

En 2017, 400 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 69 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2017, soit une hausse de 26 000 places durant la même période.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2017, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 400 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris (*graphique 1*). Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre. Il traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet. La fermeture de ces 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).

Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) a ainsi diminué tout au long de la période (-30 000 lits en 14 ans). Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 lits en 2017, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)¹. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010, mais depuis 2012, le nombre de lits se maintient autour de 32 000.

En psychiatrie, dès les années 1970, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées. Entre 2003

et 2017, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 3 500, tout en se maintenant autour de 57 000 depuis 2007. Cette évolution est cependant contrastée selon le statut des établissements. Dans les établissements publics, la diminution est de 6 000 lits, alors que dans le même temps la capacité d'accueil des établissements privés à but lucratif augmentait de 3 000 lits, pour représenter en 2017 un quart de la capacité totale.

De leur côté, les capacités en moyen séjour (SSR) progressent régulièrement, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2017 (*graphique 1*). Cette progression a été particulièrement forte dans les établissements privés à but lucratif (+12 000 lits depuis 2003). Leurs capacités d'accueil représentent un tiers de la capacité totale en 2017.

Une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel

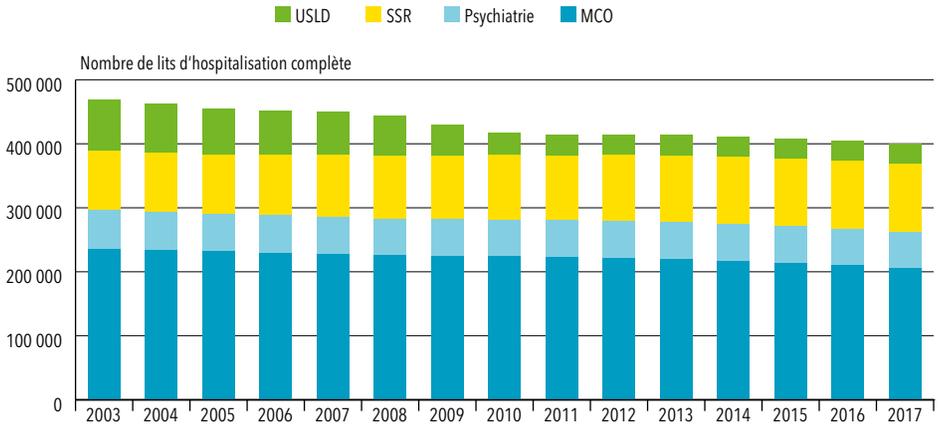
Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont depuis effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2003 et 2013, 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO ont été créées, venant compléter les 18 000 places existantes (*graphique 2*).

1. Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, modifiée concernant les USLD.

Depuis 2013, le nombre de places en MCO n'a que très légèrement progressé (+1,5 %). En psychiatrie, le nombre de places augmente lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1 %

par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation à temps partiel est plus rapide : 8 000 places ont été créées en 14 ans, soit un doublement des capacités.

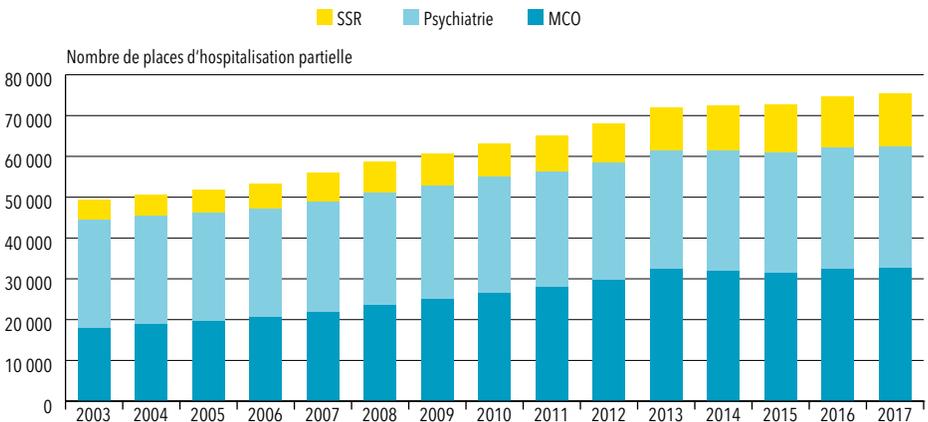
Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003



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

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES.

