

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les établissements de santé en 2023

ÉDITION 2025

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

PANORAMAS

Les établissements de santé en 2023

ÉDITION 2025

Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025

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

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Wilfried Bara, Bénédicte Boisguérin, Alexandre Cazenave-Lacroutz, Noémie Courtejoie, Clémentine De Champs, Lauren Delort, Christophe Dixte, Yves Dubois, Anne-Sophie Kontopoulos, Melvin Marre, Édouard Maugendre, Fabienne Perray-Gibert, Annick Vilain, Albert Vuagnat

Directrice de la publication

Christelle Minodier

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

La DREES tient à remercier les personnels des établissements de santé et des agences régionales de santé, qui contribuent chaque année à la bonne fourniture des données nécessaires à l'élaboration de ce *Panorama*, en particulier dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Nous remercions aussi 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 », ainsi qu'Élisabeth Fery-Lemonnier et Benoît Ourliac pour leurs relectures attentives.

Avant-propos

Le *Panorama des établissements de santé* propose, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2025 présente ainsi les données de 2023 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, comme la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins médicaux et de réadaptation, les soins critiques ou encore la médecine d'urgence. Ces informations sont présentées à travers 24 fiches thématiques, accompagnées de tableaux, de graphiques et de cartes¹, ainsi que des références bibliographiques permettant d'approfondir les thèmes traités. 9 fichiers supplémentaires en ligne complètent les fiches thématiques et sont disponibles sur le site de la DREES. Figurent également en annexes, 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 : décideurs publics, personnels d'administration centrale ou territoriale, ou du monde hospitalier, professionnels de santé, 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. Par ailleurs, les données des cartes à la maille départementale sont aussi disponibles en ligne à la maille régionale.

Sommaire

Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025

Vue d'ensemble 7

Fiches thématiques 23

Données de cadrage 25

Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé 26

Fiche 02 • Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle 30

Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle 36

Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières 43

Fiche 05 • Les postes de personnel médical 47

Fiche 06 • Les postes de personnel non médical salarié 54

Fiche 07 • Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier 58

Fiche 08 • Les salaires dans les établissements de santé 63

Fiche 09 • Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer 70

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie 77

Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités 78

 **Fichiers supplémentaires en ligne :**

A1 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle en 2023

A2 • Activité médicale en 2023

A3 • Activité chirurgicale en 2023

A4 • Activité obstétricale en 2023

Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours 84

Les « autres » disciplines hospitalières 89

Fiche 12 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé 90

Fiche 13 • Les patients suivis en psychiatrie 99

Fiche 14 • Les établissements d'hospitalisation à domicile 107

 **Fichier supplémentaire en ligne :**

B1 • Les patients hospitalisés à domicile

Fiche 15 • L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé 113

 **Fichier supplémentaire en ligne :**

B2 • Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation

Fiche 16 • Les parcours de soins hospitaliers 120

Les plateaux techniques

Fichiers supplémentaires en ligne :

C1 • Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie

C2 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière 125

Fiche 17 • L'activité et les capacités d'accueil en soins critiques 126

Fiche 18 • La naissance : les maternités 132

Fichier supplémentaire en ligne :

D1 • La naissance : caractéristiques des accouchements

Fiche 19 • La médecine d'urgence 136

Fiche 20 • Les interruptions volontaires de grossesse 141

La situation économique du secteur 147

Fiche 21 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux 148

Fiche 22 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins 154

Fiche 23 • La situation économique et financière des hôpitaux publics 160

Fiche 24 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif 171

Annexes

181

Annexe 1 • Glossaire économique et financier 182

Annexe 2 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé 186

Annexe 3 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé 205

Annexe 4 • Liste des sigles et acronymes 214

 Les fichiers supplémentaires en ligne correspondent à des statistiques ne faisant pas l'objet d'une analyse rédigée à l'occasion de cette édition du Panorama. Ils sont téléchargeables sur le site de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES.



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Fin 2023, le secteur hospitalier français compte 2 965 établissements de santé : 1 330 hôpitaux publics, 978 cliniques privées et 657 établissements privés à but non lucratif. Sur l'année, l'activité d'hospitalisation partielle croît fortement (+8,6 % de journées) et l'hospitalisation complète plus modérément (+0,8 % de séjours). Les 685 structures des urgences ont traité 20,8 millions de passages en 2023 (-3,4 % par rapport à 2022). En 2023, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade de nouveau très fortement avec un déficit de 2,4 milliards d'euros, alors que celle des cliniques privées à but lucratif reste bénéficiaire, avec un résultat net de 362 millions d'euros. Les effectifs salariés hospitaliers augmentent de 1,9 % dans les hôpitaux publics après avoir reculé de 0,8 % en 2022 ; ils augmentent de 2,3 % dans les établissements privés, après avoir été stables l'année précédente.

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

Au 31 décembre 2023, le secteur hospitalier français est constitué de 2 965 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'établissements de santé »]. Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes. Parmi les 1 330 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 184 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 924 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux) ; 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; et 130 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des établissements de soins de longue durée (SLD). Sauf exceptions, elles appartiennent à l'un des 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) dénombrés fin 2023, mode de coopération institué en 2016 et auquel peuvent être associées des structures hospitalières privées. Ces dernières comprennent 978 établissements privés à but lucratif (cliniques privées) et 657 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 2023 (-156 entités géographiques en dix ans, soit -5,0 %, c'est-à-dire -0,5 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce nombre a peu diminué (-11 entités en 2023 et en 2022, soit -0,4 % par an, après -2 entités en 2021 soit -0,1 %).

La diminution sur dix ans du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-90 entités entre fin 2013 et fin 2023, soit -6,3 %), et principalement d'anciens hôpitaux locaux et des établissements de SLD. Le nombre de cliniques privées a aussi reculé depuis 2013 (-41 entités en dix ans, soit -4,0 %), en particulier les établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de soins de suite et de réadaptation 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 proportions au cours de la période (-25 entités et -3,7 % en dix ans), mais de façon irrégulière (-1 entité en 2023 soit -0,2 %, après -3 entités en 2022 soit -0,5 %, et -9 entités en 2021 soit -1,3 %).

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.



Les capacités d'hospitalisation complète diminuent régulièrement sur longue période

Au cours des dernières années, comme sur une période plus longue, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits en mesure d'accueillir des patients) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée) [voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle »].

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO, ou court séjour), la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des malades s'est effectuée à un rythme assez régulier sur la dernière décennie, passant de 219 700 fin 2013 à 187 600 fin 2023 (-32 100 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 et où le nombre total de lits semblait se stabiliser à la fin des années 2010, il diminue de nouveau ces dernières années (-6 600 lits d'hospitalisation à temps plein en dix ans), 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 51 200 lits d'hospitalisation à temps plein fin 2023.

Après avoir fortement diminué dans les années 2000, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les capacités d'accueil des unités de SLD (USLD) ont reculé plus modérément sur la dernière décennie, passant de 31 800 lits fin 2013 à 29 200 fin 2023 (-2 500 lits en dix ans).

Dans le même temps, les capacités d'accueil en soins médicaux et de réadaptation (SMR, ou moyen séjour) ont d'abord progressé, puis elles se sont infléchies à partir de 2018 : le nombre de lits est passé de 103 600 fin 2013, à 105 800 fin 2017 et 101 400 fin 2023 (-2 200 lits en dix ans).

Le recul du nombre de lits se poursuit

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre de lits en état d'accueillir des patients recule de 4 500 (-1,2 %), une diminution moindre que celle des deux années précédentes (-1,8 % en 2022 et -1,4 % en 2021), mais plus importante que celle observée entre 2013 et 2019, au cours de la période précédant la crise sanitaire (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution est moins marquée en 2023 qu'en 2022 dans toutes les disciplines excepté la psychiatrie.

Dans les unités de soins de MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule de 1,4 % en 2023 (après -2,0 % en 2022 et -1,5 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). En 2023, cette baisse est principalement le fait des cliniques privées (-1 800 lits, sur une baisse totale de 2 700 lits). En psychiatrie, le nombre de lits diminue de 2,6 % fin 2023 (après -1,7 % en 2022 et -0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Il s'agit de la plus forte baisse enregistrée sur la période. Elle provient essentiellement du secteur public (-1 400 lits, sur une baisse de 1 400 lits) ; dans les cliniques privées, le nombre de lits de psychiatrie augmente (+100). En soins médicaux et de réadaptation (SMR), la baisse du nombre de lits est de 0,2 % en 2023 (après -1,3 % en 2022) : la diminution de la capacité dans les hôpitaux publics (-500 lits, sur une baisse totale de 200 lits) y contraste avec une progression dans les cliniques privées (+300 lits). La baisse se poursuit également en USLD : -0,9 % en 2023, après -2,2 % en 2022 et -1,2 % en 2021 (contre -0,5 % 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 2023.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser

Les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 88 500 places au 31 décembre 2023, soit 20 700 places de plus que fin 2013 (+30,5 % en dix ans). Après avoir progressé en moyenne de 2,5 % par an entre 2013 et 2019, la progression annuelle moyenne est de 3,0 % entre 2019 et 2023, en dépit du frein temporaire de 2020, dû à la crise sanitaire.

C'est notamment le cas en court et en moyen séjour, comptant respectivement 38 900 et 19 300 places d'hospitalisation partielle fin 2023 (soit respectivement 10 800 places et 8 700 places de plus que fin 2013). En court séjour, le nombre de places continue d'accélérer en 2023 : +4,8 % (après +4,3 % en 2022, et +3,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). En moyen séjour (SMR), la progression est plus soutenue encore : +7,3 % (après +5,9 % en 2022 et +6,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Dans les deux cas, cette progression est plus marquée dans les cliniques privées, aussi bien entre 2013 et 2019 qu'entre 2022 et 2023. En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien et le nombre de places progresse de ce fait plus modestement (+1 200 places en dix ans). La capacité en places augmente ainsi de 1,1 % en 2023 (contre +0,3 % en 2022, et +0,4 % par an en moyenne entre 2013 et 2019, antérieurement à la crise sanitaire). Cette augmentation est exclusivement portée par les cliniques privées, où le nombre de places progresse de 400 en 2023 sur une augmentation globale de 300 places.

L'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) présente une grande diversité (voir fiche 09, « Les établissements de santé dans les DROM »). À La Réunion, en Guyane, et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil en 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 Guyane et

Mayotte ont des capacités d'accueil très inférieures à celles de la France métropolitaine, notamment en MCO et en psychiatrie, tandis que la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion s'en rapprochent. Les capacités d'hospitalisation partielle de SMR font exception et sont plus développées à La Réunion et en Guadeloupe qu'en France métropolitaine.

L'activité en hospitalisation partielle croît fortement en 2023 et l'hospitalisation complète plus modérément

En 2023, les établissements de santé ont pris en charge 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète (soins de longue durée [SLD] exclus)² et 105,9 millions de journées (SLD inclus). 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 recul régulier a repris à partir de 2013 (-0,4 % de séjours en moyenne annuelle entre 2013 et 2019) [graphique 1].

L'activité d'hospitalisation complète a fortement chuté avec la crise sanitaire en 2020. Malgré un rebond du nombre de séjours en MCO et en SMR en 2023, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2023 pour l'ensemble des disciplines 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 tous les statuts d'établissements.

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 0,7 % en 2023 (après -0,9 % en 2022) et celui des journées diminue de 0,2 % (après -0,5 % en 2022). L'activité d'hospitalisation complète est nettement en deçà de son niveau de 2019, avant la crise sanitaire (-8,9 % entre 2019 et 2023, soit 903 000 séjours en moins). En SMR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète et le nombre de journées correspondant progressent en 2023 (respectivement +3,1 % et +2,9 %). En 2022, le nombre de

2. 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.



séjours diminuait (-1,2 %), alors que le nombre de journées augmentait (+1,3 %), en raison d'un allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) de 33,0 à 33,8 jours. En psychiatrie, l'activité d'hospitalisation complète poursuit sa diminution en 2023 (-0,3 % après -1,4 % en nombre de séjours, et -0,9 % après -1,6 % en nombre de journées). En 2023, le nombre de journées de SLD continue à décroître (-0,7 % en 2023, après -2,3 % en 2022, et -5,2 % en 2021).

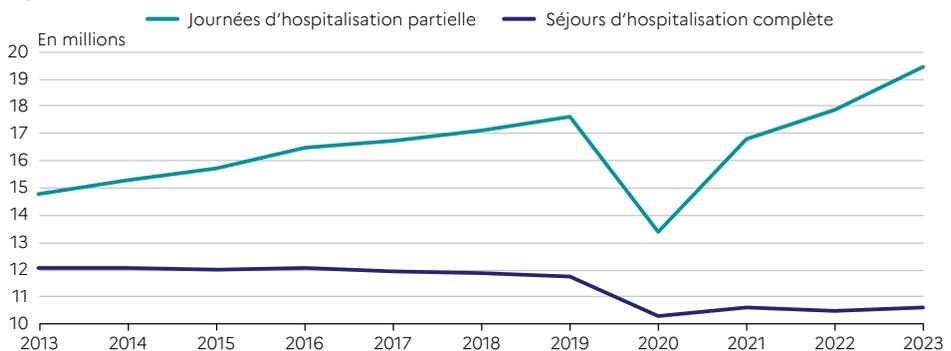
En psychiatrie et en SMR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2023, pour les séjours et les journées. Ainsi, leur part relative dans l'activité d'hospitalisation complète de ces disciplines progresse de 2 points (respectivement 24 % et 36 % des séjours en 2023). En revanche, leur part relative dans l'activité de MCO diminue de 1 point (22 % en 2023).

Au cours de l'année 2023, le secteur hospitalier enregistre également 19,4 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée). Leur progression est plus vigoureuse qu'en 2022 (+8,6 % en 2023, après +6,5 % en 2022). Elles excèdent ainsi de 10,4 % leur niveau de 2019, avant la crise sanitaire, durant laquelle l'activité en hospitalisation partielle avait fortement chuté (-23,7 % en 2020), mais leur croissance annuelle moyenne

depuis 2019 est plus faible (+2,5 %) qu'avant la crise (+3,0 % en moyenne par an de 2013 à 2019). Cette croissance de l'activité d'hospitalisation partielle est cependant hétérogène suivant les disciplines et le statut des établissements : par secteur, cette hausse est par exemple portée en 2023 pour moitié par les cliniques privées et pour un tiers par les établissements publics ; par discipline, pour moitié par le MCO et pour un tiers par les SMR.

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, « MCO : activité et capacités » ; fichier supplémentaire en ligne A1, « MCO : patientèle en 2023 » et fiche 11, « MCO : principaux motifs de recours »]. L'activité de moyen séjour en représente un peu plus d'un quart (28 %) [voir fiche 15, « L'offre de SMR dans les établissements de santé » et fichier supplémentaire en ligne B2, « Les patients suivis en SMR »]. Celle de psychiatrie en représente un sixième (16 %) [voir fiche 12, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » et fiche 13, « Les patients suivis en psychiatrie »], et celle de long séjour près d'un quatorzième (7 % en SLD).

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > L'activité liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère est exclue sur l'ensemble de la période.

Champ > Hospitalisations en MCO, SMR et psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013-2023, ATIH, PMSI-MCO et SMR, traitements DREES.

La structure des activités des établissements de santé varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge. Ces spécificités reflètent celles de la disparité des capacités par discipline et par statut (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle »). Les cliniques privées sont particulièrement présentes dans le moyen séjour et le court séjour (notamment en chirurgie), où elles réalisent 49 % des journées d'hospitalisation partielle (voir fiche 10, « MCO : activités et capacités »). Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés dans le moyen séjour (avec 32 % des journées d'hospitalisation partielle). Les hôpitaux publics dominent largement l'activité d'hospitalisation complète en MCO (70 % des séjours), notamment en médecine (77 % des séjours) et en psychiatrie (65 % des séjours d'hospitalisation complète et 61 % des journées d'hospitalisation partielle). Enfin, les SLD sont essentiellement pris en charge par les établissements publics (89 % des journées d'hospitalisation complète).

Le nombre de séances progresse légèrement

À ces prises en charge s'ajoutent 15,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse : 7,7 millions de séances de dialyse, dont près de 8 séances sur 10 sont dispensées par des établissements privés ; 4,1 millions de séances de radiothérapie, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 52 % sont réalisées par des cliniques privées ; et 3,4 millions de séances 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 1,7 % en 2023, plus modérément qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019).

L'activité d'hospitalisation à domicile repart vigoureusement

Alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) progresse en 2023 en nombre de séjours (+8,4 %, après +2,8 % en 2022)

et en nombre de journées (+5,9 %, après +0,5 %). En 2023, 297 700 séjours d'HAD sont ainsi réalisés pour 7,2 millions de journées, soit 8,2 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'HAD 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, car cette modalité d'hospitalisation permettait une prise en charge individualisée, compatible avec les protocoles mis en place pour limiter la circulation du virus. Toutefois, l'activité dédiée aux patients avec diagnostic (principal ou associé) de Covid-19 devient marginale en 2023 et ne représente plus que 0,8 % des séjours d'HAD (après 2,9 % en 2022 et 6,8 % en 2020) [voir fiche 14, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et fichier supplémentaire en ligne B1 « Les patients hospitalisés à domicile »].

Au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit une hausse de 4,1 % par rapport à fin 2022 (après +1,6 % en 2022). Cette croissance retrouve un rythme similaire à celui observé de 2013 à 2019 (progression régulière de 5,0 % par an en moyenne), après deux années de forte hausse au début de la crise sanitaire (+12,9 % en 2020, puis +6,8 % en 2021). Fin 2023, l'HAD représente 7,7 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour.

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

En 2023, le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 79,9 %. La baisse des capacités (-1,2 %), supérieure à celle des journées d'hospitalisation complète (-0,5 %), entraîne une augmentation du taux d'occupation (+1,3 point par rapport à celui de 2022), qui reste cependant inférieur au palier qui prévalait avant la crise sanitaire (82,8 % en moyenne de 2017 à 2019, suivi de 77,2 % en 2020).

Le taux d'occupation en 2023 demeure le plus faible en MCO (76,8 %), malgré une hausse sur



un an (+0,8 point) due à une diminution des capacités (-1,4 %) plus forte que celle du nombre de journées (-0,2 %). Le taux d'occupation augmente de 2,4 points en SMR, à 80,3 % : le nombre de journées d'hospitalisation complète y progresse (+2,9 %), alors que les capacités baissent (-0,2 %). Il augmente également en psychiatrie (+1,5 point), où il atteint 86,0 %, et reste le plus élevé en SLD (87,1 %). Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour (DMS) entre les disciplines³.

Le taux d'occupation des lits diffère aussi selon le statut juridique des établissements et la discipline. En SMR 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 27 points à celui des hôpitaux publics (56,1 % contre 83,3 %), 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 SLD 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 réalisés dans les cliniques privées. L'activité de SMR est répartie de manière plus équilibrée 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 (50 % 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 supplémentaires en ligne A2, A3 et A4, respectivement 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.

Le nombre de passages aux urgences diminue de 3,4 % en 2023

En 2023, 685 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 615 établissements de santé ont traité 20,8 millions de passages (-3,4 % en 2023, après +6,2 % en 2022) [voir fiche 19, « La médecine d'urgence »]. Ce niveau représente 95 % du nombre de passages de 2019, mais 111 % de celui de 2013. En 2023, le nombre de passages diminue dans toutes les régions métropolitaines, tandis qu'il continue à progresser dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Cette diminution pourrait s'expliquer par les mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients ou en raison d'un manque de personnel : généralisation progressive du service d'accès aux soins (SAS), fermeture complète de structures d'urgences sur certains créneaux horaires et mesures de régulation de l'accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au SAS.

3. 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.

De surcroît, elle est plus marquée dans les urgences pédiatriques (-10,6 %) que dans les urgences générales (-2,5 %), en raison potentiellement d'une épidémie de bronchiolite plus intense fin 2022 que fin 2023 et de la baisse des naissances en 2022 et 2023.

La médecine d'urgence est prise en charge principalement par le secteur public, qui concentre 77 % des services d'urgence en 2023 (et quasiment tous ceux avec une autorisation d'urgences pédiatriques), tandis que 18 % d'entre eux dépendent de cliniques privées (14 % des passages) et 5 % d'établissements privés à but non lucratif (5 % des passages). Tous secteurs confondus, 25 % des structures des urgences de France enregistrent 40 000 passages ou plus par an et concentrent 47 % de l'ensemble des passages, tandis que 20 % des structures des urgences reçoivent moins de 15 000 passages par an et traitent 7 % des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu et 402 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 se stabilise en 2023

En 2023, les Samu – Centre 15 ont traité 20,7 millions de dossiers de régulation dont 16,3 millions de dossiers de régulation médicale. Leur nombre se stabilise (respectivement -0,1 % et -0,9 % sur un an), après la forte augmentation observée en 2022 (respectivement +13,7 % et +12,8 %), due aux mesures prises à partir de juillet 2022 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 +9,1 % et +10,0 %), en raison notamment des recommandations émises 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 48,1 % et ceux de régulation médicale de 55,4 %.

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

En 2023, 13,2 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois (voir fiche 16, « Les parcours de soins hospitaliers »). Pour 69 % 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 4,1 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2023.

88,7 % des patients ont effectué leur parcours de soins exclusivement en court séjour en 2023, 1,5 % 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 sont réalisés dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2023, 457 maternités sont recensées en France (464 en 2022 et 471 en 2021) : 163 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 139 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 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



des maternités totalise 14 100 lits d'obstétrique fin 2023. Elles ont réalisé 664 000 accouchements⁴, soit 48 800 de moins qu'en 2022, en écho à la diminution du nombre de naissances en 2023 (voir fiche 18, « La naissance : les maternités » et fichier supplémentaire en ligne D1, « La naissance : caractéristiques des accouchements »). Les 294 maternités de type 2a, 2b ou 3 concentrent 78 % des lits et 83 % des accouchements (contre, par exemple, 43 % des accouchements en 1996). Elles sont principalement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3). Quant aux maternités de type 1, 69 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2023, contre 59 % en 2013.

La part des IVG pratiquées hors des structures hospitalières continue de progresser

En 2023, 243 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, soit 8 700 de plus qu'en 2022 (+3,7 %) [voir fiche 20, « Les interruptions volontaires de grossesse »]. 143 100 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé (144 800 en 2022), dont neuf sur dix dans le secteur public. 89 000 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinets de ville ou par téléconsultation et 11 500 IVG 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. La part des IVG pratiquées en établissements de santé continue de diminuer (59 % en 2023, contre 62 % en 2022 et 80 % en 2016), alors que le nombre d'IVG en établissements de santé est stable depuis trois ans.

Le délai légal de recours pour les IVG réalisées en établissements de santé 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 de l'ensemble des IVG (moins de 1,5 %).

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, calculé pour la France, est de 16,8 en 2023. Il augmente légèrement par rapport à 2022, correspondant déjà à un niveau inédit sur la période (à 16,4 ‰). Il varie du simple au double d'un département métropolitain⁵ à l'autre : de moins de 8 ‰ en Haute-Loire à 40 ‰ à Paris. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en France métropolitaine. Ils s'élevaient à 22 IVG pour 1 000 femmes à Mayotte, 25 ‰ à La Réunion, 33 ‰ en Martinique, 46 ‰ en Guadeloupe et 49 ‰ en Guyane.

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

Au 31 décembre 2023, 1,39 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé⁶ (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 ou pharmaceutique (y compris les internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes [FFI]) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2023 à 173 800, ce qui représente 12 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 113 700 médecins⁷ salariés, 43 300 internes et 16 800 sages-femmes. 84 % de ces salariés sont employés dans le secteur public.

4. Non compris les 1 300 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2023, les 4 800 accouchements hors établissement et suivis d'une hospitalisation en maternité et les 400 accouchements dans un établissement n'ayant pas de maternité.

5. 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 16,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, donc identique au taux national. Réciproquement, les sept autres départements d'Île-de-France figurent parmi les départements où la part d'IVG réalisées dans le département de résidence est la plus faible.

6. 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.

7. Par souci de simplification, le terme « médecins » regroupe ici les médecins, les odontologistes et les pharmaciens, et le terme « internes » regroupe par la suite les internes, les docteurs juniors et les FFI.

Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,22 million fin 2023. Ils comprennent notamment 851 300 salariés de personnel soignant (dont 353 100 de personnel infirmier et 286 400 de personnel aide-soignant) et 368 300 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 2023, dont 82 % se trouvent dans les cliniques privées⁸ (voir fiche 05, « Les postes de personnel médical »).

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public et privé en 2022 et 2023

	2022	2023	Évolution 2013-2023 (en %)	Évolution 2021-2022 (en %)	Évolution 2022-2023 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	1 059 246	1 079 230	3,9	-0,8	1,9
Personnel médical	143 805	146 527	17,2	1,3	1,9
Médecins et assimilés	92 352	92 826	8,8	0,3	0,5
Internes, docteurs juniors et FFI	38 213	40 264	46,8	4,6	5,4
Sages-femmes	13 240	13 437	9,0	-0,6	1,5
Personnel non médical soignant	630 060	641 340	-0,4	-1,8	1,8
Infirmiers	258 633	263 841	4,6	-2,0	2,0
Aides-soignants	224 589	228 310	3,5	-1,5	1,7
Autres personnels soignants	146 838	149 189	-12,6	-1,9	1,6
Personnel non médical non soignant	285 381	291 363	7,8	0,5	2,1
Filière administrative	113 889	114 597	11,0	3,5	0,6
Autres personnels non soignants	171 492	176 766	5,8	-1,3	3,1
Salariés du secteur hospitalier privé	307 312	314 233	5,3	0,0	2,3
Personnel médical	26 347	27 305	20,9	2,3	3,6
Médecins et assimilés	20 044	20 915	27,0	2,5	4,3
Internes, docteurs juniors et FFI	2 884	3 029	37,3	8,3	5,0
Sages-femmes	3 418	3 361	-14,1	-3,5	-1,7
Personnel non médical soignant	206 071	209 958	2,3	-0,4	1,9
Infirmiers	87 662	89 241	4,3	-1,0	1,8
Aides-soignants	56 922	58 091	-2,1	-0,7	2,1
Autres personnels soignants	61 487	62 626	3,9	0,7	1,9
Personnel non médical non soignant	74 895	76 970	9,0	0,4	2,8
Filière administrative	42 000	42 726	6,7	-0,8	1,7
Autres personnels non soignants	32 895	34 244	12,0	1,9	4,1
Ensemble du secteur hospitalier	1 366 558	1 393 463	4,2	-0,6	2,0
Personnel médical	170 152	173 832	17,8	1,5	2,2
Personnel non médical soignant	836 131	851 298	0,3	-1,5	1,8
Personnel non médical non soignant	360 276	368 333	8,0	0,5	2,2

FFI : faisant fonction d'internes.

Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) 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.

⁸. 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.



En 2023, les effectifs publics et privés augmentent dans presque toutes les catégories de personnels

Entre fin 2013 et fin 2023, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 4,2 % (soit +0,4 % par an en moyenne), passant de 1,34 million à 1,39 million de salariés (tableau 1). Les effectifs progressent plus fortement au cours de cette période dans le secteur privé (+5,3 %) que dans le secteur public (+3,9 %). Le personnel médical connaît la progression la plus forte entre fin 2013 et fin 2023 : le nombre d'internes augmente de 46,1 % en dix ans (soit +13 700), celui de médecins de 11,8 % (soit +12 000) et celui de sages-femmes de 3,4 % (soit +600). La part du personnel médical dans les effectifs salariés hospitaliers croît ainsi de 11,0 % à 12,5 % en dix ans. Les effectifs salariés du secteur hospitalier rebondissent en 2023, après avoir légèrement baissé en 2022 (+26 900 salariés, soit +2,0 %, après -8 300 salariés, soit -0,6 %). Cette hausse est plus marquée que celle observée en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+18 800 salariés, soit +1,4 %). Alors qu'en 2020, seuls les effectifs salariés du secteur hospitalier public avaient progressé, la hausse des effectifs en 2023 concerne à la fois le secteur public (+1,9 %, soit +20 000 salariés après -0,8 % en 2022) et le secteur privé (+2,3 %, soit +6 900 salariés après une stabilité). Ces évolutions récentes font suite à une quasi-stabilité de 2014 jusqu'à la crise sanitaire.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers augmentent pour toutes les catégories de personnels. Cette hausse est portée par un rebond des effectifs de personnel non médical soignant, concernant aussi bien les effectifs infirmiers (+5 200, soit +2,0 % après -2,0 %) et aides-soignants (+3 700, soit +1,7 % après -1,5 %) que les « autres personnels soignants » (+2 400, soit +1,6 % après -1,9 %). Les effectifs des personnels non soignants continuent de croître, portés en 2023 par ceux des « autres personnels non soignants » (+5 300, soit +3,1 % après -1,3 %), plutôt que par ceux des personnels administratifs (+700, soit +0,6 % après +3,5 %). La progression régulière des effectifs salariés de personnel médical du secteur

hospitalier public se poursuit également en 2023, avec 2 700 salariés supplémentaires (soit +1,9 % après +1,3 %), portée par les internes (+2 100 salariés, soit +5,4 % après +4,6 %), en lien avec le relèvement progressif du *numerus clausus* à la fin des années 2010, et les médecins (+500 salariés, soit +0,5 % après +0,3 %). Le nombre de sages-femmes augmente aussi légèrement (+200 salariées, soit +1,5 % après -0,6 %).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 6 900 salariés en 2023 (+2,3 %) après avoir été stables en 2022. Comme dans le secteur public, cette hausse est principalement portée par un rebond du personnel non médical soignant (+3 900 salariés, soit +1,9 % après -0,4 %) et non soignant (+2 100, soit +2,8 % après +0,4 %). Le personnel médical croît aussi au global, mais cela masque une hétérogénéité par catégorie de personnel : les effectifs de médecins et d'internes augmentent (respectivement +900 médecins salariés, soit +4,3 % après +2,5 %, et +100 internes, soit +5,0 % après +8,3 %), tandis que le nombre de sages-femmes décroît (-100, soit -1,7 % après -3,5 %).

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

Avec 122,1 milliards d'euros de dépenses en 2023, financés à 92,6 % 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 (49,1 %) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages (voir fiche 22, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). La consommation de soins s'élève à 93,7 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 28,4 milliards pour le secteur privé à but lucratif (qui s'entend, ici seulement, comme les cliniques privées et quelques établissements de santé privés à but non lucratif). Pour la quatrième année consécutive, la croissance de la consommation de soins hospitaliers reste dynamique : +5,7 %, après trois années de

progression entre +4 % et +7 %. Sur trois ans, de 2020 à 2022, cette dynamique en valeur a été entièrement portée par la hausse du prix des soins (+4,6 % en 2022, après +2,8 % en 2021 et +13,4 % en 2020). En volume, l'activité a en revanche reculé sur cette période, avec une forte baisse au déclenchement de la crise sanitaire (-6,7 % en 2020), suivie d'un rebond en 2021 (+4,3 %) et d'une nouvelle baisse en 2022 (-0,2 %). En 2023, le partage de la croissance de la consommation de soins hospitaliers se rééquilibre entre prix et volume : les prix continuent d'augmenter mais à un rythme moins rapide (+2,8 %), tandis que l'activité en volume rebondit à nouveau (+2,8 %).

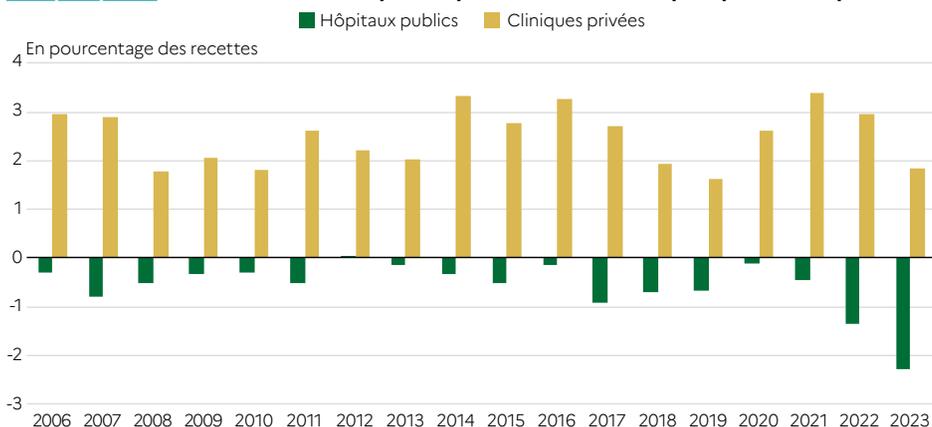
Dans le secteur public, la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023, à laquelle s'ajoutent des mesures spécifiques à la santé, telles que l'augmentation des indemnités de garde ou de l'indemnité forfaitaire de sujétion, entraîne une augmentation des rémunérations des salariés de 4,7 % dans le secteur hospitalier public, prolongeant la tendance à la hausse observée pendant la crise sanitaire (+5,3 % en 2022, après +7,4 % en 2021). La croissance en valeur de la consommation des soins hospitaliers publics (estimée par les coûts de production) continue d'être soutenue par le dynamisme des rémunérations (voir fiche 08, « Les salaires dans les établissements de santé »).

Par ailleurs, les consommations intermédiaires augmentent également en 2023. Cette augmentation est notamment due à la hausse des prix des matières premières, en particulier de l'énergie, dont les effets se manifestent avec retard dans le secteur hospitalier public.

La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics en 2023 est sans précédent

En 2023, le déficit global du résultat net des hôpitaux publics atteint 2,4 milliards d'euros après 1,3 milliard en 2022 et 565 millions en 2019 (voir fiche 23, « La situation économique et financière des hôpitaux publics » et *graphique 2*). Cette très nette détérioration s'explique notamment par la sortie progressive des dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, dans un contexte inflationniste. Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,3 % (après -1,3 % en 2022 et -0,7 % en 2019), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations. La dégradation de la situation financière des hôpitaux publics en 2023 concerne toutes les catégories d'établissements à des degrés variés. Les trois quarts des hôpitaux publics sont déficitaires en 2023 (75 %, après 65 % en 2022), une proportion supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019) et même inédite depuis 2005.

Graphique 2 Résultat net des hôpitaux publics et des cliniques privées depuis 2006



Lecture > En 2023, le déficit global des hôpitaux publics (résultat net négatif) atteint 2,3 % de leurs recettes.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.



Les dépenses sont estimées à 105,9 milliards d'euros (après 99,4 milliards d'euros en 2022), dont 90,3 % comptabilisés dans le budget principal⁹ (95,6 milliards d'euros). La forte progression des dépenses, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +6,6 % en 2023, après +5,1 % en 2022. La progression des charges du budget principal s'observe pour tous les titres définis dans la nomenclature budgétaire, notamment pour les dépenses de personnel (+5,0 % en 2023, à 60,8 milliards d'euros), pour les dépenses à caractère médical (+5,3 %, à 21,0 milliards d'euros), et surtout pour les dépenses à caractère hôtelier et général (+34,5 %, à 12,0 milliards d'euros), en raison notamment de l'inflation et de l'augmentation des prix des matières premières. Dans le même temps, les recettes augmentent aussi mais un peu plus modérément (+5,6 %), 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 5,6 milliards d'euros en 2023 (après 4,9 milliards en 2022), soit 5,4 % des recettes en 2023 (après 5,0 % en 2022) et le plus haut niveau observé depuis 2015 (5,7 %). 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 pour assurer leur financement et leur investissement, avec un écart qui se creuse du fait du repli de la CAF (1,7 % des recettes en 2023, après 2,9 % en 2022 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut). Cet écart croissant fait état d'une baisse de la part des investissements financés par les ressources propres de l'établissement (FHF et Banque postale, 2024). Dans le même temps, les dotations aux amortissements (qui constatent comptablement la dépréciation

des immobilisations dans le temps) se replie à 6,1 % des recettes. Elles restent supérieures à l'effort d'investissement, témoignant d'une compensation insuffisante de la dépréciation des immobilisations, mais avec un écart qui se réduit pour la troisième année consécutive.

En 2023, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la deuxième année consécutive et s'établit à 30,1 milliards d'euros, après avoir atteint, en 2021, son plus haut niveau depuis le point de départ des observations (31,1 milliards d'euros). Il retrouve ainsi son niveau d'avant la crise et s'établit à 29,0 % des recettes. 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 cinquième année consécutive, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Il s'établit à 45,0 % en 2023, après 45,7 % en 2022. En revanche, la durée apparente de la dette continue d'augmenter et atteint la durée record de 16,8 ans (après 10,6 ans en 2022), soit près de 10 ans de plus qu'en 2020, son dernier point bas. Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, la hausse de cette durée, qui représente le nombre d'années nécessaire aux hôpitaux publics pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, reflète la nette dégradation de la CAF, en raison notamment de la forte hausse des dépenses d'exploitation.

Le bilan est donc contrasté : les effets des plans de soutien et de relance mis en place depuis la crise sanitaire se font sentir sur l'effort d'investissement, mais dans un contexte sans précédent de dégradation des ressources générées par les établissements. Dans ce contexte, la part des établissements surendettés¹⁰ repart légèrement

⁹. Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé. 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. La somme des recettes du budget principal et des budgets annexes n'est pas strictement identique aux recettes du budget global, qui sont retraitées des flux internes entre le budget principal et les budgets annexes.

¹⁰. 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.

à la hausse, sans pour autant retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire. Elle atteint 36,3 % en 2023, après 33,6 % en 2022 et 41,5 % en 2019. En 2023, 32,1 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement, une proportion en nette baisse par rapport à 2022 (36,4 %).

La situation financière des cliniques privées reste favorable

D'après les premières estimations¹¹, la situation financière des cliniques privées reste favorable en 2023 (voir fiche 24, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif »). Leur résultat net s'établit à 362 millions d'euros. Rapporté aux recettes, il s'établit à 1,8 % en 2023, en recul par rapport à 2022 (3,0 %) et son niveau le plus bas depuis 2019 (1,6 %). Si la situation économique des cliniques privées est globalement excédentaire, la proportion de cliniques privées déficitaires augmente (32 % en 2023, après 25 % en 2022). Cette augmentation s'observe dans toutes les disciplines d'activité, le pourcentage de cliniques déficitaires atteint 37 % en SMR (+8 points), 33 % en MCO (+8 points) et 18 % en psychiatrie (+1 point).

Le recul du résultat net entre 2022 et 2023 reflète principalement la forte baisse du résultat d'exploitation, que l'augmentation dans le même temps des résultats exceptionnel et financier ne permet pas de compenser. Si les recettes de l'ensemble des cliniques sont dynamiques depuis trois ans (dont +5,8 % en 2023, à 19,7 milliards d'euros), les dépenses progressent plus fortement que les recettes en 2023 (+7,3 %), ce qui explique la détérioration du résultat net. Cette progression porte particulièrement sur les achats, produits et charges de gestion courante (+9,6 %, après +6,8 %) dans un contexte inflationniste. Leur part dans les recettes augmente pour atteindre 47,0 % en 2023 (après 45,4 % en 2022), son plus haut niveau depuis 2006. Les charges de

personnel (salaires bruts et cotisations sociales) continuent aussi à augmenter (+5,6 % en 2023, après +5,1 % en 2022), du fait notamment du versement d'une prime de pouvoir d'achat, mais leur part dans les recettes reste stable (28,1 % en 2023 pour les salaires bruts, tout comme en 2022, et 39,2 % des recettes pour l'ensemble des charges de personnel, après 39,3 % en 2022).

Le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel¹², diminue en 2023 et s'établit à 3,2 % des recettes, après 4,4 % en 2022 et un pic à 5,2 % en 2021. Il se rapproche de son niveau d'avant la crise sanitaire (3,0 % en 2019).

L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, se replie en 2023. D'après les premières estimations¹³, il s'élève à 4,9 % en 2023, après 5,6 % en 2022. Il reste supérieur à la capacité d'autofinancement, qui se replie fortement pour la deuxième année consécutive et s'établit à 2,9 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2006. Dans le même temps, la dotation aux amortissements des cliniques privées reste stable depuis plusieurs années et s'établit à 3,9 % en 2023.

L'encours de la dette des cliniques privées diminue en 2023 et s'établit à 2,1 milliards d'euros (après 2,3 milliards d'euros en 2022). De plus, le poids relatif de cet endettement continue à diminuer : le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, s'améliore de nouveau en 2023 et redescend au niveau historiquement bas de 33,5 % des capitaux permanents, après 37,3 % en 2022. En revanche, la durée apparente de la dette en 2023 augmente à 3,7 ans, son plus haut niveau depuis 2011. Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, cette hausse reflète la nette dégradation de la CAF, en raison notamment de la forte hausse des dépenses.

¹¹. Les données de 2023 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 690 cliniques ayant déposé leurs comptes.

¹². Le résultat net correspond au bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, auquel on ajoute les impôts sur les bénéfices ainsi que les participations des salariés.

¹³. Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution depuis 2022.

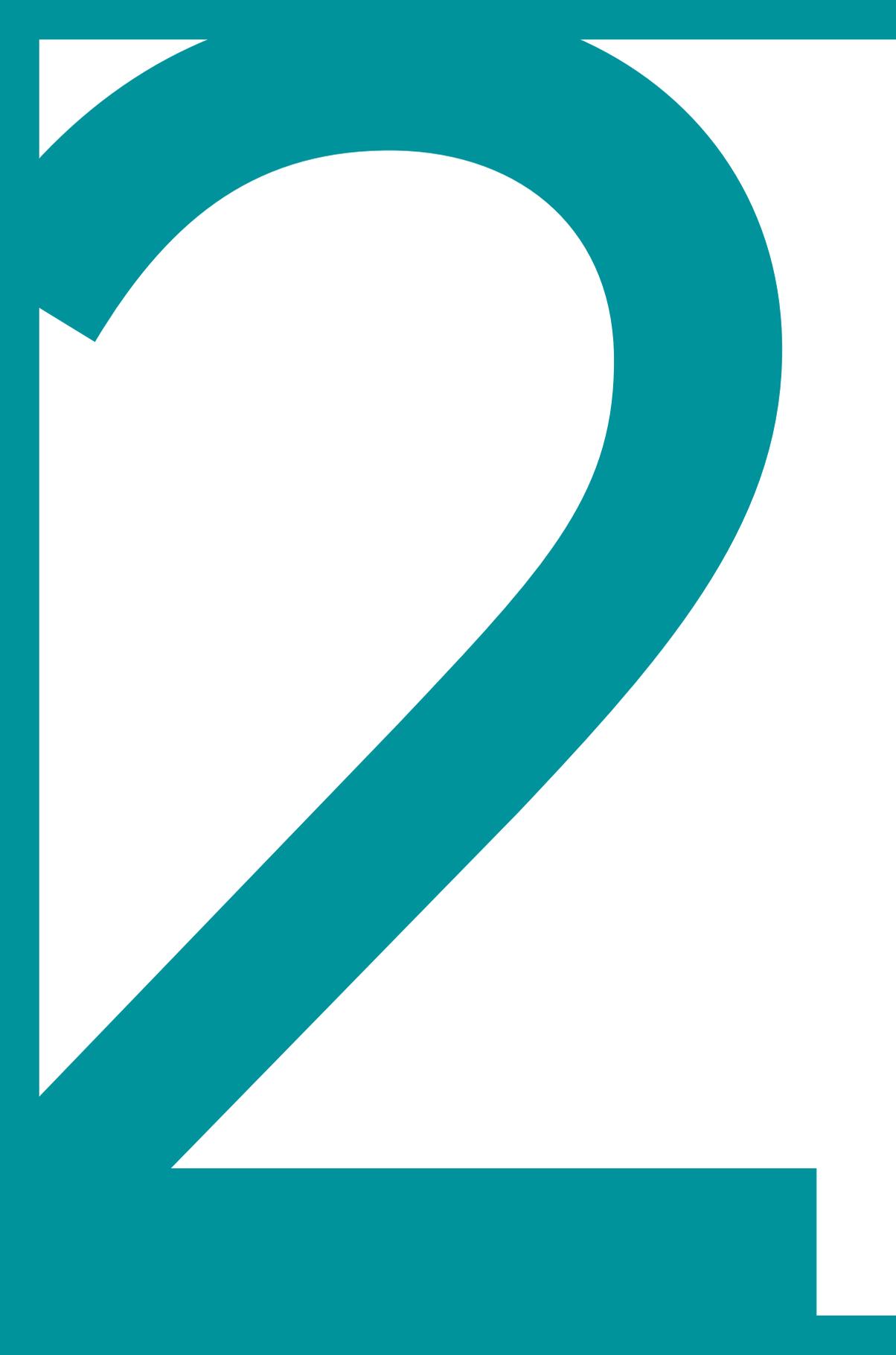


Malgré l'évolution contrastée des indicateurs caractérisant le poids de la dette, la proportion de cliniques privées surendettées diminue et atteint 13,9 % en 2023, son plus bas niveau

historique. Le pourcentage d'établissements sans aucun critère de surendettement baisse cependant, pour s'établir à 56,5 % en 2023 (après 60,5 % en 2022). ■

Pour en savoir plus

- > **Bergonzoni, A., et al.** (2025, à paraître). Accouchements hors établissement de santé. DREES, *Études et Résultats*.
- > **Delort, L., Delage, S.** (2025, janvier). Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences. DREES, *Études et Résultats*, 1325.
- > **Demoly, E., et al.** (2024, juillet). Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? DREES, *Études et Résultats*, 1305.
- > **Demoly, E., Deroyon, T.** (2025, mars). Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. DREES, *Études et Résultats*, 1334.
- > **Didier, M., Lefebvre, G. (dir.)** (2024, novembre). *Les dépenses de santé en 2023. Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque Postale** (2024, septembre). Les investissements hospitaliers publics. Regard financier sur les hôpitaux publics. Étude.
- > **Khaoua, H. avec la collaboration de Milena Suarez Castillo** (2024, décembre). Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements. DREES, *Études et Résultats*, 1320.
- > **Naouri, D., Jamme, M., Vuagnat, A.** (2025, avril). Patients en soins critiques pour Covid-19 : un risque de ventilation mécanique et de décès plus important chez les plus défavorisés. DREES, *Études et Résultats*, 1336.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Vilain, A., Fresson, J., Lauden, C.** (2024, septembre). La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023. DREES, *Études et Résultats*, 1311.



Vue d'ensemble

Fiches thématiques ◀

Annexes

Données de cadrage

En France, fin 2023, 2 965 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Ils offrent 369 400 lits d'hospitalisation complète et 88 500 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.

369 400 lits et 88 500 places offertes dans 2 965 structures hospitalières

Au 31 décembre 2023, 2 965 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 369 400 lits et 88 500 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle »). 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 2023, 107 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 638 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 135 GHT dénombrés fin 2023, 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 2023 (-156 entités géographiques et -5,0 % en dix ans, soit -0,5 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce nombre a peu baissé (-11 entités en 2023 et 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 (-90 entités et -6,3 % en dix 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 (-41 entités et -4,0 % en dix ans), en particulier les établissements des soins de courte durée ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressait dans ce secteur (+20 entités et +13,9 % en dix ans).

