

## Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile

En 2020, 1 342 hôpitaux publics, 667 établissements privés à but non lucratif et 974 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer.

Les capacités d'accueil de ces 2 983 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (387 000 lits) et partielle (80 000 places). En 2020, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,5 %). En revanche, le nombre de places reste dynamique (+1,7 %), avec une progression qui reste plus importante en moyen séjour (+4,7 %) qu'en court séjour (+2,4 %).

En 2020, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile connaissent une augmentation plus forte que les années précédentes (+10,8 %, après +6,2 % en 2019). Elles représentent ainsi 7,0 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, a augmenté de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation a progressé de 14,5 %.

**A**u 31 décembre 2020, 2 983 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DROM, y compris le service de santé des armées (SSA). Au total, leurs capacités d'accueil se composent de 387 000 lits et de 80 000 places (tableau 1). Ces résultats sont issus des données administratives de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), collectées au premier semestre de 2021. Ils sont susceptibles d'être révisés d'ici à la fin de l'année 2021 (encadré 1).

### Le nombre d'établissements hospitaliers continue de décroître

Parmi les 1 342 établissements géographiques publics, trois types d'établissements hospitaliers coexistent, avec des missions spécifiques pour chacun. Les 180 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins courants à la population la plus proche et des soins plus spécialisés à la population régionale, voir nationale ; les 931 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 [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 (CHS) dispensent uniquement des soins en psychiatrie (tableau 1). S'y ajoutent 139 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 54 % des places en 2020.

Les structures hospitalières privées sont constituées de deux types d'établissement. Les établissements du secteur privé à but non lucratif comprennent les 20 centres de lutte contre le cancer et 647 autres établissements privés à but non lucratif. Ils regroupent 14 % des lits et 18 % des places. Les établissements privés à but lucratif, aussi appelés cliniques privées, sont au nombre de 974 et représentent 24 % des lits et 28 % des places.

Sous l'effet des réorganisations et des restructurations, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé a continué de reculer (25 établissements en moins en 2020, soit -0,8 %). En tendance depuis 2013, la baisse est plus marquée pour les hôpitaux publics : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques en 2013 à 1 342 en 2020 (-5,5 %), en raison principalement de la forte diminution du nombre de centres hospitaliers, ex-hôpitaux locaux. Celui des cliniques privées a un peu moins reculé, passant de 1 020 entités en 2013 à 974 en 2020 (-4,5 %). Au cours des deux dernières années, leur recul s'est toutefois amplifié : 26 entités géographiques en moins sont décomptées entre 2018 et 2020, une baisse plus importante que celle observée de 2013 à 2018 (20 entités de moins). Enfin, dans le secteur privé à but non lucratif, le nombre d'entités est passé de 685 en 2013 à 667 en 2020 (-2,6 %).

### Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue de 1,5 %

Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de lits diminue de 1,5 % (graphique 1). Ce repli poursuit une tendance observée depuis plusieurs années, qui reflète la volonté de réorganiser l'offre dans un contexte de virage ambulatoire, mais aussi de contraintes de personnel ne permettant pas de maintenir les lits. Depuis 2013, ce sont en effet 27 000 lits d'hospitalisation complète qui ont ainsi été fermés, soit une baisse de 6,5 % en sept ans.



TABLEAU 1

### Nombre d'entités géographiques et capacités d'accueil en hospitalisation en 2020, par catégorie d'établissement de santé

	Entités géographiques	Nombre de lits	Nombre de places
<b>Secteur public</b>	<b>1 342</b>	<b>237 813</b>	<b>43 204</b>
CHR/CHU	180	69 848	11 078
CH, dont anciens hôpitaux locaux	931	137 951	18 062
CH spécialisés en psychiatrie	92	21 362	13 583
Autres établissements publics	139	8 652	481
<b>Secteur privé non lucratif</b>	<b>667</b>	<b>55 479</b>	<b>14 815</b>
CLCC	20	2 702	708
Autres établissements à but non lucratif	647	52 777	14 107
<b>Secteur privé à but lucratif</b>	<b>974</b>	<b>93 543</b>	<b>22 070</b>
Établissements de soins de SSR	342	29 402	5 012
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	468	49 492	14 772
Établissements de lutte contre les maladies mentales	154	14 141	2 211
Établissements de SLD	7	359	0
Autres	3	149	75
<b>Ensemble</b>	<b>2 983</b>	<b>386 835</b>	<b>80 089</b>

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Établissement d'hospitalisation disposant d'au moins un lit ou d'une place. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

**Source** • DREES, SAE 2020 (bases administratives), traitements DREES.

Le fait que la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients est un peu plus marquée en 2020 que durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne) pourrait s'expliquer par le contexte d'épidémie de Covid-19 et ses conséquences sur les capacités d'hospitalisation et les ressources humaines hospitalières. Avec la crise sanitaire, le nombre de lits a connu de fortes variations au cours de l'année 2020, 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. Le déploiement temporaire de lits pour faire face à la pandémie ne se retrouve donc pas systématiquement dans cet état des lieux en fin d'année, s'ils ont été fermés début décembre par exemple. De plus, et de manière directe, certains établissements ont été contraints, temporairement, de ne plus accepter de patients dans plusieurs de leurs services d'hospitalisation pour dégager des moyens en personnel à affecter aux services de soins critiques. La crise sanitaire a en outre entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations.

Dans les deux cas, cela se traduit dans la SAE par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre 2020. Enfin, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, réduisant là aussi le nombre de lits d'hospitalisation complète disponibles en fin d'année.

### Le nombre de places d'hospitalisation partielle progresse de 1,7 % en 2020

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 évolue vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En conséquence, le nombre de places en hospitalisation partielle progresse régulièrement : depuis 2013, 8 200 places ont été créées, soit une hausse de 11,4 % en sept ans. En 2020, ce mouvement se poursuit et le nombre de places augmente de 1,7 %, un rythme comparable à celui des années précédentes.

## Court et moyen séjours continuent d'alimenter l'hospitalisation partielle en 2020

L'essentiel de la progression du nombre total de places en 2020 provient de la dynamique des capacités d'accueil en hospitalisation partielle en MCO et en SSR. En MCO, disciplines de court séjour, le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement sensible. Le nombre de lits recule de manière plus accentuée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,9 %, après -0,9 % en 2019), tandis que le nombre de places augmente également un peu plus fortement (+2,4 %, après +1,7 %) [tableau 2].

En SSR, le nombre de lits s'était stabilisé de 2015 à 2018, mais il diminue depuis (-0,9 % en 2020, après -0,8 % en 2019). En revanche, la progression, soutenue depuis dix ans, du nombre de places d'hospitalisation partielle en SSR se poursuit (+4,7 % en 2020).

En psychiatrie, les capacités d'accueil relevant de l'hospitalisation partielle sont plus développées, car le recours à l'hospitalisation partielle y est plus ancien. De ce fait, la progression du nombre de places est nettement plus modeste depuis les années 2000. En 2020, le nombre de places diminue faiblement (-0,5 %) et le nombre

de lits de psychiatrie continue de reculer (-1,2 %).

Les unités de soins de longue durée, quant à elles, n'offrent que des lits d'hospitalisation complète. Leur nombre diminue depuis 2013 et cette baisse se poursuit en 2020 (-1,2 %).

## Les capacités d'accueil de l'hospitalisation à domicile progressent de 10,8 %

Alternative à l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile (HAD) poursuit sa croissance. Celle-ci est particulièrement vive en 2020, avec des capacités d'accueil qui progressent

### ENCADRÉ 1

#### Champ, source et définitions

##### Champ

Le champ retenu porte sur la France métropolitaine et les DROM (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 d'au moins 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 ses 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, aux formats de fichier SAS et CSV sur le site Open Data de la DREES<sup>1</sup>. Elle est également consultable sur le site de diffusion de la SAE<sup>2</sup>.

– 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.

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base administrative de la SAE 2020, dont la collecte a été réalisée pour une bonne partie pendant la crise sanitaire. Il faut souligner la forte mobilisation des établissements de santé : malgré un contexte très difficile, les données de plus de 99,6 % d'entre eux sont intégrées à la base administrative. Provisoires, les données pourront être complétées et modifiées lors de la création de la base statistique de la SAE 2020. Celle-ci devrait être disponible fin octobre 2021.

Par rapport aux données déjà diffusées, des corrections ont été apportées pour reprendre des améliorations déjà publiées dans le Panorama de la DREES *Les établissements de santé - édition 2021*.

##### Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre dans 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 donner lieu à plusieurs EG, à condition qu'ils 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 de structures hospitalières résulte du décompte du nombre d'entités géographiques distinctes disposant de capacités d'accueil (au moins un lit ou une place renseigné dans la SAE 2020). Les capacités d'accueil des établissements de santé sont classées selon l'autorisation rattachée à 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), il s'agit des capacités installées au 31 décembre 2020, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Celles fermées temporairement pour cause de travaux sont incluses. Ces chiffres peuvent différer des capacités autorisées, ces dernières n'étant pas nécessairement créées.

1. La base administrative a été mise en ligne fin juillet 2021 sur [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/707\\_bases-administratives-sae/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/707_bases-administratives-sae/information/)

2. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>.

de 10,8 %, pour atteindre 21 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire. Cette progression plus forte que celle des années précédentes (+6,2 % en 2019 et +3,4 % en 2018) pourrait pour partie résulter de la crise sanitaire : dans cette période de tension hospitalière, les établissements de santé ont pu accentuer leur recours à l'HAD, notamment pour des patients non concernés par la Covid-19, afin de prendre en charge des patients chroniques stabilisés (en alternative à une hospitalisation complète), permettre des sorties précoces d'hospitalisation ou le retour à domicile immédiat de certains patients des urgences devant faire l'objet d'une surveillance, ou encore pour délivrer des traitements spécialisés habituellement dispensés en hôpital de jour<sup>1</sup>. Fin 2020, cette forme de prise en charge représente ainsi 7,0 % des capacités totales de prise en charge en hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

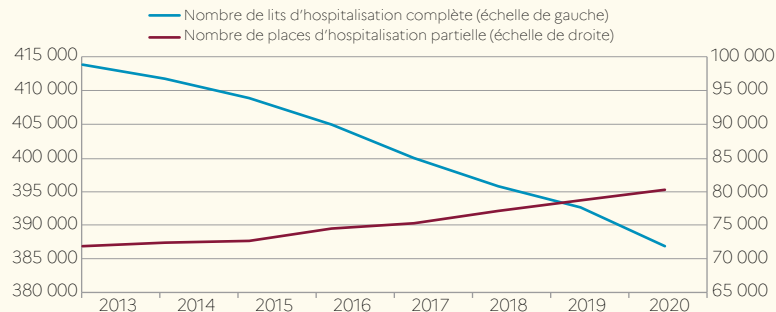
### En 2020, les capacités d'accueil en soins critiques ont nettement augmenté

La prise en charge des patients atteints de Covid-19 lors des vagues épidémiques du printemps et de l'automne 2020 a notablement reposé sur les capacités d'accueil en soins critiques : réanimation, soins intensifs et surveillance continue. Au 31 décembre 2020, les établissements de santé disposent de 20 300 lits de soins critiques, soit 700 de plus que fin 2019 (+3,6 %), une progression trois fois plus rapide que la tendance des années précédentes (+1,1 % en moyenne de 2013 à 2019), portée par la hausse des lits de réanimation.

Parmi les lits de soins critiques, 6 200 lits de réanimation sont comptabilisés, répartis dans 386 établissements de 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. Si leur nombre a augmenté modestement de 2013 à 2019 (+1,2 %), la crise sanitaire s'est traduite par une forte progression entre fin 2019 et fin 2020, de 14,5 % soit 786 lits de réanimation supplémentaires installés. Cette augmentation résulterait pour moitié de l'augmentation des capacités

## GRAPHIQUE 1

### Évolution du nombre de lits et de places de 2013 à 2020



**Champ** • France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** • DREES, SAE 2013-2019 (bases statistiques) et SAE 2020 (bases administratives), traitements DREES.

## TABLEAU 2

### Capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle en 2020, par discipline d'équipement

	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
<b>Nombre de lits d'hospitalisation complète</b>	<b>386 835</b>	<b>-1,5</b>
MCO	198 159	-1,9
SSR	103 784	-0,9
Psychiatrie	54 312	-1,2
SLD	30 580	-1,2
<b>Nombre de places d'hospitalisation partielle</b>	<b>80 089</b>	<b>1,7</b>
MCO	34 609	2,4
SSR	15 866	4,7
Psychiatrie	29 614	-0,5
<b>Capacités d'accueil en HAD<sup>1</sup></b>	<b>21 276</b>	<b>10,8</b>

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

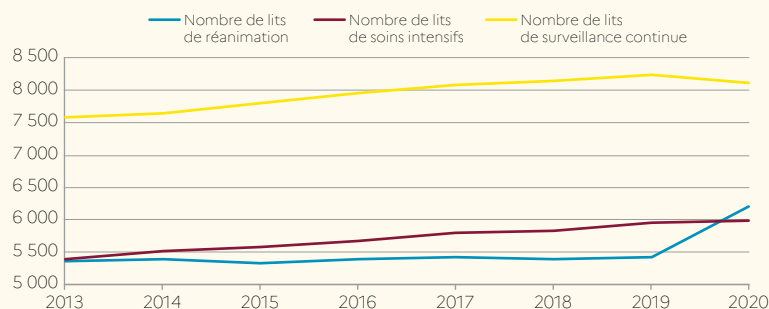
<sup>1</sup> Les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) sont mesurées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD. Le terme « places », utilisé auparavant pour désigner les capacités d'accueil, a été abandonné pour ne pas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

**Champ** • France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** • DREES, SAE 2019 (bases statistiques) et SAE 2020 (bases administratives), traitements DREES.

## GRAPHIQUE 2

### Évolution du nombre de lits de soins critiques de 2013 à 2020



**Champ** • France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** • DREES, SAE 2013-2019 (bases statistiques), traitements DREES et SAE 2020 (bases administratives), traitements DREES.

1. En 2021, les Agences Régionales de santé (ARS) ont d'ailleurs diffusé une communication pour rappeler aux acteurs hospitaliers les possibilités d'appui offertes par l'HAD : [https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2021-03/%40AR-SOC\\_%23HADCO-VID19\\_A5\\_CMJN.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2021-03/%40AR-SOC_%23HADCO-VID19_A5_CMJN.pdf)

d'accueil des établissements déjà équipés en 2019, mais également, pour l'autre moitié, de l'ouverture de lits de réanimation dans 63 établissements qui n'en disposaient pas du tout avant la crise. Des autorisations dérogatoires pour l'activité de réanimation ont en effet été délivrées depuis mars 2020, afin de faire face à l'épidémie de Covid-19. Encore une fois, la SAE ne permet pas de connaître l'évolution infra-annuelle des capacités, qui a été particulièrement marquée pour la réanimation en 2020. Précisons également que 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. Toutefois, pendant la crise sanitaire, des lits de soins intensifs et de surveillance continue (encadrés par une reconnaissance contractuelle de l'ARS), ainsi que d'autres lits d'hospitalisation conventionnelle ont été « armés » pour des soins de réanimation : ils ont été rendu 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. Concernant les soins intensifs, 6 000 lits sont comptabilisés fin 2020. À la différence

des lits de réanimation, ils sont destinés à des patients présentant la défaillance d'un seul organe. Leur nombre a progressé de 10,8 % en sept ans, et de 0,5 % en 2020.

Enfin, 8 100 lits de surveillance continue prennent en charge des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Leur nombre a progressé de 71 % en sept ans, mais il a diminué de 1,4 % entre 2019 et 2020 (-114 lits). Dans certains cas, la hausse de la capacité d'accueil en réanimation ou en soins intensifs s'est en effet opérée par une reconversion de lits de surveillance continue. ■

## 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.
- Mauro, L. (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) : un essor en deux temps. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.
- Toutlemonde, F. (dir) (2021, juillet). *Les établissements de santé - édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

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

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

### Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

### Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

### Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

### Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

### Composition et mise en pages :

NDBD

### Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

### Pour toute information :

[drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.