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.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES.

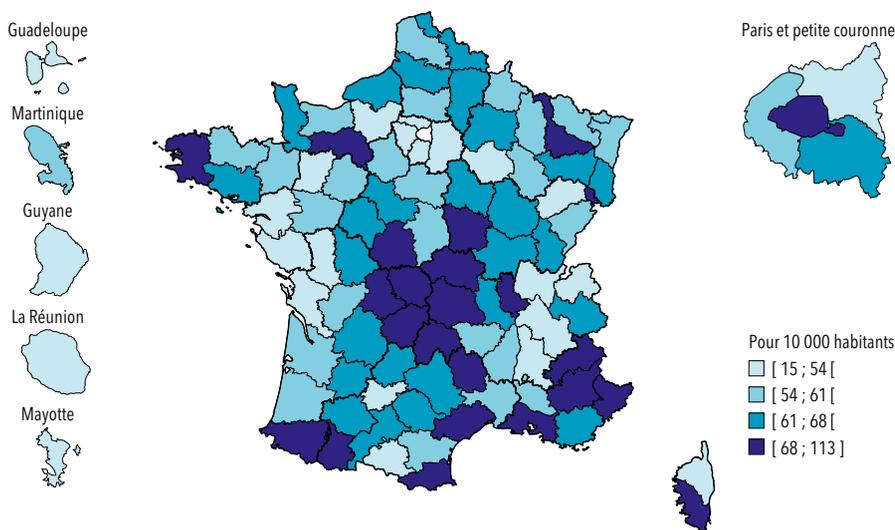
La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2017, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 62 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 40 % des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 76 % des places en psychiatrie et 51 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Des disparités départementales persistantes

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 10 000 habitants

varie de 14,5 à Mayotte, à 95 ou plus dans les Hautes-Alpes, le Cantal et la Lozère (carte 1). Cette hiérarchie n'est pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue durée. Le nombre de places en hospitalisation partielle pour 10 000 habitants varie de 2 à Mayotte, à 18 en Haute-Vienne et 21 à Paris (carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités de nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation [CV] de 23 %, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 28 % et de 38 %, hors Mayotte). ■

Carte 1 Densité de lits en 2017 par départements

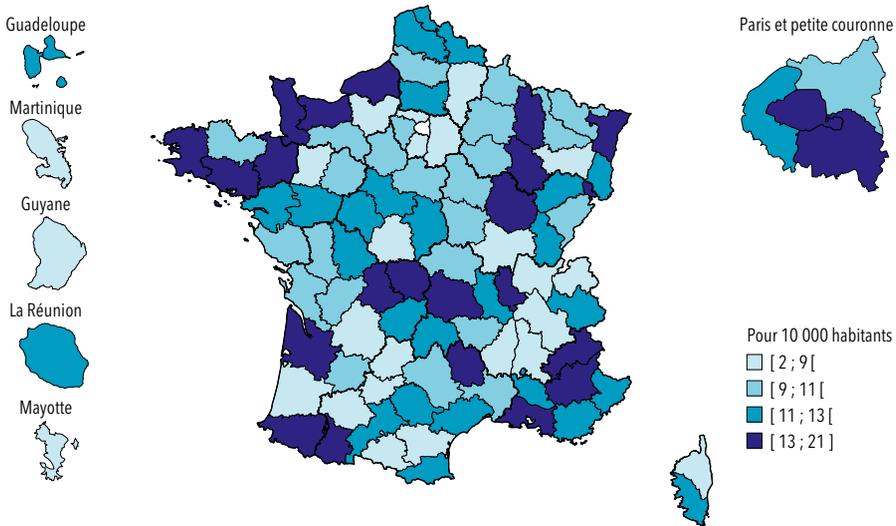


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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.

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Carte 2 Densité de places en 2017 par départements

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie et soins de suite et de réadaptation (SSR).

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Source

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

Définitions

Les capacités sont classées selon l'autorisation 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 à temps complet.





> **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 2017, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés intégralement.

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».