1. Sont 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 12 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Leur capacité en lits ou en places et leur activité sont toutefois comptabilisées.

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 dix ans), mais de façon irrégulière (-1 entité en 2023 soit -0,2 %, -3 entités en 2022 soit -0,5 %, après -9 entités en 2021 soit -1,3 %).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 330 établissements publics, quatre types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 184 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 ; 924 centres hospitaliers (CH, 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 130 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 aux 31 décembre 2013 et 2023

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2023	2013	2023	2013	2023
Secteur public	1 420	1 330	256 843	225 229	39 704	45 771
CHR/CHU	183	184	73 636	65 647	9 270	12 065
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	732	134 651	123 509	15 268	19 705
CH, anciens hôpitaux locaux	261	192	10 661	8 568	160	181
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 865	19 379	14 572	13 399
Autres établissements publics	158	130	12 030	8 126	434	421
Secteur privé à but non lucratif	682	657	58 058	53 819	12 269	15 745
CLCC	21	20	2 887	2 514	323	551
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	132	19 401	17 768	2 492	3 426
Établissements de SSR	368	346	25 377	24 400	4 071	5 779
Autres établissements à but non lucratif	137	159	10 393	9 137	5 383	5 989
Secteur privé à but lucratif	1 019	978	97 887	90 315	15 810	26 955
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	456	57 766	45 161	11 961	17 364
Établissements de SSR	335	342	27 043	30 001	2 656	6 507
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	164	12 576	14 143	1 193	2 930
Autres établissements à but lucratif	6	16	502	1 010	0	154
Ensemble	3 121	2 965	412 788	369 363	67 783	88 471

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 multisisite comme l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), on compte autant d'entités que de sites, soit 37 sites.

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

Sources > DREES, SAE 2013 et 2023, traitements DREES.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les cliniques privées (978 au total) et les établissements privés à but non lucratif (657 au total). Ces derniers comprennent 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 346 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que 291 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

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

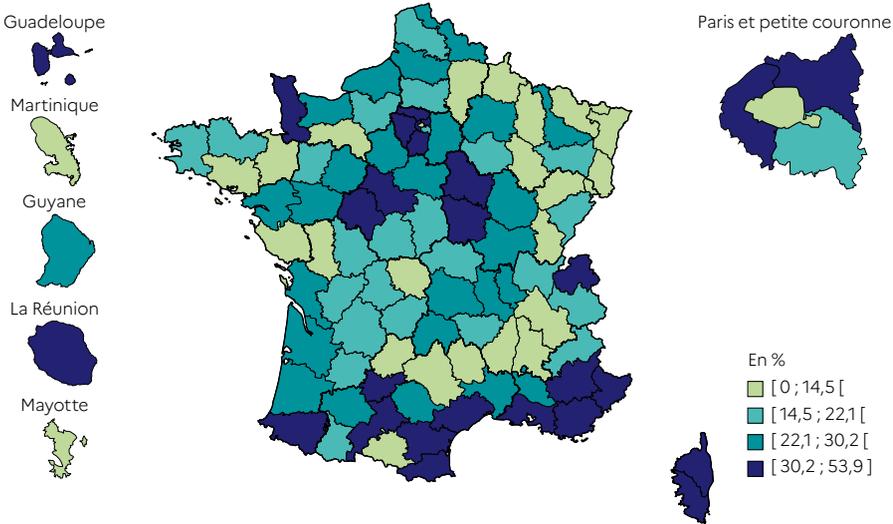
Au niveau national, les hôpitaux publics concentrent 59 % des lits et des places, les cliniques privées 26 % et les établissements privés à but non lucratif 15 %. Cette répartition varie toutefois fortement suivant les départements.

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 douze autres départements, dont quatre de la région Grand Est. En revanche, elles sont davantage représentées sur le pourtour méditerranéen et en Île-de-France. Elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans quatre des treize départements de l'Occitanie (la Haute-Garonne, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault, et le Tarn-et-Garonne), dans les deux départements de Corse, dans les Bouches-du-Rhône, à La Réunion, en Seine-Saint-Denis, dans le Var et en Guadeloupe.

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 huit départements (la Haute-Saône, la Haute-Loire, les Hautes-Alpes, la Lozère, le Lot, la Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin). ■

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle par département au 31 décembre 2023



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 médicaux et de réadaptation (SMR) et soins de longue durée.

Source > DREES, SAE 2023, 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, mais aussi des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). 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) 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 (CATTTP), 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.

Pour en savoir plus

- > **Bras, P.-L., Pouvourvil, G., Tabuteau, D. (dir.)** (2009, juillet). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po/Éditions de Santé.
- > **Cour des comptes** (2023, octobre). *Le Service de santé des armées, une capacité à consolider*. Rapport.
- > **Dagorn, C., et al.** (2020, février). *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*. Rapport. Igas.
- > **Kervasdoué (de), J.** (2021, mai). *L'Hôpital*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? 6^e édition.

Fin 2023, 369 400 lits d'hospitalisation complète sont en mesure d'accueillir des malades, soit une diminution de 4 500 lits sur un an et de 43 400 lits depuis fin 2013. *A contrario*, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 88 500 places fin 2023, soit une hausse de 3 400 places sur un an et de 20 700 places depuis fin 2013. Des disparités de densité de lits et de places subsistent entre les départements.

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

Au 31 décembre 2023, le nombre de lits d'hospitalisation complète en mesure d'accueillir des malades s'établit à 369 400, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus (*graphique 1*). Il a diminué de 43 400 lits depuis 2013 (soit -10,5 %) et de 4 500 lits sur un an. Ce recul s'explique par une 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 concerne toutes les disciplines, où elle s'est effectuée à des rythmes assez réguliers, sauf pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR), où elle n'a commencé qu'à partir du milieu des années 2010.

Ce sont les capacités d'accueil en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) qui ont subi la plus forte diminution entre 2013 et 2023 (-32 100 lits, soit -14,6 %). En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970, le nombre de lits a moins reculé au cours de la période (-6 600 lits, soit -11,4 %). Mais cette évolution est contrastée selon le statut des établissements : la capacité d'accueil en hospitalisation complète en psychiatrie a diminué

de 7 700 lits dans les établissements publics, tandis qu'elle augmentait de 2 000 lits dans les établissements privés à but lucratif (cliniques privées) [*tableau complémentaire A*].

En dix ans, le nombre de lits en moyen séjour (SMR) a aussi diminué (-2 200 lits, soit -2,2 %), principalement en raison de la forte baisse des capacités d'accueil des établissements publics (-4 200 lits au cours de la période) et des établissements privés à but non lucratif (-1 700 lits), tandis que la capacité des cliniques privées augmentait (+3 700 lits). Après avoir progressé régulièrement jusqu'en 2015, les capacités d'accueil en SMR se sont ensuite infléchies (-0,3 % en 2018 et -1,3 % en 2019).

Le recul du nombre de lits se poursuit en 2023

Fin 2023, la capacité d'accueil en hospitalisation complète recule de 4 500 lits sur un an (-1,2 %), une diminution moindre que celle des deux années précédentes (-1,4 % en 2021 et -1,8 % en 2022)¹, mais plus importante que celle observée entre 2013 et 2019, au cours de la période précédant la crise sanitaire liée au Covid-19 (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution entre 2022 et 2023 est moins marquée dans toutes les disciplines, excepté la psychiatrie. Dans les unités de soins de MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule de 1,4 % en 2023 (après -2,0 % en 2022 et -1,5 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019).

1. À la suite de travaux d'expertise complémentaires en continu, la DREES a publié en janvier 2025 des besoins de révisions des données des bases statistiques SAE 2022 et antérieures (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie). Ils sont pris en compte dans cette publication.

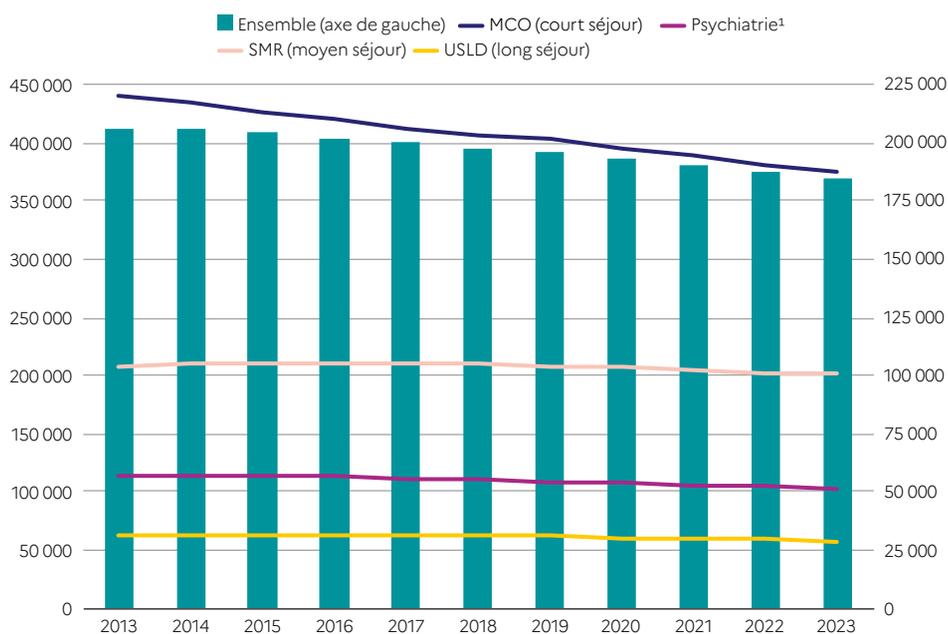
En 2023, ce repli est principalement porté par les cliniques privées (-1 800 lits, pour une baisse totale de 2 700 lits). En psychiatrie, le nombre de lits diminue de 2,6 % fin 2023 (après -1,7 % en 2022 et -0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Il s'agit de la plus forte baisse enregistrée sur la période. La baisse de lits provient ici principalement du secteur public (-1 400 lits, pour une baisse totale de 1 400 lits). Dans les cliniques privées, au contraire, le nombre de lits de psychiatrie augmente (+100). En SMR, le recul du nombre de lits est de 0,2 % en 2023 (après -1,3 % en 2022). La diminution de la capacité dans les hôpitaux publics (-500 lits, pour une baisse totale de 200 lits) contraste avec une progression dans les cliniques privées (+300 lits). La baisse se poursuit également en unités de soins de longue durée (USLD) : -0,9 % en 2023, après -2,2 % en 2022 et -1,2 % en 2021

(contre -0,5 % en moyenne entre 2013 et 2019). Elle est aussi portée par le secteur public, qui représente 89 % des lits de la discipline fin 2023.

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 ont permis d'effectuer un nombre croissant d'interventions en hospitalisation partielle plutôt qu'en hospitalisation complète (procédures anesthésiques et chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.). Ce virage dans les prises en charge a par ailleurs été fortement encouragé par les autorités sanitaires. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 88 500 places fin 2023, soit 20 700 places de plus que fin 2013

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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 à plein temps : les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

(+30,5 % en dix ans) [graphique 2]. Après une progression moyenne de 2,5 % par an entre 2013 et 2019, cette dernière atteint 3,0 % entre 2019 et 2023, en dépit du frein temporaire de 2020, dû à la crise sanitaire.

L'hospitalisation partielle de nouveau alimentée par le court et moyen séjour en 2023

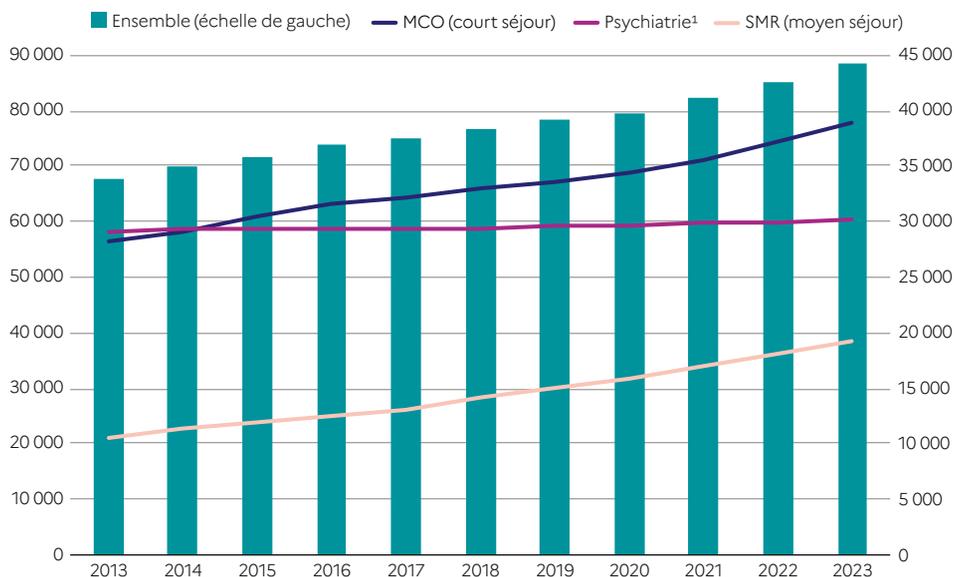
Le dynamisme soutenu de l'hospitalisation partielle est porté par le court et moyen séjour. En court séjour (MCO), le nombre de places continue d'accélérer en 2023 : +4,8 %, après + 4,3 % en 2022 et +3,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En moyen séjour (SMR), la progression du nombre de places est plus soutenue encore : +7,3 %, après +5,9 % en 2022 et + 6,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. Dans les deux cas, cette progression est plus marquée dans les cliniques privées, aussi bien entre 2013 et 2019 qu'entre 2022 et 2023 (notamment +800 places de MCO dans les cliniques privées sur un total de +1 800 places en 2023, et

+700 places de SMR sur un total de +1 300 places en 2023) [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. Les capacités en places augmentent de 1,1 % en 2023 (après +0,3 % en 2022 et +0,4 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Cette hausse est exclusivement portée par les cliniques privées (+400 places en 2023 pour une augmentation globale de 300 places).

Les cliniques privées sont particulièrement présentes sur le court et moyen séjour, où elles représentent respectivement 40 % et 43 % des places d'hospitalisation partielle. Cette proportion atteint 62 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés sur le moyen séjour, où ils concentrent 34 % des places. Les hôpitaux publics dominent largement l'offre de places en psychiatrie (72 %), ainsi qu'en court séjour dans les disciplines de médecine (76 %) et de gynécologie-obstétrique (87 %).

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

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

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

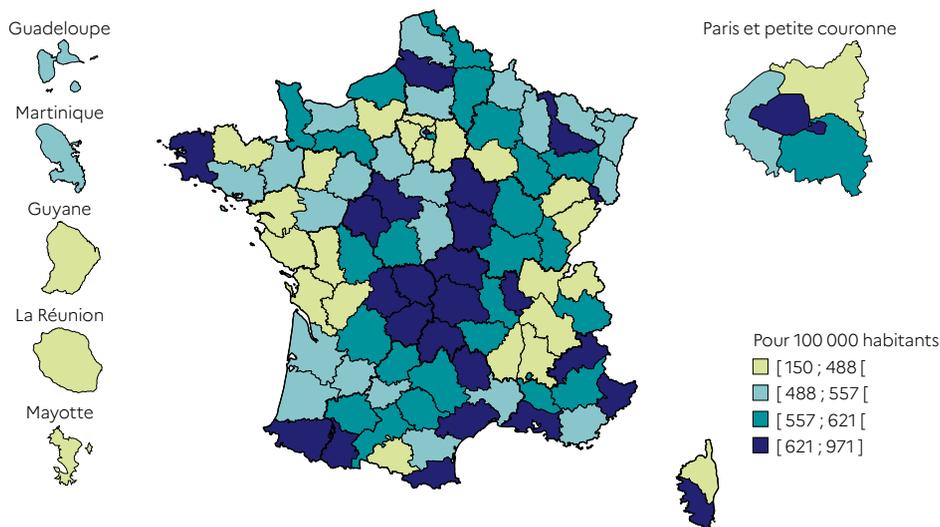
Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, les densités de lits et de places fin 2023 diffèrent beaucoup selon les régions² et les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie ainsi de 150 à Mayotte, 324 en Guyane, 351 dans l'Ain à 971 dans les Hautes-Alpes (carte 1). Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 13 à Mayotte ou 60 dans l'Ain à 251 à Paris (carte 2). Les densités en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle ne sont 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]. En 2013, les écarts interdéciles étaient comparables : 1,7 pour le court séjour, 2,1 pour la psychiatrie et 2,2 pour le moyen séjour. ■

Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète par département au 31 décembre 2023



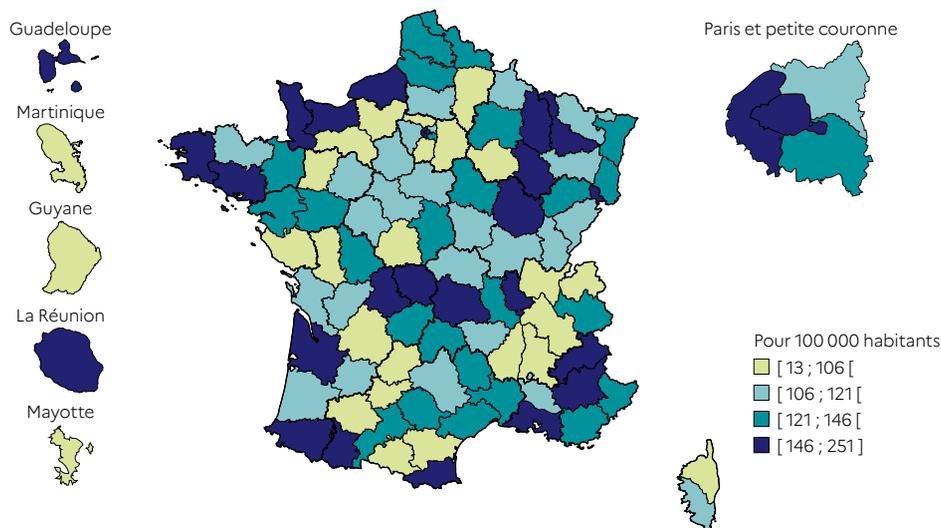
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR) 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 prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans cette carte.

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

2. 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 SMR, et les compare à ceux de la France métropolitaine.

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle par département au 31 décembre 2023



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 médicaux et de réadaptation (SMR). Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation partielle pour les disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

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, des structures de psychiatrie ambulatoire et des établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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). Grâce à des travaux d'expertises complémentaires en continu, la DREES a publié en janvier 2025 une réropolation des bases statistiques SAE 2013 à 2022 (surtout celles de 2019 à 2022). Par rapport aux dernières estimations disponibles, elle conduit à une baisse moyenne du niveau de chaque année d'environ 600 lits (de 2019 à 2022) et à une correction de l'évolution annuelle en général très limitée (+0,1 point de pourcentage en moyenne pour les taux de croissance de 2020 à 2023). L'évolution 2022/2023 présentée dans l'étude sur les premiers résultats issus de la SAE 2023 (Boisguérin, 2024) est ainsi peu révisée : -1,2 % plutôt que -1,3 %, soit également +0,1 point de pourcentage.





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 »). En psychiatrie, seule l'activité d'hospitalisation à plein temps est comptabilisée dans cette fiche et non pas les autres formes de prises en charge à temps complet, très minoritaires (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...).

> **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 (soit le 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 ».

Pour en savoir plus

> **Bert, T., et al.** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*. Rapport. Igas et IGF.

> **Boisguérin, B.** (2024, octobre). En 2023, la baisse du nombre de lits et la hausse du nombre de places se poursuivent dans les établissements de santé. DREES, *Études et Résultats*, 1315.

> **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** (2025, janvier). Bon usage des bases SAE et spécificités 2023. Note méthodologique.

En 2023, les établissements de santé réalisent 19,4 millions de journées d'hospitalisation partielle et 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète. Toutes disciplines confondues, l'activité en hospitalisation partielle croît fortement, avec une hausse de 8,6 % des journées, et l'hospitalisation complète plus modérément, avec une augmentation de 0,8 % des séjours. Cependant, ces évolutions sont fortement contrastées selon les disciplines et le statut des établissements.

L'activité d'hospitalisation partielle augmente en 2023, mais ne retrouve pas son niveau de 2019 en psychiatrie

Au cours de l'année 2023, les établissements de santé de France ont pris en charge 19,4 millions de journées d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. Leur progression est plus vigoureuse que l'année précédente (+8,6 % en 2023, après +6,5 % en 2022). Elles excèdent ainsi de 10,4 % leur niveau de 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, durant laquelle elles avaient fortement chuté (-23,7 % en 2020). En revanche, leur croissance annuelle moyenne depuis 2019 est plus faible (+2,5 %) qu'avant la crise (+3,0 % en moyenne par an de 2013 à 2019) [tableau complémentaire A].

Cette croissance de l'activité d'hospitalisation partielle est, cependant, hétérogène selon les disciplines et le statut des établissements. Par statut, cette hausse est portée en 2023 pour moitié par les cliniques privées (52 % de la croissance du nombre de journées) et pour un tiers par les établissements publics (32 %) ; par discipline, elle est portée pour moitié par la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [51 %] et pour un tiers par les soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR) [36 %].

En MCO, l'hospitalisation partielle augmente fortement (+8,6 % en 2023, après +5,0 % en 2022) et son volume d'activité s'établit à 10,0 millions

de séjours. En 2023, le nombre de journées est supérieur de 21,5 % à celui de 2019 (+36,4 % dans les établissements du secteur privé à but non lucratif, +20,0 % dans le secteur public et dans les cliniques privées) [tableau complémentaire B]. De 2019 à 2023, l'activité en hospitalisation partielle en court séjour progresse ainsi plus rapidement qu'avant la crise sanitaire (+5,0 % par an durant cette période, contre +3,7 % de 2013 à 2019) [voir aussi fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités »].

En SMR, l'activité d'hospitalisation partielle est très dynamique en 2023 (+11,3 % en nombre de journées, après +11,9 % en 2022) et excède fortement son niveau de 2019 (+18,4 %). En nombre de journées (respectivement de séjours), elle a augmenté de 21,5 % par an en moyenne de 2020 à 2023 (+15,2 % pour le nombre de séjours) [voir fiche 15, « L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé »]. Au cours de la période, le niveau d'activité en hospitalisation partielle des cliniques privées a nettement plus progressé que celui des établissements privés à but non lucratif et celui des hôpitaux publics (respectivement +38,9 %, +5,2 % et +1,5 % par rapport à 2019).

En psychiatrie¹, la hausse du volume d'activité pour les prises en charge à temps partiel (+5,3 % en 2023, après +3,7 % en 2022) ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire :

1. Dans cette fiche, les données sur l'activité de psychiatrie englobent la psychiatrie générale, la psychiatrie infantile et la psychiatrie pénitentiaire. Les résultats mentionnés dans la fiche 12 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » concernent la psychiatrie générale et infantile ; la psychiatrie pénitentiaire y est traitée séparément.

il reste inférieur de 16,1 % à son niveau de 2019, tous secteurs confondus. C'est le cas dans les établissements publics et privés à but non lucratif, où il demeure inférieur de respectivement 24,6 % et 13,7 % à son niveau de 2019. En revanche, il est supérieur de 22,4 % dans les cliniques privées.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète rebondit légèrement en 2023

En 2023, les établissements de santé ont pris en charge 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète (soins de longue durée [SLD] exclus)² et 105,9 millions de journées (SLD inclus). Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2023

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
MCO ¹	4 076 862	8,0	1 030 103	10,0	4 860 413	8,7	9 967 378	8,6
Psychiatrie ^{2,3}	2 432 670	3,8	781 102	7,1	802 374	8,2	4 016 146	5,3
SMR	1 056 091	10,5	1 728 033	6,6	2 651 515	15,0	5 435 639	11,3
Total des journées	7 565 623	6,9	3 539 238	7,7	8 314 302	10,6	19 419 163	8,6
Séjours d'hospitalisation complète								
MCO ¹	6 403 111	0,0	795 946	3,8	2 003 770	1,5	9 202 827	0,7
Psychiatrie ^{2,4}	341 652	-1,2	58 222	3,9	125 003	0,4	524 877	-0,3
SMR ⁵	331 860	1,8	232 578	3,3	316 210	4,4	880 648	3,1
Total des séjours	7 076 623	0,1	1 086 746	3,7	2 444 983	1,8	10 608 352	0,8
Journées d'hospitalisation complète								
MCO ¹	38 773 739	-0,5	4 247 222	3,0	7 853 878	-0,8	50 874 839	-0,2
Psychiatrie ^{2,4}	9 241 039	-2,2	1 800 442	-1,1	5 025 934	1,6	16 067 415	-0,9
SMR ⁵	10 820 263	1,0	7 500 176	3,1	11 377 443	4,6	29 697 882	2,9
SLD	8 249 517	-0,7	819 136	0,3	233 273	-4,3	9 301 926	-0,7
Total des journées	67 084 558	-0,5	14 366 976	2,4	24 490 528	2,1	105 942 062	0,5
Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)⁶								
Séjours d'hospitalisation complète	420 474	-6,4	48 041	-4,4	104 602	-11,9	573 117	-7,3
Journées d'hospitalisation complète	1 492 873	-4,6	168 386	-4,1	364 284	-10,5	2 025 543	-5,7

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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. 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.

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

6. 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 les SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2022-2023, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SMR ; DREES, SAE 2022-2023, traitements DREES, pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

2. 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.

d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, ce recul régulier a repris à partir de 2013 (-0,4 % de séjours en moyenne annuelle entre 2013 et 2019) [tableau complémentaire C].

En 2020, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a connu un recul sans précédent (-12,4 %), car la crise sanitaire a entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour réduire les risques de contamination. Après un rebond en 2021 (+3,3 %), le nombre de séjours d'hospitalisation complète a diminué en 2022 (-0,9 %), avant une légère hausse en 2023 (+0,8 %). Le nombre de journées d'hospitalisation complète, pour sa part, a augmenté de 0,5 % en 2023, après plusieurs années de baisse consécutives (-0,4 % en 2022, après -1,0 % en 2021 et -8,4 % en 2020). La hausse du nombre de journées, comme celle du nombre de séjours, sont portées par les établissements privés.

En 2023, le nombre de séjours et le nombre de journées sont ainsi en recul de respectivement 9,6 % et 9,3 % par rapport à 2019. Pour l'ensemble des disciplines, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2023 est beaucoup plus élevée que celle observée avant la crise sanitaire (entre 2013 et 2019), aussi bien pour les séjours que pour les journées. C'est également le cas pour chacun des statuts des établissements.

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 0,7 % en 2023 (après -0,9 % en 2022) et celui des journées diminue de 0,2 % (après -0,5 % en 2022). L'activité d'hospitalisation complète est nettement en deçà de son niveau observé avant la crise sanitaire (-8,9 % entre 2019 et 2023, soit -903 000 séjours).

En SMR, le nombre de séjours et le nombre de journées progressent en 2023 (respectivement +3,1 % et +2,9 %). En 2022, le nombre de séjours diminuait (-1,2 %), alors que le nombre de journées augmentait (+1,3 %), en raison d'un

allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) de 33,0 jours à 33,8 jours.

En psychiatrie, l'activité d'hospitalisation complète poursuit son repli en 2023 (-0,3 % de séjours, après -1,4 % en 2022, et -0,9 % de journées après -1,6 % en 2022).

En psychiatrie et en SMR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2023, pour les séjours comme pour les journées. Ainsi, leur part relative dans l'activité d'hospitalisation complète de ces disciplines progresse de 2 points (tableau complémentaire D). En revanche, leur part relative dans l'activité de MCO diminue de 1 point.

En 2023, le nombre de journées de SLD continue à décroître (-0,7 %, après notamment -2,3 % en 2022 et -5,2 % en 2021).

Le taux d'occupation des lits progresse en 2023

En 2023, le taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 79,9 % (graphique 1), en hausse de 1,3 point par rapport à 2022, en raison d'une baisse des capacités (-1,2 %) supérieure à celle des journées d'hospitalisation complète (-0,5 %). C'est le cas pour toutes les disciplines.

Comme les années précédentes, c'est en MCO³ que le taux d'occupation est le moins élevé en 2023 (76,8 %), en hausse de 0,8 point. En SMR, il augmente de 2,4 points et s'élève à 80,3 %, car le nombre de journées d'hospitalisation complète y progresse (+2,9 %), en dépit d'une légère baisse des capacités (-0,2 %). Il augmente également en psychiatrie (+1,5 point), où il atteint 86,0 %. C'est en SLD qu'il est le plus élevé (87,1 %), il reste stable par rapport à 2022 (+0,2 point).

Le taux d'occupation présente de fortes variations selon le statut juridique des établissements et la discipline (tableau complémentaire E). Ainsi, en MCO, il est beaucoup plus élevé dans les

3. 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 SMR (voir encadré Sources et méthodes).

hôpitaux publics que dans les établissements privés : 83,3 %, contre 74,5 % dans les établissements privés à but non lucratif et 56,1 % dans les cliniques privées. Dans ces dernières, l'écart pourrait provenir de la moindre part des hospitalisations non programmées, donc pouvant se produire le week-end. À l'inverse, en psychiatrie et en SMR, le taux d'occupation est plus élevé dans les cliniques privées. Il s'élève à 92,0 % en psychiatrie et à 88,0 % en SMR, soit respectivement 7 points de plus et 9 points de plus que dans le secteur public. Ces écarts pourraient également être liés aux différences de DMS selon le statut.

Le nombre d'hospitalisations par habitant varie peu entre départements de France métropolitaine

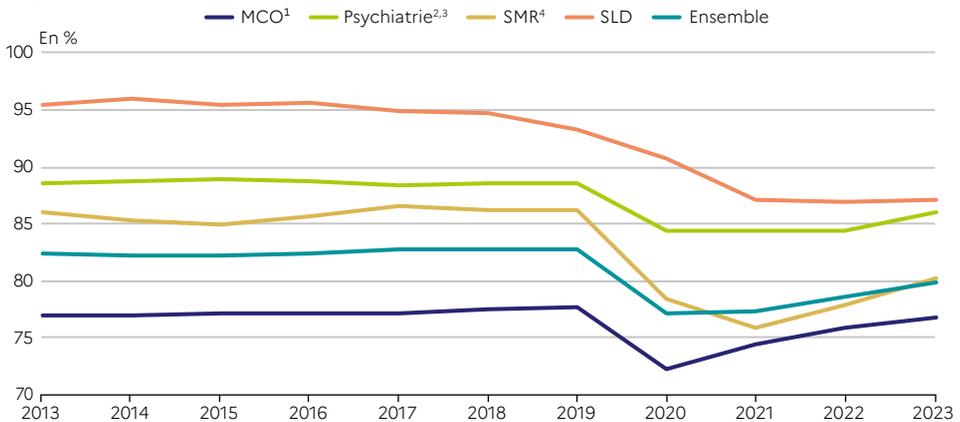
En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 12,2 % dans les départements et régions

d'outre-mer (DROM) en 2023 (12,2 % aussi en 2022) et à 13,5 % en France métropolitaine (13,4 % en 2022) [carte 1]. En France métropolitaine, les taux les plus bas se situent dans les départements d'Île-de-France (notamment 10,7 % dans les Yvelines et 10,9 % dans les Hauts-de-Seine) et dans l'Ouest (notamment 11,0 % en Loire-Atlantique). À l'inverse, les taux les plus hauts atteignent 17,8 % dans la Nièvre, la Haute-Marne et l'Orne et 18,8 % dans la Creuse. Il s'agit de départements ruraux, dont la proportion d'habitants de 65 ans ou plus dépasse 25 %.

Les spécialisations varient en fonction du statut des établissements

La structure des activités des établissements de santé varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge (graphique 2). Ces spécificités reflètent la disparité des capacités par

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 ; SMR : soins médicaux 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.

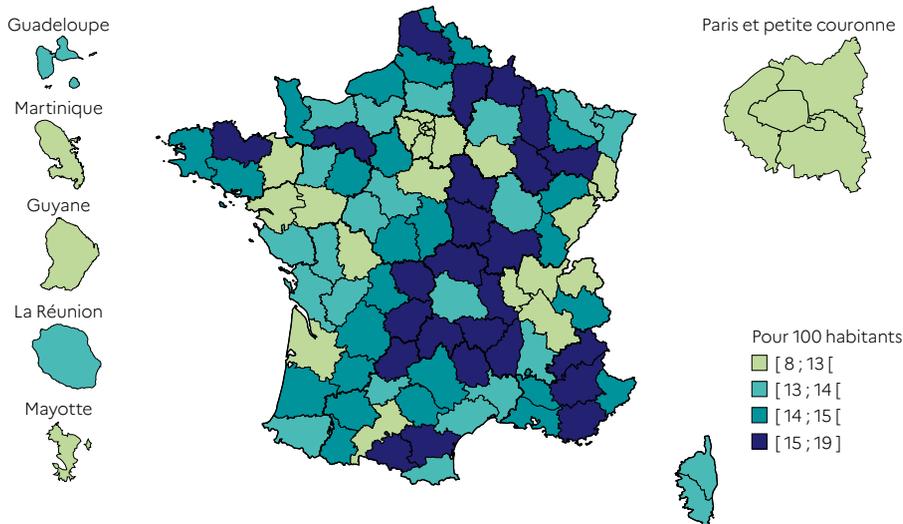
3. Hospitalisation à plein temps : les autres formes de prises en charge à temps complet (en accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

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-SMR 2013 à 2023, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SMR ; DREES, SAE 2013 à 2023, traitements DREES, pour les capacités et l'activité de psychiatrie et de SLD.

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants par département en 2023



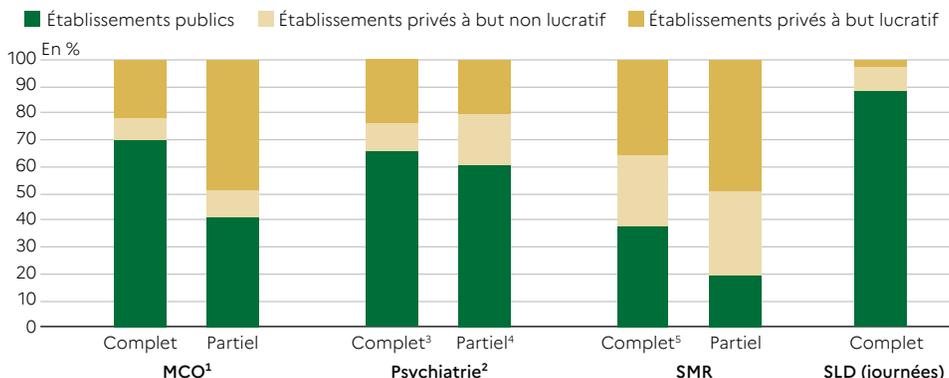
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

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, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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 partielle.

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-SMR 2023, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SMR ; DREES, SAE 2023, traitements DREES, pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

discipline et par statut (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle »). Les cliniques privées sont particulièrement présentes en moyen et en court séjour, notamment en chirurgie, où elles réalisent respectivement 48,8 % et 48,7 % des journées d'hospitalisation partielle (voir fiche 10). Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés en moyen séjour (31,8 % des journées d'hospitalisation partielle). Les hôpitaux publics dominent largement l'activité d'hospitalisation complète en MCO (69,6 % des séjours), notamment en médecine (76,7 % des séjours), et en psychiatrie (65,1 % des séjours d'hospitalisation complète et 60,6 % des journées d'hospitalisation partielle). Enfin, les SLD sont essentiellement pris en charge par les établissements publics (88,7 % des journées d'hospitalisation complète).

Le nombre de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue avec la baisse du nombre de naissances

En 2023, 573 100 séjours de médecine et 2,0 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 7,3 % en 2023. Ce recul est lié à la baisse particulièrement marquée du nombre de naissances en 2023 (-6,6 %), qui atteint son niveau le plus bas depuis 1946 (Pointet, Thélot, 2024). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2023 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, de radiothérapie, des structures de psychiatrie ambulatoire et des établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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 (SMR) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé.

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 SMR 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.

Définition

> **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). En psychiatrie, seule l'activité d'hospitalisation à plein temps est comptabilisée dans cette fiche et non pas les autres formes d'hospitalisation complète, très minoritaires (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...).

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2023, juillet). *La tarification à l'activité*. Rapport.
- > **Pointet, J., Thélot, H.** (2024, novembre). Les naissances en 2023. Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom. Insee, *Insee Focus*, 339.

En 2023, les établissements de santé réalisent 7,2 millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que 15,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse. 277 700 patients bénéficient également de consultations mémoire dans les 531 entités réparties sur le territoire. Les capacités de soins palliatifs sont de 2 000 lits en unités de soins palliatifs et 5 600 lits hors unité de soins palliatifs.

À nouveau, une forte hausse du nombre de séjours en hospitalisation à domicile en 2023

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 médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 14, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et le fichier supplémentaire en ligne B1, « Les patients hospitalisés à domicile »).

En 2023, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 24 100 patients peuvent y être pris en charge simultanément, et 297 700 séjours pour 7,2 millions de journées y sont réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Le nombre de séjours augmente de nouveau fortement en 2023 (+8,4 %), davantage qu'en 2022 (+2,8 %).

Une faible croissance des traitements ambulatoires

En 2023, 15,2 millions de séances sont réalisées dans les établissements de santé (tableau 1) : 7,7 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) ; 4,1 millions de séances de radiothérapie, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 52 % sont réalisées par des cliniques privées ; et 3,4 millions de séances de chimiothérapie, dont 54 % sont réalisées par des établissements publics. Notamment, les 27 sites de centres de lutte contre le cancer (CLCC)¹, établissements privés à but non lucratif, dispensent 14 % des séances de chimiothérapie et 18 % de celles de radiothérapie.

Le nombre total de séances progresse de 1,7 % en 2023 (tableau complémentaire A). Cette croissance est plus modérée qu'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). L'évolution du nombre de séances est toutefois différente selon le type de traitement : il progresse plus fortement pour la chimiothérapie ambulatoire en 2023 (+6,0 %) que pour la dialyse (+1,4 %) ; il diminue en revanche pour la radiothérapie (-1,2 %). Ces évolutions diffèrent également selon le statut juridique de l'établissement, l'augmentation des séances étant plus dynamique en 2023 dans le secteur public que dans les établissements privés. La baisse du nombre de séances observée en radiothérapie est générale, mais elle est portée très majoritairement par les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (respectivement 42 % et 39 % de la diminution totale).

1. 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.

Par ailleurs, 524 200 personnes ont été transférées en 2023, 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 2023

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 2023, 531 entités déclarent disposer d'une consultation mémoire (CM) dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (tableau 2). Il s'agit d'établissements publics dans 85 % des cas (dont 65 % de centres hospitaliers et 15 % de centres hospitaliers régionaux). 82 % des consultations sont labellisées CM (de territoire ou de proximité) par leur agence régionale de santé (ARS), ce qui implique qu'elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou de gériatres, de psychologues ou d'orthophonistes,

d'un temps de secrétariat, et qu'elles accueillent une file active annuelle d'au moins 125 nouveaux patients (pour les CM de territoire)².

Au cours de l'année 2023, 277 700 patients différents sont accueillis par les CM, dont 47 % de nouveaux patients. Il s'agit de consultations labellisées pour 77 % d'entre eux. Le nombre de patients ayant bénéficié d'au moins une CM au cours de l'année 2023 est en hausse de 3,4 % par rapport à 2022 (tableau complémentaire B). Des groupes de parole destinés aux aidants sont également mis en place par 216 entités.

Une stabilisation des capacités d'accueil en soins palliatifs

165 unités de soins palliatifs (USP) sont dénombrées en 2023 (après 169 en 2021 et 160 en 2019) [tableau 3 et tableau complémentaire C]. Celles-ci totalisent 2 000 lits fin 2023 (après 2 000 fin 2021, et 1 900 fin 2019). Elles sont présentes en court et en moyen séjour. Par ailleurs, 5 600 lits identifiés en soins palliatifs sont localisés hors des USP. Ces capacités sont stables

Tableau 1 Nombre de séances selon le statut de l'établissement en 2023

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	1 842 030	714 100	477 264	859 802	3 415 932
Radiothérapie	998 758	977 512	751 079	2 107 690	4 083 960
Séances sur malades ambulatoires	985 365	961 097	737 602	2 090 971	4 037 433
Séances sur malades hospitalisés	13 393	16 415	13 477	16 719	46 527
Dialyse	1 797 660	3 045 168	-	2 853 168	7 695 996
Total	4 638 448	4 736 780	1 228 343	5 820 660	15 195 888

CLCC : centres de lutte contre le cancer.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

2. Et au moins un neurologue ou gériatre ou psychiatre, et une file active d'au moins 50 nouveaux patients ayant fait l'objet d'une évaluation neurocognitive pour les CM de proximité.

par rapport aux derniers relevés (5 600 en 2021 et 2019), mais en hausse par rapport à 2017 (5 200 lits). Enfin, 413 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) rattachées à des établissements de santé³ se déplacent au chevet des malades, auprès des soignants, voire au domicile ou dans d'autres structures (contre 406 en 2021 et 417 en 2019). Elles ont un rôle de conseil et de soutien, mais ne prodiguent pas de soins.

Un recul du nombre annuel de passages aux urgences

En France, 685 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 615 établissements de santé ont traité 20,8 millions de passages en 2023 (-3,4 % par rapport à 2022). Ce niveau représente 95 % du nombre de passages de 2019, mais 111 % de celui de 2013 (voir fiche 19, « La médecine d'urgence »).

Tableau 2 Répartition des consultations mémoire selon le statut de l'établissement en 2023

	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 :	453	77	345	48	30	531
consultation mémoire labellisée ¹	381	70	292	39	14	434
File active, dont :	241 781	99 664	130 648	18 400	17 495	277 676
nouveaux patients	115 580	43 948	66 263	9 310	6 555	131 445
patients de consultation labellisée ¹	189 632	60 830	123 579	16 416	7 414	213 462
Groupe de parole destiné aux aidants	192	36	142	16	8	216

CHR : centres hospitaliers régionaux ; CH : centres hospitaliers.

1. Pour être labellisée par l'agence régionale de santé, une consultation mémoire de territoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou de gériatres, de psychologues ou d'orthophonistes, d'un temps de secrétariat, et accueillir une file active annuelle d'au moins 125 nouveaux patients.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Tableau 3 Répartition des structures d'accueil en soins palliatifs selon le statut de l'établissement en 2023

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une USP	116	35	14	165
Nombre de lits dans les USP	1 225	585	150	1 960
Nombre d'entités ayant des lits identifiés en soins palliatifs	581	159	168	908
Nombre de lits de soins palliatifs	3 349	1 157	1 051	5 557
Équipe mobile de soins palliatifs	331	66	16	413

USP : unité de soins palliatifs.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

3. Seules sont décomptées ici les EMSP rattachées à un établissement de santé, dès lors repérées dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation complète ou partielle ayant fonctionné en 2023 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) 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 (SMR) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **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.

> **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 27 sites de CLCC sur le territoire métropolitain en 2023.

> **Soins palliatifs** : leur objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes malades – adultes et enfants – et de leurs proches, notamment confrontés aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Ils visent à prévenir et à soulager les souffrances, identifiées précocement et évaluées avec précision, ainsi qu'à traiter la douleur et les autres dimensions (physiques, psychologiques, sociales, etc.) qui leur sont liées.

Pour en savoir plus

> **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2024, novembre). Rapport d'activité hémovigilance 2023.

> **Bohic, N., Corlay, D., Viosat, L.-C.** (2023, juillet). *Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives*. Rapport. Igas.

> **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** (2023, mars). Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France - 3^e édition.

> **Chabry, J., et al.** (2023, décembre). Stratégie nationale maladies neurodégénératives 2024-2028. Propositions d'axes de recherche et d'innovation dans le domaine des maladies neurodégénératives (MND).

> **Cour des comptes** (2020, février). *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients*. Rapport public annuel 2020.

> **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** (2022, octobre). Instruction n° DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche.

> **Duhamel, G., et al.** (2017, janvier). *Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile*. Rapport. Igas.

> **Haute Autorité de santé et Agence de la biomédecine** (2014, novembre). Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France.

> **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2022, janvier). Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Plan national 2021-2024.

Fin 2023, les établissements de santé comptent 225 400 postes de personnel médical ou pharmaceutique : médecins, odontologistes, pharmaciens, étudiants de 3^e cycle du diplôme d'études spécialisées (DES) ou sages-femmes. Ces postes se trouvent majoritairement dans les établissements publics : c'est le cas de 62 % des postes de médecins, odontologistes et pharmaciens, de 80 % des postes de sages-femmes, et de 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes, les postes de salariés dépendent majoritairement de l'hôpital public (82 %), alors que les postes de libéraux dépendent principalement des établissements privés à but lucratif (82 %).

Sept postes de personnel médical sur dix relèvent des hôpitaux publics

Au 31 décembre 2023, les établissements de santé comptent 225 400 postes de personnel médical ou pharmaceutique¹ : 123 500 postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés, 42 000 postes de médecins libéraux, 43 300 postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes (FFI) et 16 600 postes de sages-femmes (tableau 1). Parmi ces postes, 70 % relèvent des hôpitaux publics, 19 % 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 2023, soit 101 100 postes). Il s'agit principalement de postes de praticiens hospitaliers, qui représentent 57 % 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 représentent 15 % des ETP de médecins salariés des établissements publics. Le reste des postes se répartit entre praticiens associés et praticiens aux statuts en voie d'extinction (13 %), médecins

hospitaliers universitaires, titulaires et non titulaires (7 %), et assistants des hôpitaux (6 %) [voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », pour les différents statuts des personnels des établissements de santé]. Fin 2023, les établissements publics comptent également 2 300 postes de praticiens libéraux. Dans les établissements privés à but non lucratif, les médecins occupent aussi majoritairement des postes salariés (75 % des postes de médecins fin 2023). 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 2023, 69 % 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) [tableau 3]. Les cinq spécialités les plus représentées parmi les postes de médecins sont des spécialités médicales : la médecine générale (11 %), l'anesthésie-réanimation (8 %), la psychiatrie (7 %), la médecine d'urgence (5 %) et la pédiatrie (4 %). Viennent ensuite les spécialités chirurgicales (15 %) et la pharmacie (5 %).

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

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2023

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens	103 336	21 199	40 957	165 492
Salariés	101 073	15 811	6 606	123 490
Libéraux	2 263	5 388	34 351	42 002
Internes, docteurs juniors et FFI	40 264	2 703	326	43 293
Internes, dont :	27 909	1 939	251	30 099
médecine (médecine générale et spécialités médicales)	26 095	1 835	238	28 168
pharmacie	1 458	104	12	1 574
odontologie	356	0	1	357
Docteurs juniors	5 241	356	33	5 630
FFI	7 114	408	42	7 564
Sages-femmes	13 187	1 228	2 160	16 575
Total	156 787	25 130	43 443	225 360

FFI : faisant fonction d'interne.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2023

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des médecins, pharmaciens et odontologistes salariés	76 269	11 186	4 597
ETP des hospitaliers universitaires titulaires ¹	3 156	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers titulaires	43 816	n.d.	n.d.
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires et temporaires	2 199	n.d.	n.d.
ETP des nouveaux statuts de praticiens contractuels	11 601	n.d.	n.d.
ETP des assistants des hôpitaux	4 615	n.d.	n.d.
ETP des praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels (statuts en extinction)	2 116	n.d.	n.d.
ETP des praticiens cliniciens et praticiens attachés (statuts en extinction)	2 618	n.d.	n.d.
ETP des praticiens associés	2 618	n.d.	n.d.
ETP des praticiens attachés associés et assistants associés (statuts en extinction)	2 604	n.d.	n.d.
ETP des autres salariés	926	n.d.	n.d.
ETP des internes, docteurs juniors et FFI	37 947	2 055	325
ETP des sages-femmes	11 919	1 001	1 792
ETP des titulaires et stagiaires de la fonction publique	9 976	0	0
ETP des CDI	654	876	1 536
ETP des CDD	1 288	125	256

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; FFI : faisant fonction d'interne ; 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 SSA.

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

La part des postes relevant des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 72 % et 75 %) que dans les cliniques privées (61 %). 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 de ces 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 2023, 69 % sont pourvus par des internes, 13 % par des docteurs juniors et 18 % 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 2023, 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 2023, 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de FFI (soit 40 300 postes) se trouvent dans les établissements publics, dont ils constituent 29 % des postes de personnel médical, hors sages-femmes (tableau 4). Ils sont principalement présents en centres hospitaliers universitaires (CHU) [53 % 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

Tableau 3 Les emplois de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé, selon la spécialité, au 31 décembre 2023

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	11 925	3 594	3 057	18 576	11,2
Médecine d'urgence	7 234	472	1 023	8 729	5,3
Anesthésie-réanimation	8 637	1 372	3 926	13 935	8,4
Pédiatrie	5 017	497	539	6 053	3,7
Psychiatrie	8 236	1 380	1 301	10 917	6,6
Autres spécialités médicales	33 142	8 495	15 160	56 797	34,3
Gynécologie-obstétrique	4 023	667	1 618	6 308	3,8
Spécialités chirurgicales	10 891	2 581	12 154	25 626	15,5
Biologie médicale	3 394	161	353	3 908	2,4
Pharmacie	6 115	1 430	1 385	8 930	5,4
Autres	4 722	550	441	5 713	3,5
Total	103 336	21 199	40 957	165 492	100

Lecture > 11,2 % des emplois médicaux (hors internes et sages-femmes) dans les établissements de santé relèvent de la médecine générale en 2023.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

de postes d'internes par poste de praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,5 poste d'interna pour 1 poste de praticien en CHU, contre 0,4 en grand CH). Toutes disciplines confondues, dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,8 pour 100 séjours fin 2023, contre 0,5 en moyenne pour l'ensemble des établissements de santé.

Les postes d'internes sont au nombre de 2 700 dans les établissements privés à but non lucratif

fin 2023, et 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) [89 % des ETP], reflet de la forte proportion de médecins 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 1 poste de praticien fin 2023) des différentes disciplines.

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 2023

Spécialités	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
Total des internes, docteurs juniors et FFI (effectifs)	40 264	23 154	10 991	2 703	916	326	43 293
Internes	27 909	17 247	6 696	1 939	661	251	30 099
Docteurs juniors	5 241	3 752	1 045	356	134	33	5 630
FFI	7 114	2 155	3 250	408	121	42	7 564
Total du personnel médical¹	98 756	42 649	30 635	13 154	3 196	9 556	121 466
Séjours en hospitalisation complète ²	7 585 281	2 795 907	2 849 914	831 022	136 202	727 564	9 143 867
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/personnel médical	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,0	0,4
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,5	0,8	0,4	0,3	0,7	0,0	0,5

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; FFI : faisant fonction d'interna.

1. Le personnel médical, hors sages-femmes, internes, docteurs juniors et FFI, 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 médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] ; psychiatrie ; soins médicaux et de réadaptation [SMR] ; unités de soins de longue durée [USLD] ou en hospitalisation à domicile [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 respectivement de 0,8 contre 0,4.

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

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 2023, 80 % 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 hospitalière² représentent 84 % des ETP salariés des postes de la

profession, tandis que la part des contrats à durée déterminée (CDD) est de 11 % (tableau 2). Dans le secteur privé, les postes de sages-femmes sont près de deux fois plus nombreux dans les cliniques privées (2 200 postes fin 2023) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 200 postes fin 2023), 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 86 % des ETP salariés 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 2023

Disciplines	Internes, docteurs juniors et FFI		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/ personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 352	3,4	1 199	1,5	1,1
MCO	35 699	88,5	69 586	86,1	0,5
Psychiatrie	2 314	5,7	7 306	9	0,3
HAD	42	0,1	172	0,2	0,2
SMR	872	2,2	2 467	3,1	0,4
SLD	48	0,1	83	0,1	0,6
Ensemble des disciplines	40 327	100	80 813	100	0,5

FFI : faisant fonction d'interne ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SMR : soins médicaux 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 > Établissements de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

2. 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 ou pharmaceutique occupés au 31 décembre 2023, 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.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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 ou pharmaceutique** : 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 2009¹.

> **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 vacances hebdomadaires) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> **Docteurs juniors** : il s'agit du nouveau statut des étudiants du 3^e cycle du diplôme des études spécialisées (DES), créé avec la réforme du 3^e cycle du DES². 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 loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 est disponible sous ce lien : <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>

2. Plus d'informations sur le statut de docteur junior sur ce site : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-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'acquies 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.
- > **Centre national de gestion** (2024, juillet). Praticiens hospitaliers – Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2024.
- > **Charnoz, P., et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 69.

Fin 2023, le personnel non médical salarié, soignant ou non, représente 1,2 million de postes dans les établissements de santé. Près des trois quarts d'entre eux relèvent 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 2023, le personnel non médical salarié représente 1,2 million de postes dans les établissements de santé (tableau 1). Près des trois quarts de ces postes se concentrent dans les hôpitaux publics (73 %, soit 843 600 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 152 000 et 158 200 postes).

Le personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, etc.) représente 782 500 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 %. Toutefois, la part de soignants au sein du personnel non médical est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif (74 %), comparé aux établissements publics (67 %) et privés à but non lucratif (66 %). Les postes d'infirmiers et d'aides-soignants y sont majoritaires (respectivement 44 % et 32 % des postes fin 2023). 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 13 %, contre 7 % dans les hôpitaux publics et les cliniques privées (tableau 1). Cela reflète en partie la prépondérance des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR) dans le secteur privé à but non lucratif (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »).

Le personnel non médical non soignant représente 371 200 postes. Il se décompose entre personnel administratif (43 % des postes de personnel non médical non soignant), 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 de personnel technique sont très concentrés dans les établissements publics (85 %). À l'inverse, les postes de personnel administratif sont relativement moins nombreux dans les établissements publics (68 %). Les établissements privés à but non lucratif se distinguent par un nombre important de postes de personnel éducatif et social (22 % des postes de ce type).

En équivalent temps plein (ETP), 66 % 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 SMR (tableau 2). La section administration représente, par ailleurs, 23 % de l'ensemble du personnel non médical en 2023, en ETP. Ces répartitions sont stables depuis 2013.

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.

Les titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière occupent près de six postes de personnel non médical salarié sur dix

Fin 2023, 57 % des postes de personnel non médical des établissements de santé sont des postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction

publique hospitalière (soit 657 600 postes) [tableau 3], 31 % sont des contrats à durée indéterminée (CDI) [soit 361 600] et 12 % des contrats à durée déterminée (CDD) [soit 134 500].

Pour le personnel non médical soignant, la répartition par statut des postes est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical.

Tableau 1 Les postes de personnel non médical des établissements de santé au 31 décembre 2023

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnel non médical soignant	564 966	100 318	117 255	782 539
Personnel d'encadrement du personnel soignant	16 439	4 247	3 738	24 424
Infirmiers ¹ diplômés d'État	251 686	42 155	52 769	346 610
Aides-soignants	190 555	28 176	33 019	251 750
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	68 707	13 098	19 514	101 319
Rééducateurs	21 504	9 059	6 328	36 891
Psychologues	16 075	3 583	1 887	21 545
Personnel non médical non soignant	278 605	51 653	40 931	371 189
Personnel administratif	108 602	26 540	24 131	159 273
Personnel éducatif et social	15 323	4 710	1 665	21 698
Personnel médico-technique	46 967	9 646	6 721	63 334
Personnel technique	107 713	10 757	8 414	126 884
Total	843 571	151 971	158 186	1 153 728

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 les SSA.

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Tableau 2 Les postes de personnel non médical, par discipline, en équivalent temps plein en 2023

Disciplines	ETP
Administration	245 128
Section hôpital	811 121
MCO	539 088
Psychiatrie	120 223
HAD	12 358
SMR	113 095
SLD	26 357
Ensemble	1 056 249
Ensemble (hors USLD)	1 029 892

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

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

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

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 %, 17 % et 13 %, contre 11 %).

Les postes de personnel non médical non soignant 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 (13 %). Les postes de personnel technique sont un peu plus souvent en CDD (16 %). ■

Tableau 3 Les postes de personnel non médical des établissements de santé selon la spécialité et le contrat au 31 décembre 2023

	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	234 181	84 814	463 544	782 539
Personnel d'encadrement du personnel soignant	8 357	252	15 815	24 424
Infirmiers ¹ diplômés d'État	98 367	22 478	225 765	346 610
Aides-soignants	61 641	30 706	159 403	251 750
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	36 330	22 804	42 185	101 319
Rééducateurs	19 003	4 855	13 033	36 891
Psychologues	10 483	3 719	7 343	21 545
Personnel non médical non soignant	127 425	49 692	194 072	371 189
Personnel administratif	61 492	20 976	76 805	159 273
Personnel éducatif et social	8 407	2 546	10 745	21 698
Personnel médico-technique	18 919	5 724	38 691	63 334
Personnel technique	38 607	20 446	67 831	126 884
Total	361 606	134 506	657 616	1 153 728

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 SSA.

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel non médical salarié, occupés au 31 décembre 2023, 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.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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 de santé, rémunérés au 31 décembre 2023 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.

Pour en savoir plus

- > **Babet, C., Donnenfeld, M., Kamionka, J.** (2024, juin). Démographie des infirmières et des aides-soignantes. DREES, *DREES Méthodes*, 15.
- > **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.
- > **Parent, C.** (2024, décembre). Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante. DREES, *Études et Résultats*, 1319.
- > **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 2013 et fin 2023, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 4,2 %, passant de 1,34 million à 1,39 million de salariés. Ils augmentent plus fortement dans le secteur privé que dans le secteur public. Le personnel médical en représente une part croissante. Les effectifs salariés hospitaliers ralentissent en début de période, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Ils repartent depuis à la hausse, en particulier en 2020 et 2021, et surtout en 2023. Cette dernière hausse est portée par un rebond de l'emploi hospitalier public en 2023 (+1,9 %, après -0,8 % en 2022), mais l'emploi hospitalier privé y contribue également (+2,3 %, après avoir été stable en 2022).

Entre fin 2013 et fin 2023, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 4,2 % (soit +0,4 % par an en moyenne), passant de 1,34 million à 1,39 million de salariés (*graphique 1*). Les effectifs progressent plus fortement au cours de cette période dans le secteur privé (+5,3 %) que dans le secteur public (+3,9 %). La part des effectifs du secteur privé est ainsi passée de 22,4 % en 2013 à 22,8 % en 2016, avant de se replier quelque peu depuis, à 22,6 % fin 2023.

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 2013 et fin 2023 : sa part dans les effectifs salariés hospitaliers passe de 11,0 % à 12,5 % au cours de la période (*tableau 1*). En écho à l'ouverture du nombre de places de formation², le nombre d'internes augmente de 46,1 % en dix ans, celui de médecins de 11,8 % et celui de sages-femmes de 3,4 %. Si les effectifs de sages-femmes continuent de progresser dans les hôpitaux publics (+9,0 %), ils reculent en revanche dans le secteur hospitalier privé (-14,1 % entre fin 2013 et fin 2023), dans un contexte où ce secteur réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé.

Les effectifs d'infirmiers augmentent de 4,5 % entre fin 2013 et fin 2023. Cependant, leur part dans les effectifs salariés s'est infléchi au cours des dernières années : passée de 25,3 % fin 2013 à un point haut à 25,8 % en 2018, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, elle est revenue à 25,3 % fin 2023.

La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (20,6 % fin 2023) et celle du personnel administratif (11,3 %) 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 15,2 % fin 2023. Cette situation reflète la baisse sensible des effectifs salariés de cette catégorie dans le secteur hospitalier public (-12,6 % entre 2013 et 2023, malgré un léger rebond de +1,6 % en 2023), qui pourrait s'expliquer pour partie 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 3,9 % en dix ans (dont +1,9 % en 2023).

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 internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes (FFI).

2. Par exemple, par rapport au *numerus clausus* de 2016-2020, le *numerus apertus* pour 2021-2025 est plus élevé de 28 %.

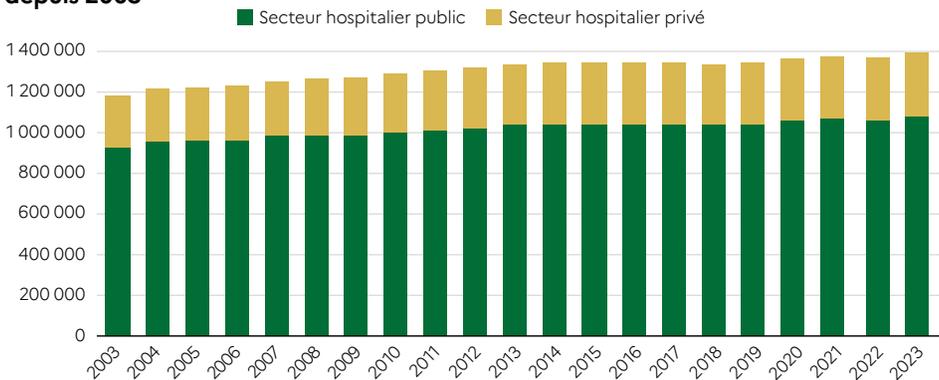
En 2023, les effectifs publics et privés augmentent dans presque toutes les catégories de personnels

Les effectifs salariés du secteur hospitalier rebondissent en 2023, après avoir légèrement baissé en 2022 (+26 900 salariés, soit +2,0 %, après -8 300 salariés, soit -0,6 %). Cette hausse est plus marquée que celle observée en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire (+18 800 salariés, soit +1,4 %). Alors qu'en 2020, seuls les effectifs salariés du secteur hospitalier public avaient progressé, la hausse des effectifs en 2023 concerne à la fois le secteur public (+1,9 %, soit +20 000 salariés) et le secteur privé (+2,3 %, soit +6 900 salariés). Ces évolutions récentes font suite à une quasi-stabilité depuis 2014 jusqu'à la crise sanitaire.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers augmentent pour toutes les catégories de personnels. Cette hausse est portée par un rebond des effectifs de personnel non médical soignant, après la baisse observée en 2022 ; elle concerne aussi bien les effectifs infirmiers (+5 200 soit +2,0 %, après -5 300 soit -2,0 %) et aides-soignants (+3 700 soit +1,7 %, après -3 500 soit -1,5 %) que les « autres personnels soignants » (+2 400 soit +1,6 %, après -2 900 soit -1,9 %). Les effectifs des personnels non soignants continuent de croître, portés en 2023 par

ceux des « autres personnels non soignants » (+5 300 soit +3,1 %, après -2 300 soit -1,3 %) plutôt que par ceux des personnels administratifs (+700 soit +0,6 %, après +3 900 soit +3,5 %). La progression régulière des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public se poursuit également avec 2 700 salariés supplémentaires en 2023 (soit +1,9 %, après +1,3 % en 2022). Elle est notamment portée par les internes (+2 100 salariés, soit +5,4 %), en lien avec le relèvement progressif de *numerus clausus* à la fin des années 2010, et par les médecins (+500 salariés, soit +0,5 %). Le nombre de sages-femmes progresse également (+200 salariées, soit +1,5 %). En 2023, dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 6 900 salariés (+2,3 %) après avoir été stables en 2022. Comme dans le secteur public, cette hausse est principalement portée par un rebond du personnel non médical soignant (+3 900 salariés, soit +1,9 %) et non soignant (+2 100, soit +2,8 %). Le personnel médical croît aussi au global, mais cela masque une hétérogénéité par catégorie de personnel : les effectifs de médecins et d'internes augmentent (respectivement +900 médecins salariés, soit +4,3 %, et +100 internes, soit +5,0 %), tandis que le nombre de sages-femmes décroît (-100, soit -1,7 %). ■

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 le SSA.

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

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

	2003	2013	2019	2021	2022	2023	Évolution 2013-2023 (en %)	Évolution 2021-2022 (en %)	Évolution 2022-2023 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	931 314	1 038 940	1 041 496	1 067 496	1 059 246	1 079 230	3,9	-0,8	1,9
Personnel médical	101 377	125 034	134 879	141 891	143 805	146 527	17,2	1,3	1,9
Médecins et assimilés	74 094	85 280	88 671	92 046	92 352	92 826	8,8	0,3	0,5
Internes, docteurs juniors et FFI	18 183	27 422	33 279	36 520	38 213	40 264	46,8	4,6	5,4
Sages-femmes	9 100	12 332	12 929	13 325	13 240	13 437	9,0	-0,6	1,5
Personnel non médical soignant	n.d.	643 622	635 840	641 743	630 060	641 340	-0,4	-1,8	1,8
Infirmiers	217 145	252 294	257 441	263 913	258 633	263 841	4,6	-2,0	2,0
Aides-soignants	195 797	220 634	222 258	228 077	224 589	228 310	3,5	-1,5	1,7
Autres personnels soignants	n.d.	170 694	156 141	149 753	146 838	149 189	-12,6	-1,9	1,6
Personnel non médical non soignant	n.d.	270 284	270 777	283 863	285 381	291 363	7,8	0,5	2,1
Filière administrative	91 564	103 234	102 766	110 035	113 889	114 597	11,0	3,5	0,6
Autres personnels non soignants	n.d.	167 051	168 011	173 828	171 492	176 766	5,8	-1,3	3,1
Salariés du secteur hospitalier privé	256 380	298 393	305 415	307 323	307 312	314 233	5,3	0,0	2,3
Personnel médical	17 808	22 586	25 029	25 762	26 347	27 305	20,9	2,3	3,6
Médecins et assimilés	13 281	16 466	18 677	19 556	20 044	20 915	27,0	2,5	4,3
Internes, docteurs juniors et FFI	1 248	2 206	2 645	2 663	2 884	3 029	37,3	8,3	5,0
Sages-femmes	3 278	3 914	3 708	3 543	3 418	3 361	-14,1	-3,5	-1,7
Personnel non médical soignant	n.d.	205 180	207 787	206 928	206 071	209 958	2,3	-0,4	1,9
Infirmiers	65 585	85 580	89 655	88 541	87 662	89 241	4,3	-1,0	1,8
Aides-soignants	49 758	59 317	58 501	57 308	56 922	58 091	-2,1	-0,7	2,1
Autres personnels soignants	n.d.	60 283	59 630	61 080	61 487	62 626	3,9	0,7	1,9
Personnel non médical non soignant	n.d.	70 626	72 598	74 633	74 895	76 970	9,0	0,4	2,8
Filière administrative	34 286	40 041	41 135	42 358	42 000	42 726	6,7	-0,8	1,7
Autres personnels non soignants	n.d.	30 585	31 464	32 275	32 895	34 244	12,0	1,9	4,1
Ensemble du secteur hospitalier	1 187 694	1 337 333	1 346 911	1 374 820	1 366 558	1 393 463	4,2	-0,6	2,0
Personnel médical	119 185	147 621	159 908	167 653	170 152	173 832	17,8	1,5	2,2
Personnel non médical soignant	n.d.	848 802	843 627	848 671	836 131	851 298	0,3	-1,5	1,8
Personnel non médical non soignant	n.d.	340 911	343 376	358 495	360 276	368 333	8,0	0,5	2,2

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.

Encadré 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 du système national d'identification et du répertoire des entreprises et de leurs établissements (Sirene), où un établissement est repéré par son numéro du système d'identification du répertoire des établissements (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 secteur 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 secteur public et secteur 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. À cette occasion, les employeurs ont 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 rétropolation de la série longue d'emplois hospitaliers a été effectuée sur la période 2003-2022 : en particulier, l'évolution 2021/2022 des effectifs hospitaliers du secteur public, initialement évaluée à -0,2 %, est désormais évaluée à -0,8 %.

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 docteurs juniors et les faisant fonction d'internes (FFI).
- > **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*.
- > **Esbelin, L., Moreau, T., Touzé, S.** (2025, mai). L'emploi dans la fonction publique en 2023 : l'emploi continue d'augmenter dans la fonction publique. *Insee Première*, 2052.
- > 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 2022, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 743 euros. En un an, il a augmenté de 4,6 % en euros courants, après une hausse de 4,5 % entre 2020 et 2021. Toutes professions confondues, 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. 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 2022

Dans le secteur hospitalier, entre 2021 et 2022, le salaire mensuel net moyen d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 4,6 % en euros courants, passant de 2 623 euros à 2 743 euros (*tableau 1*). Cela correspond à une baisse de 0,6 % en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation, alors qu'entre 2020 et 2021, le salaire mensuel net moyen avait augmenté de 2,9 % en euros constants (+4,5 % en euros courants). La hausse entre 2020 et 2021 était portée par le versement en année pleine du complément de traitement indiciaire (CTI) dans les secteurs public et privé pour le personnel non médical¹.

En 2022, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes, hors internes) perçoit un salaire mensuel net moyen en EQTP de 6 082 euros (3 442 euros pour les sages-femmes et 6 509 euros pour les autres professions), en hausse de 4,5 % en euros courants, soit une progression plus faible que l'année précédente (+4,8 %)². La rémunération moyenne du personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 459 euros (+5,7 % entre 2021 et 2022, après +4,8 % entre 2020 et 2021).

La rémunération du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) s'établit à 2 626 euros en moyenne. Entre fin 2021 et début 2022, le personnel des filières des services de soins et celui du médico-technique ont bénéficié d'une revalorisation des grilles indiciaires, portant la hausse de la rémunération de ces derniers à +5,2 % en euros courants.

La rémunération du personnel administratif s'élève à 2 327 euros (mais à 7 587 euros pour les cadres de direction et 4 197 euros pour les cadres de gestion) et celle du personnel technique et ouvrier à 2 280 euros. Le pouvoir d'achat des plus bas salaires s'est maintenu, du fait des revalorisations du smic à hauteur de l'inflation et de l'alignement du traitement minimum de la fonction publique sur le smic.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2022, le salaire mensuel net en EQTP s'établit en moyenne à 2 816 euros dans le secteur public, à 2 661 euros dans le secteur privé à but non lucratif et à 2 345 euros dans le secteur privé à but lucratif (*tableau 1*). Entre 2021 et 2022, il a progressé, en moyenne, un peu plus

1. La revalorisation de la rémunération des soignants, actée lors du Ségur de la santé en juillet 2020, a été versée sous forme de complément de traitement indiciaire d'un montant net mensuel de 183 euros pour les secteurs public et privé à but non lucratif, et de 160 euros pour le secteur privé à but lucratif, à partir de décembre 2020.

2. Néanmoins, le salaire net moyen des sages-femmes a augmenté de 13,6 % en euros courants, en raison de la revalorisation salariale d'environ 500 euros bruts mensuels, en moyenne, dont ce personnel hospitalier a bénéficié à compter de mars 2022 (révision de la grille indiciaire, complément de traitement indiciaire et création d'une prime d'exercice médical reconnaissant la spécificité de la profession).

Tableau 1 Salaires mensuels nets en EQTP moyens par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité en 2022

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé à but non lucratif		Secteur privé à but lucratif		Ensemble	
	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 316	+3,0	2 465	+2,4	2 233	+3,2	2 327	+2,9
Cadres de direction	9 447	+2,0	7 365	+8,2	6 719	+7,8	7 587	+5,8
Cadres de gestion	4 549	+1,5	3 716	+0,1	4 027	+1,3	4 197	+0,7
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 383	+1,4	2 098	+2,9	2 220	+2,6	2 327	+1,8
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 986	+6,6	1 875	+0,9	1 798	+3,0	1 944	+5,4
Personnel soignant	2 538	+6,2	2 261	+3,7	2 194	+4,5	2 459	+5,7
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 548	+5,6	3 565	+1,6	3 649	+3,6	3 560	+4,8
Infirmiers	2 844	+7,4	2 511	+4,2	2 500	+5,0	2 755	+6,8
Aides soignants et agents de service hospitalier	2 336	+11,3	1 891	+3,9	1 815	+4,5	2 184	+8,0
Rééducateurs	2 541	+5,6	2 390	+2,4	2 305	+1,3	2 463	+3,8
Psychologues	2 531	0,0	2 580	+0,5	2 377	+2,0	2 527	+0,2
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 315	+1,7	2 236	+2,2	2 027	+1,9	2 281	+1,7
Personnel médico-technique	2 695	+5,5	2 386	+4,6	2 315	+2,5	2 626	+5,2
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	2 701	+5,6	2 404	+4,3	2 335	+2,9	2 636	+5,2
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	2 056	+0,1	1 860	+3,6	2 050	-5,0	1 988	-0,8
Personnel technique et ouvrier	2 276	+3,4	2 383	+2,4	2 199	+0,9	2 280	+3,3
Ingénieurs et cadres techniques	3 570	+2,5	3 525	+0,3	3 230	+0,8	3 549	+2,1
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 649	+4,0	2 381	+1,5	2 397	-0,6	2 616	+3,6
Ouvriers	2 024	+4,1	1 892	+2,8	1 897	+2,7	2 015	+4,0
Personnel médical	6 113	+4,3	6 408	+4,2	5 120	+8,0	6 082	+4,5
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	6 526	+3,6	6 674	+3,8	5 873	+5,4	6 509	+3,7
Sages-femmes	3 487	+13,8	3 390	+12,8	3 202	+12,0	3 442	+13,6
Contrats aidés	1 410	+4,3	1 412	+5,0	1 664	+10,1	1 433	+5,1
Femmes	2 677	+5,2	2 488	+4,0	2 266	+4,7	2 605	+5,0
Hommes	3 297	+3,6	3 299	+3,5	2 717	+4,6	3 243	+3,7
Ensemble hors personnel médical ¹	2 479	+4,9	2 298	+3,9	2 197	+4,1	2 423	+4,7
Ensemble hors contrats aidés ¹	2 817	+4,8	2 665	+3,9	2 346	+4,7	2 744	+4,6
Ensemble¹	2 816	+4,8	2 661	+3,4	2 345	+4,7	2 743	+4,6

EQTP : équivalent temps plein.

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

Note > La catégorie « 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 2021-2022, Siasp 2021-2022, traitements DREES.

dans les hôpitaux publics et les cliniques privées (respectivement +4,8 % et +4,7 % en euros courants) que dans les établissements privés à but non lucratif (+3,4 % en euros courants).

Le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel médical est moins élevé dans le secteur public (6 113 euros) que dans le secteur privé à but non lucratif (6 408 euros), malgré la revalorisation³, en 2021, de l'indemnité d'engagement de service public exclusif destinée au personnel médical qui ne réalise pas d'activité libérale au sein de l'hôpital et aux mesures salariales liées au plan d'urgence 2022 (surmajoration du temps de travail additionnel et des gardes et astreintes). Le salaire moyen le plus faible est observé, pour le personnel médical, dans le secteur privé à but lucratif (5 120 euros). L'écart entre ce dernier et les deux autres secteurs s'explique pour partie par des effets de structure : en particulier, comme les médecins exercent majoritairement à titre libéral dans les cliniques privées (voir fiche 05, « Les postes de personnel médical »), la proportion de sages-femmes au sein des personnels médicaux salariés y est plus importante que dans les autres secteurs. 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, les données de salaire ne reflètent qu'une partie de la situation du personnel médical, celui-ci y exerçant le plus souvent en tant que libéral ou en cumulant activités libérale et salariée.

Le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel soignant est aussi plus élevé dans le secteur

public (2 538 euros) que dans le secteur privé à but non lucratif (2 261 euros) et à but lucratif (2 194 euros).

Les salaires mensuels nets moyens en EQTP du personnel administratif sont relativement proches dans les trois secteurs (2 316 euros dans le secteur public, 2 465 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 2 233 euros dans le secteur privé à but lucratif), sauf pour les cadres de direction où les différences sont plus marquées (9 447 euros dans le secteur public, 7 365 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 6 719 euros dans le secteur privé à but lucratif)⁴ ainsi que pour les cadres de gestion.

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

En 2022, le rapport interdécile⁵ (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 semblables à ceux de 2021. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés : le rapport interdécile pour le personnel médical est de 3,1 chez les salariés des hôpitaux publics et de 3,6 à 5,1 chez ceux du secteur privé (respectivement non lucratif et lucratif)⁶ ; pour les cadres de gestion, il s'élève à 3,2 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 de service hospitalier, il est respectivement de 1,5 dans le secteur public et de 1,8 dans le secteur privé à but lucratif ou non.

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

4. Contrairement aux éditions antérieures de ce *Panorama*, le personnel de direction inclut désormais dans le secteur privé les chefs d'entreprise salariés de leur entreprise. De plus, leur salaire tel que décrit dans cette fiche ne tient pas compte d'éventuels éléments de rémunération qui ne relèvent pas du même régime social, comme la participation ou l'intéressement, ce qui peut biaiser les comparaisons avec le salaire des personnels de direction des autres secteurs.

5. 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).

6. 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 2022

En euros

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	1 665	2 033	2 977	1 548	2 054	3 767	1 450	1 852	3 311
Cadres de direction	7 228	9 527	10 976	2 988	6 485	11 797	2 270	5 060	11 904
Cadres de gestion	2 392	3 805	7 747	2 330	3 360	5 486	2 330	3 507	5 971
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	1 783	2 270	2 898	1 586	2 036	2 700	1 577	2 100	3 014
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 637	1 886	2 412	1 390	1 853	2 351	1 386	1 747	2 284
Personnel soignant	1 837	2 421	3 372	1 516	2 188	3 078	1 449	2 100	3 056
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 817	3 497	4 348	2 499	3 406	4 784	2 536	3 494	4 899
Infirmiers	2 156	2 768	3 616	1 813	2 461	3 240	1 737	2 436	3 307
Aides soignants et agents de service hospitalier	1 929	2 295	2 797	1 342	1 889	2 376	1 298	1 792	2 328
Rééducateurs	1 850	2 515	3 222	1 848	2 344	3 011	1 680	2 273	2 962
Psychologues	1 773	2 411	3 647	2 013	2 550	3 234	1 713	2 312	3 054
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	1 742	2 257	2 945	1 625	2 115	2 767	1 528	1 955	2 496
Personnel médico-technique	1 904	2 648	3 489	1 718	2 320	3 133	1 626	2 148	3 223
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	1 909	2 654	3 493	1 752	2 335	3 144	1 667	2 166	3 241
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 639	2 058	2 305	1 303	1 806	2 442	1 348	1 852	2 914
Personnel technique et ouvrier	1 693	2 060	3 145	1 515	2 141	3 626	1 516	2 005	3 180
Ingénieurs et cadres techniques	2 117	3 408	5 181	2 239	3 277	5 104	2 076	2 986	4 666
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	1 870	2 536	3 522	1 724	2 307	3 062	1 659	2 271	3 348
Ouvriers	1 669	1 962	2 467	1 318	1 883	2 425	1 438	1 836	2 461
Personnel médical	3 058	5 828	9 356	2 767	6 329	9 915	1 806	4 234	9 173
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	3 410	6 295	9 651	2 902	6 576	10 088	1 661	5 523	10 092
Sages-femmes	2 607	3 456	4 354	2 202	3 413	4 275	2 072	3 211	4 112
Ensemble¹	1 776	2 403	3 994	1 540	2 221	4 055	1 460	2 084	3 321

EQTP : équivalent temps plein.

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

Note > La catégorie « 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 2022, Siasp 2022, traitements DREES.

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

En 2022, hors personnel médical et contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 2 122 euros s'il est âgé de moins de 30 ans à 2 814 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 2 075 euros pour les moins de 30 ans à 2 792 euros pour les 60 ans ou plus, et de 2 072 euros à 2 531 euros dans le secteur privé à but lucratif. Le secteur privé à but lucratif se distingue ainsi par une progression plus faible des salaires avec l'âge.

Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 19,7 % à celui des hommes dans le secteur hospitalier (de 18,8 % dans les hôpitaux publics, de 24,6 %

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, 16,7 % des hommes occupent des postes de la filière médicale – la mieux rémunérée –, contre 6,5 % 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 : 29,1 % d'entre elles sont infirmières et 34,2 % sont aides-soignantes ou agentes de service hospitalier, contre respectivement 16,8 % et 20,8 % des hommes. L'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes se réduit encore par rapport à 2021 (baisse de 1,2 point de pourcentage). Ce phénomène s'explique notamment par les effets de la revalorisation du smic, qui affecte le bas de l'échelle des salaires, parmi lequel les femmes sont surreprésentées. ■

Tableau 3 Structure des emplois et salaires mensuels nets en EQTP moyens par tranche d'âge pour le personnel non médical, en 2022

Tranche 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 2021-2022 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)
Moins de 30 ans	15,7	2 122	+7,3	19,2	2 075	+3,7	22,6	2 072	+4,3
30 à 39 ans	24,9	2 357	+5,9	26,4	2 159	+3,6	26,3	2 125	+4,5
40 à 49 ans	26,6	2 562	+4,9	23,5	2 360	+3,5	22,2	2 258	+3,9
50 à 59 ans	26,9	2 645	+3,9	24,1	2 440	+3,0	22,2	2 251	+4,2
60 ans ou plus	6,0	2 814	-0,2	6,9	2 792	+2,5	6,7	2 531	+1,9
Ensemble	100,0	2 480	+4,9	100,0	2 301	+3,4	100,0	2 198	+4,1

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 2022, Siasp 2022, traitements DREES.

Encadré 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 (FPH) 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 FPH 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) a remplacé 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.). En raison du passage à la DSN de la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique, 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. Les résultats publiés ne sont plus totalement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »). 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

> **Salaires 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 *pro rata* 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 les professeurs universitaires praticiens hospitaliers, seule la rémunération des heures effectuées dans la FPH est prise en compte, leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée étant comptabilisées dans la fonction publique de l'État.

Pour en savoir plus

- > **Godet, F., Sanchez Gonzalez, J.** (2023, novembre). Les salaires dans le secteur privé en 2022. Une nette baisse du pouvoir d'achat, hormis au niveau du Smic. Insee, *Insee Première*, 1971.
- > **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., Dixte, C.** (2024, septembre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière. En 2022, le salaire net moyen baisse de 0,4 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 2015.
- > **Ntamakuliro Inema, J.-L., Andriamboavonjy, T., Dixte, C.** (2024, septembre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière. En 2022, le salaire net moyen baisse de 0,4 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1310.

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 en 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 Guyane et Mayotte ont des capacités d'accueil et une activité très inférieures à celles de la France métropolitaine, notamment en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et en psychiatrie, tandis que la Martinique, 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 2023, la population totale des DROM s'élève à 2,3 millions de personnes, ce qui représente 3,3 % 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, et la population totale y diminue (en 2023, -0,4 % en Guadeloupe et -1,0 % en Martinique, contre +0,3 % en France métropolitaine). À La Réunion, en Guyane et à Mayotte, la population est nettement plus jeune et elle augmente (respectivement de +0,5 %, +1,0 % et +3,5 % en 2023).

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 DROM par une capacité très réduite en hospitalisation complète ou partielle, 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 2023, 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 : -6 % en Guadeloupe, -10 % en Martinique et à La Réunion, -11 % en Guyane (tableau 2 et graphique 1). Pour Mayotte, l'écart s'avère beaucoup plus important (-53 %). Concernant l'hospitalisation partielle de MCO, le nombre de places pour 100 000 habitants de la Guadeloupe est proche de celui de la France métropolitaine (56 contre 58). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement est nettement inférieur : -19 % en Martinique, -22 % à La Réunion, -44 % en Guyane et -80 % 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 76 lits pour 100 000 habitants). Ce taux d'équipement est plus faible en Guadeloupe (65 lits pour 100 000 habitants), à La Réunion (61) et en Guyane (24), tandis qu'il est quasi nul à Mayotte (3). Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement inférieur à

1. 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), et réalise des soins médicaux et de réadaptation (SMR) sur un second site ouvert fin 2021.

celui de la France métropolitaine (45 places pour 100 000 habitants), hormis en Guadeloupe (46). Il est notamment nul à Mayotte.

En soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR), ou moyen séjour, les écarts de capacités en hospitalisation complète sont également marqués entre, d'une part, la France métropolitaine (150 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (181) et la Martinique (160) et, d'autre part, La Réunion (108 lits pour 100 000 habitants) et la Guyane (43). Depuis 2022, Mayotte est dotée d'une capacité hospitalière de SMR, mais son taux d'équipement est faible (16 lits pour 100 000 habitants en 2023). L'hospitalisation partielle de SMR 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 79 et 48 places pour 100 000 habitants contre 28), les taux de la Guyane et de la Martinique sont plus proches de celui de la France métropolitaine (respectivement 30 et 21) et celui de Mayotte est quasi nul (2).

La capacité d'accueil en soins de longue durée (SLD), ou long séjour, qui a lieu 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.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissements en 2023

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	11	14	4	10	2	1 289
CHR/CHU	2	5	0	6	0	171
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	4	3	2	899
CHS	1	1	0	1	0	89
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	130
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	653
CLCC	0	0	0	0	0	20
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	633
Établissements privés à but lucratif	13	3	5	20	0	937
Établissements de SSR	5	1	1	12	0	323
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	4	5	0	437
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	3	0	161
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	16
Total	24	18	9	33	2	2 879

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.

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'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (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 2023 au moins d'un lit d'hospitalisation complète ou d'une place d'hospitalisation partielle. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie ni les établissements d'hospitalisation à domicile.

Source > DREES, SAE 2023, 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 (tableau 3). Seule, La Réunion a un taux identique à celui de la France métropolitaine (13,5 séjours

pour 100 habitants). Il est plus faible en Guadeloupe (12,9), en Guyane (12,3), en Martinique (11,6) et à Mayotte (8,2). En 2023, la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO est plus élevée en Guyane (6,4 jours), à Mayotte (6,2 jours) et en Martinique (6,0 jours) qu'en France métropolitaine (5,5 jours) [tableau 4]. En revanche, elle s'avère un peu plus courte en Guadeloupe (5,3 jours) et à La Réunion (5,0 jours).

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2023

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 095	879	722	2 186	404	182 279
	Psychiatrie ^{1,2}	275	279	71	540	10	50 007
	SMR	763	566	127	953	50	98 908
	SLD	128	103	30	82	0	28 906
Places	MCO	235	165	94	398	36	38 008
	Psychiatrie ¹	193	90	42	281	0	29 635
	SMR	201	75	89	695	5	18 229
Population en 2023 (en milliers)		423	353	293	881	310	65 926

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

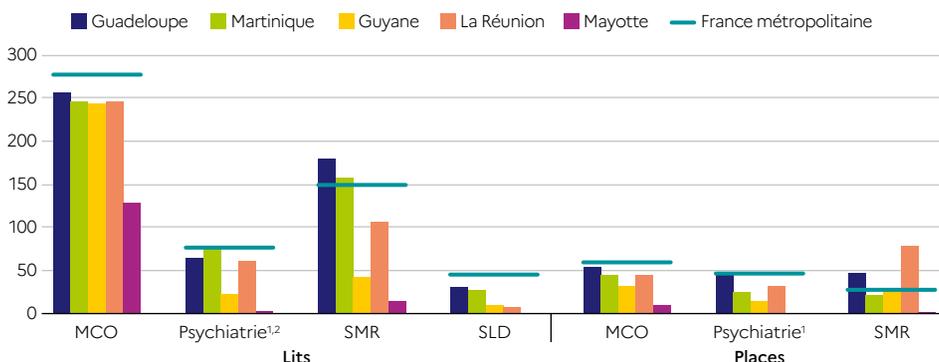
1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

2. 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 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Graphique 1 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2023



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

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

2. 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 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

L'activité d'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée à Mayotte et en Guyane qu'en France métropolitaine (respectivement 2,0 et 5,4 journées pour 100 habitants, contre 14,8 journées), en raison d'une capacité d'accueil plus faible. L'écart est moindre avec la Guadeloupe (12,8), La Réunion (11,5) et la Martinique (9,7). 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 20 % à Mayotte et de 30 % en Guyane.

Elle atteint 45 % en Martinique, 46 % à La Réunion et 50 % en Guadeloupe, à savoir des parts plus comparables à celle de la France métropolitaine (52 %).

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 (tableau 3). Ce taux est supérieur à ceux de La Réunion (0,7), de la Guadeloupe (0,6),

Tableau 3 Activité des établissements de santé pour 100 habitants en 2023

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO ¹	12,9	11,6	12,3	13,5	8,2	13,5
	Psychiatrie ²	0,6	0,5	0,3	0,7	0,1	0,8
	SMR ³	1,7	1,6	0,3	0,7	0,1	1,3
Journées d'hospitalisation partielle	MCO	12,8	9,7	5,4	11,5	2,0	14,8
	Psychiatrie	3,1	5,2	1,1	4,5	0,0	6,0
	SMR	10,6	3,2	11,4	21,4	0,0	7,8

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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-SMR 2023, traitements DREES ; DREES, SAE 2023, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Tableau 4 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2023

							En journées
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine	
MCO ¹	5,3	6,0	6,4	5,0	6,2	5,5	
Psychiatrie ²	38,7	49,5	31,4	27,8	10,6	30,5	
SMR ³	33,8	25,1	54,6	48,4	42,7	33,7	

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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-SMR 2023, traitements DREES ; DREES, SAE 2023, traitements DREES, pour la psychiatrie.

de la Martinique (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. Si la capacité d'accueil de la Martinique est comparable à celle de la France métropolitaine (respectivement 79 et 76 lits pour 100 000 habitants), la DMS y est plus élevée (respectivement 50 et 31 jours). C'est également le cas en Guadeloupe, où elle s'élève à 39 jours. En revanche, la DMS de psychiatrie est proche de celle de la France métropolitaine en Guyane et à La Réunion (respectivement 31 et 28 jours), où le taux d'équipement en lits est cependant plus faible. Enfin, à Mayotte, la DMS en psychiatrie est très faible (11 jours en moyenne).

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est plus faible qu'en France métropolitaine (6,0 journées pour 100 habitants en 2023). La Martinique est le département où cette activité est la plus développée (5,2), devant La Réunion et la Guadeloupe (respectivement 4,5 et 3,1). En Guyane, le taux est de 1,1 journée pour 100 habitants et, à Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

En SMR, davantage d'hospitalisation partielle à La Réunion

En moyen séjour ou SMR, 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 sont légèrement supérieurs (respectivement 1,7 et 1,6 séjours pour 100 habitants). L'hospitalisation en SMR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,7 séjour pour 100 habitants), en Guyane (0,3) et à Mayotte (0,1), du fait de leurs faibles capacités d'accueil.

L'activité de SMR en hospitalisation partielle de La Réunion est nettement supérieure à celle de la France métropolitaine (21,4 journées pour 100 habitants, contre 7,8), tout comme celle de Guyane et de Guadeloupe (respectivement 11,4 et 10,6 journées pour 100 habitants). En revanche, elle demeure peu élevée en Martinique (3,2 journées pour 100 habitants) et elle

est inexistante à Mayotte en dépit de sa capacité d'hospitalisation partielle de 5 places en fin d'année.

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

En 2023, le nombre de séjours d'hospitalisation complète de MCO augmente de 0,7 % en France métropolitaine ; il progresse davantage en Guadeloupe (+4,5 %), en Guyane (+2,6 %) et à La Réunion (+1,3 %) [tableau complémentaire A]. En revanche, il reste stable en Martinique (-0,2 %) et baisse à Mayotte (-5,6 %). La progression de l'activité d'hospitalisation partielle se poursuit en 2023 ; elle est plus forte en Guyane (+14,1 %) et à La Réunion (+13,0 %) qu'en France métropolitaine (+8,5 %).

En psychiatrie, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue, en 2023, en Martinique (-9,9 %) et en Guyane (-1,9 %), il se stabilise en France métropolitaine (-0,4 %), mais progresse en Guadeloupe (+23,1 %), à Mayotte (+22,3 %) et à La Réunion (+6,9 %). Dans le même temps, l'activité d'hospitalisation partielle de psychiatrie progresse en France métropolitaine (+5,4 %) et à La Réunion (+4,3 %), et davantage en Guyane (+25,1 %), tandis qu'elle diminue en Guadeloupe (-4,3 %) et en Martinique (-1,0 %).

En SMR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 3,0 % en France métropolitaine, il progresse aussi dans tous les DROM et particulièrement en Martinique (+17,6 %), en Guyane (+10,3 %) et à Mayotte (+30,2 %), qui conserve toutefois un niveau d'activité très faible. En lien avec les évolutions des capacités d'accueil correspondantes (voir fiche 15, « L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé »), la hausse de l'activité d'hospitalisation partielle en SMR se poursuit en 2023, en France métropolitaine (+11,2 %, pour une capacité en hausse de 7,1 %) et dans presque tous les DROM : la hausse est de 10,0 % à La Réunion (pour +14,3 % places), de 14,4 % en Guadeloupe (pour +2,6 % places), 15,3 % en Martinique (pour +8,7 % places) et atteint 41,3 % en Guyane (pour +18,7 % places). ■

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 2023.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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 (SMR) depuis 2003, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

- > **Établissements de santé** : voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ». 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, mais aussi des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD).
- > **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle ».
- > **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 ».

Pour en savoir plus

- > **ARS Mayotte** (2024, novembre). Panorama santé de l'ARS Mayotte.
- > **Gardel, C., et al.** (2021, mars). *Renforcement de l'offre de soins en Guyane*. Rapport. Igas, IGA et IGÉSR.
- > **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.
- > **Sénat** (2022, juillet). Rapport d'information sur l'accès aux soins à Mayotte.

**Médecine, chirurgie,
obstétrique et odontologie**

Fin 2023, 187 600 lits sont en mesure d'accueillir des patients en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soit une diminution de 32 100 lits par rapport à fin 2013 (-1,6 % par an en moyenne). Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (+10 800 places, +3,3 % par an en moyenne). Fin 2023, 38 900 places sont destinées à ce mode de prise en charge. Entre 2019 et 2023, l'activité a nettement baissé en hospitalisation complète (-8,9 %, soit -903 000 séjours), mais elle a fortement augmenté en hospitalisation partielle (+21,5 %, soit + 1,8 million de séjours). Les durées moyennes de séjour diminuent légèrement en 2023.

Le recul du nombre de lits s'accroît en 2023

Entre 2013 et 2023, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dites « de court séjour », a diminué de 32 100 (soit -1,6 % par an en moyenne), pour atteindre 187 600 lits au 31 décembre 2023 (*graphique 1*). 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 se poursuit en 2023 et atteint -1,4 % (contre -1,7 % par an en moyenne entre 2019 et 2023, et -1,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). La baisse des capacités en hospitalisation complète entre 2013 et 2023 s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -1,2 % en moyenne annuelle pour les hôpitaux publics, -1,0 % pour les établissements privés à but non lucratif, et -2,9 % pour les cliniques privées. La répartition globale des lits entre les différents secteurs reste toutefois relativement stable au cours de la période : fin 2023, les établissements publics concentrent 70,3 % du total des lits en MCO, contre 67,7 % fin 2013 (*tableau complémentaire A*).

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 2023, 38 900 places sont destinées à ce mode de prise en charge, soit 10 800 de plus qu'en 2013. Elles ont progressé de 3,1 % par an en moyenne de 2013 à 2019. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a freiné cette dynamique que très temporairement, avec une hausse du nombre de places plus limitée en 2020 (+1,9 %). Dès 2021, la progression du nombre de places a repris à un rythme annuel plus rapide encore qu'avant la crise sanitaire et elle accélère à nouveau en 2023 (+4,8 %, après +4,3 % en 2022 et +3,8 % en 2021). En 2023, plus d'un tiers des places d'hospitalisation partielle sont des places de chirurgie ambulatoire situées dans les établissements privés à but lucratif (34,0 %), et un peu moins d'un tiers d'entre elles sont des places de médecine situées dans les hôpitaux publics (31,8 %) (*tableau 1*).

En 2023, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente légèrement

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 9,2 millions en 2023, repartant ainsi à la hausse (+0,7 % par rapport à 2022, après -0,9 % entre 2021 et 2022) (*graphique 2*). Cependant, l'activité d'hospitalisation complète reste nettement en deçà de son niveau d'avant la crise sanitaire (-8,9 % entre 2019 et 2023, soit -903 000 séjours). Cette activité a connu une évolution contrastée au cours de la dernière décennie : une tendance

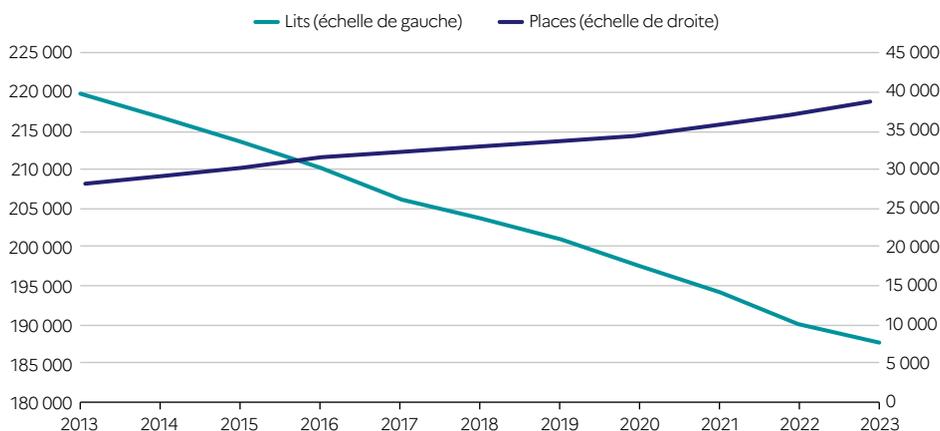
à la baisse modérée de 2013 à 2019 (-0,4 % par an en moyenne), suivie d'un net recul en 2020 (-12,0 %), conséquence des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19, puis d'un léger rebond en 2021 (+3,7 %).

En 2023, la hausse de l'activité à temps complet concerne surtout le secteur privé (+4,1 % pour les établissements privés à but non lucratif et +1,4 % pour les cliniques privées) ; elle reste stable dans les hôpitaux publics (tableau 2). En revanche, le nombre de séjours d'hospitalisation complète évolue de manière contrastée selon les disciplines hospitalières : il augmente en chirurgie (+3,2 %), en particulier dans les secteurs privés

à but lucratif et non lucratif (respectivement +3,3 % et +5,5 %), progresse légèrement en médecine (+0,7 %) et baisse fortement en obstétrique (-6,0 %).

Les séjours d'hospitalisation complète se concentrent dans le secteur public, qui prend en charge 69,6 % des hospitalisations de plus d'un jour en 2023 (contre 70,0 % en 2022 et 66,2 % en 2013). En particulier, ce secteur représente 76,7 % des hospitalisations complètes en médecine ; réciproquement, la médecine représente 71,5 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète dans le secteur public (graphique 3). En revanche, les hospitalisations complètes en chirurgie sont davantage réparties entre les

Graphique 1 Évolution du nombre de lits et de places installés en MCO depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés selon le statut de l'établissement au 31 décembre 2023

	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	93 910	12 371	10 579	1 729	14 290	2 246	118 779	16 346
Chirurgie	26 383	6 124	4 822	2 032	21 745	13 251	52 950	21 407
Gynécologie-obstétrique	11 622	1 026	1 061	70	3 153	87	15 836	1 183
Total	131 915	19 521	16 462	3 831	39 188	15 584	187 565	38 936

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

Source > DREES, SAE 2023, traitements DREES.

différents secteurs : près de la moitié de ces séjours ont lieu dans le secteur privé (40,8 % dans les cliniques privées et 9,4 % dans les établissements privés à but non lucratif).

Les séjours en obstétrique et les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine) diminuent en 2023 (respectivement -6,0 % et -7,3 %). Pour ces derniers, il s'agit presque exclusivement de séjours d'hospitalisation complète, même si un retour à domicile quelques heures après l'accouchement (séjour de 0 jour) est envisageable, 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 2023 est le plus faible depuis 1946 (Pointet, Thélot, 2024).

La progression du nombre de séjours d'hospitalisation partielle en MCO s'accélère en 2023

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 au cours de la dernière décennie. Sur cette période, la progression de l'hospitalisation partielle en chirurgie concerne davantage les cliniques privées.

En 2023, l'hospitalisation partielle en court séjour augmente fortement (+8,6 %, après +5,0 % en 2022)

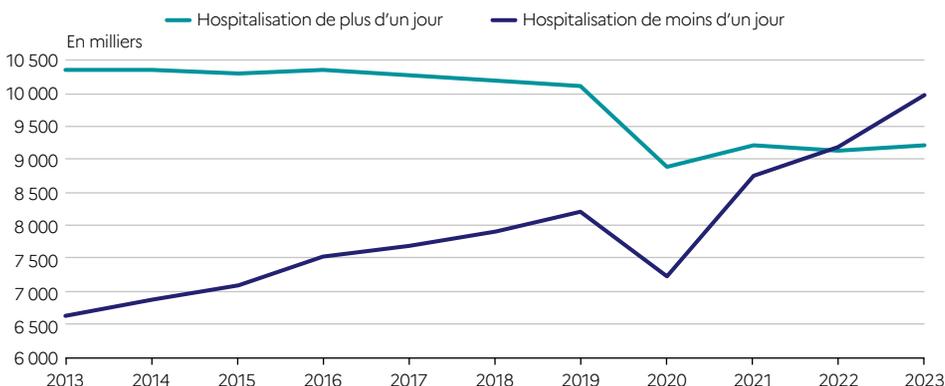
et son volume d'activité s'établit à 10,0 millions de séjours (*tableau complémentaire B*). Elle atteint ainsi un rythme de progression plus rapide que celui précédant la crise sanitaire (+3,7 % en moyenne par an de 2013 à 2019) et dépasse nettement son niveau d'avant crise (+21,5 % entre 2019 et 2023, soit +1,8 million de séjours), malgré le fort recul de 2020 (-11,9 %). Cette progression est particulièrement forte pour les séjours classés en médecine (+6,1 % en 2023 et +25,1 % depuis 2019) et en chirurgie (+13,3 % en 2023 et +17,7 % depuis 2019). Elle est plus modérée pour les séjours classés en obstétrique (+0,7 % en 2023 et +3,8 % depuis 2019).

La spécialisation entre le secteur privé et le secteur public s'accroît, puisque 59,1 % des hospitalisations en ambulatoire sont réalisées dans le secteur privé (contre 30,4 % des hospitalisations avec nuitée). Ces parts étaient respectivement de 58,0 % et 33,8 % en 2013, et de 58,6 % et 31,2 % en 2019.

La durée moyenne de séjour se stabilise

En 2023, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,5 jours. Elle retrouve son niveau de 2019 (*tableau 3*). Elle avait légèrement augmenté durant la crise sanitaire, du fait notamment des séjours avec diagnostic de Covid-19, dont les DMS étaient plus longues que celles observées habituellement en médecine.

Graphique 2 Nombre de séjours en MCO depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013-2023, traitements DREES.

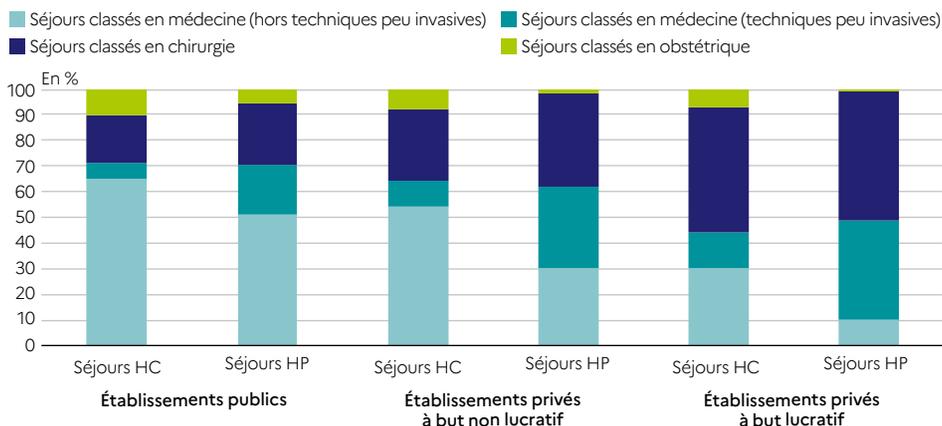
Tableau 2 Nombre de séjours par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement en 2023

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2023 (en milliers)	Évolution 2022-2023 (en %)	2023 (en milliers)	Évolution 2022-2023 (en %)	2023 (en milliers)	Évolution 2022-2023 (en %)	2023 (en milliers)	Évolution 2022-2023 (en %)
Hospitalisation de plus d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	4 579	0,1	512	4,5	883	1,6	5 975	0,7
séjours de techniques peu invasives	396	2,9	80	8,6	278	6,5	754	4,8
Séjours classés en chirurgie	1 199	2,6	225	5,5	980	3,3	2 404	3,2
Séjours classés en obstétrique	624	-4,9	61	-3,7	139	-11,4	824	-6,0
Total	6 403	0,0	799	4,1	2 002	1,4	9 203	0,7
Nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine)	420	-6,4	48	-4,4	105	-11,9	573	-7,3
Hospitalisation de moins d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	2 890	7,2	648	9,3	2 368	3,9	5 906	6,1
séjours de techniques peu invasives	801	9,1	336	10,6	1 869	6,6	3 006	7,7
Séjours classés en chirurgie	952	12,0	377	14,0	2 459	13,8	3 788	13,3
Séjours classés en obstétrique	234	1,3	12	0,2	27	-4,0	274	0,7
Total	4 075	7,9	1 038	10,9	4 854	8,6	9 967	8,6

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 groupe homogène de malades [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 2022-2023, traitements DREES.

Graphique 3 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2023

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 2023, traitements DREES.

L'activité dédiée à ces patients devient marginale en 2023 et ne représente plus que 2,2 % des séjours à temps complet (après 5,1 % en 2022 et 3,9 % en 2021). C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,1 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (3,9 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire

avec 5,3 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 6,5 jours dans les hôpitaux publics, contre 3,6 jours dans les cliniques privées). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,3 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans les cliniques privées. ■

Tableau 3 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2022 et 2023

	En jours							
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Séjours classés en médecine (techniques peu invasives)	3,7	3,6	2,5	2,5	2,2	2,1	3,0	2,9
Séjours classés en médecine (hors techniques peu invasives)	6,5	6,4	6,4	6,3	5,3	5,3	6,3	6,3
Séjours classés en chirurgie	6,6	6,5	4,8	4,7	3,7	3,6	5,3	5,1
Séjours classés en obstétrique	4,3	4,3	4,1	4,1	4,0	4,1	4,2	4,3
Ensemble MCO	6,1	6,1	5,4	5,3	4,0	3,9	5,6	5,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2022-2023, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2023 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

> **Diagnostic principal** : il est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de santé ayant motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10).

> **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 en hospitalisation complète et partielle »). ●●●



- > **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)** : il se fonde, dans cette fiche, la suivante et les fichiers supplémentaires en ligne A1 à A4, sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (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.
- > **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.

Pour en savoir plus

- > **Boisguérin, B.** (2024, octobre). En 2023, la baisse du nombre de lits et la hausse du nombre de places se poursuivent. DREES, *Études et Résultats*, 1315.
- > **Dubois, Y.** (2024, juillet). Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir.). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Kreutzberg, A., et al.** (2023, février) *International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery*. Health Policy, 140.
- > **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.
- > **Or, Z., Cartailier, J., Le Bail, M.** (2024, février). *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales*. Édition 2023. Paris, Irdes (Série Atlas).
- > **Pointet, J., Thélot, H.** (2024, novembre). Les naissances en 2023. Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom. Insee, *Insee Focus*, 339.

 [Fichiers supplémentaires en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

A1 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle en 2023

A2 • Activité médicale en 2023

A3 • Activité chirurgicale en 2023

A4 • Activité obstétricale en 2023

En France en 2023, selon la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 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 %) [tableau complémentaire A]. Viennent ensuite les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (8 %), 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 (7 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe (graphique 1). Pour les filles de moins de 15 ans, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires (19 %) et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (9 %), 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 de moins de 15 ans, la deuxième cause de recours est liée à l'appareil génito-urinaire (10 %), 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 34 % des séjours féminins, soit 22 % 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 séjours pour autres motifs (surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé) [11 %], puis les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (10 %), les maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %) et les symptômes et signes mal définis (8 %).

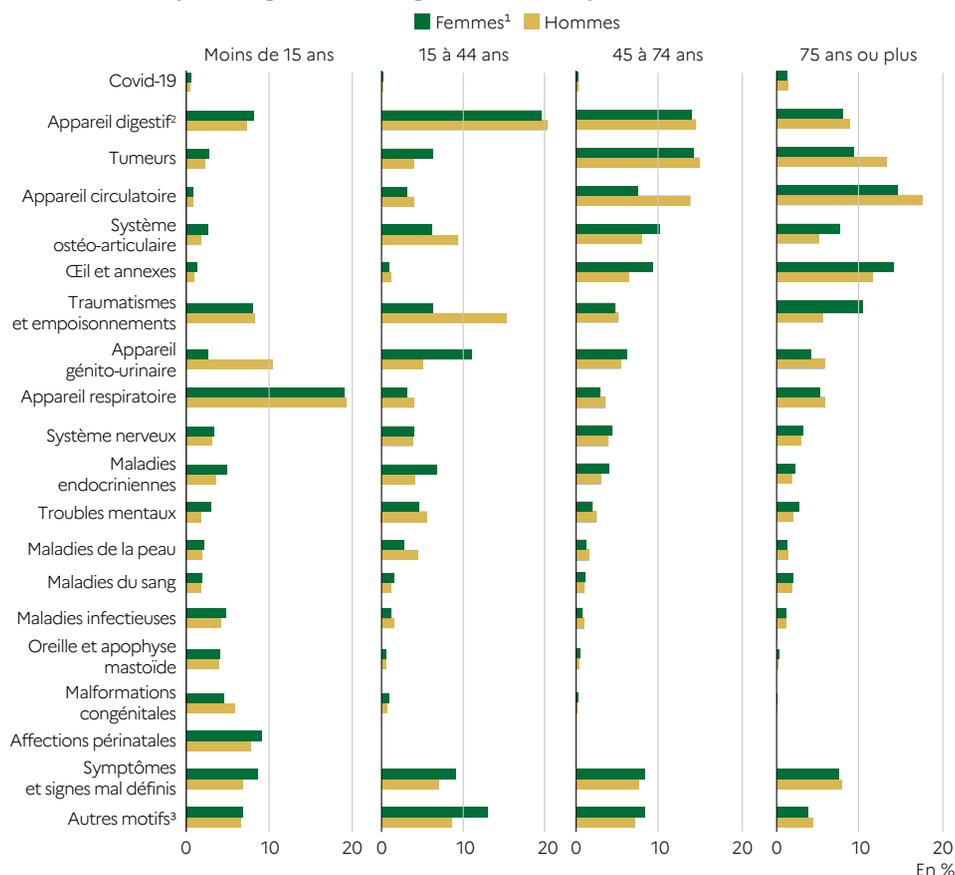
La part des recours pour maladies de l'appareil digestif est similaire pour les hommes et les femmes (20 %). Pour ces dernières, les maladies de l'appareil génito-urinaire représentent le troisième motif de recours hors maternité (11 %), juste après les recours pour autres motifs (13 %). Pour les hommes, les deuxième, troisième et quatrième motifs de recours sont respectivement les traumatismes et empoisonnements (15 %), les maladies du système ostéo-articulaire (9 %) et les recours pour autres motifs (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 (14 %) et les maladies de l'appareil digestif (14 %) sont les maladies

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 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

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

3. 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 confondus), 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 2023, traitements DREES.

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 (7 %).

Pour les hommes, les motifs les plus fréquents, après les tumeurs (15 %) et les maladies de l'appareil digestif (14 %), sont les maladies de l'appareil circulatoire (14 %), les maladies du système ostéo-articulaire (8 %) et les symptômes et signes mal définis (7 %).

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 d'hospitalisation (16 %). Viennent ensuite les maladies de l'œil et de ses annexes (13 %), puis

les tumeurs (11 %). Elles sont suivies des maladies de l'appareil digestif (9 %), des lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (8 %), et des symptômes et signes mal définis (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 15 % des recours. Elles sont suivies des maladies de l'œil et de ses annexes (14 %), des lésions traumatiques et empoisonnements (10 %), des tumeurs (9 %) et des maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les hommes, les causes d'hospitalisation les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (18 %), les tumeurs (13 %), les maladies de l'œil et de ses annexes (12 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les recours pour symptômes et signes mal définis (8 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère et séances.

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 clinique et de laboratoire, non classés ailleurs ». Les hospitalisations dont le motif principal est la prise en charge du Covid-19 sont repérées par la présence des codes U07.10, U07.11, U07.12, U07.14 et U07.15 en diagnostic principal ou relié. 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 à 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.

Pour en savoir plus

- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? DREES, *Études et Résultats*, 928.
- > **Mouquet, M.-C., 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.
- > Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.drees, www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Santé des populations.

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 50 800 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 800 places en hôpital de jour ou de nuit ; et l'ambulatoire, réalisé majoritairement dans l'un des 2 930 centres médico-psychologiques. En 2023, l'activité recule pour les prises en charge à temps complet, 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 liée à l'épidémie de Covid-19. Le nombre d'actes ambulatoires, en augmentation dans tous les lieux de prise en charge, dépasse son niveau de 2019.

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 2023) [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 (97 % des places à temps partiel fin 2023), 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) [61 % des actes ambulatoires], les centres d'accueil thérapeutique

à temps partiel (CATTP) [13 %] 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 2023, 4 878 établissements géographiques¹ ont une activité de psychiatrie, dispensée dans 7 330 lieux de prise en charge². Quatre établissements sur cinq (80 %) appartiennent au secteur public, qui dispose en psychiatrie générale et infanto-juvénile de 64 % 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 (16 %) et des cliniques privées (4 %). En dix ans, la part des cliniques privées dans les capacités à temps partiel a plus que doublé (passant de 4 % en 2013 à 10 % en 2023), et elle a augmenté de plus d'un tiers dans les capacités à temps complet (passant de 20 % en 2013 à 28 % en 2023) [tableau complémentaire A]. 64 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont monodisciplinaires,

1. Le mode d'interrogation de la SAE pour la psychiatrie est groupé : 627 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. Sauf mention contraire, les résultats de cette fiche portent sur les soins de psychiatrie générale et infanto-juvénile. La psychiatrie pénitentiaire est traitée dans une sous-partie dédiée.

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2023

	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	27 838	6 030	14 566	48 434	1 556	398	393	2 347	50 781
Nombre de journées	8 785 996	1 719 353	4 905 567	15 410 916	342 088	81 089	120 367	543 544	15 954 460
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	1 889	154	0	2 043	549	49	15	613	2 656
Nombre de journées	431 426	30 957	0	462 383	66 793	4 291	2 817	73 901	536 284
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	465	567	469	1 501	0	0	0	0	1 501
Nombre de journées	120 052	151 668	120 003	391 723	0	0	0	0	391 723
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	798	184	0	982	0	0	0	0	982
Nombre de journées	176 782	40 207	0	216 989	0	0	0	0	216 989
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	215	18	15	248	28	0	0	28	276
Nombre de journées	54 110	3 376	2 747	60 233	8 180	0	0	8 180	68 413
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	454	45	227	726	55	28	0	83	809
Nombre de journées	109 703	10 491	76 202	196 263	15 097	6 560	0	21 790	218 053
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 422	3 391	2 583	19 396	7 471	1 745	319	9 535	28 931
Nombre de journées	1 612 964	510 605	722 317	2 845 886	714 291	254 117	50 117	1 018 525	3 864 411
Hôpital de nuit									
Nombre de places	466	121	191	778	61	19	11	91	869
Nombre de nuitées	26 579	13 415	29 596	69 590	1 763	1 070	344	3 177	72 767
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	135	15	6	156	54	17	1	72	228
Nombre de journées	88 305	26 904	3 518	118 727	20 471	2 124	2 847	25 442	144 169
Prises en charge ambulatoires²									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 435	195	0	1 630	1 143	161	0	1 304	2 934
Nombre d'actes	7 015 093	952 045	-	7 967 138	3 039 858	428 882	-	3 468 740	11 435 878
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 657	133	0	1 790	613	56	0	669	2 459
Nombre d'actes	1 497 045	114 322	-	1 611 367	433 746	27 633	-	461 379	2 072 746
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel									
Nombre de structures	957	144	0	1 101	624	64	0	688	1 789
Nombre d'actes	1 542 022	237 539	-	1 779 561	523 406	65 450	-	588 856	2 368 417
Autres formes de prise en charge ambulatoire³									
Nombre d'actes	2 341 440	280 943	-	2 622 383	328 521	31 297	-	359 818	2 982 201

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 2024 de ce *Panorama*, qui mobilisaient pour cela la SAE (voir encadré Sources et méthodes), tandis que le décompte des structures de prise en charge en ambulatoire est 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 en unités d'accueil d'urgences), en établissements sociaux ou médico-sociaux, en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

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

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; DREES, RIM-P 2023, traitements DREES.

c'est-à-dire autorisés 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 activité ambulatoire qui augmente dans toutes les structures de prise en charge

En 2023, 19,7 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires⁵ (*tableau complémentaire B*), en particulier par les 2 930 CMP, mais aussi par les 2 460 unités de consultation des services de psychiatrie et les 1 790 CATTP, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Si quatre actes ambulatoires sur cinq sont réalisés en CMP (58 %), CATTP (12 %) ou dans les unités de consultation des services (11 %), les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux de prise en charge⁶ : ainsi, 7 % des actes ambulatoires sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, 4 % en établissement pénitentiaire, 4 % dans un service des urgences⁷, 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).

L'activité ambulatoire est en hausse par rapport à 2022 (+3,5 %), dans toutes les structures de prise en charge : +1,7 % dans les CMP, +6,4 % dans les CATTP, +5,9 % dans les unités de consultation des services et +7,1 % dans les « autres lieux de prise en charge ». La baisse de l'activité ambulatoire au début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (-6,5 % en 2020) n'a été que temporaire,

avec un net rebond dès 2021 (+7,3 %) [*tableau complémentaire B*]. En 2023, le nombre d'actes ambulatoires dépasse à nouveau celui de 2019 (+2,0 %), mais ces actes se répartissent différemment : le nombre d'actes en CATTP a diminué de 11,1 % entre 2019 et 2023⁸, alors qu'il a augmenté de 9,8 % dans les unités de consultation et de 19,0 % dans les « autres lieux de prise en charge ».

Une croissance du nombre de places d'hospitalisation de jour au cours de la dernière décennie

En 2023, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 800 places en hôpital de jour ou de nuit, auxquelles il convient d'ajouter l'activité de 230 ateliers thérapeutiques (*tableau 1*). 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 infanto-juvénile, et seulement 27 % 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.

Depuis dix ans, le nombre de places pour l'hospitalisation à temps partiel a légèrement augmenté (+1 100 places, soit +3,7 %) [*graphique 1*], en raison de l'ouverture de places en hospitalisation de jour (+1 600 places, soit +5,7 %), et malgré la forte diminution des places en hospitalisation de nuit (-500 places, soit -36,7 %) [*tableau complémentaire C*]. Dans les hôpitaux publics, le nombre de places a légèrement diminué (-900 places, soit -3,9 %), alors qu'il a plus que doublé dans les cliniques privées (3 100 places en 2023, contre 1 200 en 2013) [*tableau complémentaire A*].

4. Ces proportions sont calculées sur l'ensemble des établissements géographiques interrogés directement ou indirectement dans la SAE.

5. 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 au *tableau 1*, où les actes ambulatoires ayant lieu en établissement pénitentiaire sont exclus.

6. 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 dans le CMP, et 12 % en dehors, notamment au domicile des patients.

7. Cela comprend la psychiatrie de liaison dans les services d'accueil des urgences et les unités d'accueil des urgences psychiatriques de l'établissement.

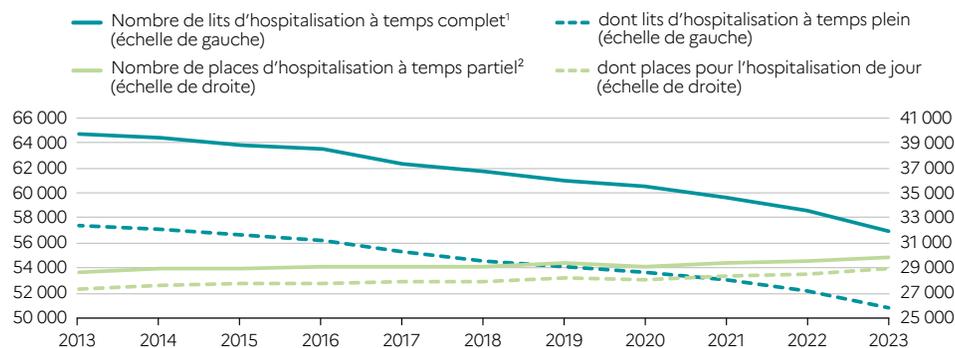
8. Les prises en charge en CATTP sont davantage organisées autour d'activités de groupe, ce qui explique que les obligations de distanciation sociale liées à la crise sanitaire aient eu un impact plus important sur les CATTP que sur les CMP.

Une progression de l'activité à temps partiel, qui reste nettement inférieure à son niveau d'avant crise

L'activité à temps partiel (journées ou nuitées en hospitalisation de jour ou de nuit et participation à

des ateliers thérapeutiques) est en hausse en 2023 (+4,4 % par rapport à 2022), portée par l'hospitalisation de jour ou de nuit, qui représente 3,9 millions de journées en hôpital de jour ou de nuit sur 4,1 millions de prises en charge (*graphique 2*).

Graphique 1 Évolution des capacités d'accueil à temps complet et partiel en psychiatrie depuis 2013



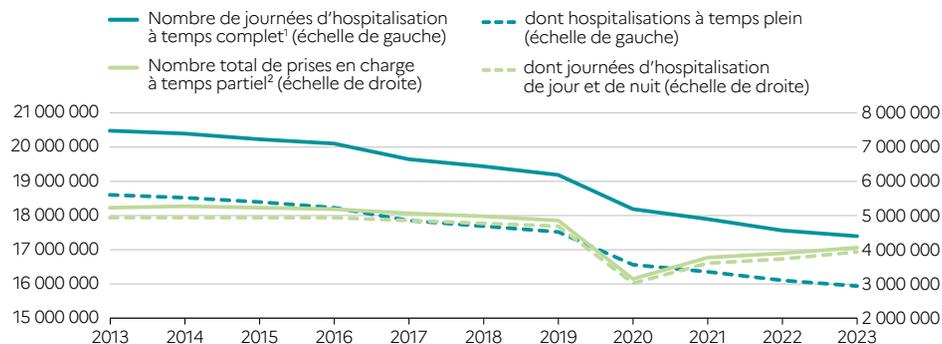
1. Les capacités pour la prise en charge à temps complet sont principalement composées de lits à temps plein, mais aussi de lits ou places alternatives au temps plein, à savoir en accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure, centre de crise et hospitalisation à domicile.

2. Les capacités à temps partiel sont composées principalement des places pour l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit. Les ateliers thérapeutiques, comptabilisés en nombre de structures, ne sont pas inclus ici.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de l'activité de prise en charge à temps complet et partiel en psychiatrie depuis 2013



1. L'activité pour la prise en charge à temps complet est principalement réalisée dans le cadre d'hospitalisations à temps plein, mais aussi à travers des formes alternatives au temps plein, à savoir en accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure, centre de crise et hospitalisation à domicile.

2. L'activité à temps partiel est mesurée en nombre de journées pour l'hospitalisation de jour, en nombre de nuitées pour l'hospitalisation de nuit et en nombre de venues pour les ateliers thérapeutiques. L'activité réalisée dans le cadre des ateliers thérapeutiques ne relève des prises en charge à temps partiel que depuis 2013, elle était auparavant incluse dans l'activité des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

Après avoir été stable de 2013 à 2016, puis avoir baissé jusqu'en 2019, le nombre d'hospitalisations à temps partiel⁹ a chuté au début de la crise sanitaire (-36,0 % en 2020), du fait des différents confinements, des jauges et du renoncement aux soins de certains patients par peur de contracter le Covid-19. Depuis, il a rebondi, mais reste nettement en deçà de son niveau de 2019 (-16,2 %) [graphique 2]. La reprise d'activité, qui reste donc modérée, concerne essentiellement l'hospitalisation de jour, qui comptabilise, en 2023, 3,9 millions de journées de prise en charge, contre 4,7 millions en moyenne entre 2013 et 2019 (tableau complémentaire C). Les prises en charge en hôpital de nuit, elles, ont diminué de plus de moitié depuis 2013 (-57,8 %, à 73 milliers de nuitées en 2023), alors qu'un tiers des places dédiées à ce type de prise en charge ont été supprimées. La chute de cette activité avec la crise sanitaire a été suivie par un léger rebond en 2021 (+7,7 %), mais sa diminution s'est poursuivie en 2022 (-14,7 %), puis en 2023 (-13,2 %).

Le nombre de prises en charge en atelier thérapeutique, qui avait baissé de plus d'un quart en 2020, diminue de nouveau en 2023 (-12,9 %, à 144 milliers de venues), à la suite d'un rebond après la crise sanitaire. L'activité en atelier thérapeutique a très fortement reculé en dix ans (-55,9 % par rapport à 2013).

Des capacités de prise en charge à temps complet en baisse au cours de la dernière décennie

En dix ans, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie ont nettement diminué (-7 800 lits ou places). C'est en particulier le cas pour l'hospitalisation à temps plein : au 31 décembre 2023, 50 800 lits sont installés pour ce mode de prise en charge, soit une baisse de 11,4 % par rapport à 2013 (graphique 1). La diminution annuelle du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, plutôt modérée entre 2013 et 2016 (-0,6 % en moyenne chaque année), s'est fortement accélérée durant la période 2017-2023 (-1,4 % en moyenne chaque

année). Au total, 6 600 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont été supprimés entre 2013 et 2023, dont 1 400 entre 2022 et 2023 (soit -2,7 %, après -1,6 % entre 2021 et 2022). Ces évolutions ne sont cependant pas uniformes : pour la psychiatrie infanto-juvénile, on compte 100 lits d'hospitalisation à temps plein de plus en 2023 qu'en 2013 (+5,2 %), alors que 6 700 lits ont été supprimés au cours de la même période en psychiatrie générale (-12,1 %). Si les capacités d'hospitalisation à temps plein des cliniques privées ont nettement augmenté (+2 000 lits entre 2013 et 2023, soit +16 %), elles ont fortement reculé dans les hôpitaux publics (-7 700 lits entre 2013 et 2023, soit -21 %) et dans les établissements privés à but non lucratif (-900 lits entre 2013 et 2023, soit -12 %).

Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent. Ainsi, fin 2023, les établissements de santé comptent 6 200 lits ou places en AFT, centres de postcure, appartements thérapeutiques, HAD, centres de crise et structures d'accueil d'urgence (soit -2,6 % par rapport à 2022) [tableau complémentaire D]. Dans ces structures, 1,4 million de journées de prise en charge ont été réalisées, un niveau en baisse par rapport à 2022 (-1,4 %). La progression des prises en charge en centre de crise (+10,7 %), en hospitalisation à domicile (+4,5 %) et en appartement thérapeutique (+2,5 %) n'a pas été en mesure de compenser le recul du nombre de journées en AFT (-6,7 %) ni celui en accueil en centre de postcure (-0,4 %). Depuis 2013, les prises en charge alternatives au temps plein ont baissé d'un quart (-24,7 %), alors que le nombre de lits et places dédiés à ces formes d'activité ont diminué de 14,4 % en psychiatrie générale, et de 27,3 % en psychiatrie infanto-juvénile.

Une accélération de la baisse d'activité de prise en charge à temps complet avec la crise sanitaire

En 2023, le volume d'activité pour la prise en charge à temps complet diminue (-1,0 %),

9. Il s'agit ici des hospitalisations de jour et de nuit. Les prises en charge en atelier thérapeutique sont traitées à part.

pour atteindre 17,4 millions de journées (dont 16,0 millions de journées d'hospitalisation à temps plein), contre 20,5 millions en 2013 (*graphique 2*). La baisse régulière d'activité à temps complet entre 2013 et 2019 (-1,1 % par an, en moyenne) s'est accentuée pendant et après la crise sanitaire (-5,1 % en 2020, puis -1,5 % en moyenne annuelle entre 2021 et 2023). L'activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie atteint ainsi un niveau inférieur de 15,2 % à son niveau d'il y a dix ans. Toutefois, cette baisse ne concerne que la psychiatrie générale, puisque les hospitalisations à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile, bien moins fréquentes, ont au contraire légèrement augmenté en dix ans (+1,8 %) [*tableau complémentaire D*].

Des taux d'équipement variables selon les départements

La densité nationale d'équipement pour la prise en charge à temps complet ou partiel, hors ateliers thérapeutiques, est de 127 lits ou places pour 100 000 habitants en 2023 (130 en 2022). Elle présente cependant de fortes disparités départementales, variant de 3 lits ou places pour 100 000 habitants à Mayotte ou 71 dans l'Aube, à 260 lits ou places pour 100 000 habitants dans la Creuse (*carte 1*). L'offre de soins ambulatoires est inégalement répartie, elle aussi. En moyenne, la densité nationale est de 11 structures pour

100 000 habitants, mais elle varie de 3 structures pour 100 000 habitants à Mayotte et en Guyane, 4 dans le Territoire de Belfort ou en Haute-Savoie, à 29 en Haute-Marne (*carte 2*).

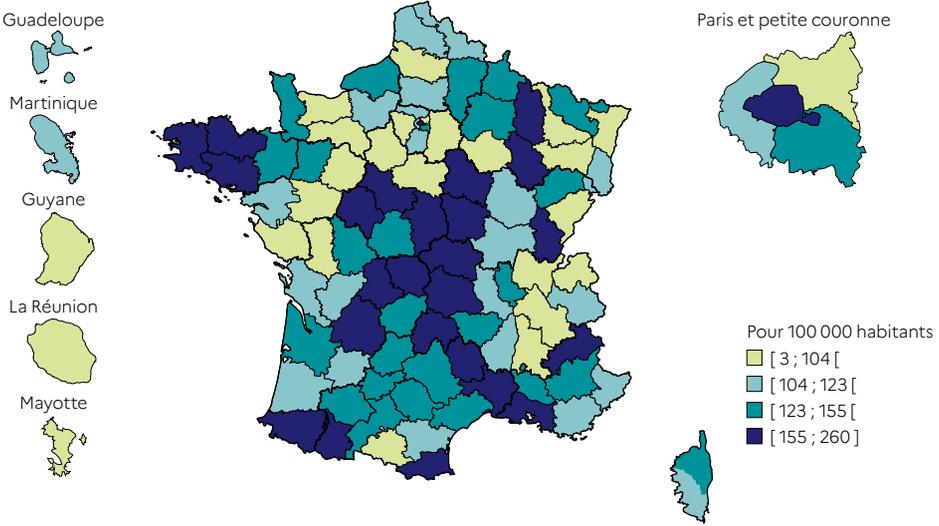
La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans des unités sanitaires au sein d'établissements pénitentiaires (USMP). 166 USMP dispensent ainsi des soins ambulatoires. Parmi elles, 122 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2023. 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 L. 3214-3 du Code de la santé publique¹⁰, 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 401 lits fin 2023 (contre 388 en 2022), dont 97 % se trouvent au sein des 9 UHSA (*tableau 2*). ■

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 L. 3214-3 du Code de la santé publique 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 partiel en psychiatrie par département au 31 décembre 2023

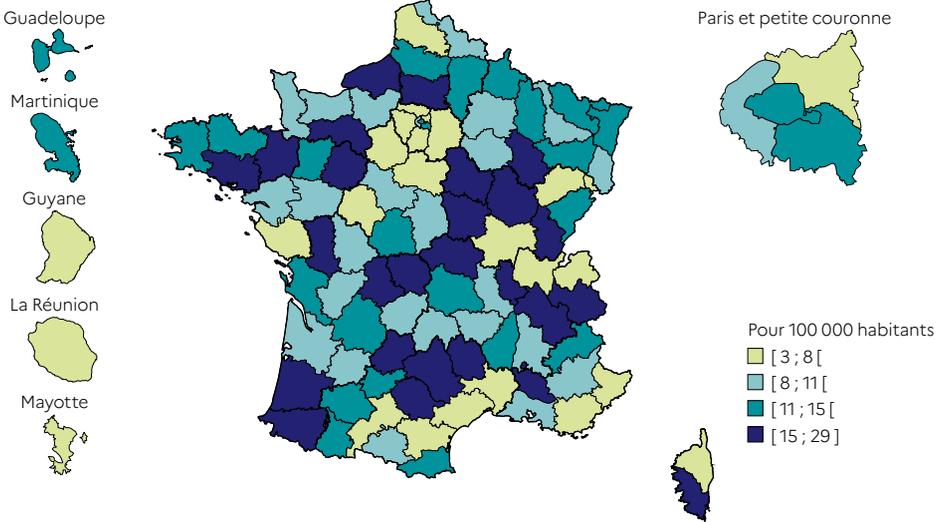


Note > Les capacités comptabilisées ici sont : l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile, l'accueil en centre de crise, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit. 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 2023, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Carte 2 Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie par département au 31 décembre 2023



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 2023, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes détenues en 2023

	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)	Durée moyenne de séjour (en journées)
Hospitalisation à temps plein	13	401	112 955	35
UHSA	9	387	110 550	37
Autres formes ponctuelles	4	14	2 405	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 2023, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé ayant exercé une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile en 2023 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) 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, 627 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total 4 878 établissements géographiques, répartis dans 485 entités juridiques. Tous les établissements ayant une activité de psychiatrie et interrogés indirectement sont autorisés uniquement en psychiatrie, et la grande majorité d'entre eux (84 %) 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 7 329 lieux de prise en charge en psychiatrie. ●●●



> **Journée et venue** : une venue compte pour une journée ou une demi-journée selon la durée de prise en charge. Le nombre de venues en psychiatrie n'est donc pas égal au nombre de journées.

> **Prise en charge ambulatoire** : le nombre de prises en charge ambulatoires est calculé à partir du RIM-P, qui permet d'identifier et de comptabiliser précisément les actes médicaux réalisés en présence du patient (entretiens et actes de groupe selon la grille EDGARX). Ces nombres ne peuvent être utilisés pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à celle de 2024, qui s'appuyaient sur la SAE.

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.

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, mai). *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** (2025, juin). Mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, état d'avancement au 1^{er} mai 2025.

> **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 : <https://www.psycom.org/>, rubrique Soins, accompagnement et entraide.

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2023, une très grande majorité des patients des établissements de santé autorisés en psychiatrie ont été pris en charge en ambulatoire (2,2 millions), et 407 600 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 de recours les plus fréquents, 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 2023, 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 : 2,2 millions de patients en bénéficient (*tableau 1*) [voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions]. Le nombre de patients augmente de nouveau en 2023 (+1,8 %) et dépasse de 3,3 % son niveau de 2019, précédant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (*tableau complémentaire A*). Rapporté au nombre d'habitants, le taux de recours aux soins psychiatriques est plus de cinq fois plus élevé en ambulatoire (3 217 patients pour 100 000 habitants) qu'en hospitalisation à temps complet ou partiel (601 patients pour 100 000 habitants). Pour ces derniers modes de prises en charge, le nombre de patients hospitalisés en 2023 reste 2,6 % en deçà de son niveau de 2019 (407 600 patients), en dépit du rebond observé de 2021 à 2023 (+1,6 % en moyenne par an, après -7,1 % en 2020) [*tableau complémentaire B*].

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 334 patients pour 100 000 habitants en ambulatoire, et 189 patients pour 100 000 habitants à temps complet ou partiel. Hors Guyane, les taux de recours en ambulatoire sont compris entre 1 727 patients pour 100 000 habitants dans le Loir-et-Cher et 5 253 en Lozère. Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel pour 100 000 habitants varie de 369 dans le Calvados à 1 046 dans le Finistère (*cartes 1 et 2*)².

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Parmi les 407 600 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2023, il y a quasiment autant d'hommes que de femmes (*tableau 1*). Le nombre de femmes ainsi prises en charge dépasse en 2023 son niveau de 2019 (+1,9 %), alors que le nombre d'hommes a sensiblement diminué (-7,0 %) [*tableau complémentaire B*]. L'âge moyen des patients est de 41,1 ans et varie selon le type d'hospitalisation : 43,7 ans à temps complet, contre 37,8 ans à temps partiel.

En 2023, la prise en charge à temps complet concerne 312 400 patients (+0,4 % par rapport à 2022, mais -5,7 % 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 2023, 2 134 patients pris en charge à temps complet ou partiel et 37 054 pris en charge en ambulatoire n'ont pas de lieu de résidence mentionné.

partiel concerne 139 700 patients³ (+5,3 % par rapport à 2022, et +4,1 % par rapport à 2019). En 2023, l'activité à temps complet porte sur un total de 171 millions de journées (-0,3 % par rapport à 2022, et -8,3 % par rapport à 2019), et l'activité à temps partiel sur un total de 4,0 millions de journées (+7,6 % par rapport à 2022, mais -14,7 % par rapport à 2019). La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet est de 54,8 journées (contre 55,1 journées en 2022, et 56,3 journées en 2019). La quasi-totalité du volume d'activité à temps complet (91 %) relève des hospitalisations à temps plein (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), dont la durée moyenne est de 53,1 jours en 2023 (après 53,6 jours en 2022).

Les patients pris en charge à temps complet ou partiel arrivent en grande majorité de leur domicile (75 % des hospitalisations). Toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre (23 %) est précédée d'un passage aux urgences (11 %) ou d'un séjour en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [8 %] ou de psychiatrie (4 %). Parmi les séjours terminés en 2023, 90 % se clôturent par un retour au domicile, 4 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR), et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2023

	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	407 627³	48 181	361 300
Proportion d'hommes (en %)	48,7	56,2	47,6
Nombre de journées	21 090 503	1 527 399	19 563 104
Part des journées d'hospitalisation partielle (en %)	18,9	60,4	15,6
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	54,8	31,9	56,1
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 178 368⁴	468 651	1 724 829
Proportion d'hommes (en %)	48,9	56,6	46,6
Nombre d'actes ambulatoires	23 026 552	5 957 659	17 068 893
Part des actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	63,0	70,0	60,6
Nombre moyen d'actes	10,6	12,7	9,9

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.

3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2023, 1 854 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en hospitalisation.

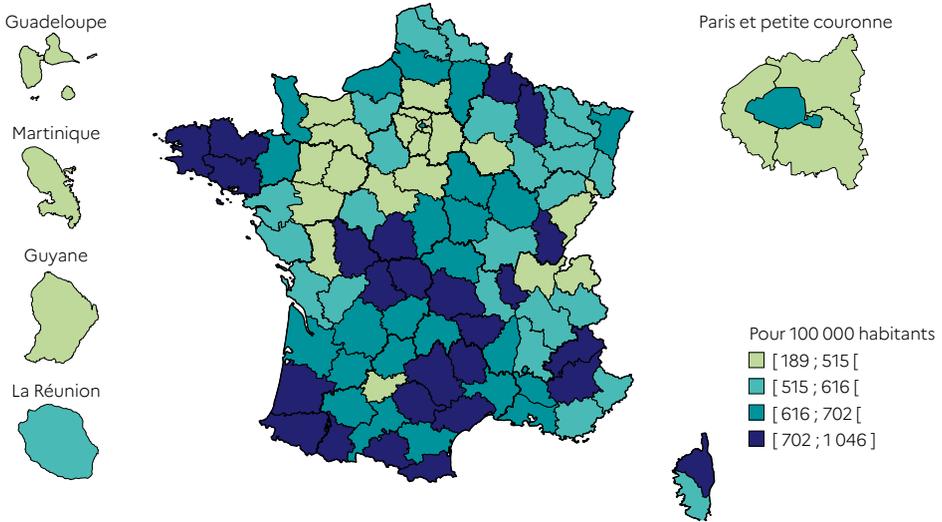
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2023, 15 112 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en ambulatoire.

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

Source > ATIH, RIM-P 2023, 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 (407 600 en 2023), car un patient peut être pris en charge à la fois à temps complet et à temps partiel au cours d'une même année.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie par département en 2023

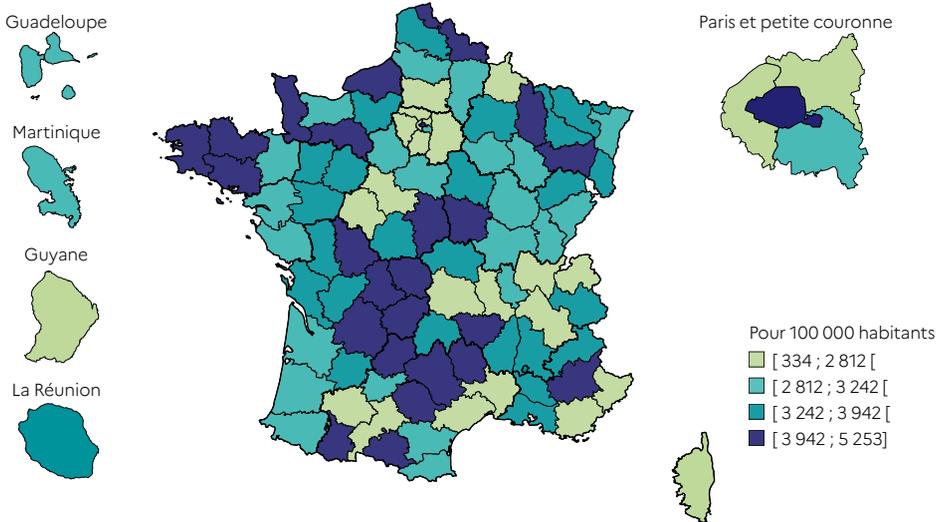


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2023, le département de résidence du patient est inconnu pour 2 134 patients, soit 0,5 % des patients pris en charge à temps complet ou partiel dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2023. Les 29 patients résidant à 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 2023, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie par département en 2023



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2023, le département de résidence du patient est inconnu pour 37 054 patients, soit 1,7 % des patients pris en charge en ambulatoire dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2023. Les 2 054 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 2023, traitement DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Un rebond au long cours des actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients

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 72 % des cas, des entretiens. Le nombre d'actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients⁴ connaît un fort rebond (+11,5 % en 2023, après +8,2 % en 2022 et +33,2 % en 2021), 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 8,1 % à leur niveau de 2019. Les prises en charge ambulatoires sont principalement réalisées dans les centres médico-psychologiques (CMP) [voir fiche 12, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » pour la répartition des actes par type de structure]. Un patient pris en charge en ambulatoire bénéficie en moyenne de onze actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 21 % par des médecins et 16 % par des psychologues. 8 % sont réalisés par des intervenants de différentes catégories professionnelles, sans présence d'un médecin, et 5 % par des intervenants de plusieurs catégories professionnelles dont un médecin.

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

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (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 1]⁷. Le diagnostic de schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes (26 %), tandis que les femmes sont davantage prises en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur (39 %). L'augmentation du nombre de patientes hospitalisées à temps complet ou partiel (+1,8 % en 2023) est portée par la hausse de la prise en charge des troubles de l'humeur (F3) et des troubles névrotiques (F4) [tableau 2]⁸.

En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et moins souvent liés à des diagnostics relevant directement des troubles mentaux et du comportement de 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 du nombre de femmes et d'hommes pris en charge en ambulatoire en 2023 (respectivement +2,4 % et +1,2 %) est portée par plusieurs motifs de recours, en particulier par les troubles névrotiques (F4), ainsi que par les troubles de l'humeur (F3), notamment chez les femmes, et par les troubles du comportement et des troubles émotionnels de l'enfance et l'adolescence (F9), notamment chez les hommes.

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et les adolescents

Les patients de 16 ans ou moins sont très majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. Cette solution est privilégiée

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 12 « 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. 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.

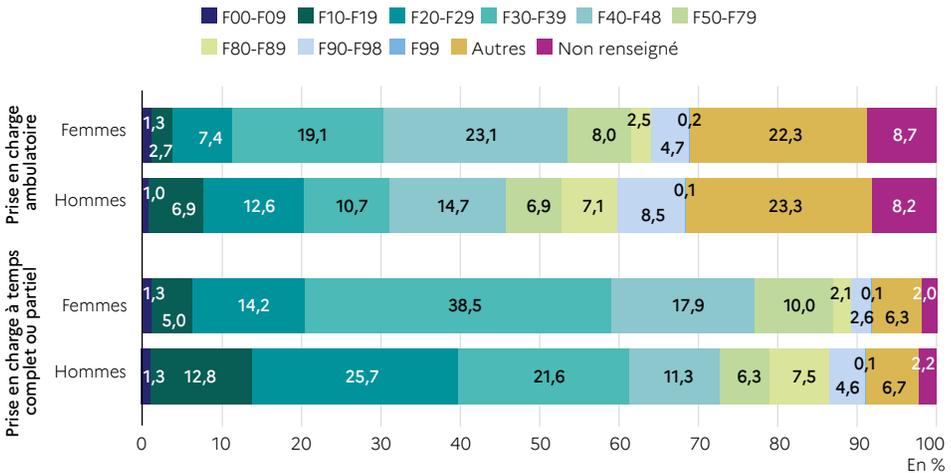
8. Les diagnostics renseignés dans le RIM-P sont de plus en plus précis chaque année. Entre 2022 et 2023, les prises en charge avec un diagnostic non renseigné ou de trouble mental sans précision (F99) ont diminué respectivement de 31 % et 52 % pour les prises en charge à temps complet et partiel, et de 29 % et 44 % pour les prises en charge en ambulatoire. Les reports sur des diagnostics plus précis (de F00 à F98) rendent néanmoins plus difficile l'interprétation des variations dans le temps du nombre de prises en charge par diagnostic.

pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial et social. En 2023, les établissements ont pris en charge 468 700 enfants et adolescents en ambulatoire (+0,3 % par rapport à 2022) [tableau 1]. Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (57 %). Ils ont bénéficié de 6,0 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues, des médecins psychiatres ou pédopsychiatres, ainsi que par des personnels de rééducation, en CMP dans 70 % des cas (contre 61 % 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 (30 % des patients parmi les garçons, et 21 % parmi les filles). Hormis ces diagnostics, les motifs de prises en charge principaux diffèrent selon le

sexe. Les filles sont près de deux fois plus souvent prises en charge pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), que les garçons (respectivement 21 % et 11 %). Les garçons sont pris en charge plus de deux fois plus souvent que les filles pour des troubles du développement psychologique (F8) [respectivement 24 % et 11 %].

En 2023, 48 200 enfants et adolescents ont été hospitalisés en psychiatrie (+2,2 % par rapport à 2022), le plus souvent à temps partiel : 60 % des journées d'hospitalisation de ces jeunes patients relèvent du temps partiel, contre 16 % en psychiatrie adulte (tableau 1). Une grande partie des jeunes hospitalisés à temps partiel (40 %) sont pris en charge pour des troubles du développement psychologique (F8) ou, dans un cas sur quatre, pour des troubles du comportement

Graphique 1 Répartition des patients par sexe, selon le diagnostic principal et la nature de la prise en charge en 2023



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 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10). 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 > ATI, RIM-P 2023, traitements DREES.

et des troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9). Les diagnostics des enfants et adolescents pris en charge à temps complet sont plus variés, et diffèrent beaucoup en fonction du sexe. La moitié des garçons sont hospitalisés à temps complet pour des troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9) [32 %

ou des troubles du développement psychologique (F8) [21 %], contre respectivement 16 % et 5 % des filles. Les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4) concernent 50 % des filles hospitalisées à temps complet, contre 22 % des garçons. ■

Tableau 2 Évolution du nombre de patients par sexe et type de prise en charge, selon le diagnostic principal, entre 2022 et 2023

		Évolution 2022-2023 des prises en charge à temps complet ou partiel				Évolution 2022-2023 des prises en charge ambulatoires			
		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
		en effectifs	en %	en effectifs	en %	en effectifs	en %	en effectifs	en %
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	-141	-5,0	-134	-4,9	+85	+0,6	+61	+0,6
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	-13	-0,1	+388	+1,6	+1 031	+3,5	+1 059	+1,5
F20-F29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	-108	-0,4	+836	+1,7	+319	+0,4	+1 788	+1,3
F30-F39	Troubles de l'humeur	+1 677	+2,1	+658	+1,6	+8 407	+4,1	+2 981	+2,7
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	+1 694	+4,7	+526	+2,4	+17 367	+7,2	+7 198	+4,8
F50-F79	Autres troubles psychiatriques	+123	+0,6	-49	-0,4	+5 153	+6,1	+2 784	+3,9
F80-F89	Troubles du développement psychologique	+273	+6,5	+258	+1,8	+1 860	+7,2	+1 906	+2,6
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	+747	+15,8	+627	+7,4	+4 465	+9,3	+4 997	+5,9
F99	Autres troubles mentaux, sans précision	-160	-53,9	-122	-49,8	-1 230	-41,1	-1 201	-48,3
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	+1 476	+12,7	+582	+4,6	+26 273	+11,8	+27 563	+12,5
Non renseigné	Non renseigné	-1 801	-30,0	-2 152	-32,7	-37 476	-27,8	-36 089	-29,4
Total	Ensemble des diagnostics	+3 767	+1,8	+1 418	+0,7	+26 254	+2,4	+13 047	+1,2

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

Lecture > Entre 2022 et 2023, le nombre de patientes avec un diagnostic de troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, prises en charge à temps complet ou partiel a diminué de 5,0 %, ce qui représente une baisse de 141 patientes.

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

Sources > ATIH, RIM-P 2022 et 2023, 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, 2,1 % 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. 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 12 « 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 569 000 journées de moins que 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 des urgences). Ces dernières renvoient au cumul de deux modalités de lieux de prise en charge du RIM-P : d'une part les unités d'hospitalisation de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) 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 séjour** : 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.
- > **Bénomouzig, 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, mai). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
- > **Cour des comptes** (2023, mars). *La pédopsychiatrie*. Rapport.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2024, mars). Mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, état d'avancement au 1^{er} mars 2024.
- > **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 2023, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 24 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 297 700 séjours pour 7,2 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 7,7 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire, et 8,2 % des journées d'hospitalisation. Les 88 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation totalisent près de la moitié des capacités et des journées. En 2023, les capacités d'accueil en HAD augmentent de 4,1 % et le nombre de séjours progresse de 8,4 %. Cette forme d'hospitalisation reste inégalement répartie sur le territoire, les départements et régions d'outre-mer, et la Corse ont une offre de soins particulièrement forte.

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 médicaux et de réadaptation (SMR). 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 »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent en 2023

Au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit une hausse de 4,1 % par rapport à fin 2022 (après +1,6 % en 2022) [tableau 1]. Cette croissance retrouve un rythme similaire à celui observé au cours de la période 2013-2019 (progression régulière de 5,0 % par an en moyenne), après deux années de forte hausse au début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+12,9 % en 2020, puis +6,8 % en 2021) [graphique 1]. 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). Fin 2023, l'HAD représente 7,7 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire (contre 4,2 % fin 2013).

Le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD est stable entre 2019 et 2023. 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 2023, les 109 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,8 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi ces établissements, 88 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1). Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids recule : ils représentent 49,3 % des capacités de prise en charge, contre 50,0 % en 2013.

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2023

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 2023	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	122	5 319	82,4	1 588	20,1	13,1
CHR	16	1 532	35,0	472	13,8	8,2
CH (et autres)	106	3 787	47,4	1 116	24,9	17,3
Secteur privé à but non lucratif	109	13 685	165,7	4 078	25,7	16,9
CLCC	3	249	10,3	101	9,7	7,6
Structures associatives d'HAD	88	11 875	136,1	3 521	27,1	17,5
Autres	18	1 561	19,3	456	24,8	16,2
Secteur privé à but lucratif	62	5 089	49,6	1 558	33,0	17,7
Ensemble	293	24 093	297,7	7 224	25,3	15,8

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.

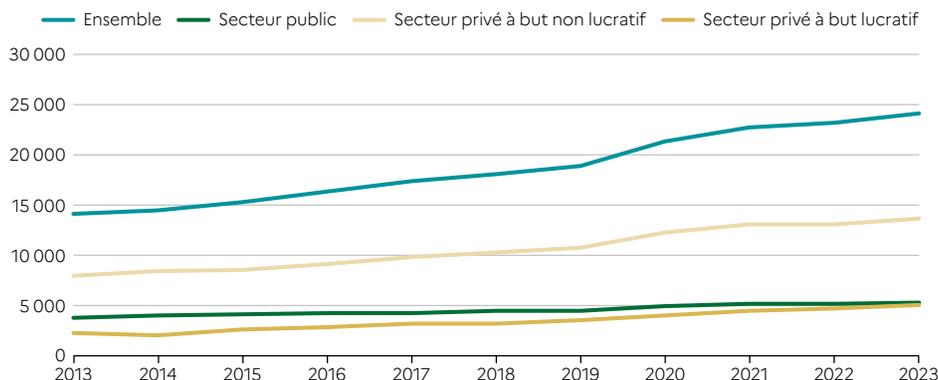
2. Environ 279 000 séjours terminés en 2023, soit 93,7 % des séjours d'HAD.

3. Environ 200 100 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2023, soit 67,2 % des séjours d'HAD.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins médicaux et de réadaptation (SMR), 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 2023, 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 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2023 ; DREES, SAE 2023, traitements DREES.

Graphique 1 Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD par secteur depuis 2013

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge.

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

Sources > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

122 établissements du secteur public (dont 106 centres hospitaliers) et 62 cliniques privées représentent respectivement 22,1 % et 21,1 % des capacités de prise en charge en HAD. La part des cliniques privées, qui n'était que de 16,6 % en 2013, rejoint progressivement celle du public.

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

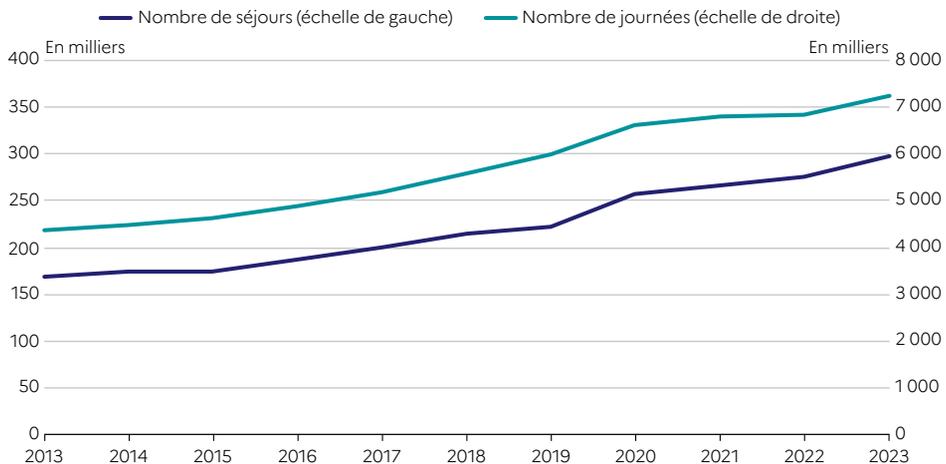
En 2023, 297 700 séjours d'HAD sont réalisés pour 7,2 millions de journées (tableau 1), soit 8,2 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'activité d'HAD va croissante depuis son développement au début des années 2000. Après une augmentation de 4,6 % en moyenne annuelle de 2013 à 2019, le nombre de séjours a bondi de 15,9 % en 2020. L'HAD 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. Il augmente de nouveau fortement en 2023 (+8,4 %), davantage qu'en 2022 (+2,8 %) [graphique 2]. L'activité dédiée aux patients avec diagnostic (principal

ou associé) de Covid-19 devient marginale en 2023 et ne représente plus que 0,8 % des séjours d'HAD (après 2,9 % en 2022 et 6,8 % en 2020).

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 55,7 % des séjours (45,7 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,5 % des journées (48,7 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,7 % et 16,7 % des séjours et réalisent 22,0 % et 21,6 % des journées. Depuis 2013, la part des journées et des séjours d'HAD en cliniques privées a progressé (respectivement +7,0 et +5,5 points de pourcentage). Le nombre de journées dans ces établissements a augmenté plus fortement (+144,9 %, soit +0,9 million de journées) que pour l'ensemble de l'HAD (+67,8 %).

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 13,1 et 16,9 jours en moyenne pour les séjours monoséquences¹) que dans les cliniques privées (17,7 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours.

Graphique 2 Nombre de séjours et de journées d'HAD depuis 2013



HAD : hospitalisation à domicile.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2013-2023, traitements DREES.

1. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

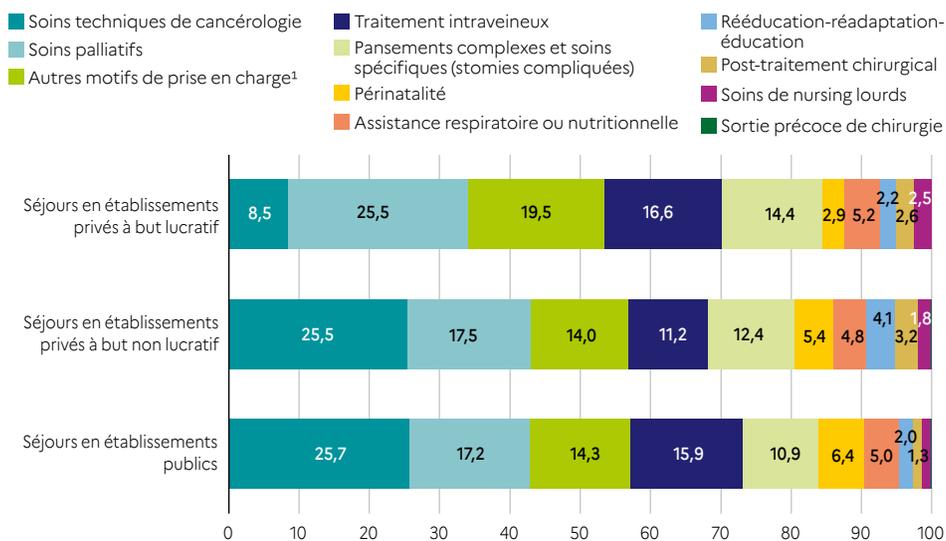
Ainsi, les soins de cancérologie et la périnatalité, pour lesquels les séjours sont réduits à quelques jours (voir fichier supplémentaire en ligne B1 « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (*graphique 3*). À l'inverse, les séjours 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 25,3 jours pour les séjours terminés en 2023 et de 15,8 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

L'offre de soins en HAD est particulièrement forte dans les DROM et en Corse

En 2023, 6 des 7 régions avec la plus forte capacité de prise en charge simultanée des patients

en HAD sur le territoire français ne sont pas en France continentale (*carte 7*). La Guadeloupe, la Guyane et la Corse en particulier ont des densités deux à quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 126, 101 et 88 patients pouvant être prise en charge simultanément pour 100 000 habitants, contre 36,3 à l'échelle 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. L'écart à la moyenne nationale est moins fort en Martinique (57), à La Réunion (48), en Centre-Val de Loire (44) et à Mayotte (44). À l'inverse, les régions avec les plus faibles densités de capacités de prise en charge en HAD sont la Normandie (26), les Pays de la Loire (28) et la Bourgogne-Franche-Comté (29). ■

Graphique 3 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2023



HAD : hospitalisation à domicile.

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.

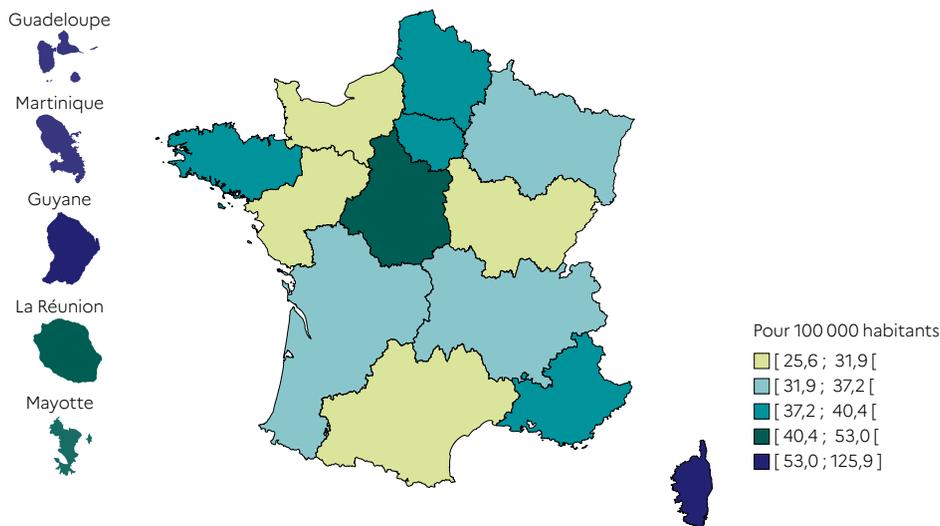
Notes > Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

Lecture > Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 87,5 % des séjours d'HAD en 2023.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2023, traitements DREES.

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par région en 2023



HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être prise en charge simultanément.

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

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

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 médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR), 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 programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (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 2023, 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 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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.

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000¹, « 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 2006² 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 2013³ 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 »⁴ 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 autorisations⁵, l'HAD devient une activité de soin à part entière, à l'instar par exemple des activités de MCO ou de SMR.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou d'un établissement 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 mais cette analogie a des limites : 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 SMR, 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.

> **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.

1. Circulaire du 30 mai 2000 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/15980>.
2. 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>.
3. Circulaire du 4 décembre 2013 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>.
4. Plan triennal disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf.
5. Bulletin officiel disponible sous ce lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2024, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2023. Note et rapport d'analyse.
- > **Dubois, Y.** (2024, juillet). Les patients hospitalisés à domicile. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Edgar, K., et al.** (2024, mars). Admission Avoidance Hospital at Home. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2025, janvier). Rapport d'activité 2023-2024.
- > **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

 [Fichier supplémentaire en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

[B1 • Les patients hospitalisés à domicile](#)

En 2023, 1 790 établissements déclarent une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en France. Ils disposent de 101 400 lits et 19 300 places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle du territoire. La Réunion, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Guadeloupe sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. 1,4 million de séjours et 35,1 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SMR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2023. L'hospitalisation complète reste prédominante (84 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé (19 % des capacités). Si l'activité d'hospitalisation complète augmente par rapport à 2021 et 2022, elle reste inférieure de 15 % à son niveau d'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. En revanche, l'activité d'hospitalisation partielle dépasse de 17 % son niveau de 2019.

Les capacités d'accueil en SMR augmentent en 2023, portées par la création de places d'hospitalisation partielle

L'offre de soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement dénommés soins de suite et de réadaptation) est assurée par 1 790 établissements de santé en France (tableau 1). Près d'un établissement sur deux relève du secteur public (49 %), la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (respectivement 27 % et 24 %).

En 2023, l'ensemble des établissements de santé dispose de 101 400 lits et 19 300 places de SMR, représentant en cumulé 26 % des capacités hospitalières totales (court, moyen, long séjours et psychiatrie confondus). Ces capacités d'accueil sont réparties pour 36 % dans les cliniques privées, 35 % dans les hôpitaux publics et 29 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle en moyen séjour augmentent de 1,0 % par rapport à 2022 (graphique 1). Cette hausse, bien que modérée, est la plus importante depuis 2015. En effet, le total cumulé de lits et de places est resté assez stable de 2015 à 2022 (+0,2 % en moyenne annuelle). L'apparente stabilité au cours de cette période masque, cependant, un report des modalités de prises en charge vers le temps partiel, et entre secteurs.

Ainsi, entre 2015 et 2022, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 0,6 % par an en moyenne (soit une baisse cumulée de 4 400 lits, entièrement portée par les secteurs public et privé à but non lucratif [tableau complémentaire A]), tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmentait de 6,0 % en moyenne annuelle (soit une hausse de 6 000 places, majoritairement portée par les cliniques privées). Si cette tendance se poursuit en 2023, le recul du nombre de lits en hospitalisation complète ralentit (-150 lits, soit une baisse de 0,2 %, après -1,3 % en 2022), tandis que l'augmentation du nombre de places en hospitalisation partielle s'accroît (+1 300 places, soit une hausse de 7,3 %, après +5,9 % en 2022).

En 2023, l'activité de SMR poursuit son rebond et se rapproche de son niveau d'avant la crise sanitaire

En 2020, l'activité de SMR 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 +0,4 % et -0,5 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2019) [graphique 2 et tableau complémentaire B]. Depuis, elle connaît un rebond, qui se confirme en 2023 : les nombres de séjours et de journées sont repartis à la hausse (respectivement +5,8 % et

+4,1 % en 2023, après +2,4 % et +2,7 % en 2022). Cette reprise est essentiellement portée par l'activité d'hospitalisation à temps partiel, dont le nombre de séjours (respectivement de journées) a augmenté de 15,2 % en moyenne de 2020 à 2023 (+21,5 % pour le nombre de journées). En 2023, les établissements de santé comptabilisent ainsi 1,4 million de séjours de SMR (dont 36 % à temps partiel), pour 35,1 millions de journées (dont 15 % à temps partiel), ce qui représente 28 % de l'activité hospitalière totale (s'agissant du nombre de journées). Si ces chiffres globaux restent en deçà de leurs niveaux d'avant la crise sanitaire (1,5 million de séjours et 37,4 millions de journées en 2019), ils les dépassent pour le temps partiel (506 000 séjours pour 5,4 millions de journées

en 2023, contre 433 900 séjours pour 4,6 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 (29 %) ou de séjours (28 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SMR (85 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé (19 % des journées dans le secteur privé à but lucratif et non lucratif, contre 9 % 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.

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements disposant de capacités de SMR selon leur statut juridique en 2023

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	873	438	479	1 790
Nombre de lits et places, dont :	42 014	34 976	43 671	120 661
places d'hospitalisation partielle (part en %)	4 401 (10 %)	6 626 (19 %)	8 267 (19 %)	19 294 (16 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	521	393	473	1 387
hospitalisation partielle (part en %)	189 (36 %)	160 (41 %)	157 (33 %)	506 (36 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	11 876	9 228	14 029	35 135
hospitalisation partielle (part en %)	1 056 (9 %)	1 728 (19 %)	2 652 (19 %)	5 436 (15 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés² en 2023 (en journées)	35,9	35,7	39,6	37,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit ou place)	0,5	0,3	0,2	0,5
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit ou place)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation³ (ETP par lit ou place)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnels⁴ (ETP par lit ou place)	0,2	0,3	0,2	0,2

SMR : soins médicaux 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. En 2023, 880 701 séjours d'hospitalisation complète en SMR, soit 64 % des séjours de ce type, sont terminés dans l'année.

3. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.

4. Les autres types de personnels regroupent 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-SMR 2023 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2023 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

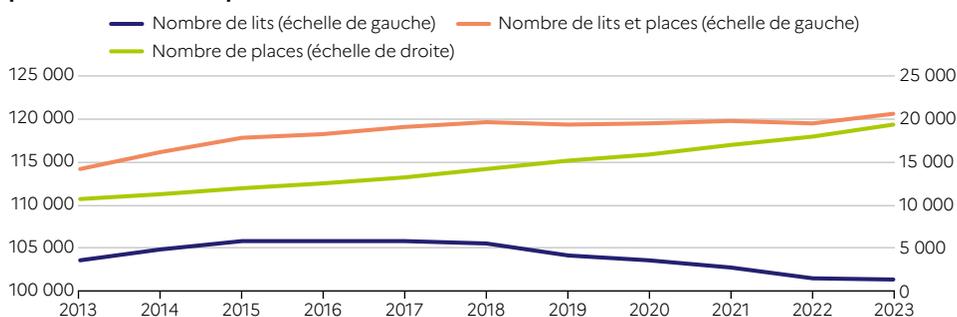
Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les cliniques privées, où elle atteint 39,6 jours, contre 35,9 jours dans les hôpitaux publics et 35,7 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

L'activité de SMR reste marquée par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19

En 2023, les établissements exerçant une activité de SMR enregistrent 59 000 séjours pour des patients avec diagnostic de Covid-19¹, ce qui

représente 4,3 % de l'ensemble des séjours de SMR (après 6,8 % en 2022 et 5,5 % en 2021), et 8,0 % des journées (après 12,3 % en 2022 et 7,6 % en 2021) [tableau complémentaire C]. Le Covid-19 continue ainsi de peser sur l'activité de SMR, mais la part des prises en charge de patients avec ce diagnostic s'y amenuise. Ce recul, observé plus tardivement que dans les autres disciplines, s'explique par le positionnement des SMR, qui ont pour vocation de cibler la réadaptation et la réinsertion des patients, après une hospitalisation en court séjour par exemple.

Graphique 1 Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle en SMR depuis 2013

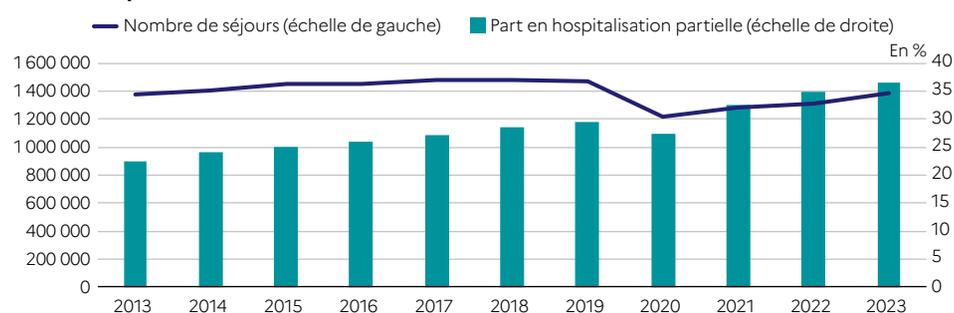


Note > Soins de suite et de réadaptation avant 2023, soins médicaux et de réadaptation (SMR) ensuite.

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 > DREES, SAE 2013-2023, traitements DREES.

Graphique 2 Nombre de séjours dans les établissements exerçant une activité de SMR depuis 2013



Note > Soins de suite et de réadaptation (SSR) avant 2023, soins médicaux et de réadaptation (SMR) ensuite.

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-SMR 2013-2023, traitements DREES.

1. Dans le PMSI-SMR, les séjours « avec diagnostic de Covid-19 » concernent les patients ayant le Covid-19 pour manifestation morbide principale (MMP), en tant qu'affection étiologique (AE), ou que diagnostic associé.

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 : 61,4 jours, contre 35,6 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 même par rapport à 2022 (53,1 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).

Le personnel non médical en SMR est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements exerçant une activité de SMR est en moyenne de 1,1 ETP par lit ou place : 0,5 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 (0,5 ETP par lit ou place) que les cliniques privées (0,2 ETP). Le personnel médical est nettement moins nombreux (0,05 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.

L'activité de SMR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SMR s'élève à 437 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². La tendance à la baisse de cette densité moyenne (465 en

2016, avec une diminution moyenne annuelle de 0,9 % depuis) ne se traduit pas par une diminution équivalente du nombre de lits et places, qui reste stable au cours des dernières années. Cette situation s'explique notamment par la croissance démographique de la population des personnes de 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 Réunion (536 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [526], la Guadeloupe (498), l'Occitanie (495), l'Île-de-France (485) et la Corse (452) [tableau 2]. Dans ces régions (hormis l'Île-de-France), le rapport du taux d'hospitalisation standardisé³ au taux national est supérieur à 1, ce qui indique que les hospitalisations en SMR y sont plus fréquentes que la moyenne nationale, indépendamment de la structure d'âge et de sexe. À l'opposé, Mayotte, les Pays de la Loire et la Bretagne sont parmi les régions les moins équipées en SMR (avec des densités respectives de 185, 356 et 362 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), et aussi celles où les hospitalisations en SMR sont les moins fréquentes (hormis la Bretagne). Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SMR 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 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 Martinique. À l'inverse, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie et la région Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale.

Ces statistiques méritent d'être approfondies à un échelon infrarégional. Si, dans certaines régions, l'offre de SMR est plutôt homogène, de fortes disparités départementales existent en

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 79 % des séjours de SMR.

3. La standardisation de ce taux prend en compte la structure d'âge et de sexe de la population, ce qui signifie qu'une fréquence d'hospitalisation plus élevée dans une région donnée ne s'explique pas par une surreprésentation des personnes âgées dans cette région.

effet dans d'autres (carte 7). Ainsi, la région Occitanie, avec une densité de 495 lits et places de SMR pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus, occupe la deuxième place des régions métropolitaines les mieux dotées. Cependant, les densités infrarégionales y sont très hétérogènes : sur les treize départements qui la composent,

six ont des densités supérieures à 510 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 409 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant à la médiane). ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SMR selon la région d'hospitalisation en 2023

	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	526	1,6	1,08
Occitanie	495	2,4	1,07
Île-de-France	485	0,3	1,00
Corse	452	-7,5	1,11
Normandie	438	-1,1	1,09
Hauts-de-France	434	0,0	1,17
Bourgogne-Franche-Comté	423	-2,3	0,99
Centre-Val de Loire	415	-2,3	0,91
Auvergne-Rhône-Alpes	413	-0,8	0,99
Grand Est	398	-0,1	0,99
Nouvelle-Aquitaine	389	2,6	0,99
Bretagne	362	0,4	1,06
Pays de la Loire	356	-2,4	0,81
Guadeloupe	498	-5,6	1,20
La Réunion	536	-0,1	1,13
Guyane	369	-16,2	1,10
Martinique	370	-2,5	0,97
Mayotte	185	-31,5	0,33
France	437	-	1,00

SMR : soins médicaux et de réadaptation.

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 (proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région) et le taux de fuite (proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région) par région. Un solde négatif indique qu'il y a davantage de résidents pris en charge dans d'autres régions que de patients non résidents pris en charge dans la région, et inversement.

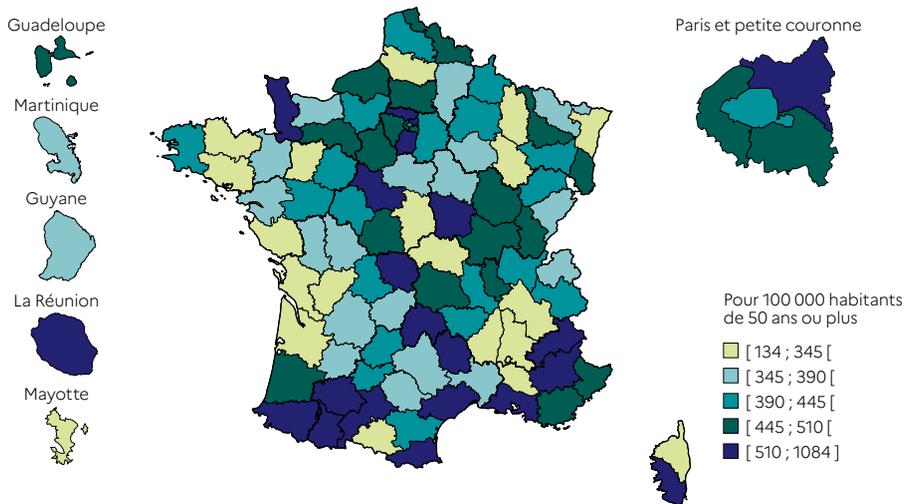
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge. Un taux supérieur à 1 indique que les hospitalisations en SMR sont plus fréquentes dans une région donnée qu'en moyenne nationale, indépendamment de la structure d'âge et de sexe.

Note > Dans les éditions antérieures de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe. Cette dernière est de ce fait corrigée à la baisse.

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-SMR 2023, traitements DREES ; DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SMR par département au 31 décembre 2023



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Dans les éditions antérieures de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe. Cette dernière est de ce fait corrigée à la baisse.

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 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) exerçant une activité de SMR en 2023, 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 poly-pathologies, 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 2023 ou avant, terminés en 2023 ou après. Seules les journées de 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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-SMR, 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.

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.
- > **Delort, L.** (2024, juillet). Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir.). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024* (p. 130-136). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

 [Fichier supplémentaire en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

[B2 • Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation](#)

En 2023, 13,2 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises en France. Pour 69 % 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.

13,2 millions de patients ont été hospitalisés en France en 2023

En 2023, 13 246 500 patients ont été hospitalisés en France, dans l'un des 2 786¹ établissements de santé, publics ou privés. 681 000 patients y sont nés, 377 100 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 en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en psychiatrie, et en hospitalisation à domicile (HAD).

7 patients sur 10 sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

En 2023, 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 unique de soins hospitaliers au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements ou plusieurs disciplines, par exemple en MCO, puis en SMR ou en HAD.

31 % des patients (4 120 800) 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 33 % entre

huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 8 % entre trois et six mois et, pour 4 %, elle excède six mois (tableau complémentaire A).

Il convient ainsi de distinguer trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année (tableau 1) : les séjours uniques, les épisodes uniques de soins hospitaliers (avec un changement d'établissement ou de discipline au cours de la prise en charge) et les hospitalisations multiples. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO. Pour les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode unique de soins hospitaliers, les profils de parcours les plus fréquents sont un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SMR (45 %, soit 248 000 patients) ou deux séjours en MCO dans deux établissements distincts (37 %). Pour les parcours constitués d'hospitalisations multiples au cours de l'année, les réadmissions uniquement dans la même discipline sont très fréquentes en MCO (86 % des hospitalisations avec réadmission en MCO) comme en psychiatrie (46 %). C'est plus rarement le cas en SMR (23 %) et en HAD (8 %), car ces parcours comportent aussi, très majoritairement, des réadmissions en MCO.

Si l'on considère le champ sanitaire dans son ensemble et non plus le type de parcours interdisciplinaires, la prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,7 % des patients, en SMR pour 1,5 % d'entre eux, en HAD pour 0,2 % et en psychiatrie pour 1,7 %. Un million de

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. Ce nombre diffère ainsi du nombre total d'établissements indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

patients (7,9 %) ont été hospitalisés dans différentes disciplines, ce qui recouvre alors une plus grande diversité d'intervenants et de coordination des soins.

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) : 14 % ont moins de 18 ans, 25 % entre 18 et 44 ans, 41 % entre 45 et 74 ans et 20 % ont 75 ans ou plus. La proportion de

femmes est de 54 %. Elle est naturellement plus élevée en raison des maternités, 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 unique de soins hospitaliers 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), l'âge moyen des patients hospitalisés à plusieurs reprises est

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2023

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Hospitalisation unique	Patients (en %)	Épisode unique hospitalier	Patients (en %)	Hospitalisations multiples	Patients (en %)
Nombre de patients	13 246 543	100,0	8 569 911	100,0	555 862	100,0	4 120 770	100,0
Âge moyen	50,1	-	45,3	-	63,8	-	58,0	-
Part des femmes (en %)	54,4	-	54,7	-	56,4	-	53,5	-
Nombre de naissances	680 998	5,1	581 012	6,8	12 269	2,2	87 717	2,1
Nombre de décès	377 123	2,8	128 392	1,5	58 690	10,6	190 041	4,6
Nombre de séjours dans l'année 2023 : médiane, p75, p90 ¹	1/2/4	-	1/1/1	-	2/3/4	-	3/4/9	-
Admission exclusivement en MCO ²	11 748 932	88,7	8 243 654	96,2	205 594	37,0	3 299 684	80,1
Admission exclusivement en SMR	194 615	1,5	149 458	1,7	1 484	0,3	43 673	1,1
Admission exclusivement en HAD	25 339	0,2	22 310	0,3	207	0,0	2 822	0,1
Admission exclusivement en psychiatrie	224 747	1,7	154 489	1,8	13 163	2,4	57 095	1,4

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux 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 9 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 une autre discipline. Un décompte analogue est effectué pour le SMR, 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 hospitaliers uniques au cours de l'année, ceux-ci ne se font pas exclusivement dans la même discipline ou dans le même établissement.

Lecture > En 2023, 205 600 patients ont connu un épisode unique hospitalier avec admission exclusive en MCO.

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 unique hospitalier.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR, HAD, RIM-P 2023, traitements DREES.

de 59 ans, et celui des patients ayant eu un épisode unique de soins hospitaliers composé de plusieurs séjours, de 66 ans, traduisant un épisode aigu plus difficile à surmonter. L'âge moyen des patients ayant connu un séjour unique s'élève, pour sa part, à 50 ans.

Les patients souffrant d'affections du sang ou de tumeurs sont plus souvent hospitalisés plusieurs fois dans l'année

En 2023, 34 millions de séjours ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge (tableau 2), issus de l'algorithme

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers en 2023

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode unique hospitalier			Hospitalisations multiples		
		Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹
Affections du système nerveux	1 542 910	435 062	42,4	54,2	76 637	7,5	68,9	514 022	50,1	58,0
Affections de l'œil	1 339 027	349 365	38,9	66,2	4 622	0,5	66,4	543 922	60,6	72,4
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	898 549	653 837	77,6	24,9	10 885	1,3	40,5	177 535	21,1	42,7
Affections de l'appareil respiratoire	1 108 575	297 843	37,6	52,2	62 975	7,9	68,5	432 212	54,5	60,9
Affections de l'appareil circulatoire	2 129 959	577 581	39,4	63,6	76 123	5,2	73,1	810 886	55,4	68,1
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 471 913	1 754 147	62,3	54,7	57 813	2,1	62,8	1 003 731	35,6	60,5
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 653 169	1 085 978	54,9	51,4	176 968	9,0	74,4	712 447	36,1	61,2
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	936 975	460 843	57,6	46,3	22 803	2,8	64,6	317 561	39,6	60,4
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	641 275	203 853	41,2	47,9	20 014	4,0	60,7	270 570	54,8	49,8
Affections génito-urinaires	1 744 579	717 841	54,1	45,5	33 032	2,5	67,4	574 692	43,4	59,9
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 084 721	638 130	73,0	30,5	19 025	2,2	30,9	216 974	24,8	30,6
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	708 276	584 086	86,0	0,0	12 145	1,8	0,0	82 803	12,2	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	518 672	64 699	21,7	54,3	12 657	4,2	66,7	220 639	74,1	59,1
Maladies infectieuses et parasitaires	177 974	45 458	31,0	43,6	13 099	8,9	65,4	87 880	60,1	55,3
Maladies et troubles mentaux	1 138 632	231 224	38,2	44,4	78 724	13,0	47,6	295 397	48,8	44,1
Traumatismes, allergies et empoisonnements	457 148	107 504	38,7	39,2	27 013	9,7	46,7	143 581	51,6	47,1
Autres affections ou prises en charge	1 364 049	310 180	31,2	50,3	65 797	6,6	68,0	617 919	62,2	57,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	12 074 829	46 900	5,7	52,5	29 512	3,6	67,5	740 384	90,7	64,7
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	29 587	5 380	28,0	39,2	4 266	22,2	46,2	9 548	49,8	46,2

1. Âge moyen des patients.

Note > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes uniques hospitaliers 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 présenté dans le tableau 1, aussi bien pour les épisodes uniques hospitaliers que pour les hospitalisations multiples, soit respectivement 804 100 versus 555 900 et 7 772 700 versus 4 120 800.

Lecture > Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës en 2023, 514 000 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, SMR, HAD, RIM-P 2023, traitements DREES.

de groupage du PMSI. 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 (86 %).

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 03, « 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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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.

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 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*, partie 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 SMR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2023 ont été pris en compte ; certains de ces séjours se poursuivent en 2024. Cette modalité de décompte est propre à cette fiche sur les parcours de soins hospitaliers. ●●●



> **Groupes médicaux de prise en charge** : ils sont 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 (SMR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

> Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rechercher « chaînage », le premier élément du résultat de la requête/Aide à l'utilisation des informations de chaînage.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

Au 31 décembre 2023, le nombre de lits en soins critiques s'établit à 19 500. 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 depuis, pour retrouver 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 entre 2013 et 2019 (+1,3 % en moyenne par année), s'est interrompue avec la crise sanitaire. L'activité en 2023 est inférieure de 4,3 % à celle de 2019, après une évolution saccadée au cours de la période. La densité de lits en soins critiques en France est de 28,5 lits pour 100 000 habitants fin 2023. Elle varie toujours fortement selon les régions, avec des disparités qui se sont légèrement réduites avec la crise sanitaire.

Fin 2023, la France compte 19 500 lits en soins critiques

Au 31 décembre 2023, la France compte 19 500 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 2023, ces lits représentent 28,7 % des capacités en soins critiques, soit 5 600 lits (hors réanimation néonatale et traitement des grands brûlés).

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 2023, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 30,4 % des capacités en soins critiques, soit 5 900 lits (hors soins intensifs néonataux).

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 fin 2023, soit 8 000 lits.

Fin 2023, les capacités en soins critiques retrouvent un niveau légèrement inférieur 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 % sur un an, portées par une très forte hausse des lits de réanimation (+14,5 %), pour atteindre le niveau inédit de 20 300 lits fin 2020. Depuis, ces capacités ont baissé de 1,4 % par an en moyenne (-1,4 % en 2023) et ont retrouvé un niveau légèrement inférieur à celui de 2019, avec 19 500 lits fin 2023, contre 19 600 lits fin 2019. Cette évolution correspond principalement à un reflux du nombre de lits de réanimation depuis 2020, qui se maintient toutefois à un niveau plus important qu'en 2019 (+3,0 % fin 2023 par rapport à fin 2019). Le nombre de lits de soins intensifs est resté relativement stable entre 2019 et 2023 (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 à 8 000 lits).

En 2023, l'activité est moins importante qu'avant la crise sanitaire pour tous les types de soins critiques

Entre 2013 et 2019, le nombre de journées en soins critiques¹ 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 %).

L'activité en soins critiques a ensuite globalement baissé entre 2019 et 2023 (-4,3 % pour le nombre de journées), avec une évolution saccadée au cours de la période et un impact contrasté de la crise sanitaire sur l'activité des

différents types d'unités. En réanimation, le nombre de journées rejoint en 2023 un niveau inférieur à celui de 2019 (-1,5 %) : les fortes hausses observées en 2020 (+13,5 %) et en 2021 (+8,0 %), du fait de la prise en charge de patients avec diagnostic de Covid-19, ont fait place à un net repli de l'activité en 2022 (-15,3 %), puis en 2023 (-5,1 %). Néanmoins, cette analyse annuelle ne rend compte qu'imparfaitement du degré des tensions exercées sur les services de réanimation par les différentes vagues épidémiques entre 2020 et 2022, avec des pics d'activité très concentrés dans le temps et dans l'espace.

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil en soins critiques au 31 décembre 2023

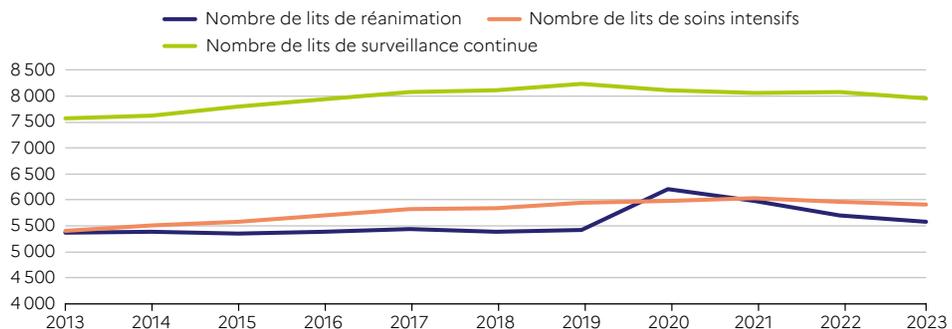
	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue		Ensemble des soins critiques
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neurovasculaire	Autres	Adultes	Enfants	
Nombre de lits	5 234	351	2 753	967	2 194	7 021	942	19 462
Nombre total de patients	224 765	16 837	239 947	84 423	79 711	398 528	64 210	932 181
Nombre total de séjours	243 828	18 604	267 365	89 281	107 419	445 455	77 962	1 125 848
Nombre de journées	1 600 884	99 081	800 502	294 168	698 252	1 874 933	295 257	5 663 077
Durée moyenne de séjour	6,6	5,3	3,0	3,3	6,5	4,2	3,8	5,0

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 2023, traitements DREES ; ATIH, PMSI-MCO 2023, traitements DREES.

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 2013-2023, traitements DREES.

1. 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.

L'activité a baissé 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 que peu rebondi depuis. En 2023, en soins intensifs et en surveillance continue, le nombre de journées est ainsi inférieur à celui de 2019, avec des niveaux plus bas de 3,0 % pour les soins intensifs et de 7,4 % pour la surveillance continue.

En 2023, l'activité dédiée aux patients avec diagnostic de Covid-19² est marginale. Elle ne représente plus que 4,5 % des journées en soins critiques (après 12,2 % en 2022, et 18,7 % en 2021). Elle est plus importante en réanimation adulte que dans les autres types d'unités de soins critiques : les patients avec diagnostic de Covid-19 y comptent pour 6,4 % des journées (après 21,0 % en 2022 et 38,1 % en 2021).

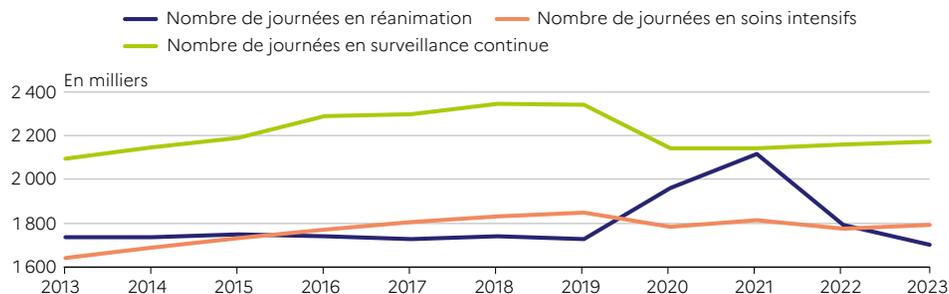
Les capacités en réanimation et soins critiques varient selon les régions

Fin 2023, la densité de lits de réanimation est de 8,2 lits pour 100 000 habitants, en légère baisse par rapport à 2022 (-0,2 lit). Elle renoue avec son niveau d'avant la crise sanitaire (+0,1 depuis 2019), après avoir atteint un point haut

en 2020 (9,2 lits pour 100 000 habitants). Cette densité varie fortement³ entre régions, mais les disparités se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2023⁴. En 2023, quatre régions ont une densité de lits supérieure à 9,0 lits pour 100 000 habitants : La Réunion (10,0), la Guadeloupe (9,7), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,6), et l'Île-de-France (9,4) [carte 1]. À l'inverse, cinq régions ont une densité de lits de réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,5), les Pays de la Loire (5,3), la Bretagne (5,4), la Guyane (6,8), ainsi que la Corse (6,8).

Par rapport à 2019, la densité de lits de réanimation a augmenté dans la plupart des régions, en particulier dans celles d'outre-mer (à l'exception de Mayotte) : +2,2 lits pour 100 000 habitants en Guyane (soit +48,0 %), +2,0 en Guadeloupe (+25,6 %) et +1,3 à La Réunion (+14,7 %). En France métropolitaine, c'est la Corse qui présente la hausse la plus marquée (+1,5 lit soit +28,6 %), tandis que la densité de lits en réanimation a baissé en Île-de-France (-0,5 soit -5,5 %), dans le Grand Est (-0,5 soit -5,4 %), en Normandie (-0,1 soit -1,2 %), ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-0,1 soit -0,6 %).

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 2013-2023, traitements DREES.

2. Patients ayant le Covid-19 pour diagnostic principal ou associé.

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) [en 2023, 18,4 % contre 14,1 %].

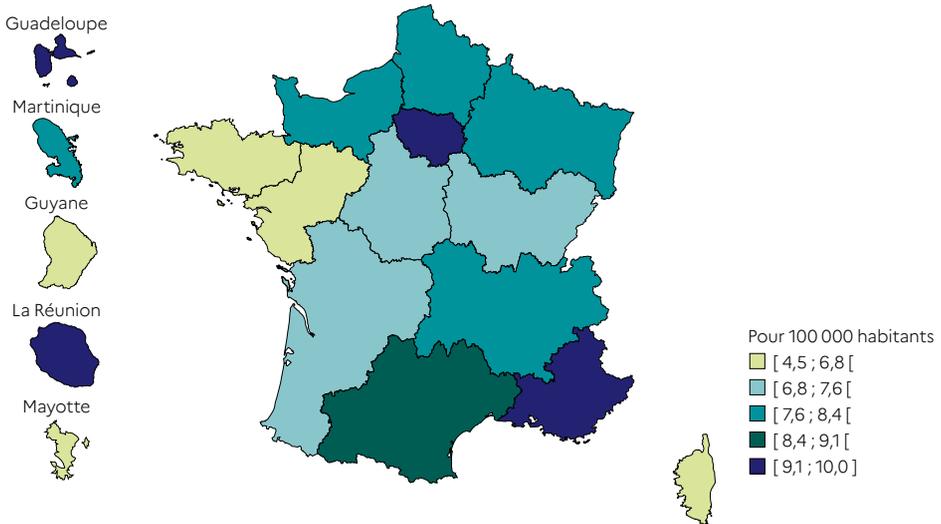
4. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation, qui était de 20,2 % en 2019, baisse pour atteindre 18,4 % en 2023.

Hors Mayotte, les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont connu les plus grandes évolutions de leur densité de lits de réanimation entre 2013 et 2023, avec des améliorations permettant d'atteindre un niveau proche de celui de la France métropolitaine : la densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Guadeloupe (+4,1 lits pour 100 000 habitants entre fin 2013 et fin 2023, soit +73,5 %), en Martinique (+3,5, soit +75,7 %), à La Réunion (+3,3, soit +49,0 %) et en Guyane (+1,1, soit +19,1 %). Dans cette dernière, la densité de lits de réanimation, qui avait reculé de 19,5 % entre 2013 et 2019 alors que la population augmentait pendant cette période (+15,4 %), a fortement augmenté en 2020, mais elle reflue désormais et atteint 6,8 lits pour 100 000 habitants en 2023.

Pour l'ensemble des soins critiques, la densité de lits en France est de 28,5 lits pour 100 000 habitants en 2023. 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 2023⁵. Pour quatre régions, la densité de lits en soins critiques est supérieure à 30 lits pour 100 000 habitants : la Provence-Alpes-Côte d'Azur (33,7), les Hauts-de-France (31,9), l'Occitanie (31,6) et l'Île-de-France (31,0) [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 (7,1) et de la Guyane (14,3).

En 2023, la densité de lits en soins critiques baisse à nouveau (-0,5 lit pour 100 000 habitants,

Carte 1 Densité des capacités en réanimation pour 100 000 habitants par région en 2023



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les berceaux ou couveuses de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés. Par ailleurs, dans les éditions antérieures de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe : cette dernière est de ce fait corrigée à la baisse. De plus, les estimations de population les plus récentes sont provisoires.

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

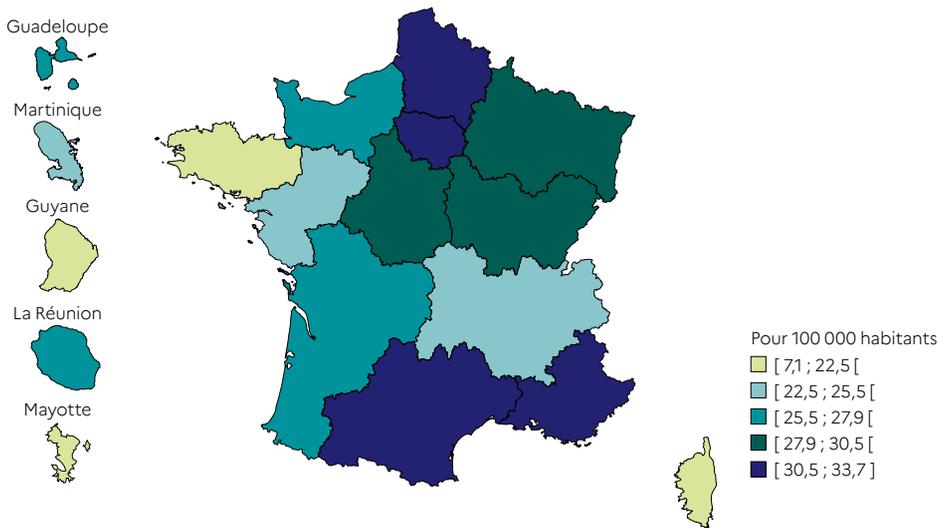
Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

5. Le coefficient de variation de la densité de lits en soins critiques, qui était de 24,8 % en 2019, baisse à 22,4 % en 2023.

après -0,6 lit en 2022). Elle est donc inférieure au niveau de fin 2020 (30,1 lits pour 100 000 habitants) et même à celui d'avant la crise sanitaire (29,1). Elle reste plus élevée notamment en Guadeloupe (+4,2 lits pour 100 000 habitants entre fin 2019 et fin 2023), à La Réunion (+3,2), en

Guyane (+3,0), en Corse (+2,5) et en Martinique (+1,8). Elle diminue notablement par rapport à l'année précédant la crise sanitaire en Bourgogne-Franche-Comté (-2,3), dans le Grand Est (-2,0), en Île-de-France (-1,7) ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-1,3). ■

Carte 2 Densité des capacités en soins critiques pour 100 000 habitants par région en 2023



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. Par ailleurs, dans les éditions antérieures de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe : cette dernière est de ce fait corrigée à la baisse. De plus, les estimations de population les plus récentes sont provisoires.

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

Sources > DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

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) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et 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 en hospitalisation complète et partielle »).
- > **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 2023 pour lequel il y a eu un passage en soins intensifs en 2022 est ainsi comptabilisé comme un séjour en soins critiques de 2023. Autre conséquence pour 2023, les séjours de soins critiques commencés en fin d'année et qui se sont terminés début 2024, ne sont pas comptabilisés.
- > **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 2023 les journées en soins critiques de 2022 des séjours se terminant en 2023. En revanche, ne sont pas comptabilisées les journées en soins critiques de 2023 des séjours se terminant en 2024.

Pour en savoir plus

- > **Boisguérin, B.** (2024, octobre). En 2023, la baisse du nombre de lits et la hausse du nombre de places se poursuivent. DREES, *Études et Résultats*, 1315.
- > **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., Jamme, M.** (2024, juillet). L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1308.

En 2023, 457 maternités sont dénombrées en France, soit 78 de moins qu'en 2013, 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, l'augmentation de leur taille moyenne et l'amélioration des normes de prise en charge.

La concentration de l'offre de soins se poursuit entre 2013 et 2023 dans un contexte de baisse inédite de la natalité

En 2023, 457 maternités disposent de 14 100 lits d'obstétrique et pratiquent 664 000 accouchements¹ en France, y compris au sein du service de santé des armées (SSA) [graphique 1 et tableau complémentaire A]. Sur une décennie, leur nombre décroît légèrement moins vite que le nombre d'accouchements qu'elles réalisent ou que le nombre de naissances : -14,6 % (soit -78 établissements entre 2013 et 2023), contre -17,6 % (soit -142 200 accouchements) et -16,5 % (soit -133 700 naissances). Au cours de la même période, les capacités reculent de 19,3 % (-3 400 lits) et la durée moyenne de séjour (DMS) diminue, elle aussi, passant de 4,9 jours en 2013 à 4,6 jours en 2023. Ainsi, le taux d'utilisation des lits de maternité augmente légèrement, passant en moyenne de 46 accouchements annuels par lit en 2013 à 47 en 2023.

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 513 en 2013, pour s'établir à 439 en 2023 (tableau 1). Dans le même temps, les nombres d'accouchements et de naissances ont plutôt fluctué entre 700 000 et

1. Non compris les 1 300 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2023, les 4 800 accouchements hors établissement et suivis d'une hospitalisation en maternité et les 400 accouchements dans un établissement n'ayant pas de maternité.

800 000 par an : mais ils diminuent nettement durant la dernière décennie jusqu'à atteindre 626 800 accouchements et 639 500 naissances en 2023 (après 674 000 accouchements et 686 600 naissances en 2022) [tableau complémentaire B]. Au cours de la même période, le nombre total de lits a été divisé par plus de deux : il est passé de 32 000 en 1975 à 13 300 fin 2023. Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté, passant de 23 accouchements annuels par lit en moyenne en 1975 à 47 en 2023 (49 en 2022). Dans le même temps, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 8,0 jours en 1975 à 4,9 jours en 2013 et 4,6 jours en 2023.

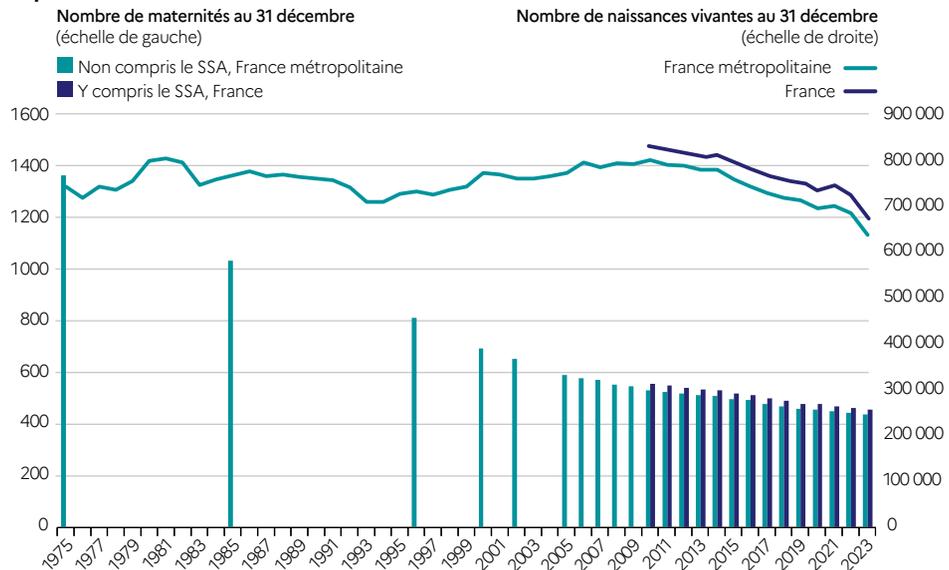
La part des accouchements dans les maternités de types 2 et 3 augmente

Au 31 décembre 2023, 163 maternités de type 1, 139 maternités de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3 sont dénombrées en France (y compris le 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 457 maternités de France (y compris le SSA). Elles concentrent 78 % des lits et 83 % des accouchements. Ces maternités sont principalement 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, 69 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2023, contre 59 % en 2013 (tableau complémentaire E). La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. En 2023, le nombre d'accouchements par maternité s'élève à 682 pour les maternités de type 1, à 1 314 pour les maternités de type 2a, à 1 856 pour les maternités de type 2b, et à 3 088 pour les maternités de type 3.

La proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé de 67 % en 2013 à 74 % en 2023, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en établissements privés à but lucratif, de 24 % à 18 % (tableau complémentaire F).

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, 2002, 2005 à 2023, traitements DREES.

En 2023, 37 % 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, 5 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, une proportion en

légère progression sur une décennie (elle était de 3 % en 2013). 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, 2013 et 2023

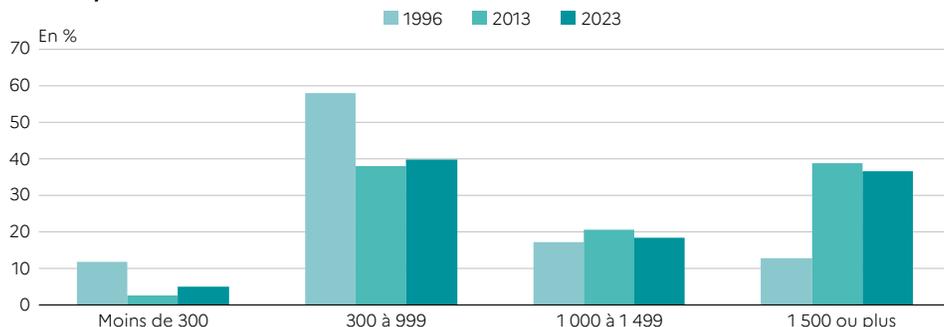
	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2013	233	139	82	59	513
	2023	159	135	85	60	439
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2013	199 262	222 140	160 764	186 798	768 964
	2023	108 389	178 221	157 507	182 660	626 777
Part des accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2013	26	29	21	24	100
	2023	17	28	25	29	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, 2013 et 2023, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2013 et 2023



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2013 et 2023, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France, incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, depuis 2010, 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.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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 2023 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 2008¹ : 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. 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, août). 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., et al.** (2025, à paraître). Accouchements hors établissement de santé. DREES, *Études et Résultats*.

> **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.

> **Combiér, E., et al.** (2020, février). Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. *PLoS ONE* 15(2).

> **Cour des comptes** (2015, janvier). *Les maternités*. Rapport.

> **Dubois, Y.** (2024, juillet). La naissance : caractéristiques des accouchements. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir.). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024* (p. 148-151). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Fresson, J., et al.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

> **Pointet, J., Thélot, H.** (2024, novembre). Les naissances en 2023. Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom. Insee, *Insee Focus*, 339.

 [Fichier supplémentaire en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

[D1 • La naissance : caractéristiques des accouchements](#)

En 2023, 685 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 615 établissements de santé ont traité 20,8 millions de passages. Ce niveau est inférieur de 3,4 % à celui de 2022 et de 4,9 % à celui de 2019, mais supérieur de 11 % à celui de 2013. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu (21 millions de dossiers de régulation en 2023) et 402 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, ou sur le lieu de travail, etc.) par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peuvent être déployées de façon permanente ou saisonnière. 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 auprès des patients en utilisant une voiture simple dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale du Samu. Les structures des urgences accueillent principalement les patients se présentant directement, de leur propre initiative, sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2023, en France, 615 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 685 structures (un établissement peut avoir une autorisation d'urgences

générales et une autorisation d'urgences pédiatriques) [tableau 1]. À ces établissements s'ajoutent 402 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 2023, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (99 %) sont implantés 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 685 structures des urgences et 6 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Les structures des urgences générales peuvent néanmoins prendre en charge des patients de moins de 18 ans : ces derniers représentent 19 % de leurs passages en 2023. 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 (120 structures d'établissements privés à but lucratif et 33 d'établissements privés à but non lucratif), c'est le cas de 4 % seulement de celles autorisées en pédiatrie (3 structures d'établissements privés à but non lucratif).

Une diminution de 3,4 % du nombre annuel de passages en 2023

En 2023, les structures des urgences ont pris en charge 20,8 millions de passages : c'est 3,4 % de moins qu'en 2022 et 4,9 % de moins qu'en 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 [tableau 2 et graphique 1]. En 2023, le nombre de passages diminue dans toutes les régions métropolitaines, tandis qu'il continue à progresser dans les départements

et régions d'outre-mer (DROM). Cette diminution pourrait s'expliquer par les mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients ou en raison du manque de personnel : généralisation progressive du service d'accès aux soins (SAS), fermeture complète de structures d'urgences sur certains créneaux horaires, et mesures de régulation de l'accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au SAS¹. De surcroît, elle est plus marquée dans les urgences pédiatriques (-10,6 %) que dans les urgences générales (-2,5 %), en raison potentiellement d'une épidémie de bronchiolite plus intense fin 2022 que fin 2023 et de la baisse du nombre des naissances en 2022 et 2023.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de structures des urgences selon le statut et l'autorisation au 31 décembre 2023

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structures des urgences				
Structures générales	379	31	120	530
Structures générales et pédiatriques ¹	68	2	0	70
Structures pédiatriques	14	1	0	15
Ensemble	461	34	120	615
SMUR				
SMUR général	358	5	1	364
SMUR général et pédiatrique ¹	15	0	0	15
SMUR pédiatrique	8	0	0	8
Ensemble	381	5	1	387
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 2023, traitements DREES.

1. Les données concernant l'application de ces mesures ne sont pas disponibles pour l'intégralité de l'année 2023, mais selon l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières de 2023, 8 % des points d'accueil ont dû fermer au moins une fois entre mi-mars et mi-juin 2023, et 23 % ont alors mis en place un accès régulé au service, au moins sur certains créneaux horaires.

Sur le long cours, l'activité des urgences augmentait régulièrement avant la crise sanitaire : entre 1996 et 2019, le nombre de passages en France métropolitaine, hors SSA², 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 lent entre 2016 et 2019 (+1,6 % par an en moyenne, en France métropolitaine hors SSA, comme en France, SSA inclus). Il a subi une

baisse inédite en 2020 (-17,4 %), avant d'entamer un rebond en 2021 (+12,4 %) et 2022 (+6,2 %).

40 000 passages ou plus dans l'année pour un quart des structures

En 2023, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 400 patients par an, le nombre moyen de passages étant un peu plus faible dans les structures des urgences pédiatriques (26 400 passages par an en moyenne)

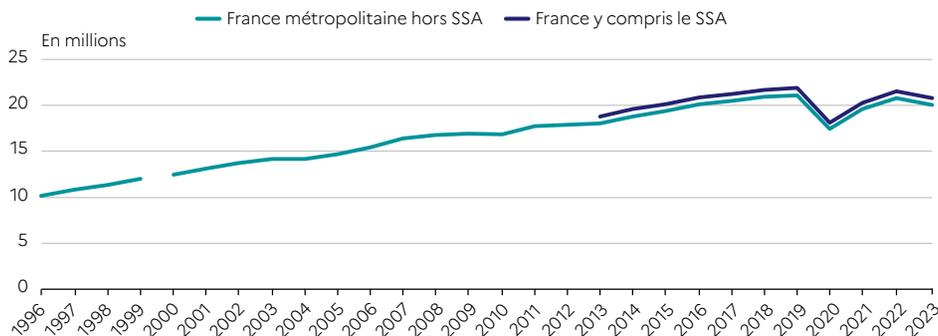
Tableau 2 Nombre de passages aux urgences selon le statut et l'autorisation en 2023

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)	2023	Évolution 2022-2023 (en %)
Structures générales	11 332 488	-3,5	851 670	1,9	2 845 691	-1,7	15 029 849	-2,8
Structures pédiatriques	592 246	-8,7	50 475	-13,8	0	-	642 721	-9,1
Structures générales et pédiatriques, dont :	4 986 291	-4,3	153 238	-5,2	0	-	5 139 529	-4,4
urgences générales	3 443 075	-0,9	92 354	-2,2	0	-	3 535 429	-0,9
urgences pédiatriques	1 543 216	-11,3	60 884	-9,5	0	-	1 604 100	-11,2
Ensemble	16 911 025	-3,9	1 055 383	-0,1	2 845 691	-1,7	20 812 099	-3,4

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

Sources > DREES, SAE 2022-2023, 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 2023, France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA de 2013 à 2023.

Sources > DREES, SAE 1996-2023, traitements DREES.

2. Les données sur le champ de la France, y compris le SSA, ne sont pas disponibles avant 2013.

que dans les structures des urgences générales (30 900 passages par an). Par ailleurs, les structures des urgences générales des cliniques privées sont de plus petite taille (23 700 passages par an en moyenne) que celles des hôpitaux publics (33 100 passages par an) ou que celles des établissements privés à but non lucratif (28 600 passages par an).

En 2023, tous secteurs confondus, 25 % des structures des urgences de France enregistrent 40 000 passages ou plus par an et concentrent 47 % de l'ensemble des passages (tableau complémentaire A). À l'opposé, les structures des urgences recevant moins de 15 000 passages par an représentent 20 % du total des structures et traitent 7 % des passages. Entre 2013 et 2023, le nombre de structures des urgences a diminué de 5 %, alors que le nombre de passages progressait de 11 %, ce qui s'est traduit par une augmentation du nombre de passages par structure (tableau complémentaire B). Au cours de cette même période, le nombre de structures enregistrant 40 000 passages ou plus a progressé de 36 % et la part relative des passages dans ces structures à forte activité a augmenté de 12 points.

Une stabilisation du nombre de dossiers de régulation en 2023

En 2023, les Samu - Centre 15 ont traité 20,7 millions de dossiers de régulation dont 16,3 millions de dossiers de régulation médicale (tableau 3). Leur nombre se stabilise (respectivement -0,1 % et -0,9 % sur un an), après la forte augmentation observée en 2022 (respectivement +13,7 % et +12,8 %), due aux mesures prises à partir de juillet 2022, 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. Entre 2014 et 2019, le nombre de dossiers augmentait modérément et régulièrement (+3,4 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation, +4,6 % en moyenne annuelle pour les dossiers de régulation médicale), mais il avait déjà bondi en 2020 (respectivement +9,1 % et +10,0 %), notamment en raison des recommandations de contacter le Samu avant de se rendre aux urgences pendant la crise sanitaire. Au total, depuis 2014 (première année d'observation disponible), les dossiers de régulation ont augmenté de 48,1 %, et ceux de régulation médicale de 55,4 %.

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	2023
Nombre de dossiers de régulation	13 992 697	15 166 811	15 020 579	15 414 062	16 011 408	16 509 294	18 005 358	18 241 999	20 732 472	20 720 534
Nombre de dossiers de régulation médicale	10 463 954	11 660 157	11 602 781	11 995 821	12 620 973	13 075 978	14 378 424	14 544 291	16 410 126	16 261 017

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

Sources > SAE 2014-2023, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2023 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 à R. 6123-32 du Code de la santé publique).





Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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. 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 des patients. 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 (psychiatriques, ophtalmologiques, etc.) ne sont pas comptabilisés.

> **Nombre de dossiers de régulation** : nombre d'appels téléphoniques reçus au centre de régulation médicale (Samu), décrochés et ayant conduit à l'ouverture d'un dossier. Un dossier de régulation regroupe l'ensemble des informations du patient (médicales et médico-sociales) portées à la connaissance du Samu, intégrant les mesures prises et leur suivi.

> **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. Ce dossier a été porté à la connaissance d'un médecin régulateur, qui a pu effectuer un interrogatoire médical et prendre ou valider une décision.

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.
- > **Delort, L., Delage, S.** (2025, janvier). Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences. DREES, *Études et Résultats*, 1325.
- > **Demoly, E., Deroyon, T.** (2025, mars). Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. DREES, *Études et Résultats*, 1334.
- > **Demoly, E., et al.** (2024, juillet). Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? DREES, *Études et Résultats*, 1305.
- > **Khaoua, H., avec la collaboration de M. Suarez Castillo** (2024, décembre). Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements. DREES, *Études et Résultats*, 1320.
- > **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.** (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.

En 2023, 243 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. 143 100 l'ont été en établissements de santé, dont près de deux sur trois par méthode médicamenteuse. Le taux d'IVG est de 16,8 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, en augmentation constante depuis 1995, hormis pendant la crise sanitaire. La part des IVG réalisées hors établissement de santé continue d'augmenter, atteignant 41 % de l'ensemble des IVG en 2023. La part des IVG pratiquées après 13 semaines d'aménorrhée, correspondant à l'allongement de deux semaines du délai légal de recours à l'IVG depuis mars 2022, représente moins de 1,5 % de l'ensemble des IVG.

En 2023, 243 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France, dont 143 100 IVG en établissements de santé. Après deux années consécutives de baisse des IVG en 2020 et 2021, liée notamment à l'épidémie de Covid-19, la hausse du nombre d'IVG amorcée en 2022 se poursuit, reprenant la tendance à la hausse antérieure à 2019 : +8 700 par rapport à 2022 et +17 700 par rapport à 2019.

Le taux de recours à l'IVG augmente en 2023

En France, en 2023, le taux d'IVG est de 16,8 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (16,8 ‰) [graphique 1]. Il augmente légèrement par rapport à 2022, qui correspondait déjà au plus haut niveau jamais atteint (16,4 ‰). S'il continue d'augmenter dans toutes les régions métropolitaines, le taux de recours¹ varie très fortement d'un département à l'autre, de 8 ‰ en Haute-Loire à 40 ‰ à Paris (respectivement 8 ‰ et 39 ‰ en 2022) [carte 1]. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), il varie de 22 ‰ à Mayotte à 50 ‰ en Guyane (respectivement 21 ‰ et 49 ‰ en 2022). 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'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année². Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, augmente légèrement par rapport à 2022, correspondant déjà à un niveau sans précédent (0,60 en 2023, après 0,58 en 2022).

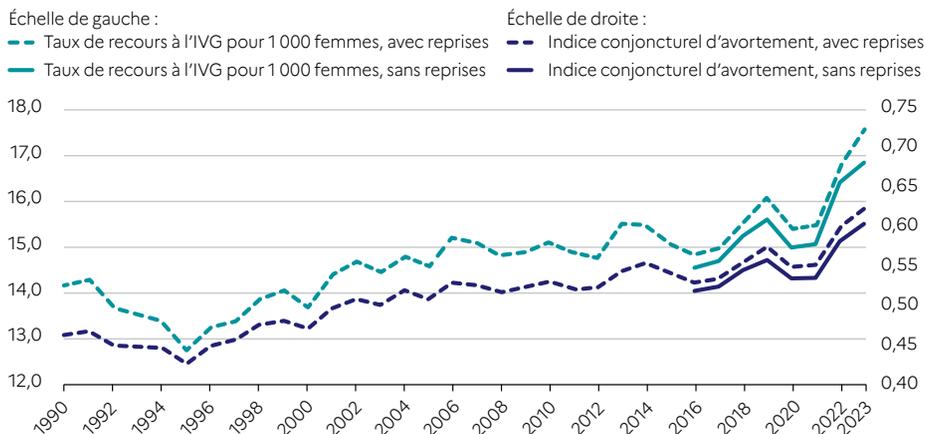
Le nombre d'IVG réalisées en établissements demeure stable

Le nombre d'IVG est stable en établissements de santé depuis trois ans (graphique 2). 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 (ex-centres de planification et d'éducation familiale) en 2009, puis par les sages-femmes libérales en 2016, le nombre d'IVG n'a cessé de diminuer en milieu hospitalier jusqu'en 2021.

1. Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée. Cela fait une différence, par exemple, dans le cas de Paris, où le taux de recours des résidentes est de 16,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, donc identique à celui de la moyenne de la France. Réciproquement, les sept autres départements d'Île-de-France figurent parmi les départements où la part d'IVG réalisées dans le département de résidence est la plus faible.

2. C'est la somme des taux d'IVG de chaque âge, en supposant que les âges sont répartis de façon uniforme, pour neutraliser l'effet de structure. À 0,60, il pourrait signifier qu'en moyenne, 60 % des femmes auront recours à une IVG au cours de leur vie féconde, mais l'interprétation livre un ordre de grandeur surévalué, car le calcul ne tient pas compte des femmes qui auront recours à plusieurs IVG. Un article de recherche publié en 2014 (Mazuy, *et al.*, 2014) estimait qu'une femme sur trois a recours à l'IVG au cours de sa vie, et que celles qui le font y ont recours 1,5 fois, des ordres de grandeur qui correspondraient à un ICA de 0,5.

Graphique 1 Évolution du taux de recours à l'IVG et de l'indice conjonctuel d'avortement depuis 1990



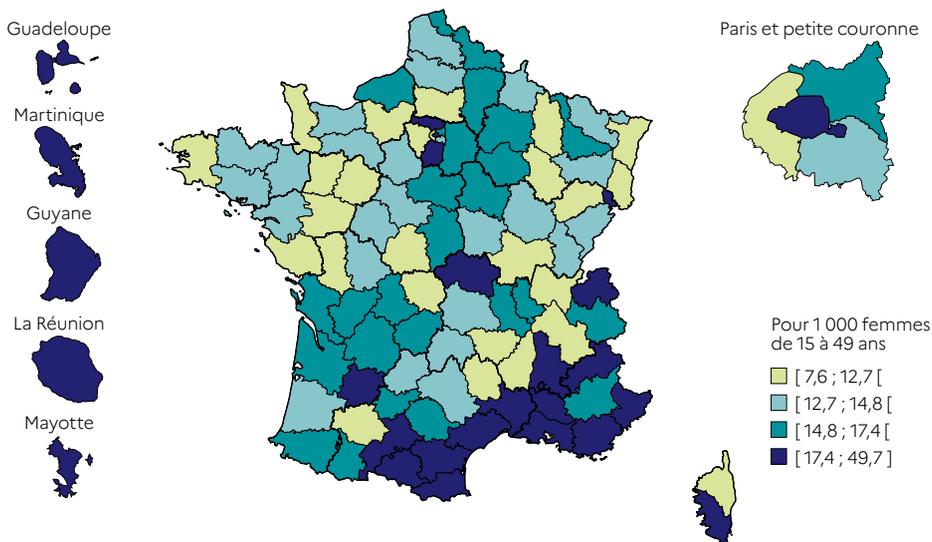
Note > L'indice conjonctuel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année.

Lecture > En 2023, l'ICA est de 0,60. Le taux de recours est de 16,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2024.

Sources > DREES (SAE, PMSI) ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), calculs DREES.

Carte 1 Taux de recours à l'IVG selon le département de réalisation en 2023



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > 8,9 IVG ont été réalisées dans le département de l'Ain, pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans résidant dans le département, en 2023.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.

Sources > SNDS, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Ainsi, la part des IVG réalisées en établissements de santé est de 59 % en 2023 (contre 62 % en 2022 et 80 % en 2016).

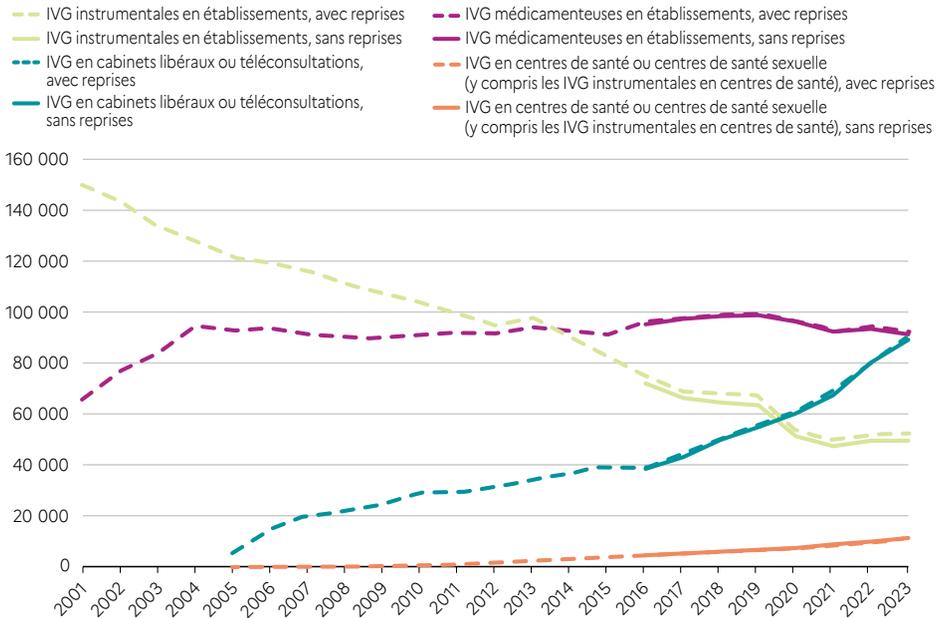
Hors établissement de santé, 89 000 IVG ont été pratiquées en 2023 en cabinets privés (y compris téléconsultations) et 11 500 en centres de santé ou centres de santé sexuelle (tableau complémentaire A). La part des IVG réalisées hors établissement de santé demeure très inégale en fonction des départements. Moins de 2 % des IVG sont pratiquées hors établissement dans les départements de l’Orne, la Sarthe, la Haute-Vienne ou la Creuse [carte 2]. Cette tendance peut être liée aux caractéristiques de la population ou à un déficit d’offre de soins de ville concernant les IVG dans ces départements. À l’inverse, en France métropolitaine, plus de 2 IVG sur 3 sont réalisées hors établissement dans les Hautes-Alpes, en Haute-Saône ou dans les Hauts-de-Seine. Dans les DROM, le taux d’IVG effectuées hors établissement de santé témoigne aussi de fortes disparités et d’une forte

croissance : il atteint 42 % à Mayotte et 82 % en Guyane (contre respectivement 25 % et 75 % en 2022).

La méthode médicamenteuse, utilisée pour la totalité des IVG réalisées en ville (sauf une centaine d’IVG pouvant être effectuées de façon instrumentale en centres de santé depuis 2022), concerne désormais 79 % de l’ensemble des IVG (contre 71 % en 2019 et 31 % en 2001), et 64 % des IVG pratiquées en milieu hospitalier (contre 60 % en 2019).

Les IVG en centres de santé et centres de santé sexuelle représentent 4,7 % du total des IVG en 2023. Cette pratique est davantage répandue en Île-de-France, dans les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, où elle concerne en moyenne 7 % à 8 % des IVG, contre moins de 5 % ailleurs, et jusqu’à 1 % seulement dans le Grand Est ou les Pays de la Loire. En 2023, 225 centres de santé ou centres de santé sexuelle sont concernés, dont plus de 6 sur 10 se situent en Île-de-France.

Graphique 2 Évolution du nombre d’IVG selon le lieu de réalisation depuis 2001



Lecture > En 2023, en excluant les reprises à la suite d’un échec de l’IVG initiale, 89 044 IVG ont été réalisées en cabinet libéral ou téléconsultation.

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

Sources > DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés), calculs DREES.

Les sages-femmes ont réalisé près de la moitié des IVG en cabinets de ville en 2023, et 1 200 sages-femmes ont pratiqué au moins une IVG dans l'année. 1 000 médecins généralistes et 900 gynécologues sont également concernés.

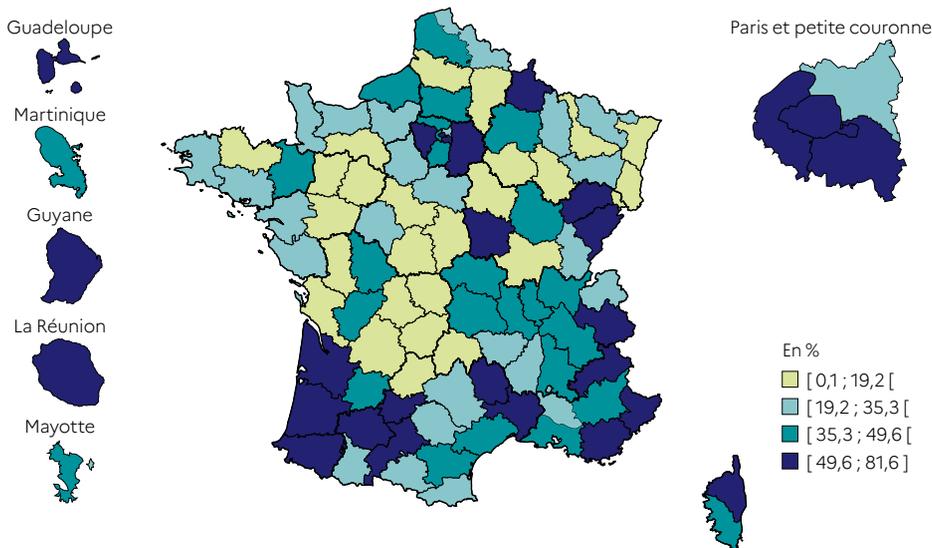
En établissements de santé, la part des IVG pratiquées hors secteur public ne cesse de diminuer

Parmi les IVG réalisées en établissements de santé en 2023, 92 % ont lieu dans le secteur public (contre 60 % en 1990), 3,5 % dans le secteur privé à but non lucratif et 4,5 % dans les établissements privés à but lucratif. Les établissements privés à but lucratif réalisaient 32 % des IVG en 2001 et 19 % en 2010. Ce recul peut s'expliquer, en partie, par la diminution du nombre de maternités privées et le développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral.

Les IVG réalisées après 13 semaines d'aménorrhée représentent une très faible part du total des IVG

Depuis l'allongement du délai légal de recours en mars 2022 pour les IVG réalisées en établissements de santé, les IVG peuvent désormais y être pratiquées jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit 15 semaines d'aménorrhée (SA) +6 jours. 78 % des IVG réalisées en établissements de santé le sont entre 5 et 9 SA. La proportion d'IVG effectuées après 13 SA est estimée entre 2 % et 3 % des IVG 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 réalisées après 13 SA est toujours plus élevée qu'en France métropolitaine, atteignant environ 7 % des IVG en 2023. ■

Carte 2 Part des IVG réalisées hors établissement de santé selon le département de réalisation en 2023



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > 40,3 % des IVG réalisées dans le département de l'Ain ont été réalisées hors établissement de santé en 2023.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.

Sources > SNDS, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

3. Cette incertitude vient du fait que pour certaines IVG réalisées à l'hôpital, les dates des dernières règles et les âges gestationnels sont mal renseignés.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

Depuis 2014, les données sur les IVG 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 interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant les IVG réalisées en cabinets libéraux, centres de santé et centres de santé sexuelle, pour tous les régimes depuis 2010. Le système national des données de santé (SNDS) permet de chaîner les données du PMSI et celles du Sniiram.

Cadragre 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 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. Elle peut être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (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

Toutes les IVG de chaque femme ont été chaînées entre 2016 et 2023, quand c'était possible, et seule la première a été prise en compte lorsque deux interventions étaient espacées de moins de 9 semaines. Il peut s'agir de complications ayant donné lieu à une hospitalisation ou d'un échec de la première méthode utilisée, codés par erreur comme une nouvelle IVG. Ces réinterventions (7 800 en 2023) ne doivent pas être prises en compte dans les statistiques. Cette opération de « dédoublement » 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, à savoir le système national des données de santé (SNDS).

Pour en savoir plus

- > **ARS Guyane** (2022, août). Stratégie régionale santé sexuelle Guyane 2022-2024.
- > **Battistel, M.-N., Muschotti, C.** (2020, septembre). *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse*. Rapport d'information de l'Assemblée nationale, 3343.
- > **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2014, décembre). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69(3).
- > **Vilain, A., Fresson, J., Lauden, C.** (2024, septembre). La hausse des IVG réalisées hors des établissements de santé se poursuit en 2023. DREES, *Études et Résultats*, 1311.

La situation économique du secteur

En 2023, la dépense totale pour les médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital s'élevé à 10,4 milliards d'euros. Il s'agit de ceux inscrits 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 », ainsi que des médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) ou sous autorisation d'accès compassionnel (AAC). Cette dépense augmente de 15,8 % en 2023, après une hausse du même ordre en 2022. Les médicaments onéreux représentent les trois quarts de cette dépense, soit 8,0 milliards d'euros (dont 1,5 milliard d'euros pour les médicaments sous AAP ou AAC), en augmentation de 19,1 % en 2023. La dépense pour les dispositifs médicaux onéreux est en hausse de 5,7 % 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 2023, la dépense consacrée aux médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, et aux médicaments disposant d'une autorisation d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC), s'élevé à 10,4 milliards d'euros. Elle a augmenté de 15,8 % par rapport à 2022, après une hausse comparable en 2022 et en 2021 (respectivement +14,1 % et +15,4 %).

Entre 2018 et 2023, cette dépense a progressé à un rythme beaucoup plus rapide que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+80,7 %, contre +27,7 %). Elle représente 8,5 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux.

La liste en sus recense 114 substances actives en 2023 au titre des médicaments. Ce nombre est quasiment stable depuis 2020. Les médicaments bénéficiant d'une AAP sont pris en charge à 100 % par l'AMO, comme c'était déjà le cas dans le dispositif en vigueur jusqu'en 2021 (ATU, post-ATU)¹. 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. Ces médicaments sous AAP 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 présuées. L'AAP est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits

1. Le système d'accès dérogatoire a été remplacé au 1^{er} juillet 2021 par les dispositifs d'AAP et d'AAC, afin de simplifier les procédures et réduire les délais d'accès aux traitements des patients. L'ancien dispositif 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).

de santé (ANSM) et la Haute Autorité de santé (HAS) pour une indication, sur demande du laboratoire.

Les médicaments disposant d'une AAC sont ceux n'ayant pas vocation à être commercialisés, sans essai clinique en cours et n'ayant fait l'objet d'aucune 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 le prix². 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 2023, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] et en hospitalisation à domicile [HAD]) s'élève à 6,6 milliards d'euros³, soit une hausse de 11,4 % par rapport à 2022 (*graphique 1*). Le nombre d'unités administrées⁴ est en baisse de 3,6 % au cours de l'année 2023. En incluant les dépenses pour les médicaments sous AAP ou AAC, les dépenses s'élèvent à 8,0 milliards d'euros, un montant qui augmente de 19,1 % par rapport à 2022.

Le secteur public (intégrant ici la plupart des établissements privés à but non lucratif)⁵ totalise 84 % de la dépense des médicaments de la liste en sus, le reste étant principalement imputé aux établissements de santé privés à but lucratif.

85 % des remboursements de la liste en sus dédiés aux traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 85 % de la dépense totale de la liste en sus : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux) pour 71 %, et les immunosuppresseurs (L04, traitements de l'activité du système immunitaire) pour 14 %. En 2023, l'augmentation de la classe des antinéoplasiques se poursuit (+13,3 % sur l'année), pour atteindre 4,8 milliards d'euros en dépit d'une baisse des volumes de 2,6 %.

Parmi les substances actives inscrites sur la liste en sus, les cinq qui enregistrent les plus fortes dépenses représentent 57 % de la dépense totale (*graphique 2*). Cette part atteint 69 % pour les dix premières substances, 84 % pour les 20 premières et 92 % 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, radiations ou évolutions de tarifs.

Une augmentation des dépenses pour le pembrolizumab et le daratumumab

Parmi les dix substances actives qui représentent les plus fortes dépenses, sept concernent les antinéoplasiques (médicaments anticancéreux). Depuis 2020, le pembrolizumab occupe le premier poste de dépense, avec 1 674 millions d'euros en 2023 (+14,4 % par rapport à 2022), loin devant le daratumumab, avec 918 millions d'euros (+21,0 %), dont les volumes ont augmenté de 15,9 % en 2023 après deux années de baisse (*graphique 2*). Le troisième poste de dépense est occupé par le nivolumab, qui est également

2. Le laboratoire est soumis au versement de remises annuelles, par tranche de chiffres d'affaires et parfois assorties de majorations (CEPS, 2024).

3. Les médicaments de la liste en sus pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR), hors champ de cette fiche, ne représentent que 72 millions d'euros en 2023.

4. 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.

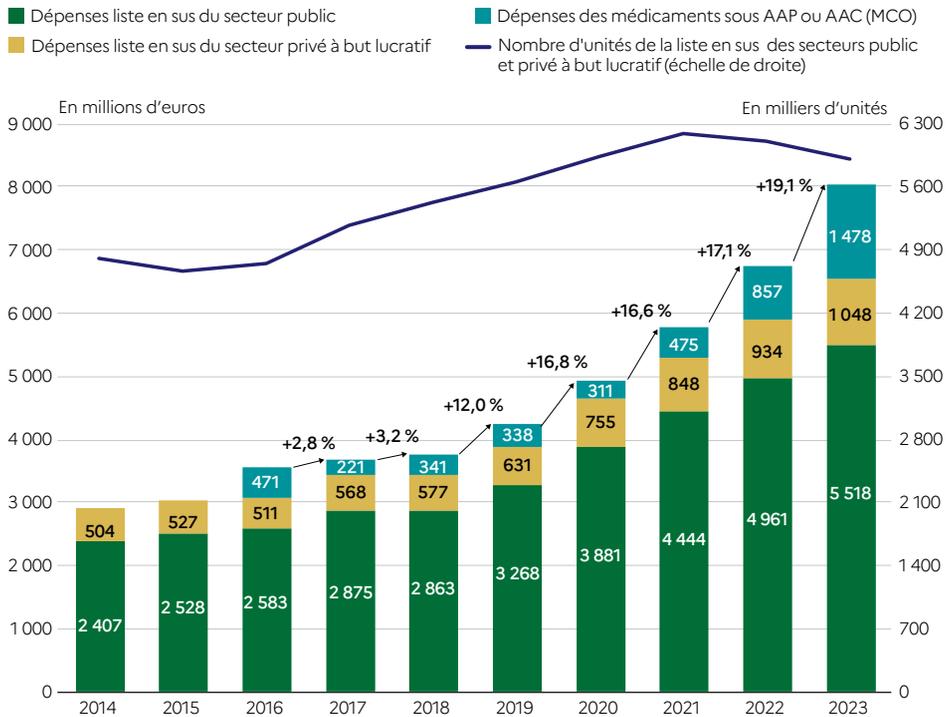
5. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

en progression en 2023, à la fois s'agissant des dépenses (+11,7 %) et du volume (+7,9 %). Depuis 2020, ces trois antinéoplasiques représentent les trois premiers postes de dépenses et totalisent, à eux seuls, près de la moitié de la dépense de la liste en sus en 2023. Comme en 2022, le quatrième poste de dépense est occupé par un anti-infectieux, l'immunoglobuline normale humaine, inscrit sur 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 389 millions d'euros en 2023 (+16,0 % par rapport à 2022).

Le cinquième poste de dépense concerne un immunosuppresseur, substance active de traitement des maladies du système immunitaire, l'ocrelizumab, utilisé dans le traitement de la sclérose en plaques. Ses dépenses comme ses volumes ont augmenté de 14,8 % en 2023, après une hausse de 26,0 % de ces deux composantes en 2022. En revanche, les dépenses de

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus et dépenses de médicaments sous AAP ou AAC depuis 2014



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 et 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, défini ici par le mode de financement, sont comptabilisées les dépenses de la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.

Lecture > En 2023, 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 à but lucratif confondus, s'élève à 8,0 milliards d'euros, en hausse de 19,1 % par rapport à 2022. 5,9 millions d'unités administrées de médicaments de la liste en sus (hors médicaments sous AAP ou AAC) ont été délivrées. Par ailleurs, sur les données 2022, une amélioration méthodologique corrige respectivement les dépenses de médicaments de la liste en sus de -1,5 % et de -0,9 % dans les secteurs public et privé à but lucratif.

Champ > France (hors 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.

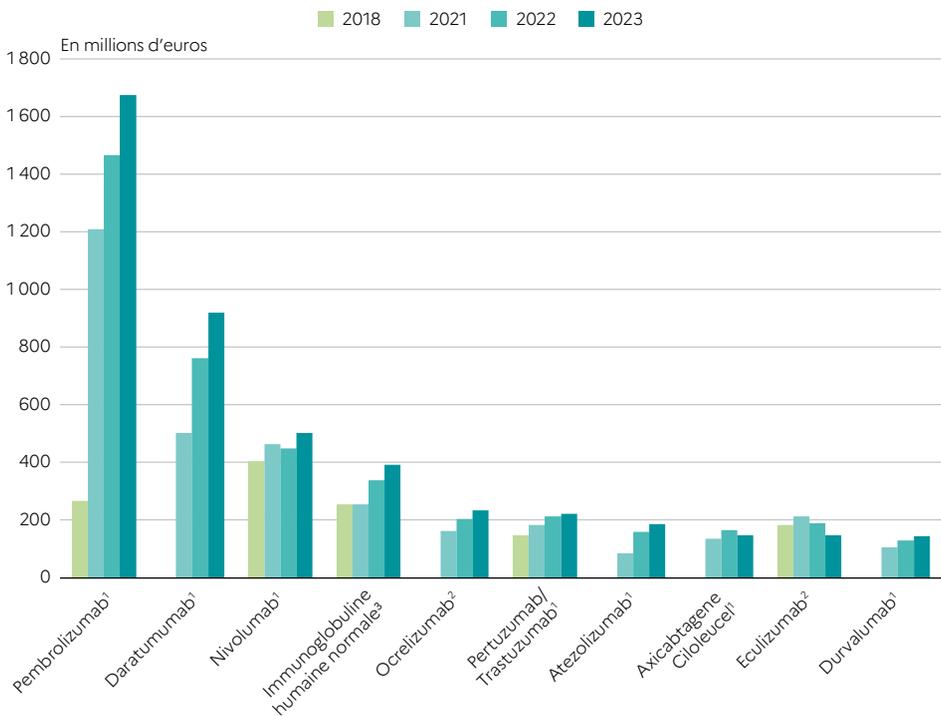
l'éculizumab, autre immunosuppresseur, sont en net recul en 2023 (-21,4 %). Sixième poste de dépense de la liste en sus en 2022, il rétrograde à la neuvième place en 2023.

Les médicaments sous AAP ou AAC en forte hausse en 2023

Les médicaments non rétrocédables⁶ sous AAP ou AAC représentent une dépense de 1 478 millions d'euros dans le champ du MCO en 2023⁷, en forte augmentation (+72,5 % en 2023, après +80,5 % en 2022).

Cinq médicaments sous AAP ou AAC totalisent, à eux seuls, 44 % des dépenses consacrées à ces médicaments et 20 % du nombre d'unités administrées. Le premier est un médicament indiqué dans le traitement du cancer du sein (Enhertu[®]), dont la dépense s'élève à 183,1 millions d'euros et a été multipliée par 2,8 par rapport à 2022. Vient ensuite un médicament à base de pembrolizumab (Keytruda[®]), également indiqué dans le traitement du cancer du sein, qui représente 167,5 millions d'euros et dont la dépense a été multipliée par 2,3.

Graphique 2 Dépenses pour les dix substances actives les plus coûteuses de la liste en sus en MCO et HAD en 2018, 2021, 2022 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Substance active appartenant à la classe des anticancéreux (antinéoplasiques).

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 2023.

Champ > France (hors Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, traitements DREES.

6. Les médicaments non rétrocédables sont ceux délivrés par la pharmacie hospitalière dans le cadre d'une hospitalisation.

7. Les dépenses de médicaments sous AAP ou AAC, en HAD ou SMR, non pris en compte dans cette fiche, ne s'élèvent qu'à 12 millions d'euros en 2023.

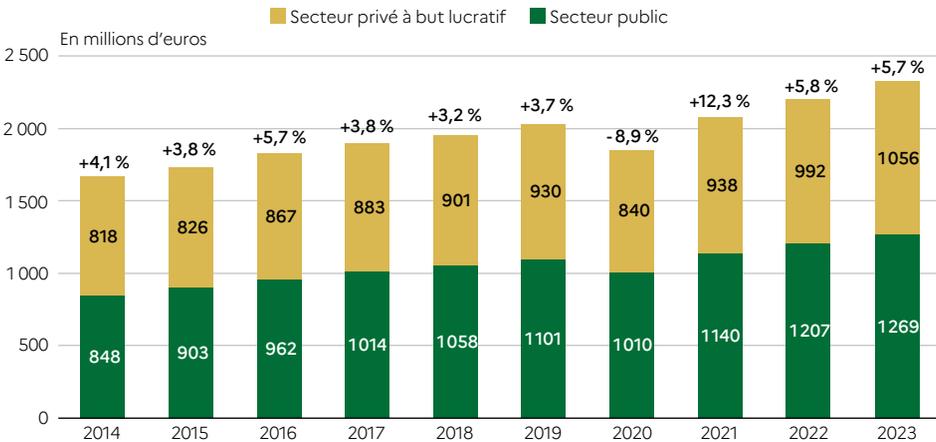
Le troisième est un médicament indiqué dans les traitements des tumeurs du système lymphatique (organes comportant des globules blancs et les vaisseaux qui les transportent) [Yescarta®], qui a été délivré 325 fois pour un montant de 115,3 millions d'euros, soit dix fois plus qu'en 2022, en montant et en volume. Le quatrième est un médicament préconisé dans le traitement du cancer des bronches (Imfinzi®), il totalise une dépense de 108,2 millions d'euros, soit deux fois plus qu'en 2022. Un médicament recommandé dans le traitement du cancer du sein (Trodely®) conserve sa cinquième place en 2023, pour un montant de 67 millions d'euros, en hausse de 113 %.

Une augmentation des dépenses affectées aux 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 2,3 milliards d'euros dans le champ MCO en 2023 (le dispositif n'existe pas en HAD), soit une hausse de 5,7 % par rapport à 2022 (graphique 3). Leur progression est un peu plus prononcée dans le secteur privé à but lucratif (+6,4 %) que dans le secteur public (+5,2 %), dans des proportions comparables à celles de 2022. Ces dépenses avaient déjà augmenté de 12,3 % en 2021, rattrapant la diminution de 2020 due à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Sur cinq ans, les dépenses affectées aux dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 18,7 %. Les dix dispositifs médicaux les plus valorisés pèsent, à eux seuls, 15 % de la dépense totale. Ils concernent uniquement les pathologies cardiaques (valves cardiaques artificielles et stimulateurs). ■

Graphique 3 Dépenses dédiées aux dispositifs médicaux de la liste en sus en MCO depuis 2014



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Dispositifs médicaux (implants, orthèses, prothèses, etc.) pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Note > Dans les dépenses du secteur public sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Par ailleurs, une amélioration méthodologique corrige les dépenses respectivement de -0,06 % et de -0,03 % dans les secteurs public et privé à but lucratif en 2022.

Lecture > Entre 2022 et 2023, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 5,7 %, secteurs public et privé à but lucratif confondus.

Champ > France (hors Mayotte), y compris le SSA, champ MCO.

Source > ATIH, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), en France, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données de son 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 et les médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) ou sous autorisation d'accès compassionnel (AAC), les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ du MCO.

Les chiffres de la dépense pour les 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

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [factures « H » et « P »], fichier complémentaire des médicaments onéreux (« FichComp Med »), tables des dispositifs médicaux implantables (« DMIP ») et des médicaments sous AAP ou AAC (« Medapac ») [voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »].

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).

Dans cette fiche, la distinction entre secteur public et secteur privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.

> **Secteur privé à but lucratif** : il regroupe les établissements de santé à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Pour en savoir plus

> **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2024, décembre). Rapport d'activité 2023.

> **Direction de la Sécurité Sociale** (2024, mai). *Maladie*. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPPS), données 2023.

> **Inspection générale des affaires sociales (Igas), Inspection générale des finances (IGF)** (2024, septembre). *Revue de dépenses : les dispositifs médicaux*.

> **Martin, T., et al.** (2024, octobre). Early access programs for medical devices in France: Overview of recent reforms and outcomes (2015-2022), *Health Policy*, 105146.

> **Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités** (2021, juillet). Refonte du système dérogatoire d'accès aux médicaments. Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle.

La consommation de soins hospitaliers, premier poste de dépense de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), atteint 122 milliards d'euros en 2023, soit 49 % de la CSBM. Les soins hospitaliers restent dynamiques en 2023, avec une hausse de 5,7 % (après +5,8 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2022). Dans le secteur public, les dépenses augmentent de 5,4 % en 2023 : le volume d'activité repart à la hausse (+1,8 %, après -1,2 % en 2022), tandis que les prix ralentissent légèrement (+3,6 %, après +5,9 %). Dans le secteur privé à but lucratif, les dépenses croissent en valeur de 6,7 % en 2023, portées quasi exclusivement par une hausse du volume (+6,3 %). La Sécurité sociale finance près de 93 % des soins hospitaliers. Le reste à charge des ménages à l'hôpital est très faible ; il s'établit à 1,8 % de ces dépenses dans le secteur public et à 6,9 % dans le secteur privé à but lucratif.

Le volume des soins hospitaliers repart à la hausse en 2023

La consommation de soins du secteur hospitalier recouvre l'ensemble des séjours et consultations à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR) et en psychiatrie (voir encadré Sources et méthodes). Celle-ci s'élève à 122,1 milliards d'euros en 2023 (tableau 1). Ces soins hospitaliers représentent 49,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 6,2 % de la consommation finale effective des ménages (graphique 1).

La consommation de soins hospitaliers augmente fortement pour la quatrième année consécutive depuis le début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+5,7 % en 2023, après trois années de progression entre +4 % et +7 %). De 2020 à 2022, cette dynamique en valeur a été entièrement portée par la hausse du prix des soins (+4,6 % en 2022, après +2,8 % en 2021 et +13,4 % en 2020). En volume, en revanche, l'activité a reculé pendant cette période, avec une forte baisse au début de la crise (-6,7 % en 2020), suivie d'un rebond en 2021 (+4,3 %) et d'une nouvelle baisse en 2022 (-0,2 %). En 2023, cette tendance

s'inverse : les prix continuent d'augmenter mais à un rythme moins soutenu (+2,8 %), tandis que l'activité en volume rebondit à nouveau (+2,8 %). En 2023, le volume de soins hospitaliers progresse à la fois dans le secteur privé à but lucratif (+6,3 %, après +3,1 % en 2022) et dans le secteur public¹ (+1,8 %, après -1,2 %). La hausse du taux d'hospitalisation à âge donné est le principal facteur responsable des augmentations observées dans les deux secteurs.

En 2023, le secteur public assure les trois quarts de la consommation de soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers dans le secteur public augmentent de 5,4 % en 2023, après +4,6 % en 2022 (tableau 1). Elles représentent 93,7 milliards d'euros en 2023, soit 77 % de l'ensemble des soins hospitaliers.

En 2023, le volume d'activité repart à la hausse (+1,8 %, après -1,2 % en 2022), porté par l'activité en MCO (également +1,8 %, après -1,2 % en 2022). Malgré cette reprise, le volume d'activité pour l'ensemble de l'hôpital public demeure inférieur de 4,7 % à son niveau de 2019, et de 2,8 % en MCO (tableau complémentaire A). En psychiatrie et en SMR, le volume des soins augmente

1. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

en 2023 (de respectivement +0,7 % et +2,5 %), mais reste inférieur de respectivement 14,2 % et 11,5 % à son niveau de 2019.

La revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023, à laquelle s'ajoutent des mesures spécifiques aux professionnels de santé, telles que la revalorisation des indemnités de garde ou de l'indemnité forfaitaire de sujétion, entraîne une augmentation des rémunérations des salariés de 4,7 % dans le secteur hospitalier public, prolongeant la tendance à la hausse observée pendant la crise sanitaire (+5,3 % en 2022, après +7,4 % en 2021). Ce dynamisme des rémunérations continue de soutenir la croissance en valeur de la consommation des soins hospitaliers publics (estimée

par les coûts de production) [graphique 2]. Par ailleurs, les consommations intermédiaires progressent également en 2023, selon les premières estimations disponibles. Cette augmentation est notamment due à la hausse des prix des matières premières, en particulier de l'énergie, dont les effets se manifestent avec retard dans le secteur hospitalier public.

En définitive, la valeur des soins délivrés par le secteur public croît de nouveau fortement en 2023 (+5,4 %, après +4,6 % en 2022 et +6,5 % en 2021). Cette augmentation s'explique par une nouvelle hausse du prix des soins délivrés par l'hôpital public (+3,6 %, après +5,9 % en 2022), tandis que le rebond de l'activité en volume reste limité.

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	2023
Ensemble (en milliards d'euros)		87,4	89,6	91,0	92,9	94,5	95,7	97,7	103,3	110,7	115,5	122,1
Évolution (en %)	Valeur	2,6	2,6	1,5	2,1	1,7	1,3	2,1	5,8	7,2	4,4	5,7
	Volume	1,3	2,2	2,2	2,3	1,1	1,1	0,4	-6,7	4,3	-0,2	2,8
	Prix	1,3	0,3	-0,6	-0,3	0,6	0,1	1,7	13,4	2,8	4,6	2,8
Secteur public (en milliards d'euros)		66,8	68,5	69,6	71,0	72,2	73,0	74,5	79,8	85,0	88,9	93,7
Évolution (en %)	Valeur	3,0	2,5	1,6	2,0	1,8	1,1	2,0	7,1	6,5	4,6	5,4
	Volume	1,2	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,8
	Prix	1,8	0,6	-0,4	0,1	1,2	0,6	2,1	16,0	3,7	5,9	3,6
Secteur privé à but lucratif (en milliards d'euros)		20,6	21,1	21,4	21,9	22,2	22,7	23,1	23,5	25,7	26,6	28,4
Évolution (en %)	Valeur	1,4	2,7	1,2	2,4	1,4	1,9	2,2	1,5	9,3	3,7	6,7
	Volume	1,6	3,1	2,4	3,8	2,9	3,2	1,6	-3,5	9,5	3,1	6,3
	Prix	-0,2	-0,4	-1,2	-1,4	-1,4	-1,2	0,6	5,3	-0,2	0,5	0,4
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)		46,8	46,9	46,8	46,8	46,9	46,9	46,9	48,9	48,6	48,8	49,1

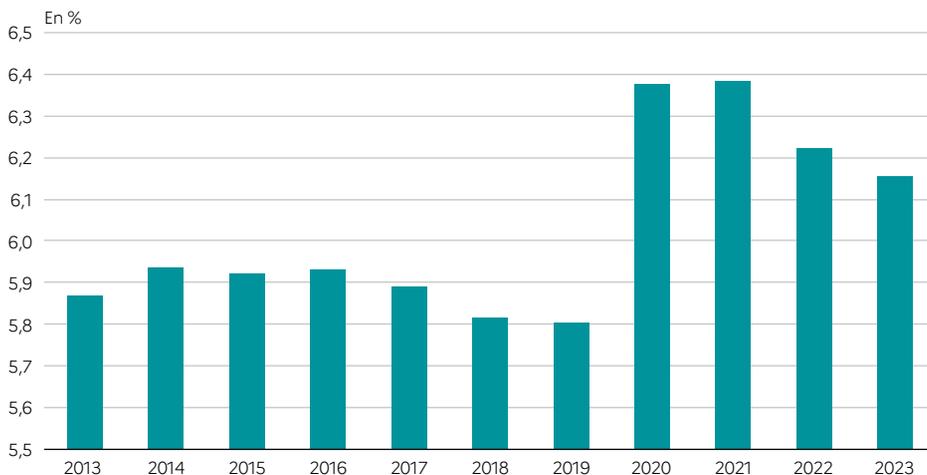
Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Lecture > En 2023, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 122,1 milliards d'euros. Elle augmente de 5,7 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,8 % et une hausse des prix de 2,8 %.

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

Source > DREES, comptes de la santé.

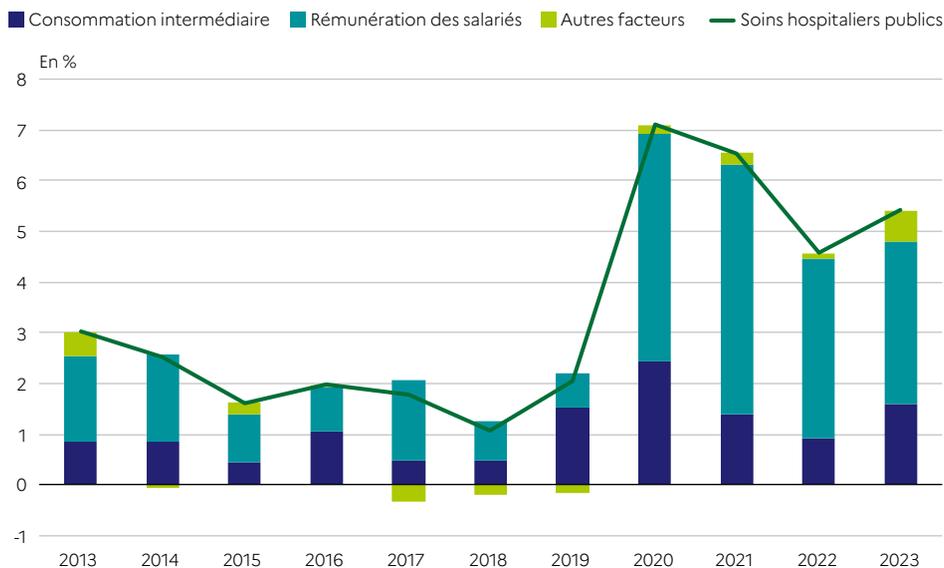
Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2013



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.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public en valeur et contributions de ses composantes depuis 2013



Note > Le secteur public regroupe les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif. 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 5,4 % en 2023, dont 3,2 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 28 milliards d'euros en 2023

En 2023, les soins hospitaliers fournis par le secteur privé à but lucratif s'élevaient à 28,4 milliards d'euros, en augmentation de 6,7 %, après +3,7 % en 2022 (tableau 1). Les soins hospitaliers du secteur privé à but lucratif comprennent, d'une part, les honoraires des praticiens libéraux exerçant en clinique (représentant 32 % de la valeur des soins, soit 9,2 milliards d'euros en 2023) et, d'autre part, la rémunération des cliniques (19,2 milliards d'euros en 2023) [tableau 2].

Les honoraires des praticiens libéraux, qui sont principalement perçus par des médecins spécialistes, restent très dynamiques et accélèrent même en 2023 (+9,1 %, après +5,9 % en 2022).

La rémunération des cliniques privées s'accroît également en 2023 (+5,6 %, après +2,6 % en 2022). À l'exception des forfaits, les différentes composantes de dépenses sont en hausse en 2023. Après avoir ralenti en 2022, les dépenses en MCO accélèrent fortement en 2023 (+1,9 % en 2022, puis

+7,5 % en 2023). Cette évolution s'explique par une augmentation du nombre de séjours, portée par une hausse du recours à l'hospitalisation.

La consommation de SMR continue de croître en 2023 (+3,2 %, après +2,1 % en 2022). Cette hausse s'explique par un rebond de l'activité à temps complet, mais surtout par le maintien de la tendance haussière de l'activité à temps partiel.

La consommation de soins d'HAD continue de progresser en 2023 (+5,4 %), après une année de forte hausse en 2022 (+8,4 %), la crise sanitaire ayant déporté une partie de l'activité vers le domicile des patients. Les dépenses de psychiatrie décélérent légèrement par rapport à 2022, mais restent dynamiques (+3,8 %, après +4,8 %).

Les dépenses des médicaments de la liste en sus ou en accès dérogatoire² sont très dynamiques, après avoir été également en forte croissance l'année précédente (+11,7 % en 2023, après +9,6 % en 2022). En 2023 comme en 2022, cette évolution est notamment portée par les antinéoplasiques (ralentisseurs de développement des tumeurs).

Tableau 2 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé à but lucratif de 2021 à 2023

	Niveaux (en millions d'euros)			Répartition (en %)	Évolutions (en %)	
	2021	2022	2023	2023	2022	2023
Honoraires des praticiens	7 930	8 399	9 166	32,3	5,9	9,1
Rémunérations des cliniques	17 747	18 217	19 244	67,7	2,6	5,6
MCO et HAD	11 832	12 060	12 967	45,6	1,9	7,5
SMR (ex-SSR)	2 613	2 668	2 753	9,7	2,1	3,2
Psychiatrie	954	999	1 038	3,7	4,8	3,8
Médicaments en sus ou en accès dérogatoire ¹	689	755	844	3,0	9,6	11,7
Dispositifs médicaux en sus ¹	800	842	890	3,1	5,3	5,7
Forfaits et assimilés ²	859	893	753	2,6	3,9	-15,7
Secteur privé	25 677	26 616	28 410	100	3,7	6,7

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

1. Y compris remises.

2. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, forfait journalier, forfait complémentaire santé solidaire (C2S), forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

Note > La ligne MCO et HAD comprend également les dotations (Migac, Ifac, garantie de financement et coefficient prudentiel).

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

Source > DREES, comptes de la santé.

2. Voir fiche 21, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », sur un périmètre toutefois légèrement différent, car les estimations n'y intègrent notamment pas les remises.

Enfin, les dotations, qui incluent la garantie de financement (GF), les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), l'incitation financière à la qualité (Ifaq), ainsi que le coefficient prudentiel, sont divisées par deux (-55,8 % entre 2022 et 2023, passant de 2 801 à 1 237 millions d'euros). Cela s'explique par la cessation de la GF, après des baisses progressives entre 2020 et 2022.

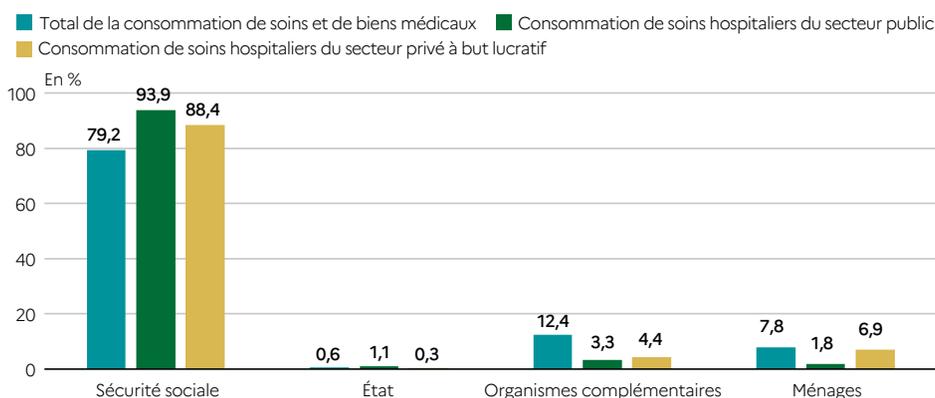
Le financement par l'Assurance maladie se stabilise après une hausse durant la crise

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (graphique 3). En 2023, elle prend en charge 93,9 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 88,4 % de celle du secteur privé à but lucratif. Les autres acteurs

financent une part beaucoup plus faible des soins hospitaliers : entre 3 % et 5 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, autour de 1 % pour l'État (aide médicale de l'État [AME] et dépenses au titre des anciens combattants). Les organismes complémentaires financent, par ailleurs, des frais d'hébergement à l'hôpital (suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc.), qui ne sont pas comptabilisés dans le champ de la CSBM détaillée ici.

En 2023, le reste à charge des ménages représente 3,0 % de la dépense pour les soins hospitaliers. Cette part financée directement par les ménages est sensiblement plus élevée (6,9 %) dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur public (1,8 %). ■

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2023



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

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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.

Sources

Les résultats globaux présentés dans cette fiche sont issus des comptes de la santé, qui visent à mesurer la consommation de soins et de biens médicaux en France.

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 hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif. Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers du secteur public y est donc 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 de santé à but lucratif. Dans les comptes de la santé, le secteur privé est considéré comme un secteur marchand : la consommation de soins y est donc calculée à partir des recettes des cliniques hors subventions.

> **Consommation de soins hospitaliers** : elle regroupe l'ensemble des services fournis par les établissements de santé publics ou privés à but lucratif dans le cadre du traitement de l'état de santé des patients. Elle inclut les soins des séjours et consultations 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. Ces soins couvrent l'ensemble des activités réalisées à l'hôpital, à l'exception des soins de longue durée (SLD), qui sont hors champ de cette fiche. Ils couvrent ainsi la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ; les soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui concernent notamment la prise en charge après des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ; la psychiatrie (PSY), qui accueille des patients souffrant de troubles psychiques ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD) et les urgences.

> **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. La consommation intermédiaire n'inclut pas l'usure des actifs fixes mobilisés pour la production (la production des soins hospitaliers dans le cas présent). Celle-ci est enregistrée dans la consommation de capital fixe.

> **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : elle représente la valeur totale des biens et services consommés concourant 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 relatives, notamment, à la gestion et au fonctionnement du système, ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs 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 résidents 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

> **Didier, M., Lefebvre, G. (dir.)** (2024, novembre). *Les dépenses de santé en 2023. Résultats des comptes de la santé - Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Lapinte, A., Pollak, C. et Solutareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

En 2023, la dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics s'amplifie, en raison de la détérioration inédite de leur résultat d'exploitation. Leur déficit s'élève à 2,4 milliards d'euros, après 1,3 milliard en 2022, soit 2,3 % de leurs recettes, une proportion encore jamais observée depuis 2005. Les dépenses progressent fortement (+6,6 %) pour tous les grands titres de charges, et plus particulièrement celles à caractère hôtelier et général, dans un contexte de hausse des prix des matières premières, notamment de l'énergie. Les recettes augmentent un peu plus modérément (+5,6 %), 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. 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 depuis 2020 en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. En revanche, l'augmentation de la durée apparente de la dette est sans précédent (+10 ans depuis 2020), reflétant la difficulté des établissements à rembourser leurs dettes sur leurs ressources propres.

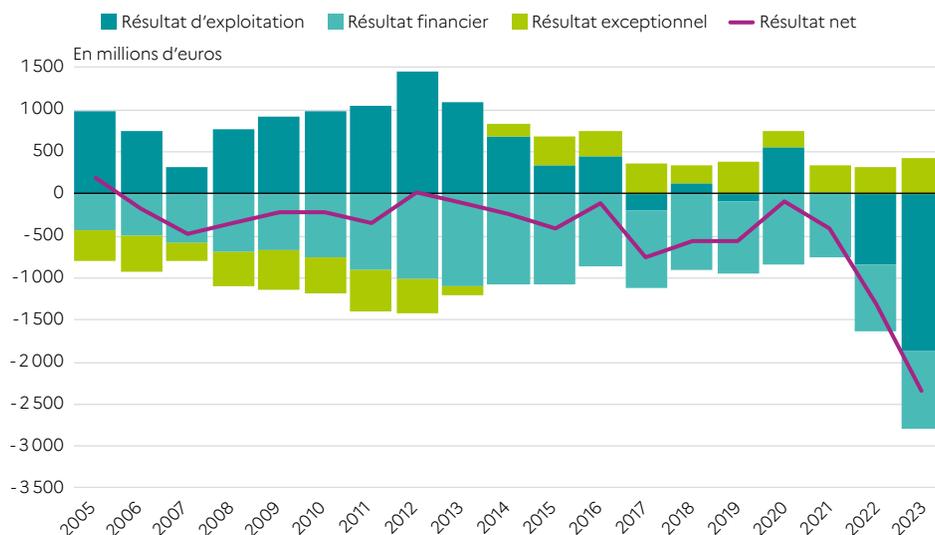
Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent avec une ampleur sans précédent en 2023

En 2023, le déficit global (résultat net négatif) des hôpitaux publics atteint 2,4 milliards d'euros¹, après 1,3 milliard en 2022 et 565 millions en 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (*graphique 1*). Cette très nette détérioration s'explique notamment par la sortie progressive des dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, dans un contexte inflationniste. Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,3 % en 2023 (après -1,3 % en 2022 et -0,7 % en 2019) [*tableau 1*], une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations.

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 2023, leurs évolutions respectives, qui restent contrastées, confirment et exacerbent

les tendances observées en 2022. La détérioration de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la dégradation sans précédent du résultat d'exploitation en 2022 et 2023. Le déficit d'exploitation, qui avait déjà atteint un point bas en 2022 (à -847 millions d'euros), a plus que doublé en 2023, chutant à -1,9 milliard d'euros (*graphique 1*). Cela s'explique par la forte augmentation des dépenses d'exploitation ainsi que par la réduction, parfois même la suppression, des dispositifs de concours exceptionnels. Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif, en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -907 millions d'euros en 2023, après -792 millions d'euros en 2022. 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 à la hausse depuis 2022, dans un contexte de remontée des taux d'intérêt. À l'inverse, le résultat exceptionnel, qui est le seul

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 »).

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005

Note > 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 2014

Catégorie	2023		Excédent ou déficit de 2014 à 2023 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des hôpitaux publics	801	100	-0,3	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4	-1,3	-2,3
AP-HP	1	9,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2	-3,9
Autres CHR	31	29,7	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3	-1,3
CH spécialisés en psychiatrie	82	7,3	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2	2,0
CH ex-hôpitaux locaux	184	2,7	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3	-2,9
Très grands CH	172	73,5	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3	-2,2
Grands CH	144	14,1	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6	-2,4
Moyens CH	277	10,0	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4	-2,5
Petits CH	208	2,4	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6	-3,0

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

Note > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques. Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories, en fonction de leur taille, mesurée 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 CHR, CH spécialisés en psychiatrie et CH ex-hôpitaux locaux).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

à être excédentaire (depuis 2014), augmente et dépasse son niveau d'avant crise (435 millions d'euros en 2023, contre 388 millions d'euros en 2019). Il est à son plus haut niveau depuis 2005.

Les trois quarts des établissements sont déficitaires, un niveau inédit

La dégradation de la situation financière des hôpitaux en 2023 concerne toutes les catégories d'établissements² à des degrés variés. Les centres hospitaliers régionaux (CHR), hormis l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ainsi que les ex-hôpitaux locaux, connaissent l'évolution la plus défavorable en 2023 : leur résultat net représente respectivement -1,3 % et -2,9 % de leurs recettes (après -0,3 % et -1,3 % en 2022). La situation financière de l'AP-HP reste cependant la plus dégradée : son résultat net s'établit à -3,9 % de ses recettes, après -3,2 % en 2022 (tableau 1). À l'inverse, les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie sont la seule catégorie d'établissements dont le résultat net n'est pas déficitaire, malgré un léger recul : il représente 2,0 % de leurs recettes en 2023 (après 2,2 % en 2022).

Les trois quarts (75 %) des hôpitaux publics sont déficitaires en 2023 (après 65 % en 2022), une proportion nettement 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 (-2,8 milliards d'euros en 2023, après -1,8 milliard en 2022), mais il est plus largement partagé : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 48 établissements, après 39 en 2022 (et 42 en 2019). L'AP-HP représente, à elle-seule, 13 % du déficit cumulé en 2023³, soit un peu moins qu'en 2022 (16 %). Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 421 millions d'euros en 2023, après 506 millions en 2022. La concentration de cet excédent s'accroît : la moitié est imputable à 15 établissements, contre 18 en 2022.

Tous les titres de produits continuent leur progression

La progression des recettes totales des hôpitaux publics se poursuit et s'accroît en 2023 (+5,6 %, après +4,1 % en 2022). Les recettes atteignent 103,6 milliards d'euros en 2023 (après 98,0 milliards d'euros en 2022), dont 90,5 % comptabilisés dans le budget principal⁴ (93,7 milliards d'euros).

Les produits du budget principal sont usuellement ventilés par nature en trois titres de produits, et les charges en quatre titres⁵ (tableau 2). La progression des produits du budget principal s'observe pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents. L'Assurance maladie finance le

2. 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.

3. En 2023, les recettes et dépenses de l'AP-HP représentent respectivement 9,1 % et 9,3 % de l'ensemble des recettes et dépenses des hôpitaux publics.

4. 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 des 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.

5. 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 non sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs de 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).

budget principal des hôpitaux publics à hauteur de 75,9 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 5,7 % par rapport à 2022 (71,8 milliards d'euros) et de 30,1 % par rapport à 2019 (58,3 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, baisse pour la deuxième année consécutive (76,4 % en 2023, après 77,1 % en 2022), mais reste supérieure à son niveau d'avant crise (75,2 % en 2019). L'année 2023 est une année de transition, en sortie de crise sanitaire, avec une reprise de l'activité significative (voir fiche 3, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Les mesures budgétaires directement liées à la crise sanitaire enregistrent ainsi un net recul. La hausse de la contribution de l'Assurance maladie au cours de la période 2020-2022 provenait principalement

de la mise en place de la garantie de financement⁶ (GF), un dispositif qui s'est traduit par des versements⁷ permettant de compenser la baisse des recettes des établissements de santé, pour l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A). En 2023, la GF est remplacée par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité⁸ (SMA), qui permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile tout en incitant à la reprise de l'activité, avec des versements reposant à 70 % sur le montant de la GF versé en 2022 et à 30 % sur les recettes d'activité de l'année. Pour les hôpitaux publics, les versements au titre de la GF, puis de la SMA⁹, s'élèvent à 2,5 milliards d'euros en 2020, 1,6 milliard d'euros en 2021, 1,8 milliard d'euros en 2022 (Cour des

Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2019

En milliards d'euros

	2019	2020	2021	2022	2023
Produits					
Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7	74,4	79,6	85,1	88,7	93,7
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	77,6	83,4	88,9	93,1	99,4
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8	75,9
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6	5,8
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7	17,7
Charges					
Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6	75,1	79,8	85,4	89,7	95,6
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	78,2	83,6	89,3	94,1	101,3
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9	60,8
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9	21,0
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0	12,0
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3	7,5

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, traitements DREES.

6. Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de 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).

7. « 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).

8. Les modalités de ce mécanisme sont décrites dans l'arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023.

9. Les champs de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation (SMR) ne bénéficient pas de la SMA en raison des mécanismes de sécurisation des recettes déjà prévus dans le cadre de la transition vers leurs nouveaux modèles de financement, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 pour la psychiatrie (avec une application pleine prévue pour 2026), et depuis le 1^{er} juillet 2023 pour le champ des SMR (avec une disparition du dispositif transitoire prévue pour 2028), où la garantie de financement a ainsi été prolongée jusqu'au 30 juin 2023 (PLFSS pour 2025, Annexe 6).

Comptes, 2023) et 1,1 milliard d'euros en 2023 (PLFSS pour 2025, Annexe 5). Des ressources supplémentaires ont également été allouées aux établissements de santé pour compenser les revalorisations salariales accordées en vue de renforcer l'attractivité des carrières, ainsi que pour lutter contre l'inflation.

Les ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 4,6 %, atteignent 5,8 milliards d'euros en 2023 (après 5,6 milliards d'euros en 2022). Elles représentent 5,9 % des produits, soit 1,3 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), en hausse de 12,5 %, atteignent 17,7 milliards d'euros (après 15,7 milliards d'euros en 2022) et représentent 17,8 % des produits, comme en 2019 (17,7 %). 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 : +6,6 % en 2023, après +5,1 % en 2022, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise (entre 2005 et 2019). Les dépenses sont estimées à 105,9 milliards d'euros (après 99,4 milliards d'euros en 2022), dont 90,3 % comptabilisés dans le budget principal (95,6 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2023 est supérieure à celle des recettes (+5,6 %), ce qui explique le creusement du déficit.

La progression des charges du budget principal, qui s'observe pour tous les titres définis dans la nomenclature budgétaire, est particulièrement marquée pour les dépenses à caractère hôtelier et général. Les dépenses de personnel (titre 1), en forte hausse depuis 2020, progressent de 5,0 %

en 2023, à un rythme légèrement moins soutenu que celui des années précédentes (+5,5 % en 2022 et +7,1 % en 2021), mais nettement plus élevé que pendant la période précédant la crise (+2,3 % par an en moyenne entre 2005 et 2019). En 2023, la progression des charges de personnel s'opère principalement sous l'impulsion de plusieurs mesures salariales : la revalorisation du point d'indice de la fonction publique, le versement d'une prime de pouvoir d'achat pour lutter contre l'inflation, ainsi que la pérennisation de mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers du secteur sanitaire (majoration des indemnités de garde et de sujétion, correspondant à la valorisation du temps de travail réalisé dans le cadre de la permanence des soins, c'est-à-dire les nuits, week-ends et jours fériés). Cette dynamique s'explique aussi par une légère augmentation des effectifs salariés (voir fiche 7, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »). Les dépenses de personnel des hôpitaux publics atteignent ainsi 60,8 milliards d'euros en 2023, après 57,9 milliards en 2022. Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, recule cependant (60,0 %, après 61,6 % en 2022).

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 encore de 5,3 % en 2023, soit légèrement moins que les années précédentes (+6,2 % en 2022 et +9,6 % en 2021). Les dépenses à caractère médical atteignent ainsi 21,0 milliards d'euros en 2023 et représentent 20,7 % des charges (après 21,2 % en 2022). Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 12,0 milliards d'euros. Elles bondissent de 34,5 %, après +5,3 % en 2022, en raison de l'augmentation des prix des matières premières, en particulier de l'énergie, et plus globalement de l'inflation générale. Leur part dans les charges progresse ainsi de 2,4 points, atteignant 11,9 %.

Les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), qui représentent 7,4 % des charges, poursuivent leur hausse (+2,6 %). Ils atteignent 7,5 milliards d'euros en 2023.

L'effort d'investissement des hôpitaux poursuit sa reprise

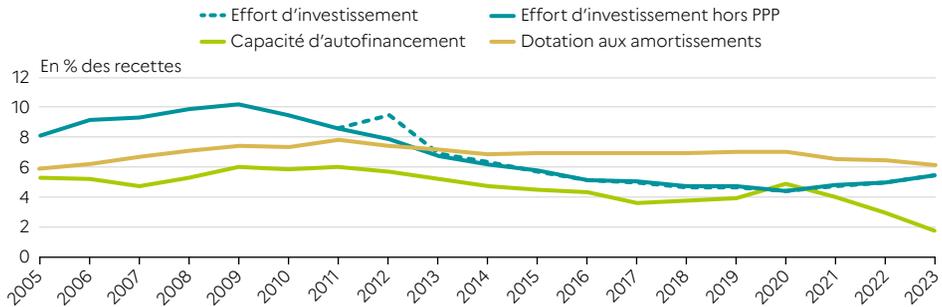
L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, s'est ensuite tendancielllement orienté à la baisse. Il marque cependant un rebond depuis 2021 et atteint 5,4 % des recettes en 2023 (après 5,0 % en 2022 et un point bas de 4,4 % en 2020) [graphique 2], le plus haut niveau observé depuis 2015 (5,7 %). Les investissements représentent 5,6 milliards d'euros en 2023, après 4,9 milliards d'euros en 2022.

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 loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 2021, article 50). Ces dispositifs prévoient des aides destinées à soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux ou à leur transformation, tout

en maîtrisant leur endettement. L'engagement de 19 milliards d'euros sur dix ans comprend 13 milliards d'euros alloués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour couvrir une part donnée des échéances d'emprunts passés ou à venir des établissements, en capital et en intérêts pour investir¹⁰ et 6 milliards d'euros intégrés au plan France Relance.

Sur l'enveloppe globale, 9 milliards d'euros ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé : 7,5 milliards d'euros pour les investissements structurants¹¹ et 1,5 milliard d'euros, durant la période 2021-2025, pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. 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

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 » 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 explique la rupture de série en 2011.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

^{10.} Plus précisément, les 13 milliards prévus par la LFSS pour 2021 seront versés par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sous forme de dotations, la CNAM étant elle-même alimentée via l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) par les crédits issus des emprunts contractés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Les 6 milliards intégrés au plan France Relance seront versés sous forme de subventions par l'intermédiaire du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS).

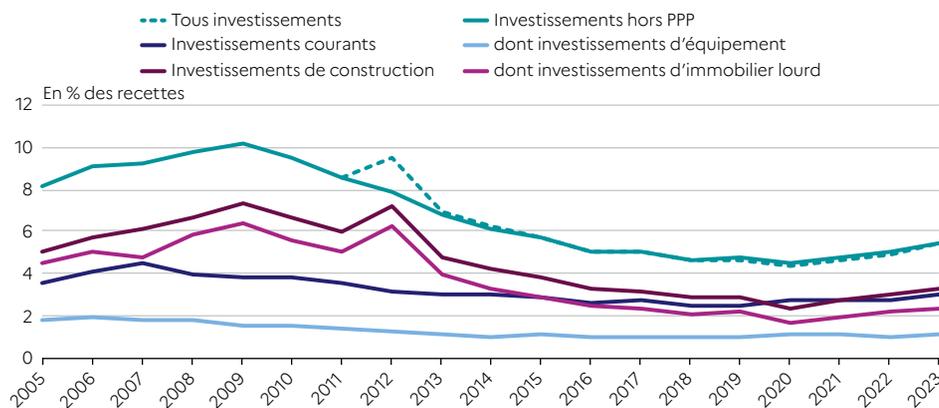
^{11.} Dont 6,5 milliards alloués par la Cades, permettant de couvrir des charges d'emprunts des établissements qui investissent. Sur ces 6,5 milliards d'euros, 507 millions d'euros ont été versés aux établissements de santé depuis 2021 (16 millions en 2021, 92 millions en 2022 et 399 millions en 2023).

prises en charge des personnes âgées et 2 milliards d'euros en faveur du numérique en santé, dont 600 millions d'euros réservés au secteur médico-social. À l'exception des crédits dédiés au numérique en santé, les enveloppes d'aides aux investissements sont sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS), selon un processus décrit dans la circulaire du 10 mars 2021. En 2023, la relance des investissements hospitaliers s'observe à la fois pour les investissements de construction et « courants », à des rythmes toutefois contrastés. Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, progresse pour la troisième année consécutive, bien que plus modérément (+0,2 point, après +0,3 point en 2021 et 2022). Il atteint 3,2 % des recettes en 2023 (contre 2,8 % en 2019, avant la crise sanitaire) [graphique 3]. L'évolution récente est cependant à nuancer : le renchérissement, depuis 2022, des coûts de construction en raison de la hausse des prix des matériaux et de l'énergie participe à

l'augmentation du montant investi pour une opération donnée. L'effort d'investissement courant présente sa plus forte croissance depuis 2007 (+0,3 point), notamment avec la reprise des investissements d'équipement, qui en font partie (+0,1 point, après -0,1 point en 2022).

Le financement des investissements hospitaliers fait intervenir des sources variées, internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions et emprunts). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer le financement de leur investissement, se replie fortement depuis 2021, en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Elle atteint 1,7 % des recettes en 2023 (après 2,9 % en 2022 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut). L'effort d'investissement reste nettement supérieur à la CAF. Cet écart est observé depuis 2005 (année 2020 mise à part), mais il se creuse, ce qui traduit une baisse de la part des investissements financés par les ressources propres de l'établissement (FHF et Banque postale, 2024).

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 sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé » 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 explique la rupture de série en 2011. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les centres hospitaliers régionaux).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, traitements DREES.

Enfin, la dotation aux amortissements¹² augmente légèrement, mais plus lentement que les recettes. Sa part dans ces dernières, stable autour de 7,0 % entre 2014 et 2020, baisse depuis, et s'établit à 6,1 % en 2023 (après 6,4 % en 2022). L'effort d'investissement demeure inférieur à la dotation aux amortissements, ce qui témoigne d'une baisse du capital productif accumulé, qu'on enregistre sans discontinuer depuis 2013. L'écart entre dotation aux amortissements et investissement brut se réduit toutefois pour la troisième année consécutive.

