

ÉTUDES et RÉSULTATS

décembre 2023
n° 1289

En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît

Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2022

Au 31 décembre 2022, 1 338 hôpitaux publics, 658 établissements privés à but non lucratif et 980 cliniques privées composent le paysage hospitalier français, dont le nombre de sites géographiques continue de diminuer lentement.

Les capacités d'accueil de ces 2 976 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (374 000 lits) et partielle (85 000 places). En 2022, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît (-1,8 %, après -1,4 % en 2021) et reste plus rapide qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne). En revanche, le nombre de places continue de progresser (+3,1 %), à un rythme plus soutenu qu'avant-crise (+2,5 % par an). La hausse continue d'être plus élevée en moyen séjour (+5,8 %) qu'en court séjour (+4,2 %) ; elle demeure faible en psychiatrie (+0,3 %).

En 2022, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile augmentent de 1,6 %, après deux années de forte progression (+6,8 % en 2021 et +10,5 % en 2020) marquées par le contexte de crise sanitaire. Elles représentent ainsi 7,9 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

Après une nette augmentation en 2020 (+3,6 %) en réaction à la crise sanitaire, le nombre de lits de soins critiques poursuit son reflux (-1,7 %). En particulier, la capacité d'accueil en réanimation diminue de 4,7 % en 2022, mais elle reste supérieure de 5,1 % à ce qu'elle était fin 2019.

Bénédicte Boisguérin, Laura Gaimard (DREES)

Au 31 décembre 2022, 2 976 entités géographiques disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (comptées en places) en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), y compris le service de santé des armées (SSA). Au total, leurs capacités d'accueil se composent de 374 000 lits et de 85 000 places (**tableau 1**). Ces résultats sont issus des « bases statistiques » de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), dont les données ont été collectées au premier semestre de 2023 (**encadré 1**).

Le nombre d'établissements hospitaliers continue de décroître

Parmi les 1 338 entités géographiques publiques, trois types d'établissements hospitaliers coexistent, avec des missions spécifiques pour chacun. Les 185 sites de centres hospitaliers régionaux dispensent les soins courants à la population la plus proche et des soins plus spécialisés à la population régionale, voire nationale ; les 932 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ●●●

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

- [MCO]), ainsi que la prise en charge de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) de la population proche ; les 92 centres hospitaliers spécialisés dispensent uniquement des soins en psychiatrie (tableau 1). S'y ajoutent 129 autres établissements publics, qui correspondent en majorité à des établissements de soins de longue durée. Au total, les hôpitaux publics concentrent 61 % des lits et 52 % des places au 31 décembre 2022.

Les entités géographiques privées sont constituées de deux types d'établissement. Les 658 établissements du secteur privé à but non lucratif comprennent les 20 centres de lutte contre le cancer et 638 autres établissements (dont la moitié en SSR). Ils regroupent 14 % des lits et 18 % des places. Les établissements privés à but lucratif, aussi appelés cliniques privées, sont au nombre de 980 et représentent 24 % des lits et 29 % des places.

Encadré 1 Champ, source, méthode et définitions

Champ

Le champ retenu porte sur la France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le décompte du nombre d'entités géographiques comprend les établissements d'hospitalisation disposant au moins d'un lit ou d'une place (tableau 1). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation complète ou partielle (centres de dialyse, de radiothérapie et établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile [HAD]). En revanche, le décompte des capacités d'accueil en HAD tient compte de toute l'offre disponible, y compris celle des établissements faisant uniquement de l'HAD (tableau 2).

Source

La statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). L'intégralité de ces données est mise à disposition du public sur internet, sous la forme de deux jeux de données.

- La base dite « administrative » contient les données déclarées et validées par les établissements. Elle est mise à disposition, chaque année, sur le site Open Data de la DREES*. Elle est également consultable sur le site de diffusion de la SAE**.

- La base dite « statistique », destinée aux études, contient des données redressées par la DREES et est également diffusée sur le site Open Data de la DREES***.

Méthode

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base statistique de la SAE 2022. Celle-ci est disponible depuis le 3 novembre 2023.

Durant la crise sanitaire, la collecte de la SAE a été compliquée, en raison de la pression à laquelle faisaient face les établissements répondants. Les collectes les plus concernées sont celles des SAE 2019 à 2021 (réalisées de 2020 à 2022). La DREES a conduit des travaux d'expertise complémentaires en continu, qui ont déjà permis d'améliorer les données de la SAE 2019, dont la base statistique a été révisée à l'occasion de la publication méthodologique de juillet (Delaporte, *et al.*, 2022). Pour la qualité des données 2020 et 2021, les expertises se sont poursuivies en 2023. Des échanges avec plusieurs établissements ont permis d'établir que, sous la contrainte de moyens qu'a représentée la crise sanitaire, leurs réponses ont parfois été plus imprécises qu'habituellement, faute de temps disponible pour rechercher les bonnes informations.

La collecte de la SAE 2022, réalisée en 2023 dans un contexte hospitalier un peu plus apaisé, a permis de relever davantage d'évolutions atypiques que lors d'une campagne classique. L'exploration de ces nombreux cas a conduit la DREES à identifier, seulement récemment, des besoins de corrections supplémentaires sur 2020 et 2021, notamment pour le nombre de lits d'hospitalisation complète en état d'accueillir réellement des patients. Une partie des réponses apportées en première intention se sont en effet appuyées sur une définition de type « lits budgétés » ou « lits autorisés », c'est-à-dire sans écarter les lits non disponibles du fait du manque de personnel, alors que la SAE le requiert. Les concepts de « lits budgétés » ou « autorisés » sont parfois plus facilement disponibles que le concept SAE, notamment dans les systèmes d'information des établissements de santé : certains d'entre eux les ont mobilisés dans l'urgence pour répondre à la SAE, dans un contexte de forte tension sanitaire.

La prise en compte de ces corrections conduit *ipso facto* à des évolutions du nombre de lits qui s'écartent de celles qui peuvent être calculées avec les bases statistiques 2020 et 2021 qui avaient été mises en ligne, toujours disponibles (tableau complémentaire A)****.

Pour cette raison, la diminution des lits retracée ici est plus importante que celle indiquée dans Toutlemonde, *et al.* (2023), en particulier pour 2021 (-1,4 %, au lieu de -1,0 %). Toutes les disciplines d'équipements (MCO, psychiatrie, SSR, USLD) sont concernées par les révisions.

Définitions

Le terme d'« établissement de santé » recouvre, au sein d'un même concept, deux notions différentes.

Entité géographique (EG) : elle correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une unique entité juridique, mais une même entité juridique peut comporter plusieurs EG, à condition qu'elles 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 EG, 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 EG sur différents sites, pour certains d'entre eux 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 EG, malgré le développement de regroupements.

Dans cette publication, le nombre d'entités géographiques résulte du décompte du nombre d'entités géographiques distinctes disposant de capacités d'accueil (au moins un lit ou une place renseignés dans la SAE) au 31 décembre des années concernées. Les capacités d'accueil des établissements de santé sont classées selon l'autorisation de soins de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent.

- **Hospitalisation complète :** unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »).

- **Hospitalisation partielle :** concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie, de chirurgie ambulatoire ou de médecine ambulatoire. En MCO, le séjour est inférieur à 24 heures, en psychiatrie et en SSR, il comporte plusieurs journées ou nuitées de moins de 24 heures. Les séances de dialyse et de traitement du cancer forment un champ distinct de l'hospitalisation partielle.

- **Capacités d'accueil des établissements de santé :** comptabilisées en lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (nombre de patients pouvant être accueillis en même temps), elles représentent les capacités d'accueil réellement en état d'accueillir des patients au 31 décembre 2022. Celles fermées temporairement faute de personnel en nombre suffisant sont exclues. Certaines fermetures de lits de très courte durée peuvent être incluses, mais uniquement en cas de travaux ou de désinfection. Ce concept défini dans la SAE se distingue de la notion de « capacités autorisées » (par les agences régionales de santé), car ces dernières ne sont pas nécessairement créées. Il est également différent de la notion de « capacités budgétées » que peuvent manipuler les établissements de santé, qui correspond à la capacité maximale d'accueil, telle qu'elle est prévue budgétairement, lorsque rien ne vient gêner le fonctionnement du service (ni travaux ni manque de personnel).

* La base administrative de la SAE est disponible sur le site Bases administratives SAE — DATA.DREES (solidarites-sante.gouv.fr)

** <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

*** La base statistique de la SAE est disponible sur le site Bases statistiques SAE — DATA.DREES (solidarites-sante.gouv.fr)

**** Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES (lien en fin de document).

Sous l'effet des réorganisations et des restructurations, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé recule régulièrement. Ce mouvement se poursuit en 2022 (11 établissements en moins, soit -0,4 %). En tendance depuis 2013, la baisse est plus marquée pour les hôpitaux publics (-5,8 %) : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 338 fin 2022, principalement en raison de la forte diminution du nombre de centres hospitaliers, ex-hôpitaux locaux. Le nombre de cliniques privées a aussi reculé, mais de manière moins prononcée (-3,8 %), passant de 1 019 entités fin 2013 à 980 fin 2022. Le secteur privé à but non lucratif a connu une évolution proche de celle des cliniques privées (-3,7 %), le nombre d'entités géographiques passant de 683 fin 2013 à 658 fin 2022.

En 2022, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît et atteint -1,8 %

Entre fin 2021 et fin 2022, le nombre de lits d'hospitalisation complète en état d'accueillir des patients baisse de 1,8 % (graphique 1). Ce repli poursuit une tendance observée depuis plusieurs années, qui reflète la volonté de réorganiser l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de « virage ambulatoire », mais aussi de contraintes de personnel, ne permettant pas de maintenir les lits. Depuis fin 2013, la baisse cumulée atteint 39 000 lits d'hospitalisation complète (-9,4 % en neuf ans).

Comme en 2020 et en 2021, le nombre de lits recule plus rapidement qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne sur la période 2013-2019). Plusieurs éléments, liés au contexte d'épidémie de Covid-19, peuvent expliquer une baisse accrue durant cette période. Certains établissements ont ainsi été contraints, temporairement, de ne plus accepter de patients dans plusieurs de leurs services d'hospitalisation pour dégager des moyens en personnel à affecter aux services de soins critiques¹. La déprogrammation d'hospitalisations et la transformation de chambres doubles en chambres simples pour limiter la contagion ont aussi réduit le nombre de lits en état d'accueillir des patients.

Mais la baisse du nombre de lits observée en 2022 est aussi plus importante que celles observées durant les deux premières années de la crise sanitaire (-1,3 % en 2020, puis -1,4 % en 2021²). Dans toutes les disciplines, ce recul est plus marqué en 2022 que les deux années précédentes. C'est en MCO qu'il est le plus notable (-2,0 %, après -1,9 % en 2021). Vient ensuite la psychiatrie

Tableau 1 Nombre d'entités géographiques et capacités d'accueil en hospitalisation au 31 décembre 2022, par catégorie d'établissement de santé

	Entités géographiques	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	1 338	228 687	44 614
CHR/CHU	185	65 868	11 647
CH, dont anciens hôpitaux locaux	932	134 673	19 143
CH spécialisés en psychiatrie	92	20 036	13 398
Autres établissements publics	129	8 110	426
Secteur privé non lucratif	658	53 957	15 418
CLCC	20	2 549	542
Autres établissements à but non lucratif	638	51 408	14 876
Secteur privé à but lucratif	980	91 646	24 983
Établissements de SSR	343	29 752	6 074
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	465	46 924	16 213
Établissements de lutte contre les maladies mentales	159	14 370	2 587
Établissements de SLD	7	359	0
Autres	6	241	109
Total	2 976	374 290	85 015

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

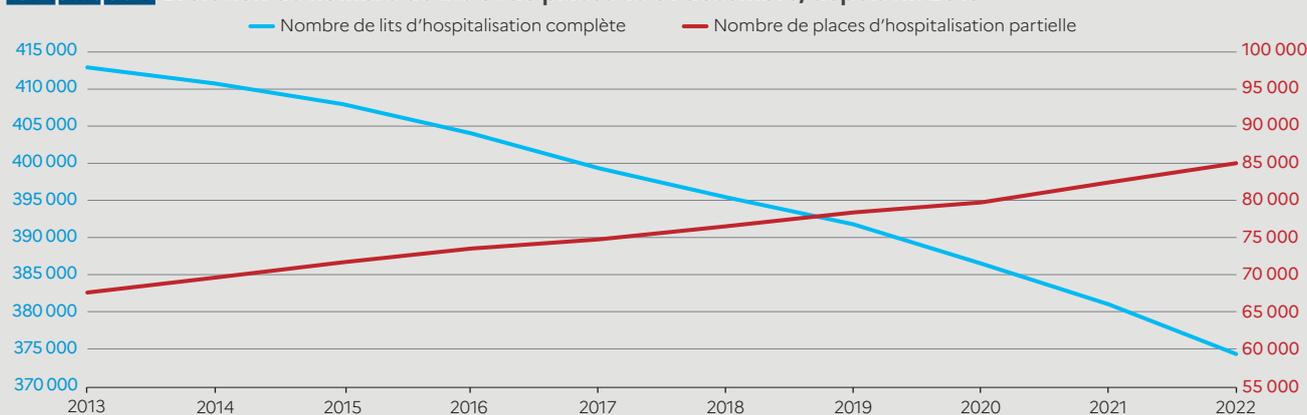
Note > Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, le décompte retient autant d'entités géographiques que de sites.

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

Sources > DREES, SAE 2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1289 © DREES

Graphique 1 Évolution du nombre de lits et de places au 31 décembre, depuis fin 2013



Note > Les données des années 2020 et 2021 ont été révisées à la baisse (encadré 1).

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

Sources > DREES, SAE 2013-2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1289 © DREES

1. Avec la crise sanitaire, le nombre de lits a connu de fortes variations en cours d'année, au gré des vagues épidémiques, ce que la SAE ne permet pas de retracer, car elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année. Leur déploiement temporaire pour faire face à la pandémie ne se retrouve donc pas systématiquement dans cet état des lieux en fin d'année.

2. Sous la contrainte de la crise sanitaire, les réponses des établissements à la SAE depuis 2020 ont parfois été plus imprécises qu'auparavant, faute de temps disponible pour rechercher les bonnes informations. Suite à des travaux d'expertise conduits avec plusieurs établissements de santé, la DREES a identifié des besoins de révisions des données des bases statistiques des SAE 2020 et 2021. Dans cette publication, le nombre de lits d'hospitalisation complète en état d'accueillir des patients et son évolution ont été revus à la baisse pour les deux années concernées par rapport à Toutlemonde, et al. (2023).

(-1,7 %, après -0,9 % en 2021), où une part importante de la baisse provient du secteur public (-1 000 lits, soit -3,1 %) et principalement des centres hospitaliers spécialisés (-800 lits, soit -4,0 %). Dans les cliniques privées, au contraire, le nombre de lits de psychiatrie a progressé de 200 lits.

En SSR, la baisse du nombre de lits, amorcée en 2018, s'amplifie aussi (-1,3 %, après -0,7 % en 2021). Les unités de soins de longue durée (USLD) n'offrent que des lits d'hospitalisation complète. Leur nombre décroît depuis 2013, et cette baisse se poursuit en 2022 (-1,7 %).

Le nombre de places d'hospitalisation partielle progresse plus vite qu'avant la crise sanitaire

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales (techniques, médicamenteuses et organisationnelles) ont transformé les modes de prise en charge, notamment en anesthésie et en chirurgie. Un nombre croissant de procédures évoluent vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En conséquence, le nombre de places en hospitalisation partielle progresse régulièrement : entre fin 2013 et fin 2022, 17 400 places ont été créées (+25,8 % en neuf ans).

La crise sanitaire n'a freiné cette dynamique que très temporairement, en 2020, avec une hausse du nombre de places limitée à 1,7 %, en deçà de la tendance observée de 2013 à 2019 (+2,5 % par an en moyenne). Dès 2021, le nombre de places a augmenté à un rythme annuel plus rapide qu'avant la crise sanitaire (+3,4 % en 2021 et +3,1 % en 2022).

Courts et moyens séjours continuent d'alimenter l'hospitalisation partielle en 2022

L'essentiel de la progression du nombre total de places en 2022 est porté par le dynamisme soutenu de l'hospitalisation partielle en court et moyen séjour. En court séjour (MCO), le nombre de places continue d'accélérer en 2022 (+4,2 %, après +3,8 % en 2021), ce qui compense le ralentissement de 2020 (+1,9 %, après +3,1 % par an en moyenne de 2013 à 2019) [tableau 2]. En moyen séjour (SSR), l'augmentation est plus importante encore (+5,8 %, après +7,0 % en 2021), effaçant là aussi les effets du léger tassement de 2020 (+4,8 %, après 6,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019).

En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle sont plus développées, car le recours à ce mode de prise en charge y est plus ancien. De ce fait, le nombre de places progresse plus modestement depuis les années 2000. Il a ainsi augmenté de 0,3 % en 2022 (+0,9 % en 2021).

Les capacités d'accueil de l'hospitalisation à domicile augmentent de 1,6 % en 2022

Alternative à l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile (HAD) connaît une croissance régulière de ses capacités d'accueil, accentuée par la crise sanitaire. Sous l'effet de cette dernière, les capacités d'accueil en HAD ont bondi en 2020 (+10,5 %) et ont encore fortement progressé en 2021 (+6,8 %). Le recours accru à l'HAD a en effet permis aux établissements de santé d'alléger les tensions hospitalières, rendant possible la prise en charge de nouveaux patients atteints de Covid-19, mais aussi de patients non concernés par l'épidémie, comme des patients chroniques

stabilisés, dans une période où les capacités d'accueil en hospitalisation conventionnelle étaient saturées.

En 2022, l'augmentation des capacités d'accueil en HAD est plus modérée (+1,6 %), possible signe d'une normalisation des organisations hospitalières. Fin 2022, 23 000 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire (19 000 pouvaient l'être en 2019 avant la crise sanitaire), ce qui représente 7,9 % des capacités totales de prise en charge en hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie). En 2006, l'HAD représentait 2,1 % de ces capacités (soit 7 000 patients pouvant être pris en charge simultanément).

Les capacités d'accueil en réanimation continuent de diminuer mais restent supérieures de 5,1 % à leur niveau de fin 2019

La prise en charge des patients atteints de Covid-19 lors des vagues épidémiques de 2020 et 2021 a notablement reposé sur les capacités d'accueil en soins critiques : réanimation, soins intensifs et surveillance continue. Elles ont ainsi connu une forte progression (+3,6 %) entre fin 2019 et fin 2020, pour prendre en charge des patients atteints du Covid-19 en phase aiguë. Durant l'année 2021, les modes de prise en charge de ces patients ont évolué vers une réduction du recours aux soins critiques, conduisant à une diminution des capacités d'accueil de 1,2 % entre fin 2020 et fin 2021.

En 2022, la pression de l'épidémie de Covid-19 sur les services de soins critiques continue de se résorber, si bien que la diminution des capacités d'accueil se poursuit. Le nombre de lits de soins critiques s'établit à 19 700 fin 2022, soit 330 lits de moins que fin 2021 (-1,7 %). Il reste toutefois supérieur de 0,7 % à celui qui était observé fin 2019, avant l'apparition de la crise sanitaire.

Parmi les lits de soins critiques, 5 700 lits de réanimation³ sont comptabilisés au 31 décembre 2022, répartis dans 336 établissements de

Tableau 2 Capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle au 31 décembre 2022, par discipline d'équipement

	2022	Évolution 2021-2022 (en %)
Nombre de lits d'hospitalisation complète	374 290	-1,8
MCO	190 291	-2,0
SSR	101 757	-1,3
Psychiatrie	52 586	-1,7
SLD	29 656	-1,7
Nombre de places d'hospitalisation partielle	85 015	3,1
MCO	37 146	4,2
SSR	17 978	5,8
Psychiatrie	29 891	0,3
Capacités d'accueil en HAD¹	23 149	1,6

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

1. Les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) sont mesurées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD. Le terme de « places », utilisé auparavant pour désigner les capacités d'accueil, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

Note > Les données 2021 ont été révisées à la baisse, avec un impact sur le calcul de l'évolution 2021-2022 (encadré 1).

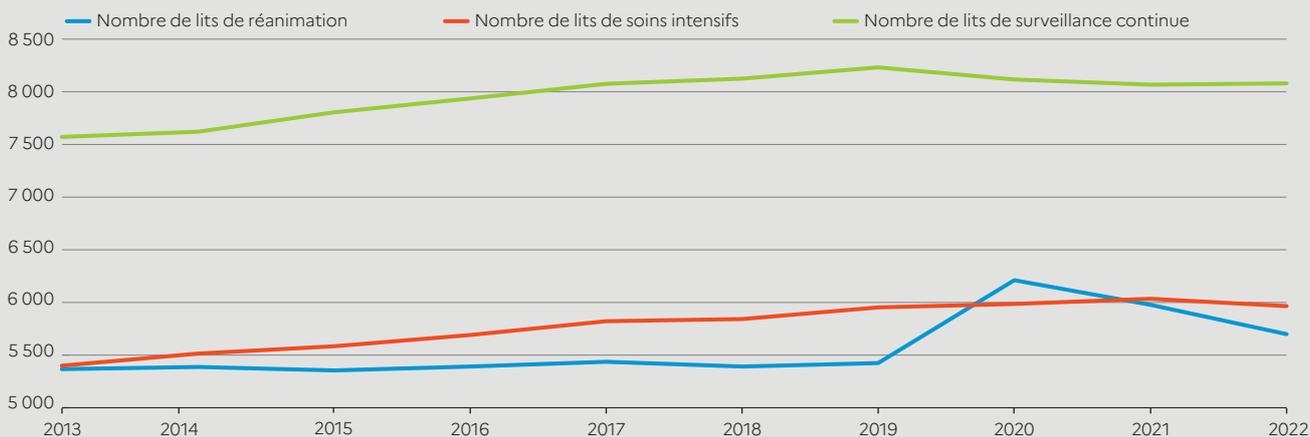
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2021-2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1289 © DREES

3. Ne sont comptabilisés ici que les lits de réanimation installés dans le cadre d'une autorisation de soins de réanimation, tels que collectés par la SAE. Pendant la crise sanitaire, des lits de soins intensifs et de surveillance continue (encadrés par une reconnaissance contractuelle de l'agence régionale de santé [ARS]), ainsi que d'autres lits d'hospitalisation conventionnelle ont été « armés » pour des soins de réanimation : ils ont été rendus opérationnels en termes de matériel (respirateurs) et de moyens en personnel soignant pour permettre la prise en charge de patients relevant d'une hospitalisation réanimatoire, sans attendre la mise en place d'une autorisation de soins de réanimation en tant que telle.

Graphique 2 Évolution du nombre de lits de soins critiques au 31 décembre, depuis fin 2013



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

Sources > DREES, SAE 2013-2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1289 © DREES

santé (graphique 2). Ils sont destinés à des patients qui présentent (ou sont susceptibles de présenter) plusieurs défaillances viscérales aiguës, mettant directement en jeu leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Leur nombre, qui avait modestement augmenté de 2013 à 2019 (+1,0 %), a bondi de 14,5 % entre fin 2019 et fin 2020. Pour faire face à l'épidémie de Covid-19, des autorisations dérogatoires de réanimation ont en effet permis l'ouverture de lits de réanimation dans les établissements qui n'en disposaient pas avant la crise, tandis qu'augmentaient les capacités d'accueil d'établissements déjà équipés.

Le nombre de lits de réanimation a ensuite reflué (-3,8 % en 2021, puis -4,7 % en 2022), pour partie en raison du non-renouvellement de certaines des autorisations dérogatoires de réanimation accordées pendant la crise sanitaire. Par ailleurs, en 2021 comme en 2022, les capacités d'accueil des établissements disposant d'une autorisation régulière de réanimation ont légèrement diminué. En dépit de ces baisses, le nombre total de lits de réanimation en état d'accueillir des patients fin 2022 reste supérieur de 5,1 % à son niveau de fin 2019, avant la crise sanitaire.

Concernant les soins intensifs, 5 970 lits sont comptabilisés fin 2022. À la différence de ceux de réanimation, ils sont destinés à des patients présentant la défaillance d'un seul organe. Leur nombre a progressé de 10,3 % entre fin 2013 et fin 2019, et la hausse s'est poursuivie en 2020 (+0,5 %) comme en 2021 (+0,8 %). En 2022, le nombre de lits de soins intensifs fléchit pour la première fois (-1,1 %), pour revenir à un niveau équivalent à celui de fin 2019.

Enfin, en 2022, 8 080 lits de surveillance continue prennent en charge des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Si leur nombre a augmenté de 8,7 % entre fin 2013 et fin 2019, il a diminué pendant la crise sanitaire (-1,4 % en 2020, puis -0,6 % en 2021), pour se stabiliser entre fin 2021 et fin 2022 (+0,2 %). ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Établissement de santé** **Capacité d'accueil** **Hospitalisation**

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.
- > Delaporte, A., Gateaud, G., Pereira, É., Toutlemonde, F. (2022, juillet). La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé – Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013. DREES, *DREES Méthodes*, 2.
- > DREES (2023, octobre). Bon usage des bases SAE et spécificités 2022. Note méthodologique.
- > Mauro, L. (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) : un essor important, en deux temps. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.
- > 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.
- > Toutlemonde, F. (dir.) (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargée d'édition : Laureen Guhur

Composition et mise en pages : Julie Eneau

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr