

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 %).

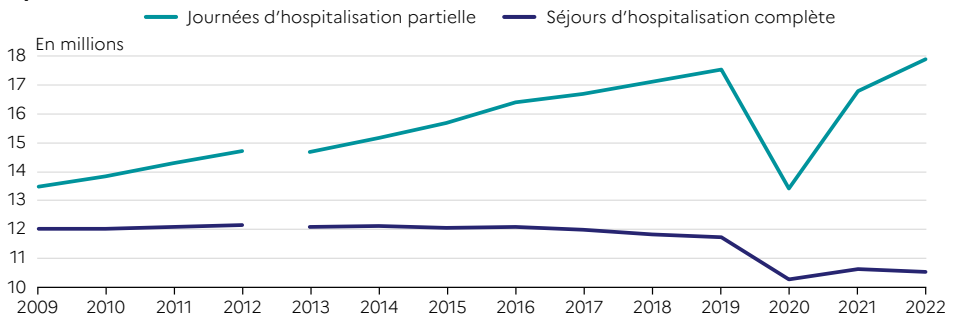
Concernant la répartition de l'activité par grande discipline médicale, l'activité de court séjour représente la moitié des journées de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète

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 décline

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 (filières 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 le 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.