pour activité principale le secteur des activités hospitalières. Dans le cas où un salarié occupe plusieurs postes dans ce champ, il n'est comptabilisé qu'une seule fois (seul son poste « principal » est retenu, à savoir le poste le plus rémunérateur).

Condition d'emploi (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier ») : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net mensuel moyen (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier ») : il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée de la BTS ou du Siasp, divisé par douze pour correspondre à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au prorata de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de chaque poste. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs

médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Pour le secteur privé des champs MCO et HAD, les informations concernant les médicaments de la liste en sus comme ceux des médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) et d'accès compassionnel (AAC) sont remontées dans les factures « H » du PMSI. Pour le secteur public de ces mêmes champs, les données sont issues des fichiers ATIH dits « Fichcomp Med » (fichier complémentaire des médicaments onéreux), « DMIP » (table des dispositifs médicaux implantables) et « Medapac » (table des médicaments sous AAP ou AAC). Les données concernant les dispositifs médicaux (MCO) proviennent des factures « P » du PMSI. Les établissements de santé ont l'obligation de produire et transmettre ces fichiers à l'ATIH.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments de la liste en sus et des DMI de la liste en sus sont accessibles via le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des hôpitaux publics (fiche 27, « La situation économique et financière des hôpitaux publics ») sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la plateforme Diamant. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 15/01/2024). Les données de la DGFIP sont croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines catégories d'établissements (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

Les données comptables et financières des cliniques privées (fiche 28, « La situation économique et financière des cliniques privées ») sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce (extraction du 12/03/2024). La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité. ■

Annexe 4

Liste des sigles et acronymes

A

AAC : autorisation d'accès compassionnel
AAP : autorisation d'accès précoce
AC : aide à la contractualisation
ACE : actes et consultations externes
AE : affection étiologique
AFT : accueil familial thérapeutique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affections de longue durée
AME : aide médicale de l'État
AMM : autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APE (code) : activité principale exercée
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ASH : agent de service hospitalier
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU (système d'accès dérogatoire aux médicaments) : autorisation temporaire d'utilisation
ATU : accueil et traitement des urgences
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BTS : base tous salariés

C

CA : chiffre d'affaires
Cades : Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAM : classification commune des actes médicaux

CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CEPS : Comité économique des produits de santé

CH : centre hospitalier

CHR : centre hospitalier régional

CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CLCC : centre de lutte contre le cancer

CM : catégorie majeure (de diagnostic)

CMP : centre médico-psychologique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale relative à l'informatique et aux libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale

CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

CSG : contribution sociale généralisée

CSP : Code de la santé publique

CTI : complément de traitement indiciaire

CTS : conseil territorial de santé

CV : coefficient de variation

D

DA : diagnostic associé

DADS : déclaration annuelle de données sociales

DADS-GF : déclaration annuelle de données sociales - grand format
DAF : dotation annuelle de financement
DCIR : datamart de consommation interrégime
DES : diplôme des études spécialisées
DEG : dotation forfaitaire garantie
DG : dotation globale
DGFiP : Direction générale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositif médical implantable
DMS : durée moyenne de séjour
DP : diagnostic principal
DR : diagnostic relié
DROM : départements et régions d'outre-mer
DSN : déclaration sociale nominative

E

EBE : excédent brut d'exploitation
EDGARX (grille psychiatrique) : entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion, téléexpertise
EG : entité géographique
EHIS : enquête santé européenne (European Health Interview Survey)
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJ : entité juridique
EML : équipement de matériel lourd
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
EQTP (salaire en) : équivalent temps plein
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein
EVC : épreuves de vérification des connaissances

F

FAI : forfait activités isolées
FEH : Fonds pour l'emploi hospitalier
FFI : faisant fonction d'interne
FHF : Fédération hospitalière de France

Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : Fonds d'intervention régional

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FMIS : Fonds de modernisation pour l'investissement en santé

Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

FPH : fonction publique hospitalière

FPPC : finalité principale de prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire

GCS-ES : groupement de coopération sanitaire-établissements de santé

GF : garantie de financement

GHM : groupe homogène de malades

GHPC : groupe homogène de prises en charge

GHS : groupe homogène de séjours

GHT : groupement hospitalier de territoire

GME : groupe médico-économique

GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HC : hospitalisation complète

HP : hospitalisation partielle

HP : hôpital public

HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

I

IDE : infirmier diplômé d'État

IESPE : indemnité d'engagement de service public exclusif

Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité

Igas : Inspection générale des affaires sociales

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : imagerie par résonance magnétique

ISBLSM : institution sans but lucratif au service des ménages

IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

LMSS : loi de modernisation de notre système de santé

LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MCS : médecin correspondant du Samu

MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier

MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire

Merri : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIG : mission d'intérêt général

Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MMP : manifestation morbide principale

MRC : maladie rénale chronique

MSA : Mutualité sociale agricole

N

Naf : nomenclature d'activités française

NEH : nomenclature des emplois hospitaliers

NET : nomenclature des emplois territoriaux

NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie

ODMCO : objectif national des dépenses de MCO

ODPSY : objectif national des dépenses de psychiatrie

ODSSR : objectif national des dépenses de SSR

OMS : Organisation mondiale de la santé

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

Onic : orientation nationale d'inspection-contrôle

OQN : objectif quantifié national

ORL : oto-rhino-laryngologie

ORS : observatoires régionaux de la santé

Orsan : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

OTSS (loi relative à l') : organisation et à la transformation du système de santé

P

Paca (région) : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PACT : praticien associé contractuel temporaire

PH : praticien hospitalier

PHU : praticien hospitalier universitaire

PMI : protection maternelle et infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PPP : partenariat public-privé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : projet régional de santé

PSY : psychiatrie

PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

REPSS : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

RGME : racines de groupes médico-économiques

RHS : résumé hebdomadaire standardisé

RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

RSI : régime social des indépendants

RTU : recommandation temporaire d'utilisation

S

SA : semaine d'aménorrhée

SAE : statistique annuelle des établissements de santé

Samu : service d'aide médicale urgente

SCD : soins de courte durée

Siasp : système d'information des agents du secteur public

Siren (numéro) : système d'identification du répertoire des entreprises

Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements

SLD : soins de longue durée

SMPR : service médico-psychologique régional

SMR : soins médicaux et de réadaptation

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

Snatih : système national d'information sur l'hospitalisation

SNDS : système national des données de santé

Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie

SNS : stratégie nationale de santé

SRS : schéma régional de santé

SSA : service de santé des armées

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

SSPI : salle de surveillance postinterventionnelle

SSR : soins de suite et de réadaptation

STSS : stratégie de transformation de notre système de santé

SU : services d'urgence

T

T2A : tarification à l'activité

TDS : territoire de démocratie sanitaire

TEP : tomographe à émission de positons

U

UCD : unité commune de dispensation

UFR : unité de formation et de recherche

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UM : unité médicale

UMD : unité pour malades difficiles

USLD : unité de soins de longue durée

USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine

Les établissements de santé en 2022

ÉDITION 2024

En 2022, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, en développant notamment l'hospitalisation partielle ou à domicile.

Dans son édition 2024, *Les établissements de santé en 2022* détaille pour cette année les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, l'état de leurs finances, le parcours des patients par discipline, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ; il présente aussi l'évolution récente de leur contexte juridique et réglementaire.

Cet ouvrage s'adresse à toute personne recherchant les principales données de cadrage sur les établissements de santé : personnels du monde hospitalier, d'administration centrale ou régionale, journalistes, étudiants, chercheurs et citoyens désireux de s'informer sur ce bien commun qu'est notre système hospitalier.

Dans la même collection SANTÉ

- > La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- > Les dépenses de santé
- > Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr