

Vue d'ensemble ◀

Synthèse Covid-19

Fiches thématiques

Annexes

Le secteur hospitalier français compte 2 989 établissements de santé au 31 décembre 2020 en France : 1 347 hôpitaux publics, 972 cliniques privées et 670 établissements privés à but non lucratif. En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière : le nombre de journées d'hospitalisation partielle a reculé de 23,5 % et celui des séjours d'hospitalisation complète de 12,4 %. La rupture est nette avec les tendances de progression de l'hospitalisation partielle et de lente diminution de l'hospitalisation complète observées les années précédentes. Le nombre de passages aux urgences est également en forte baisse (-17,3 % par rapport à 2019), interrompant plus de deux décennies de progression continue et soutenue. Les premiers chiffres disponibles sur l'emploi salarié hospitalier en 2020 montrent un rebond des effectifs des hôpitaux publics, rendu nécessaire par la crise sanitaire.

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

Au 31 décembre 2020, le secteur hospitalier français est constitué de 2 989 structures¹ disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places). Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes. Parmi les 1 347 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 180 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 936 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux) ; 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; et 139 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD). Les structures hospitalières privées comprennent 972 cliniques privées à but lucratif et 670 établissements privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013 à 2 989 fin 2020 (-4,3 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette évolution est un peu plus marquée pour les hôpitaux publics, dont le nombre d'entités géographiques est passé

de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 347 fin 2020 (-73 entités géographiques en 7 ans, soit -5,1 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013 (-47 entités géographiques en sept ans, soit -4,6 %). Au cours des deux dernières années, ce recul s'est amplifié avec -27 entités géographiques entre fin 2018 et fin 2020, après -20 entités entre fin 2013 et fin 2018. Le nombre d'établissements de soins de courte durée (MCO) ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-66 entités), tandis que le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de lutte contre les maladies mentales a progressé (+15 entités).

Le nombre d'établissements privés à but non lucratif a également diminué depuis fin 2013, mais à un rythme plus modéré, passant de 683 entités géographiques à 670 (-13 entités, soit -1,9 %).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète se replie depuis plus d'une décennie

Depuis plus de dix ans, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités

1. Ce nombre est obtenu en prenant en compte toutes les entités géographiques identifiées, pour le secteur public comme pour le secteur privé. Jusqu'en 2012, il n'était pas possible de comptabiliser le nombre d'entités géographiques du secteur public. Seul le nombre d'entités juridiques était identifiable.



d'hospitalisation complète (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), avec des disparités départementales globalement stables ces six dernières années.

En court séjour (MCO), la baisse du nombre de lits s'est effectuée à un rythme assez régulier, de 236 000 fin 2003 à 202 000 fin 2019. 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 formes de prises en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En psychiatrie, ces alternatives sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, avant de diminuer de nouveau ces dernières années.

Ce sont surtout les capacités d'accueil des USLD qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits fin 2003 à 31 000 fin 2019, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 fin 2003 à 105 000 fin 2019.

Le recul du nombre de lits est un peu plus marqué entre fin 2019 et fin 2020, en lien avec la crise sanitaire

La baisse du nombre de lits susceptibles d'accueillir des patients est un peu plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %) que durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). Ce phénomène est probablement lié au contexte d'épidémie de Covid-19 et à ses conséquences sur les capacités d'hospitalisation et les ressources humaines hospitalières². De nombreuses hospitalisations ont,

en effet, été reprogrammées et certains personnels ont été réaffectés aux services de soins critiques, entraînant la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients dans leurs services d'origine. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples. Tous ces éléments se traduisent par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre 2020 (soit à la fin de la seconde vague épidémique). En 2020, les établissements de santé comptent ainsi 387 000 lits d'hospitalisation complète, soit 82 000 lits de moins qu'en 2003.

En MCO, où les unités de soins sont davantage en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19, la diminution du nombre de lits est un peu plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,6 %, après -1,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). Mais le phénomène concerne aussi d'autres grandes disciplines. Ainsi, le nombre de lits de psychiatrie recule plus fortement entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %, après -0,9 % par an en moyenne de 2013 à 2019), en particulier dans les établissements publics. C'est également le cas dans les USLD (-1,1 %, après -0,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). En SSR, la baisse du nombre de lits en 2020 se poursuit au même rythme qu'en 2019, après le plateau atteint entre 2015 et 2018.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser mais à un rythme plus modéré

Les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 80 000 places au 31 décembre 2020, contre 49 000 fin 2003. Dynamique de fin 2003 à fin 2013 (+3,2 % par an en moyenne), le nombre de places a progressé plus lentement de fin 2013 à fin 2019 (+10 900 en 6 ans, soit +2,5 % par an en moyenne). Avec la crise sanitaire, un nouveau ralentissement intervient : entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de places n'augmente que de 1,7 %, principalement porté par les cliniques privées.

2. Les impacts de l'épidémie de Covid-19 sur les capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé sont détaillés dans une synthèse qui suit cette vue d'ensemble (voir « Synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020 »).

C'est notamment le cas en MCO (34 000 places en 2020), qui avait enregistré la création de 10 000 places d'hospitalisation partielle entre fin 2003 et fin 2013, soit une progression de 4,6 % par an en moyenne. Ce rythme de progression a ensuite reculé à 3,1 % par an de fin 2013 à fin 2019, puis à 1,9 % de fin 2019 à fin 2020.

Le nombre de places en psychiatrie a progressé de 2 400 places de fin 2003 à fin 2013, pour ensuite se stabiliser aux alentours de 29 300 places ces dernières années.

En SSR, la progression de l'hospitalisation partielle est rapide : +11 000 places en 17 ans, soit une capacité d'accueil multipliée par trois. Mais, entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de places a ralenti par rapport aux années précédentes (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019).

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, quant à elle, d'une grande diversité. Si la Martinique et la Guadeloupe ont des capacités hospitalières qui se rapprochent de celles de la France métropolitaine, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont globalement moins élevées

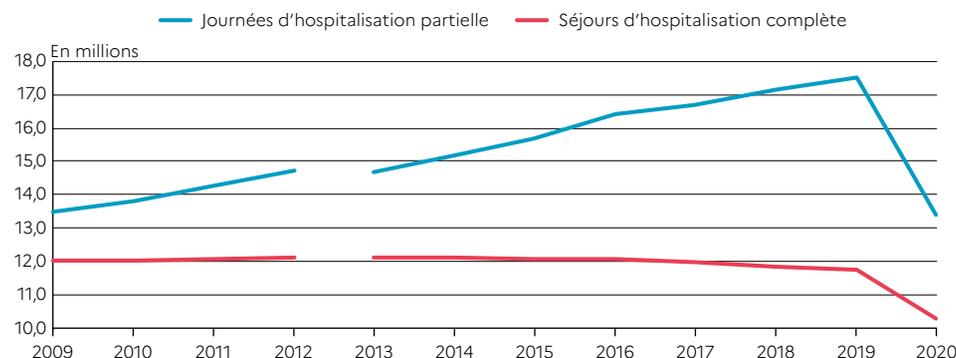
et moins variées. Les capacités d'hospitalisation partielle de SSR font toutefois exception et sont plus développées en Guadeloupe et à La Réunion qu'en France métropolitaine.

L'activité d'hospitalisation complète connaît une baisse sans précédent en 2020

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, due notamment au vieillissement de la population, ce mouvement de recul a repris depuis 2013 (*graphique 1*). Durant la période 2013-2019, le nombre de séjours a diminué en moyenne de 0,5 % par an pour le court et moyen séjour (MCO et SSR) et de 0,3 % par an en moyenne en psychiatrie.

En 2020, le niveau d'activité d'hospitalisation complète se replie à 10,3 millions de séjours et 107 millions de journées, soit une baisse sans précédent de 12,4 % du nombre de séjours et de 8,4 % du nombre de journées, sous l'effet des déprogrammations de soins intervenues afin de faire face à la crise sanitaire (Naouri, 2021)³. La diminution est moindre en MCO (-12,0 %) qu'en psychiatrie

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) entre 2009 et 2020



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

Notes > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie. À partir de 2013, les données comprennent l'activité liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère est exclue sur l'ensemble de la période.

Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2009-2020, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

3. Concernant les effets de la crise sanitaire sur la baisse de l'activité hospitalière en 2020, voir également la vue d'ensemble de l'ouvrage de la DREES « Les dépenses de santé en 2020 – édition 2021 ».



(-14,4 %) ou en SSR (-15,2 %). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la grande majorité des patients atteints de Covid-19 ont été accueillis en MCO. Conjointement, la durée moyenne de séjour augmente légèrement en MCO (+0,2 jour) et plus sensiblement en SSR (+2,1 jours) et en psychiatrie (+3,2 jours).

En 2020, le secteur hospitalier a également enregistré 13,4 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée), soit un recul de 23,5 % par rapport à 2019. La crise sanitaire a donc interrompu la tendance à une progression régulière de cette forme de prise en charge (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019). Cette rupture concerne toutes les disciplines : en SSR, la diminution de 32,6 % en 2020 intervient alors que la progression avait été régulière, de 6,4 % par an en moyenne, sur la période 2013-2019 ; en psychiatrie, la baisse est de 34,6 % (-0,6 % par an en moyenne) ; en MCO, la diminution d'activité est moins marquée (-11,9 %), mais contraste nettement avec la baisse des dernières années (+3,6 % par an en moyenne).

La répartition des séjours par grande discipline médicale varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 9 % et celle de psychiatrie 5 %, comme en 2019. Désormais, les soins de longue durée représentent une faible part de l'activité. En hospitalisation partielle, en revanche, la distribution est modifiée par rapport aux années antérieures : les soins de MCO représentent 53 % des journées en 2020 (47 % en 2019), ceux de SSR et de psychiatrie 23 % chacun (respectivement 26 % et 27 % en 2019). Dans ce dernier secteur, 20,4 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2020 (-4,8 % par rapport à 2019), notamment dans les 4 988 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

La crise sanitaire a des effets contrastés sur les alternatives à l'hospitalisation classique

À ces prises en charge s'ajoutent 14,3 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et

dialyse, en augmentation de 0,7 % par rapport à 2019. Cela représente un net ralentissement de ces formes de prise en charge, qui avaient connu une progression soutenue les années précédentes (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Alors que le nombre de séances de dialyse continue à augmenter en 2020, le nombre de séances de chimiothérapie reste stable et celui de radiothérapie diminue de 4,1 %. Comme les années précédentes, la grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (7,4 millions de séances de dialyse, 3,9 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie ambulatoires).

L'activité d'hospitalisation à domicile accélère en absorbant une partie de l'activité de MCO

Autre alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer en 2020, mais à un rythme bien plus soutenu. Contrairement aux autres grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD voient leur activité accélérer nettement durant la crise sanitaire : le nombre de séjours augmente de 15,8 % (après +4,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019) et le nombre de journées de 10,5 % (après +5,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). 257 600 séjours en HAD ont ainsi été réalisés en 2020, pour 6,6 millions de journées (soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour, après 6,3 % en 2019). Les 292 établissements d'HAD recensés en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 21 300 patients fin 2020 (soit 6,6 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour, après 5,9 % fin 2019).

Deux raisons peuvent expliquer cette accélération de l'activité d'HAD : la prise en charge en HAD de nouveaux patients atteints de Covid-19, mais aussi le report d'une partie de l'activité hors Covid-19 de MCO vers l'HAD. En raison du risque de contagion en établissements de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients ont été pris en charge à domicile plutôt

qu'en hospitalisation conventionnelle. Près de la moitié des établissements de HAD interrogés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020) ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue de désengorger les services de MCO.

Stables les années précédentes, les taux d'occupation des lits diminuent en 2020

Entre 2013 et 2019, les taux d'occupation des lits sont restés globalement stables dans toutes les disciplines. En 2020, sous l'effet des déprogrammations décidées pour faire face à la crise sanitaire, le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé beaucoup plus nettement que le nombre de lits en état d'accueillir des patients, ce qui se traduit mécaniquement par une baisse du taux d'occupation des lits. Ce dernier s'établit à 77,1 % en 2020, contre 82,6 % en moyenne de 2017 à 2019. Le taux d'occupation des lits demeure le plus faible en MCO (72,4 %, après 77,6 % en moyenne les trois années précédentes) et le plus élevé en soins de longue durée (90,6 %, après 94,2 % en moyenne entre 2017 et 2019). Il s'établit à 84,6 % pour la psychiatrie (après 87,4 %) et à 78,1 % pour le SSR (après 86,2 %). Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines⁴.

Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. En SSR et en psychiatrie, il est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de

psychiatrie à temps partiel. En MCO, si les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics (69 % des séjours), en revanche 49 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR 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 (57 % des séjours). Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public (71 % des séjours de MCO), tandis que les cliniques privées effectuent près de la moitié de leur activité en chirurgie (49 % des séjours). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le secteur public, mais plus forte que dans le secteur privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale recensées en France en 2020 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de 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. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. La répartition des capacités entre le secteur public et le secteur privé s'avère, en outre, très variable selon les régions.

⁴. 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.



Le nombre de passages aux urgences connaît une baisse inédite en 2020

En 2020, les 691 structures des urgences françaises ont pris en charge 18,1 millions de passages (17,5 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit une diminution⁵, qui s'explique directement par la crise sanitaire, marquée là encore une franche rupture avec la tendance à la hausse observée depuis 1996. Le nombre de passages aux urgences s'établissait alors à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a ensuite augmenté de manière continue, d'abord fortement entre 1996 et 2016 (+3,5 % par an en moyenne), puis sur un rythme plus lent entre 2016 et 2019 (+1,6 % par an en moyenne).

La baisse d'activité durant la crise sanitaire est presque deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques (-29,7 %) que pour les urgences générales (-15,9 %). Ces structures à destination des enfants étant uniquement localisées dans des établissements publics ou privés à but non lucratif, ces deux secteurs connaissent une baisse du nombre de passages aux urgences en 2020 plus marquée (respectivement -17,6 % et -17,3 %) que celle des cliniques privées (-15,8 %). En 2020, 19,2 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité). Cette part était de 18,0 % en 2013 et a progressé régulièrement depuis.

En 2020, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, un peu plus de 26 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (20 000 passages en moyenne par an, contre 27 000). Ces nombres moyens de passages par structure sont en fort recul par rapport à 2019, en raison de la baisse globale de l'activité. De ce fait, 28 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages en 2020 (18 % en 2019) et 68 % d'entre elles, moins de 30 000 (57 % en 2019). À l'opposé, 17 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages en 2020 (26 % en 2019).

Elles traitent 26 % de l'ensemble des passages en 2020, après 48 % en 2019.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 388 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.

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

En 2020, 11,6 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois, un nombre en forte baisse avec la crise sanitaire (12,9 millions de patients en 2019). Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les 3,4 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2020.

Par ailleurs, les parcours de soins par champ sanitaire indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,2 % des patients (88,7 % en 2019), exclusivement en moyen séjour pour 1,5 % d'entre eux, exclusivement en HAD pour 0,2 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,9 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2020.

Une part croissante des accouchements s'effectue dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2020, 478 maternités sont recensées en France (480 en 2019) : 182 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 141 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 de type 2b

5. Cette baisse historique est le résultat des effets de l'épidémie de Covid-19 (voir « Synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020 »).

(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 plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 14 800 lits d'obstétrique fin 2020 et ont réalisé 722 000 accouchements⁶, soit 17 000 de moins qu'en 2019, recul lié à la baisse du nombre de naissances (Papon, Beaumel, 2021).

Les maternités de type 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (70 % des maternités de type 2a, 91 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 76 % des lits et 79 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2020, contre la moitié en 2000.

Avec la crise sanitaire, 30,5 % des IVG sont réalisées hors structure hospitalière

En 2020, 222 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, en baisse de 4,8 % par rapport à 2019 (Vilain, 2021). 154 300 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 88,5 % à l'hôpital public. 61 200 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville ou par téléconsultation et 6 600 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009. En raison d'une baisse marquée du nombre d'IVG pratiquées en établissement de santé en 2020, la part de celles effectuées hors établissement de santé a particulièrement augmenté, elle atteint 30,5 % de l'ensemble des IVG, contre 26,4 % l'année précédente.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,4 en 2020, après 16,1 en 2019. Il s'établit à 14,9 en France métropolitaine et varie du simple au double

d'un département métropolitain à l'autre : de moins de 9 en Mayenne à plus de 22 dans le Var. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 21,3 IVG pour 1 000 femmes à Mayotte, 21,8 à La Réunion, 27,2 à la Martinique, 39,3 en Guadeloupe et 42,4 en Guyane, soit une moyenne de 28,4 pour les cinq DROM.

Le secteur public emploie 77 % des effectifs salariés du secteur hospitalier

Fin 2019, 1,36 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé⁷. Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés.

Les effectifs salariés de personnel médical (y compris les internes, faisant fonction d'internes [FFI] et les sages-femmes) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2019 à 164 000, ce qui représente 12,1 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 111 000 médecins salariés, 36 000 internes et assimilés et 17 000 sages-femmes. 85 % de ces salariés sont employés dans le secteur public.

Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,20 million fin 2019. Ils comprennent notamment 848 000 salariés de personnel soignant (dont 354 000 infirmiers et 286 000 aides-soignants) et 347 000 salariés de personnel non soignant (filières administrative, médico-technique, technique, éducative et sociale).

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissement de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissement de santé s'élève à près de 42 000 au 31 décembre 2019⁸, dont 84 % se trouvent dans les cliniques privées à but lucratif.

⁶. Non compris les 4 500 accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique, ainsi que les 400 accouchements de maternités ayant fermé au cours de l'année 2020.

⁷. 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.

⁸. Les données disponibles 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.



Les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 0,2 % en 2019

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de +1,6 % fin 2010 à -0,4 % fin 2018. En 2019, ils connaissent une légère hausse, de 0,2 % (tableau 1). Cette reprise concerne uniquement

le secteur public, les effectifs salariés se repliant de nouveau légèrement dans le secteur hospitalier privé.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers augmentent de 0,2 % en 2019 (+2 200 salariés). Cette légère hausse concerne presque uniquement le personnel médical, qui poursuit sa

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public (2019 et 2020) et privé (2019)

	2019	2020	Évolution 2013-2019 (en %)	Évolution 2018-2019 (en %)	Évolution 2019-2020 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	1 050 578	1 070 691	0,3	0,2	1,9
Personnel médical	138 887	142 089	7,8	1,9	2,3
Médecins et assimilés	92 319	94 499	4,0	1,6	2,4
Internes et FFI	33 279	34 189	21,4	3,1	2,7
Sages-femmes	13 289	13 401	4,8	1,0	0,8
Personnel non médical soignant	638 208	650 038	-1,1	-0,1	1,9
Infirmiers	263 247	267 331	2,0	0,1	1,6
Aides-soignants	226 748	230 264	0,7	0,0	1,6
Autres personnels soignants	148 213	152 443	-8,5	-0,4	2,9
Personnel non médical non soignant	273 483	278 564	0,2	0,0	1,9
Filière administrative	105 371	107 524	-0,4	-0,1	2,0
Autres personnels non soignants	168 112	171 040	0,6	0,1	1,7
Salariés du secteur hospitalier privé	309 118	n.d.	2,0	-0,1	n.d.
Personnel médical	25 333	n.d.	10,6	1,3	n.d.
Médecins et assimilés	18 922	n.d.	13,1	1,8	n.d.
Internes et FFI	2 645	n.d.	20,2	1,8	n.d.
Sages-femmes	3 766	n.d.	-5,3	-1,9	n.d.
Personnel non médical soignant	210 287	n.d.	0,9	-0,5	n.d.
Infirmiers	90 834	n.d.	4,5	0,2	n.d.
Aides-soignants	59 104	n.d.	-1,9	-1,2	n.d.
Autres personnels soignants	60 349	n.d.	-1,5	-0,8	n.d.
Personnel non médical non soignant	73 498	n.d.	2,4	0,8	n.d.
Filière administrative	41 674	n.d.	2,4	-0,2	n.d.
Autres personnels non soignants	31 824	n.d.	2,4	2,2	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 359 696	n.d.	0,7	0,2	n.d.
Personnel médical	164 220	n.d.	8,2	1,8	n.d.
Personnel non médical soignant	848 495	n.d.	-0,6	-0,2	n.d.
Personnel non médical non soignant	346 981	n.d.	0,7	0,2	n.d.

n.d. : non disponible.

Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les 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 DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

progression comme les années précédentes, et dont le nombre de salariés augmente de 1,9 % (+2 600 salariés). La hausse du personnel médical reste, comme les années précédentes, nettement plus forte que celle des effectifs salariés d'infirmiers (+0,1 %), tandis que les effectifs de personnel non soignant sont stables. Cependant, le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » continue de diminuer dans le secteur public (-0,4 %), notamment avec la baisse du nombre de contrats aidés qui se poursuit dans la fonction publique hospitalière (FPH).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers sont en léger recul entre fin 2018 et fin 2019 (-0,1 %, soit -200 salariés), dans le prolongement de la baisse des deux années précédentes. C'est le résultat du recul marqué du nombre de salariés aides-soignants (-1,2 %, soit -800 salariés) et de la catégorie « autres personnels soignants » (-0,8 %, soit -500 salariés). Les effectifs de salariés diminuent également dans la filière administrative (-0,2 %), quoique de manière plus modeste qu'en 2018, et pour les sages-femmes (-1,9 %). En revanche, les effectifs salariés des autres catégories de personnel médical (médecins et assimilés, internes et FFI) connaissent une nouvelle

progression entre fin 2018 et fin 2019, un peu plus marquée que celle observée dans le secteur public pour les médecins et assimilés.

Les données préliminaires, disponibles uniquement pour le secteur hospitalier public, indiquent que la progression des effectifs salariés dans ce secteur s'accroît nettement entre fin 2019 et fin 2020 (+1,9 %, soit +20 100 salariés). Ce rebond concerne pratiquement toutes les catégories de personnels.

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

Avec 100,5 milliards d'euros de dépenses en 2020, financés à 92,8 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier⁹ représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (48,1 %) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 78,7 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif¹⁰) et à 21,9 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif). ■

Encadré Diffusion exceptionnellement séparée des éléments sur la situation économique et financière des établissements de santé

La DREES publie habituellement dans cet ouvrage trois fiches décrivant la situation économique et financière respectivement des cliniques privées à but lucratif, des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et des hôpitaux publics. La présente édition de ce Panorama ne comporte pas ces trois fiches. En revanche, leur contenu fait l'objet d'une publication simultanée dans la collection « Les Dossiers de la DREES », destinée à donner une meilleure visibilité au travail méthodologique et de montée en gamme réalisé.

Les indicateurs utilisés les années précédentes n'étaient pas complètement satisfaisants, pour deux raisons. D'une part, ils n'étaient pas directement comparables entre les trois champs. D'autre part, les analyses d'autres administrations, concernant les hôpitaux publics et les Espic, n'emploient pas toujours les mêmes définitions ni les mêmes notions que celles des fiches de la DREES.

La DREES a donc réalisé un travail de refonte de sa méthodologie. Il s'agit d'améliorer la comparabilité des indicateurs calculés pour chaque type d'établissement, mais aussi d'identifier et ●●●

⁹. Dans les comptes de la santé, les soins de longue durée ne font pas partie des dépenses hospitalières.

¹⁰. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 27, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 26, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux ». Dans tout le reste de cet ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.



de comprendre d'éventuelles divergences d'analyses entre les différentes publications sur ce sujet. Ce travail a également permis de compléter les analyses, réalisées pour la majeure partie au niveau sectoriel (ensemble des établissements), par une analyse plus fine de la variabilité des situations des différents établissements d'un même statut juridique.

Les résultats de ces travaux sont présentés dans un dossier méthodologique, publié dans la collection « DREES Méthodes » en même temps que l'édition 2022 de ce Panorama.

Pour en savoir plus

- > **Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M.** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **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.
- > **Papon, S., Beaumel, C.** (2021, mars). Bilan démographique 2020. Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages. Insee, *Insee Première*, 1846.
- > **Vilain, A.** (2021, septembre) Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1207.