La baisse continue de l'investissement hospitalier depuis les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 jusqu'en 2020 (en part de recettes) 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 2023 pour les constructions, avec un taux de vétusté qui atteint 58,5 % (après 57,1 % en 2022). La problématique de renouvellement du bâti reste donc centrale, malgré la relance des investissements. Certaines opérations susceptibles d'être financées par ce biais n'ont pas encore été réellement lancées, le contexte

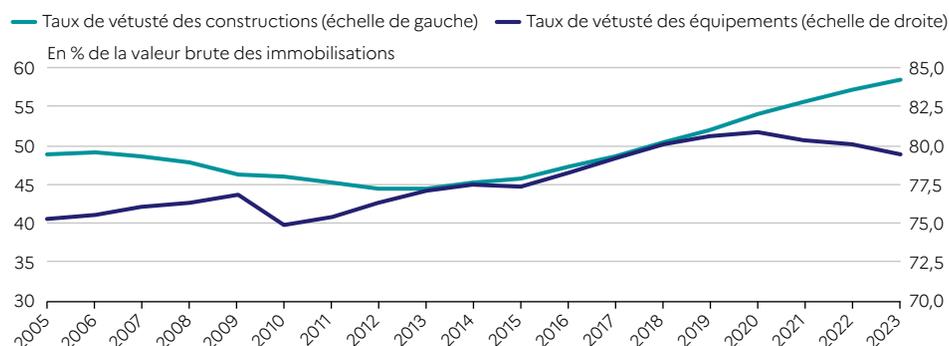
économique ayant pu contraindre à redéfinir le plan de financement et à revoir le calendrier des opérations (Igas, 2024). En revanche, le taux de vétusté diminue légèrement, pour la troisième année consécutive, pour les équipements (79,5 % en 2023, après 80,8 % en 2020, son dernier point haut), en rupture avec la tendance observée depuis 2015 (*graphique 4*).

Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux s'améliore sous l'effet des mesures du Ségur de la santé

En 2023, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la deuxième année consécutive et s'établit à 30,1 milliards d'euros, après avoir atteint, en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations (31,1 milliards d'euros). Il retrouve ainsi son niveau d'avant crise. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 29,0 % des recettes en 2023, après 31,3 % en 2022. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [*graphique 5*].

En 2023, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics¹³, qui rapporte l'encours de la

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.

¹². 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.

¹³. Le terme de « ratio d'indépendance financière » est utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, il 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.

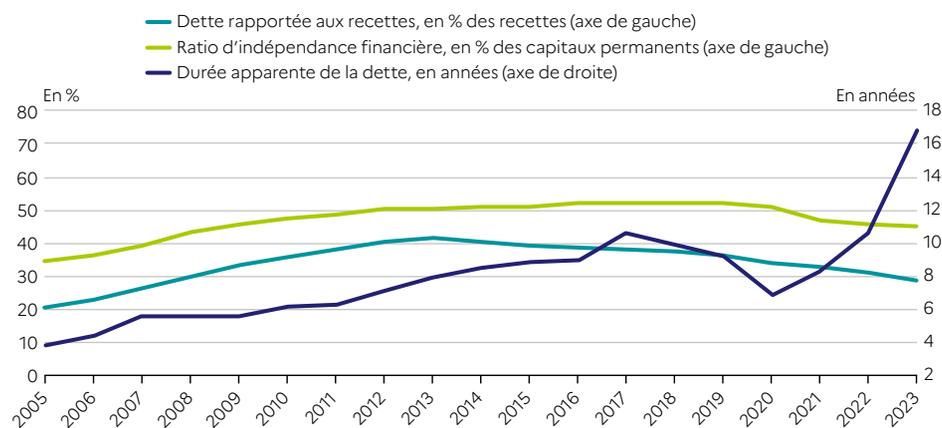
dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,0 %, après 45,7 % en 2022 (graphique 5). Cette baisse confirme le reflux entamé après le pic de 2018 (à 52,4 %), faisant suite à une progression continue depuis 2005. La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % demeure quasi stable (19,6 % en 2023, après 19,5 % en 2022). Elle est nettement inférieure au niveau atteint lors du dernier point haut (33,3 % en 2018).

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 2023, 657 millions d'euros ont été alloués en aides en capital¹⁴, s'ajoutant aux 648 millions d'euros versés en 2022 et 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 permanents¹⁵. Ces aides doivent permettre de financer les investissements, tout en réduisant le recours à l'emprunt.

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF, augmente depuis 2021. Sa hausse est toutefois inédite en 2023 :

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 » 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.

¹⁴. 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) dans leur totalité au moment de la signature du contrat avec l'ARS prévu par la LFSS (au plus tard le 31 décembre 2021). Le compte 2763 (créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021) est débité simultanément par le crédit du compte 1026, pour le montant de la dotation socle définie dans le contrat, puis ajusté progressivement au gré des versements effectifs annuels de ces dotations.

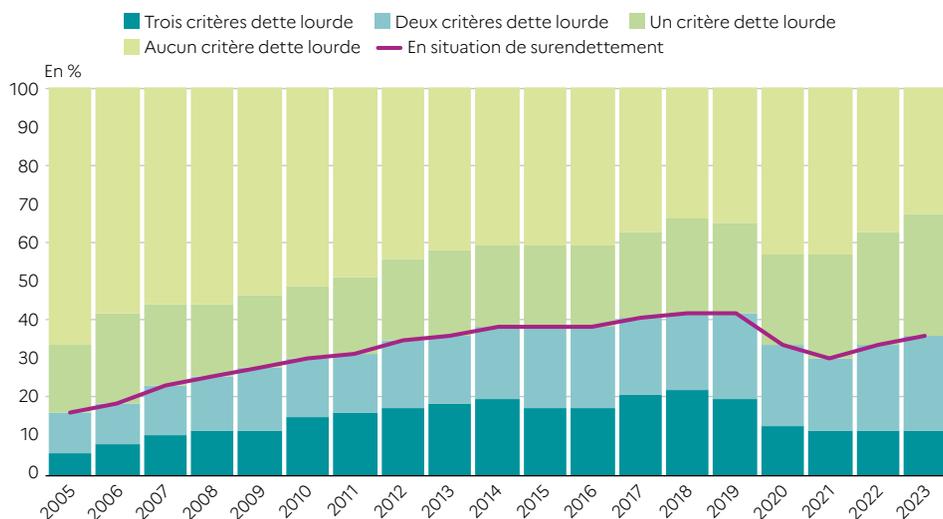
¹⁵. Les capitaux permanents, définis comme la somme des soldes des comptes 10, 11, 13, 14, 15, 16, sauf 1688 et 1689 (d'après l'arrêté du 7 mai 2012), constituent le dénominateur du ratio d'indépendance financière (numérateur : encours de la dette).

elle atteint la durée record de 16,8 ans (après 10,6 ans en 2022), soit près de dix ans de plus qu'en 2020, son dernier point bas (6,9 ans) [graphique 5]. Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, la hausse de cette durée, qui représente le nombre d'années nécessaire aux hôpitaux publics pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, reflète la nette dégradation de la CAF, en raison notamment de la forte hausse des dépenses d'exploitation.

Le bilan est donc contrasté : les effets des plans de soutien et de relance mis en place depuis

la crise sanitaire se font sentir, mais dans un contexte sans précédent de dégradation des ressources générées par les établissements. Dans ces conditions, la part des établissements surendettés¹⁶ repart à la hausse pour la deuxième année consécutive, sans pour autant retrouver son niveau d'avant crise. Elle atteint 36,3 % en 2023, après 33,6 % en 2022 et 41,5 % en 2019 (graphique 6 et tableau complémentaire A). En 2023, 32,1 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement, une proportion en nette baisse par rapport à 2022 (36,4 %) et qui n'avait encore jamais été atteinte depuis 2005. ■

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.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Sources > DGFIP, traitements DREES.

16. Les critères utilisés dans cet ouvrage pour caractériser le poids de la dette sont 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'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 (absence de ressources d'autofinancement pour rembourser la dette) ; 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.

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 2023. 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 (EJ) et non l'entité géographique (EG). Pour l'année 2023, 801 établissements publics sont considérés dans cette étude. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories, en fonction de 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 26 novembre 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

- > **Cour des comptes** (2023, octobre). Rapport thématique sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque Postale** (2024, septembre). *Les investissements hospitaliers publics. Regard financier sur les hôpitaux publics*. Étude.
- > **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.
- > **Inspection générale des affaires sociales (Igas)** (2024, octobre). Pour un pilotage renforcé des investissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière. Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé. Rapport.
- > **Inspection générale des finances (IGF) / Inspection générale des affaires sociales (Igas)** (2020, avril). Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise. Rapport.
- > **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** (2024a, octobre). Ondam et dépenses de santé. Annexe 5 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2025.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2024b, octobre). 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 2025.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.

D'après les premières estimations pour 2023, la situation financière des cliniques privées à but lucratif se dégrade. Leur résultat net reste bénéficiaire, mais recule pour s'établir à 1,8 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2019. Cela s'explique par la baisse des subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire. Les recettes poursuivent cependant leur progression et s'élevèrent à 19,6 milliards d'euros. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées s'améliore et atteint 33,5 % des capitaux permanents, mais ce chiffre global masque des situations contrastées entre établissements. La part des cliniques privées en situation de surendettement reste stable à 19 %.

Le résultat net des cliniques privées, toujours bénéficiaire, se replie toutefois en 2023

D'après de premières estimations¹, la situation financière des cliniques privées² à but lucratif reste favorable en 2023. Leur résultat net cumulé atteint 362 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 377 000 euros par clinique) [graphique 1]. Rapporté aux recettes, il s'établit à 1,8 % en 2023, en recul par rapport à 2022 (3,0 %) [tableau 1]. Il se rapproche ainsi de son niveau de 2019 (1,6 %), avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Le recul du résultat net entre 2022 et 2023 reflète principalement la forte baisse du résultat d'exploitation, que l'augmentation des résultats exceptionnels et financiers ne permet pas de compenser. Rapporté aux recettes, le résultat d'exploitation s'établit en effet à 2,6 % en 2023, son niveau le plus bas depuis 2006, point de départ des observations, après 4,1 % en 2022 et 5,1 % en 2021. Ces évolutions s'expliquent notamment par la sortie progressive de dispositifs consécutifs à la crise sanitaire (voir *infra*). Pour la première fois depuis le début de la crise, la fiscalité liée à l'exploitation³ redevient

défavorable (-0,2 % des recettes en 2023, après 1,0 % en 2022), car les subventions d'exploitations sont inférieures aux impôts, taxes et versements assimilés⁴. Ces subventions, qui portaient le résultat d'exploitation, et par extension le résultat net, depuis 2020, reculent à 4,0 % des recettes en 2023 (après 5,5 % en 2022). Elles restent toutefois nettement supérieures à leur niveau d'avant crise (1,3 % des recettes en 2019).

Le résultat exceptionnel, positif depuis 2022, continue de progresser (0,3 % des recettes en 2023, après 0,2 % en 2022). Le résultat financier augmente également (0,3 % des recettes en 2023, après 0,2 % en 2022). Finalement, le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, diminue fortement. Il atteint 3,2 % des recettes en 2023 (après 4,4 % en 2022 et un pic à 5,2 % en 2021), se rapprochant ainsi de son niveau d'avant crise (3,0 % en 2019). Le recul du bénéfice en 2023 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 »].

1. Les données de 2023 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 690 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. La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

4. 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 net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de cinq fois supérieur à celui des cliniques 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 2023, le résultat net rapporté aux recettes se replie de 1,3 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 0,8 point pour les cliniques de soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement SSR), tandis qu'il progresse de 0,8 point pour les cliniques psychiatriques. Il s'établit ainsi à 1,4 % en MCO (après 2,7 % en 2022), à 2,2 % en SMR (après 3,0 % en 2022) et à 7,9 % en psychiatrie (après 7,1 % en 2022). 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 trois est déficitaire en 2023

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2023, la part des cliniques privées

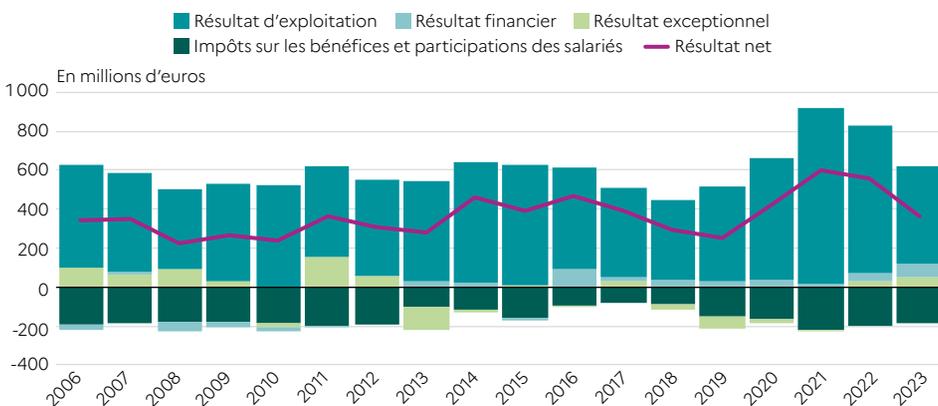
ayant un résultat net négatif (c'est-à-dire déficitaires) augmente (32 %, après 25 % en 2022). Cette hausse s'observe dans toutes les disciplines d'activité. Ainsi le pourcentage de cliniques déficitaires atteint 37 % en SMR (+8 points), 34 % en MCO (+8 points) et 17 % en psychiatrie (+0,3 point).

Le déficit cumulé des établissements déficitaires s'accroît (-356 millions d'euros en 2023, après -227 millions d'euros en 2022) et la concentration de ce déficit diminue : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 4 % des établissements, après 3 % en 2022. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement (717 millions d'euros en 2023, après 782 millions en 2022). Par ailleurs, il est plus largement partagé : la moitié est imputable à 14 % des établissements, contre 12 % en 2022.

Les recettes des cliniques progressent encore fortement en 2023, tirées par une activité croissante

Les recettes⁵ de l'ensemble des cliniques privées, en progression continue depuis 2014, atteignent 19,6 milliards d'euros en 2023. Elles sont particulièrement dynamiques depuis trois ans :

Graphique 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2023. Les données de 2012 à 2023 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 > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

5. Les recettes correspondent à la somme des produits d'exploitation, financiers et exceptionnels. 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.

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2018

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes (en millions d'euros)	15 093	15 264	15 918	17 689	18 692	19 632
Nombre de cliniques	984	969	944	961	965	960
% de cliniques répondantes	79,4	80,2	82,9	81,7	80,0	71,9
Recettes moyennes (en millions d'euros)	15,3	15,8	16,9	18,4	19,4	20,5
Chiffre d'affaires (en % des recettes)	93,3	94,1	89,8	89,7	89,0	90,5
Dépenses (en % des recettes)	-97,2	-97,0	-95,9	-94,8	-95,6	-96,8
Achats et charges de gestion courante (en % des recettes), dont :	-45,1	-45,9	-45,3	-44,9	-45,5	-47,1
achats consommés	-18,2	-18,4	-18,1	-18,6	-18,7	-19,9
autres achats et charges externes	-26,9	-27,5	-27,2	-26,3	-26,7	-27,3
Frais de personnel (en % des recettes), dont :	-40,0	-39,6	-39,7	-39,4	-39,3	-39,2
salaires bruts	-28,9	-28,9	-29,0	-28,3	-28,1	-28,1
cotisations sociales	-11,1	-10,8	-10,6	-11,1	-11,1	-11,0
Fiscalité liée à l'exploitation (en % des recettes), dont :	-4,0	-3,6	0,3	0,9	1,0	-0,2
impôts, taxes et versements assimilés	-5,2	-4,9	-4,9	-4,6	-4,5	-4,3
subventions d'exploitation	1,2	1,3	5,2	5,5	5,5	4,0
Excédent brut d'exploitation (en % des recettes)	4,5	5,1	5,3	6,4	5,2	3,9
Résultat courant de fonctionnement (en % des recettes)	4,5	5,0	5,2	6,3	5,1	3,9
Autres opérations d'exploitation (en % des recettes)	2,1	1,9	2,5	2,4	2,7	2,5
Dotations nettes aux amortissements (en % des recettes)	-3,9	-3,9	-3,9	-3,7	-3,8	-3,9
Résultat d'exploitation (en % des recettes), dont :	2,7	3,2	3,9	5,1	4,1	2,6
produits d'exploitation	97,4	98,0	98,1	98,2	97,9	97,5
charges d'exploitation	-94,7	-94,8	-94,2	-93,1	-93,8	-95,0
Résultat financier (en % des recettes), dont :	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3
produits financiers	0,8	0,8	0,6	0,4	0,6	1,2
charges financières	-0,5	-0,6	-0,4	-0,3	-0,4	-0,8
Résultat exceptionnel (en % des recettes), dont :	-0,2	-0,4	-0,1	0,0	0,2	0,3
produits exceptionnels	1,8	1,2	1,3	1,4	1,5	1,3
charges exceptionnelles	-2,0	-1,6	-1,4	-1,4	-1,4	-1,0
Participation des salariés (en % des recettes)	-0,3	-0,4	-0,4	-0,6	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % des recettes)	-0,6	-1,0	-1,1	-1,2	-1,1	-0,9
Résultat net (en % des recettes)	1,9	1,6	2,6	3,4	3,0	1,8

Note > Données provisoires pour 2023. Les données de 2018 à 2023 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 6 % de remplissage depuis 2014).

Le nombre de cliniques correspond au nombre d'entreprises distinctes (les Siren du Système 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 de la SAE 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, 87 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE (sans restriction sur le code APE) sont disponibles auprès des greffes pour la période 2012-2023. Voir encadré Sources et méthodes pour plus de précisions.

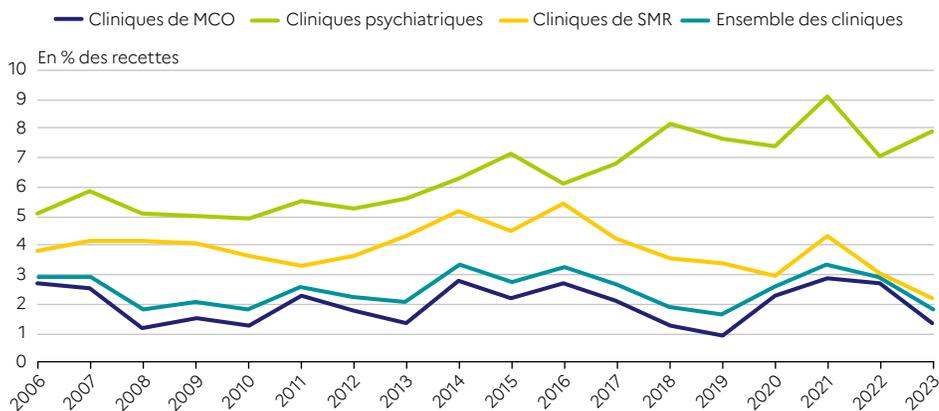
Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

+5,0 % en 2023, +5,7 % en 2022 et +11,1 % en 2021, après +2,2 % par an en moyenne entre 2014 et 2020. En 2023, la hausse des recettes s'explique principalement par la dynamique croissante de l'activité des cliniques (+6,3 % par rapport à 2022 et +15,8 % par rapport à 2019) [voir fiche 22, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »]. En revanche, cette même année est marquée par la sortie progressive (ou le repli) de dispositifs mis en place (ou davantage abondés) lors de la crise sanitaire, et qui soutenaient depuis leurs recettes. Les dotations, qui incluent la garantie de financement (GF) puis la sécurisation modulée à l'activité (SMA), ainsi que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), l'incitation financière à la qualité (Ifaq), et enfin le coefficient prudentiel, ont été plus que

divisés par deux (1,2 milliard d'euros en 2023, après 2,8 milliards d'euros en 2022) [voir fiche 22]. En premier lieu, la GF⁶, qui a assuré, de 2020 à 2022, un niveau de financement des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A) au moins équivalent à celui observé avant la crise sanitaire liée au Covid-19, est remplacée en 2023 par la SMA⁷. Ce dispositif permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile tout en incitant à la reprise de l'activité, avec des versements reposant à 70 % sur le montant de la GF versé en 2022 et à 30 % sur les recettes d'activité de l'année. En 2023, 246 millions d'euros sont versés au titre de la SMA⁸ pour les établissements de santé privés à but lucratif, après 536 millions d'euros en 2022 au titre de la GF (PLFSS pour 2025, Annexe 6).

Graphique 2 Résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > Les données de 2023 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 690 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 411 cliniques de MCO, 183 cliniques de SMR et 96 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, SMR et psychiatrie représentent respectivement 82 %, 13 % et 5 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées. Les données de 2012 à 2023 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 > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

6. Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de 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).

7. Les modalités de ce mécanisme sont décrites dans l'arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023.

8. Ainsi qu'au titre de la garantie de financement pour les SMR, où elle a été prolongée exceptionnellement jusqu'au 30 juin 2023. En effet, les champs de la psychiatrie et du SMR ne bénéficient pas de la SMA en raison des mécanismes de sécurisation des recettes déjà prévus dans le cadre de la transition vers leurs nouveaux modèles de financement, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 pour la psychiatrie (avec une application pleine prévue pour 2026), et depuis le 1^{er} juillet 2023 pour les SMR (avec une disparition du dispositif transitoire prévue pour 2028).

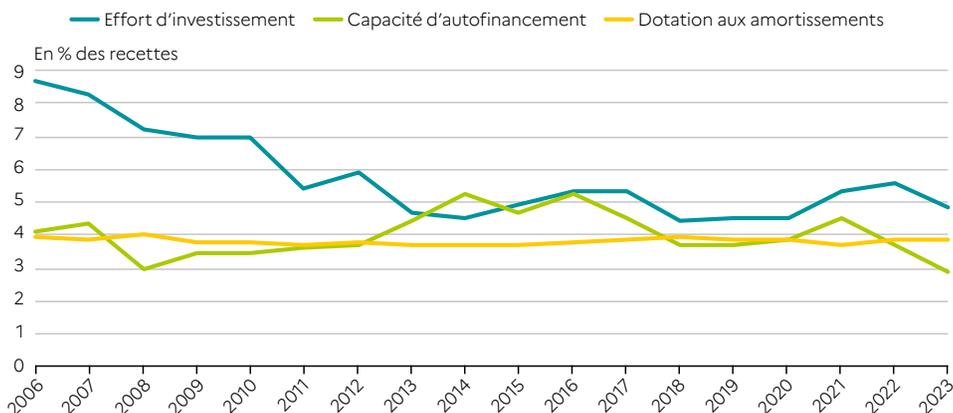
Les dépenses sont particulièrement dynamiques dans un contexte inflationniste

Les dépenses progressent plus fortement que les recettes en 2023 (+6,4 %), ce qui explique la détérioration du résultat net. Cette augmentation porte particulièrement sur les achats et charges de gestion courante⁹ (+8,9 %, après +7,1 % en 2022) dans un contexte inflationniste. Leur part dans les recettes augmente pour atteindre 47,1 % en 2023 (après 45,5 % en 2022), son plus haut niveau depuis 2006. Les charges de personnel (salaires bruts et cotisations sociales) continuent à progresser (+4,8 % en 2023, après +5,2 % en 2022), en raison notamment du versement d'une prime de pouvoir d'achat, mais leur part dans les recettes reste stable (28,1 % en 2023 pour les salaires bruts, tout comme en 2022, et 39,2 % des recettes pour l'ensemble des charges de personnel, après 39,3 % en 2022).

D'après de premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques interromprait sa progression

Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution, particulièrement depuis 2022 (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, se replie en 2023. Il atteint 4,9 %, après 5,6 % en 2022, interrompant la reprise amorcée en 2021 (*graphique 3*). Il reste toutefois supérieur à la dotation aux amortissements¹⁰ des cliniques privées, stable depuis plusieurs années, qui s'établit à 3,9 % des recettes en 2023. L'effort d'investissement est aussi nettement supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des

Graphique 3 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des cliniques privées depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2023. Les données de 2012 à 2023 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les indicateurs portant sur les investissements en 2022 et 2023 sont particulièrement fragiles en raison du faible nombre d'observations. Ils sont donc à interpréter avec précaution. Les séries peuvent être heurtées, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

⁹. Les informations collectées dans les liasses fiscales des cliniques privées ne permettent pas de distinguer, parmi les achats et charges de gestion courante, ceux à caractère médical de ceux à caractère hôtelier et général.

¹⁰. 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.

établissements pour assurer leur financement et leur investissement. Celle-ci se replie fortement pour la deuxième année consécutive, particulièrement en 2023, en lien avec la dégradation du résultat net. Elle atteint ainsi son niveau le plus bas depuis 2006, et s'établit à 2,9 % des recettes, après 3,7 % en 2022 et 4,5 % en 2021.

L'endettement atteint un niveau historiquement bas

L'encours de la dette des cliniques privées diminue en 2023 (-6,6 %) et s'établit à 2,1 milliards d'euros (après 2,3 milliards en 2022). Exprimé en pourcentage des recettes, il atteint son niveau le plus bas depuis 2006 : 10,8 % des recettes (après 12,2 % en 2022) [graphique 4]. Le ratio d'indépendance financière¹¹ des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, s'améliore de nouveau en 2023, après le léger rebond de 2021 et 2022, venu interrompre la baisse continue depuis le point haut de 2011 (46,4 %). Il redescend au niveau historiquement bas de 33,5 %, après 37,3 % en 2022. 25 % des cliniques conservent cependant un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents (26 % en 2022). La diminution de l'endettement s'observe pour tous les types de cliniques, avec des évolutions toutefois contrastées. Rapportée aux recettes,

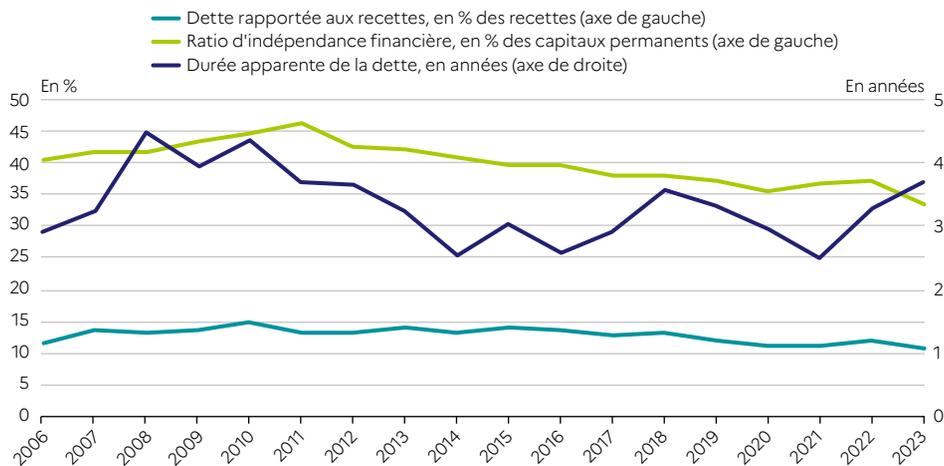
la dette diminue en 2023 dans les cliniques psychiatriques (-1,6 point, à 6,6 %), et le ratio d'indépendance financière s'améliore (-2,6 points, à 14,2 % des capitaux permanents). La dette rapportée aux recettes diminue également dans les cliniques de MCO (-1,4 point, à 10,7 %), de même que le ratio d'indépendance financière qui s'améliore en 2023 pour la première fois depuis 2020, et s'établit à 36,2 % des capitaux permanents (-3,5 points).

En revanche, la durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF, augmente en 2023, pour atteindre son plus haut niveau depuis 2011, passant de 3,3 ans en 2022 à 3,7 ans en 2023 (graphique 4). Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, la hausse de cette durée, qui représente le nombre d'années nécessaire aux cliniques privées pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, reflète la nette dégradation de la CAF, en raison notamment de la forte hausse des dépenses. Alors que l'évolution des indicateurs caractérisant le poids de la dette est contrastée, la proportion de cliniques privées surendettées¹² reste stable, à 19 % (graphique 5 et tableau complémentaire A). Le pourcentage d'établissements sans aucun critère de surendettement baisse cependant, pour s'établir à 57 % en 2023 (après 60 % en 2022). ■

11. 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.

12. 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 (absence de ressources d'autofinancement pour le remboursement de la dette) ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %.

Graphique 4 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière et durée apparente de la dette des cliniques privées depuis 2006

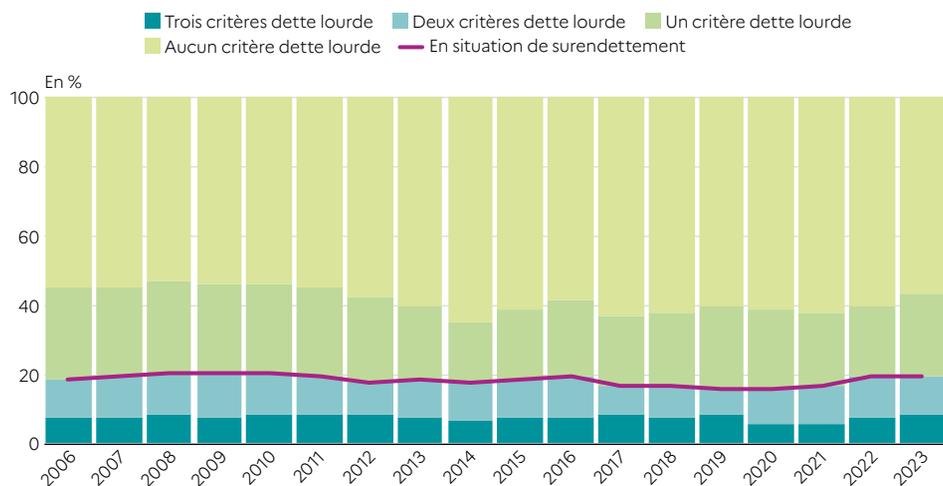


Note > Données provisoires pour 2023. Les données de 2012 à 2023 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 5 Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2023. Les données de 2012 à 2023 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 (absence de ressources d'autofinancement pour le remboursement de la dette) ; 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.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes 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 comptes des cliniques sont disponibles par numéro unique d'identification au répertoire des entreprises (numéro Siren), tandis que les données de la SAE sont collectées par numéro d'inscription au répertoire des établissements sanitaires et sociaux (numéro Finess). Au niveau juridique, la correspondance est en théorie de « un pour un » entre le répertoire Finess et le répertoire Sirene, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. À titre d'illustration, cette correspondance est de « un pour un » dans plus de 90 % des cas.

Les liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren, sont déposées aux tribunaux de commerce. Elles sont parfois transmises avec du retard. Les données de 2012 à 2023 ont été extraites le 6 mars 2025. Les indicateurs calculés sur cette période peuvent ainsi différer de ceux publiés dans les éditions précédentes, du fait d'une réactualisation des données. Par ailleurs, les données pour 2023 sont considérées comme provisoires. À titre d'illustration, en moyenne annuelle, 87 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE sont disponibles auprès des greffes des tribunaux de commerce, pour la période 2012-2022, contre 79 % pour l'année 2023. Le redressement des données par le recours à un calage sur marges (voir *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 72 % à 80 % des cliniques présentes dans la SAE entre 2012 et 2021. En 2022 et 2023, le nombre de cliniques ayant renseigné le montant de leurs investissements est particulièrement faible (respectivement 56 % et 60 % des cliniques présentes dans la SAE). Les indicateurs portant sur les investissements en 2022 et 2023, 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'investisseurs que celles qui le font. Ils sont donc à considérer avec précaution.

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 présente fiche intègre les résultats de travaux menés en vue d'améliorer la correspondance entre les Finess juridiques et les numéros Siren à partir des données de la SAE 2022, dont les résultats ont été extrapolés aux années 2020 à 2023. Les indicateurs relatifs à ces années peuvent donc différer de ceux publiés dans les éditions précédentes.

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 générerait 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 avec une ●●●



APE hospitalière, ayant 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 repondération, 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.

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 médicaux et de réadaptation [SMR]). 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 SMR et celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SMR 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

- > **Kontopoulos, A.-S.** (2024, novembre). Les soins hospitaliers. Dans Didier, M. et Lefebvre, G. (dir). *Les dépenses de santé en 2023. Résultats des comptes de la santé - Édition 2024* (p. 34-40). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2024a, octobre). Ondam et dépenses de santé. Annexe 5 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2025.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2024b, octobre). 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 2025.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.

ER

Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Annexe 1

Glossaire économique et financier

Ce glossaire précise les définitions des indicateurs mobilisés pour l'analyse de la situation économique et financière des établissements de santé, 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 n'est 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 secteur 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 secteur 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 secteur 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.

Dotations 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 secteur 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 relèvent à tout le moins d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) [encadré 1]. 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 2025, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2023. 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 (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, 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 sont « responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins » (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), de l'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 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 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 d'activités 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 détenir en propre certaines activités de soins sans être érigés en établissements de santé (article R. 6133-21-1 du CSP). Les GCS peuvent également être constitués en établissements 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 décrets 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

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)
	Praticien hospitalier, nouveau statut de praticien contractuel	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 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 des hôpitaux	Articles R. 6152-501 et suivants du Code de la santé publique		
	Praticien associé et praticien associé contractuel temporaire	Articles R.6152-901 et R6152-934 à R.6152-963 du Code de la santé publique	Possibilité de mise à disposition d'un praticien associé	
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-PH : 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.

de santé pouvaient 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 (Padhue) 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 Padhue et non lauréats des EVC d'exercer temporairement en établissement de santé. Le statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT) a été créé fin 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 juniors 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), régie par le Code général de la fonction publique (CGFP). 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. Ressort également de la FPH, et donc du CGFP, le personnel des établissements publics sociaux et médico-sociaux relevant du CASF : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

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 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 au sens de l'article L. 119-1 du CASF² et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

2. Cet article fait référence à une atteinte au développement, aux droits, aux besoins fondamentaux ou à la santé d'une personne en situation de vulnérabilité dans le contexte d'une relation de confiance, de dépendance, de soins ou d'accompagnement.

Encadré 1 Les activités de soins et les équipements matériels lourds 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 de soins 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 médecine 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 (pratique thérapeutique spécifique). Cette autorisation peut relever d'une demande exceptionnelle dérogatoire pour exception géographique (déclaration).

Par ailleurs, en 2022, les équipements matériels 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.

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 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 sanitaire 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 des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, 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. 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 libéraux³ ;
- 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 des zones du SRS donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation. Pour l'offre de biologie médicale, la répartition se fait sur la base des zones du schéma définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité. Ces deux 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 la 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.

3. Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

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 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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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 (GF), puis de sécurisation modulée à l'activité (SMA) permettant d'accompagner la reprise de l'activité hospitalière, a également été mis en place (*encadré 2*). Si la crise sanitaire a ainsi décalé l'application 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 mise en œuvre à partir de 2025, afin d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors T2A.

Les réformes instaurées 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, d'urgences et, depuis 2023, pour les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), 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 SMR permettent également 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 SMR) ;

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2023 : la sécurisation modulée à l'activité remplace la garantie de financement introduite en 2020

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 (GF) 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 (SMA). Il s'applique sur le champ du 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. En 2024, ce dispositif est reconduit avec une répartition 50 % montant de référence et 50 % de financement à l'activité. Il est supprimé pour 2025.

- 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 établissements 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 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 à partir de 2016 à tous les établissements du champ du MCO, ainsi qu’à l’hospitalisation à domicile (HAD), la psychiatrie et les SMR. 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. Ce montant est reconduit en 2023 et en 2024.

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. S’ajoute à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l’activité de consultation 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 permettant 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 visent à lutter contre la progression de la maladie et à limiter les complications liées à cette pathologie.

Enfin, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 a prévu une refonte du financement des activités de MCO à compter du 1^{er} janvier 2025. Le nouveau modèle de financement se décline désormais en trois compartiments, comprenant le financement à l'activité (T2A), les dotations relatives à des objectifs de santé publique (dotations OSP) et les dotations relatives à des missions spécifiques (dotations MS). Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont supprimées et réparties entre les deux compartiments de dotation. Il est prévu également de réformer le financement des activités de dialyse et de radiothérapie à compter de 2026.

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 SMR 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 le 1^{er} juillet 2023, avec une mise en œuvre a posteriori s'agissant de la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2023. Il produit pleinement ses effets à partir du 1^{er} janvier 2024.

Ce modèle se compose :

- de financements issus de l'activité, qui représentent 50 % du financement total de l'activité de SMR. Pour chaque séjour, l'établissement perçoit un montant forfaitaire correspondant aux tarifs des groupements médico-tarifaires (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 :
 - 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 majoritaire 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 soins. 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 majoritaire 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.

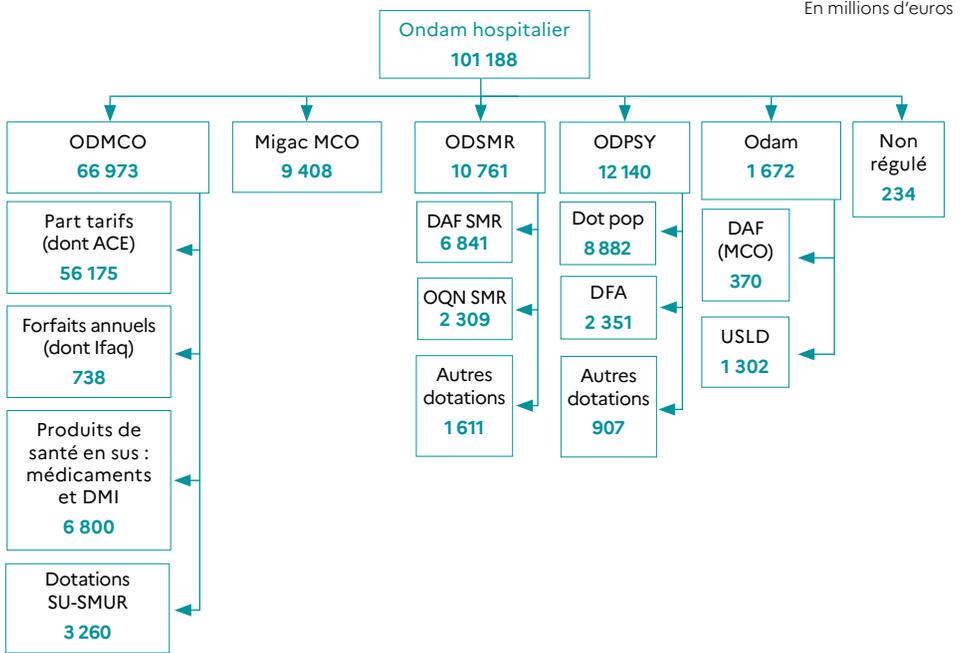
Afin de prendre en compte les spécificités des différents acteurs, en partie imputables à leurs modes de financement historiques, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active peuvent varier selon les

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 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de

Schéma 1 La décomposition de l’Ondam hospitalier, Covid-19 compris, en 2023



Ondam : objectif national des dépenses d’assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; Migac : missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SU : structure des urgences ; SMUR : structure médicale d’urgence et de réanimation ; ODSMR : objectif national de dépenses de soins médicaux et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d’assurance maladie ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; Dot pop : dotation populationnelle ; DFA : dotation à la file active ; OQN : objectif quantifié national ; DAF : dotation annuelle de financement ; ACE : actes et consultations externes ; Ifaq : incitation financière pour l’amélioration de la qualité ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > Dans ce décompte, il s’agit des objectifs initiaux pour 2023 hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

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 2023, 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, incluant la T2A et les deux compartiments dotations MS et OSP, 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 ;

- l'ODSMR (objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment la dotation populationnelle, la T2A et les Migac ;

- 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.

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam depuis 2009

En milliards d'euros

	Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP		ODSMR, ODPSY, Odam et non régulé		ODMCO + dotation Migac MCO		ODMCO		Dotation Migac MCO	
	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées
2009	0	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	23,9	72,0	74,5	63,2	62,8	8,8	11,7
2023	101,2	102,9	24,8	25,2	76,4	77,7	67,0	66,3	9,4	11,4
2024	105,3	-	26,0	-	79,3	-	70,2	-	9,1	-

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; ODSMR : objectif national des dépenses de soins médicaux de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; 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 2018-2024 : DGOS.

L'Ondam établissements de santé voté initialement au titre de l'année 2021 s'élève à 92,9 milliards d'euros. Pour l'année 2023, ce montant a été porté à 101,2 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 Fonds 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. ■

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 refondu 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 effectuée auprès des établissements de santé publics et privés installés en France métropolitaine et dans les 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 médicaux et de réadaptation (SMR) sont également préremplies à partir du PMSI-SMR.

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 ultérieurs³.

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 13, « Les patients suivis en psychiatrie » et 16, « 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 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10), éventuellement complétées par des extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2023 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2023 comportant plus 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 couvrait

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 de janvier 2025 : Bon usage des bases SAE et spécificités 2023 disponible sous ce lien : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/api/datasets/1.0/708_bases-statistiquesae/attachments/sae_2023_note_methodologique_pdf/.

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 (T2A) 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 le patient est accueilli dans une unité comprenant un hébergement, pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans un lit, 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.

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

4. À l'exception de la fiche 16 « 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.

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].

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 2023

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	5 612	870	2 437	45
Médecine	399	5 682	1 281	51
Gynécologie-obstétrique	166	607	35	999
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	15	1 532	7	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 612 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 437 milliers), mais 870 milliers sont des séjours de médecine et 45 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2023, 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 2023

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 2023, traitements DREES.

Le PMSI-SMR

Le PMSI-SMR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins médicaux et de réadaptation (SMR), et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis l'entrée en vigueur, en juin 2023, d'une réforme des autorisations, la dénomination « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) a remplacé celle de « soins de suite et de réadaptation » (SSR). Cette réforme instaure également une structuration des prises en charge autour de mentions spécifiques, qui définissent les types de prises en charge qu'un établissement est autorisé à proposer (« gériatrie », « locomoteur », etc.). Une nouvelle mention, appelée « polyvalent », est introduite pour encadrer les prises en charge qui ne relèvent pas d'une spécialité ciblée. Par ailleurs, la réforme crée deux nouvelles modalités transversales, qui regroupent plusieurs mentions autour de publics spécifiques : « cancers » (regroupant la mention « oncologie et hématologie ») et une nouvelle mention « oncologie ») et « pédiatrie » (regroupant les deux nouvelles mentions « enfants et adolescents » [de 4 ans à 17 ans inclus] et « jeunes enfants, enfants et adolescents » [de 0 à 17 ans inclus]). Jusqu'à présent, la pédiatrie était traitée comme un critère transversal ajouté à une autre mention, elle devient désormais une modalité structurante à part entière. L'objectif est d'harmoniser les pratiques entre établissements et régions.

• Le recueil PMSI-SMR

Depuis 2003, le PMSI-SMR 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). Les indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour permettent de calculer des durées de séjour.

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-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-SMR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements ayant une activité de SMR.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SMR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données d'activité du PMSI-SMR sont mises en regard avec celles de la SAE par la DREES, sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité de SMR. En 2023, la couverture du PMSI-SMR 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 SMR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse.

• Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SMR 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-SMR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-SMR.

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 2023, 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'ATI-H 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.

En 2022, conformément au décret n° 2016-611 du 18 mai 2016, les employeurs de la fonction publique ont basculé leur système de déclaration sociale en DSN. À cette occasion, ils ont pu revoir leurs systèmes d'information et de déclaration, et donc modifier potentiellement leurs comportements déclaratifs.

• La déclaration sociale nominative (DSN)

La déclaration sociale nominative (DSN) a progressivement remplacé 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.).

• 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 à partir des déclarations sociales, 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 font l'objet d'un traitement spécifique 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 FPH.

• La base tous salariés (BTS)

Des contrôles et traitements statistiques sont appliqués aux données des déclarations sociales (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 ou privés.

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). En revanche, 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, puisque le champ de la SAE est restreint aux seules entités géographiques sanitaires, mais aussi aux seuls postes de travail 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). Pour 2022, du fait de la bascule de la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique vers la DSN, 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. Les résultats publiés ne sont plus totalement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs. Le principal changement conceptuel lié à cette refonte est la prise en compte de la multiactivité à la fois dans les secteurs public et privé, ce qui permet de ne plus comptabiliser dans les effectifs de la fonction publique les agents qui

travaillent principalement dans le secteur privé. En effet, dans les publications précédentes, le poste principal au 31 décembre d'un agent était déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre dans le secteur public uniquement. Désormais, le poste principal au 31 décembre d'un agent est déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, en 2022, environ 30 500 agents occupaient au moins deux postes actifs non annexes au 31 décembre, l'un dans le secteur public et l'autre, beaucoup plus rémunérateur, dans le secteur privé. Les postes occupés par ces agents dans le secteur public ne sont désormais plus comptabilisés.

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 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 (DMI) facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables 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 à but lucratif 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. Pour la fiche 21, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », la distinction entre secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement : le secteur public regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif ; le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements de santé à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des hôpitaux publics (fiche 23, « 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 26 novembre 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 24, « 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, déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce (extraction du 6 mars 2025). 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
ACE : actes et consultations externes
Acoss : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
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
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APE (code) : activité principale d'exercice
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

B

BTS : base tous salariés

C

C2S : complémentaire santé solidaire
CA : chiffre d'affaires
Cades : Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activité 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
CGFP : Code général de la fonction publique
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)
CM : consultation mémoire
CMP : centre médico-psychologique
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
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
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

DADS : déclaration annuelle de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DCIR : datamart de consommation interrégime
DES : diplôme des études spécialisées
DFG : 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
DMIP (table des) : dispositifs médicaux implantables
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : département et région 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
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
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 pour la modernisation et l'investissement en santé

Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPH : fonction publique hospitalière

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
GMT (tarifs) : groupements médico-tarifaires
GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

I

ICA : indice conjoncturel d'avortement
IDE : infirmier diplômé d'État
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
IGA : inspection générale de l'administration
Igas : inspection générale des affaires sociales
IGéSR : inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IGF : inspection générale des finances
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

Medapac (table des) : médicaments sous AAP ou AAC

MIG : mission d'intérêt général

Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MRC : maladie rénale chronique

MS : missions spécifiques

N

NAF : nomenclature d'activités française

NEH : nomenclature des emplois hospitaliers

NET : nomenclature des emplois territoriaux

NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie

ODMCO : objectif national des dépenses de MCO

ODPSY : objectif national des dépenses de psychiatrie

ODSMR : objectif national des dépenses de SMR

OMS : Organisation mondiale de la santé

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

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

OSP : objectifs de santé publique

OTSS (loi relative à l') : organisation et à la transformation du système de santé

P

PACT : praticien associé contractuel temporaire

Padhue : praticien à diplôme hors Union européenne

PH : praticien hospitalier

PHU : praticien hospitalier universitaire

PLFSS : projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale

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

PTS : pratique thérapeutique spécifique

PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RGME : racines de groupes médico-économiques

RHS : résumé hebdomadaire standardisé

RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

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

Sirene (répertoire) : système national d'identification et du répertoire des entreprises et de leurs établissements

Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements

SLD : soins de longue durée

SMA : sécurisation modulée à l'activité
SMPR : service médico-psychologique régional
SMR : soins médicaux et de réadaptation
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
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
SSR : soins de suite et de réadaptation
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
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
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
USP : unité de soins palliatifs

Les établissements de santé en 2023

ÉDITION 2025

En 2023, 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 2025, *Les établissements de santé en 2023* détaille, pour l'année 2023, 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 : décideurs publics, personnels d'administration centrale ou territoriale, ou du monde hospitalier, professionnels de santé, journalistes, étudiants, chercheurs ou 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