



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



LES DOSSIERS DE LA DREES

n° 111 - juillet 2023

Les établissements de santé en 2021

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Contributeurs : **Bénédicte Boisguérin, Noémie Courtejoie, Simon Delage, Christophe Dixte, Yves Dubois, Laura Gaimard, Nathalie Guillon, Khadija Jabri, Édouard Maugendre, Diane Naouri, Benoît Ourliac, Jehanne Richet, Charline Sterchele, Fabien Toutlemonde, Annick Vilain, Albert Vuagnat**

Les établissements de santé en 2021

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Contributeurs : **Bénédicte Boisguérin, Noémie Courtejoie, Simon Delage, Christophe Dixte, Yves Dubois, Laura Gaimard, Nathalie Guillon, Khadija Jabri, Édouard Maugendre, Diane Naouri, Benoît Ourliac, Jehanne Richet, Charline Sterchele, Fabien Toutlemonde, Annick Vilain, Albert Vuagnat**

Directeur de la publication : **Fabrice Lenglard**

Responsable d'édition : **Valérie Bauer-Eubriet**

Suivi éditorial et secrétariat de rédaction : **Mathilde Deprez**

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

En 2021, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué à perturber fortement l'activité hospitalière en 2021. Après la nette baisse d'activité de 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi de 26,3 % et celui des séjours d'hospitalisation complète de 3,3 %. Ces hausses n'ont toutefois pas permis de retrouver les niveaux d'activité observés avant 2020. Le nombre de passages aux urgences a également fortement augmenté (+12,2 %), sans renouer non plus avec les niveaux atteints en 2019.

La prise en charge hospitalière du Covid-19 a représenté un volume d'activité plus important en 2021 qu'en 2020 : 4,0 % des séjours d'hospitalisation complète¹ (3,4 % en 2020), 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle (0,6 % en 2020) et 36 % des journées en réanimation (24 % en 2020). Elle a mobilisé d'importantes ressources et s'est notamment accompagnée d'un rebond des effectifs salariés dans les hôpitaux publics. Les premiers chiffres disponibles sur l'emploi salarié hospitalier en 2021 montrent que la hausse des effectifs des hôpitaux publics, rendue nécessaire par la crise sanitaire, se poursuit, mais sur un rythme plus modéré qu'en 2020.

Ce dossier comprend, comme l'an passé, une synthèse consacrée aux effets du Covid-19 dans les établissements de santé en 2021, qui complète la vue d'ensemble. Le dossier détaille également², pour la même année, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par discipline ou encore les caractéristiques du personnel salarié (médical et non médical). Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière des hôpitaux publics et des cliniques privées.

¹ Hors unités de soins de longue durée (USLD).

² Sous forme de fiches illustrées ou de fichiers (données et illustrations) à télécharger.

SOMMAIRE

■ AVANT-PROPOS	3
■ VUE D'ENSEMBLE	4
■ SYNTHÈSE SUR LE COVID-19 EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2021	14
■ 01 LES GRANDES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	21
2 987 structures hospitalières offrent 383 000 lits et 82 000 places	21
Un paysage hospitalier très varié	22
Une répartition des capacités entre le public et le privé très variable selon les départements	23
■ 02 LES CAPACITÉS D'ACCUEIL À L'HÔPITAL	25
Une diminution continue des capacités d'hospitalisation complète sur longue période	25
Entre fin 2020 et fin 2021, la baisse du nombre de lits se rapproche du rythme observé avant la crise sanitaire	25
Une progression du nombre de places d'hospitalisation partielle plus dynamique dans les cliniques privées	26
Des disparités départementales persistantes	27
■ 03 L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE	30
L'hospitalisation partielle renoue avec son dynamisme d'avant crise	30
Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente en 2021	30
Le Covid-19 concerne 4,0 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle en 2021	32
Le taux d'occupation des lits se stabilise en 2021 à un niveau inférieur à celui qui prévalait avant la crise sanitaire	34
Peu de disparités du nombre d'hospitalisations par habitant entre départements métropolitains	34
La spécialisation des activités selon le statut des établissements se renforce	35
Les nouveau-nés restés auprès de leur mère	36
■ 04 LES ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS SALARIÉS DU SECTEUR HOSPITALIER	38
Le personnel médical et les infirmiers représentent une part croissante des effectifs salariés hospitaliers	38
En 2020, la nette progression des effectifs salariés hospitaliers est portée par le secteur public	39
En 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier public continuent de progresser, à un rythme plus modeste	41
■ 05 LES SALAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	43
Une nette hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier en 2020	43
Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics	43
Une dispersion des salaires généralement plus forte dans le secteur privé non lucratif	45
Des salaires qui augmentent avec l'âge, quoique moins fortement dans le secteur privé lucratif	45
■ 06 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LES DROM	49
Une capacité d'accueil très inférieure à celle de la France métropolitaine en Guyane, à La Réunion et à Mayotte	49
En 2021, un rebond du nombre de séjours hospitaliers dans les DROM et en France métropolitaine, plus marqué pour l'hospitalisation partielle	51
En MCO : des taux d'hospitalisation inférieurs à celui de la France métropolitaine, hormis à La Réunion	52

En psychiatrie : des taux d'hospitalisation partielle bien inférieurs à ceux de la France métropolitaine	52
En SSR : beaucoup d'hospitalisations complètes en Guadeloupe et d'hospitalisations partielles à La Réunion.....	53
■ 07 LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS	55
Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021.....	55
La proportion d'établissements déficitaires repart à la hausse	56
Tous les titres de produits progressent fortement	57
Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes.....	59
L'effort d'investissement des hôpitaux repart légèrement à la hausse	60
Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux poursuit sa baisse engagée depuis 2019..	62
■ 08 LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES CLINIQUES PRIVÉES	66
Le résultat net des cliniques privées poursuit son amélioration	66
Le résultat net rapporté aux recettes des cliniques de psychiatrie atteint un niveau inédit..	68
Plus d'une clinique sur cinq reste déficitaire	68
Les investissements repartent à la hausse pour les cliniques de SSR et de psychiatrie	69
L'endettement atteint son plus bas niveau depuis 2006	70
Annexe 1. Glossaire économique et financier	75
Annexe 2. Liste des données et illustrations complémentaires	78

■ AVANT-PROPOS

Les établissements de santé est un ouvrage habituellement publié dans la collection Panoramas de la DREES-Santé. Il propose, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. En 2023, des contraintes ponctuelles de moyens conduisent la DREES à en proposer une version resserrée sur ses principales fiches de synthèse. Ce dossier présente donc les données de 2021, deuxième année de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Celle-ci a continué de perturber l'activité hospitalière, avec un impact sur la plupart des sujets abordés. Pour cette raison, une synthèse consacrée aux effets du Covid-19 dans les établissements de santé complète cette année encore la vue d'ensemble.

Les données sont relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe³, Guyane, La Réunion et Mayotte). Ce dossier fournit et analyse les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il présente également des éléments de cadrage économique et financier sur les hôpitaux publics et les cliniques privées. Ces informations sont présentées de manière pédagogique à travers 8 fiches thématiques et synthétiques⁴, accompagnées de tableaux, de cartes et de graphiques. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chacune des fiches.

Ce dossier renvoie également vers un ensemble de données et d'illustrations complémentaires, qui détaille des activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, les soins critiques, les maternités ou encore la médecine d'urgence.

Diverses sources de référence ont été mobilisées pour rédiger ce dossier, parmi lesquelles la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (PMSI-MCO), les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), la psychiatrie (RIM-P) et l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les fichiers de données sociales issus de l'Insee viennent compléter l'ensemble de ces sources.

³ Y compris deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui totalisent 100 lits d'hospitalisation complète et sont gérés par l'agence régionale de santé de Guadeloupe (présents historiquement dans la statistique annuelle des établissements de santé).

⁴ Au lieu de 27 fiches rédigées dans l'édition 2022 de l'ouvrage habituel.

■ VUE D'ENSEMBLE

Le secteur hospitalier français compte 2 987 établissements de santé au 31 décembre 2021 en France : 1 344 hôpitaux publics, 982 cliniques privées et 661 établissements privés à but non lucratif. En 2021, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué à perturber fortement l'activité hospitalière. Après la baisse inédite d'activité de 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi de 26,3 % et celui des séjours d'hospitalisation complète de 3,3 %. Ces hausses n'ont pas permis de retrouver les niveaux d'activité observés avant 2020. Le nombre de passages aux urgences a également fortement augmenté (+12,2 %), sans renouer non plus avec les niveaux atteints en 2019. Les premiers chiffres disponibles sur l'emploi salarié hospitalier en 2021 montrent que la hausse des effectifs des hôpitaux publics, rendue nécessaire par la crise sanitaire, se poursuit, mais sur un rythme plus modéré qu'en 2020.

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

Au 31 décembre 2021, le secteur hospitalier français est constitué de 2 987 structures⁵ 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 1 344 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 184 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 933 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux) ; 93 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; et 134 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD). Les structures hospitalières privées comprennent 982 cliniques privées à but lucratif et 661 établissements privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Conséquence de réorganisations et de restructurations, liées aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité des soins, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2021 (-135 entités géographiques en huit ans, soit -4,3 %). Toutefois, entre fin 2020 et fin 2021, ce nombre est quasi stable (-0,1 %, soit -2 entités), comparativement à une baisse de 0,6 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2020.

La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-76 entités en huit ans, soit -5,4 %), et principalement d'anciens hôpitaux locaux et des établissements de soins de longue durée. Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a aussi reculé sensiblement depuis 2013 (-37 entités en huit ans, soit -3,6 %), en particulier les établissements de soins de courte durée (MCO) ou multidisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et celui d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressaient. Toutefois, après deux années de baisse accrue (-27 entités entre fin 2018 et fin 2020), le nombre de cliniques privées a rebondi en 2021 (+10 entités). Enfin, le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé d'abord modestement de 2013 à 2020 (-13 entités, soit -1,9 % en sept ans), puis plus nettement en 2021 (-9 entités, soit -1,3 % en une seule année).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète se replie depuis près de vingt ans

Depuis près de vingt ans, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée).

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 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, avec toutefois une inflexion depuis 2018.

⁵ 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. 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.

En 2021, le nombre de lits recule à un rythme proche de celui observé avant la crise sanitaire

Entre fin 2020 et fin 2021, la baisse du nombre de lits susceptibles d'accueillir des patients (-1,0 %) se rapproche de la tendance observée durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). La baisse avait été plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,3 %), sans compensation en 2021. Plusieurs éléments, liés au contexte d'épidémie de Covid-19⁶, peuvent expliquer cette baisse accrue durant la crise sanitaire, qui a continué à peser sur les capacités hospitalières en 2021. 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 critiques. 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. Fin 2021, les établissements de santé comptent ainsi 383 000 lits d'hospitalisation complète, soit 86 000 lits de moins qu'en 2003.

En MCO, les unités de soins sont davantage en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19. Le nombre de lits en état d'accueillir des patients en MCO recule de 1,4 % entre fin 2020 et fin 2021, soit un rythme comparable à celui observé avant la crise sanitaire (-1,4 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). C'est également le cas en psychiatrie, où le nombre de lits recule de 0,8 % en 2021 (-0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). En SSR, la baisse du nombre de lits amorcée en 2018 se poursuit et atteint 0,4 % entre fin 2020 et fin 2021 (-0,5 % par an en moyenne de fin 2017 à fin 2019). Seules les USLD font exception : la baisse du nombre de lits se poursuit entre fin 2020 et fin 2021, comme l'année précédente (-1,2 % après -1,1 %), à un rythme beaucoup plus élevé qu'avant crise (-0,4 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019).

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser

Les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 82 000 places au 31 décembre 2021, soit 33 000 places de plus que fin 2003 (+67,0 % en dix-huit ans). 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 six ans, soit +2,5 % par an en moyenne). Si la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a d'abord freiné cette dynamique (+1,7 % entre fin 2019 et fin 2020), le nombre de places accélère nettement en 2021 (+3,4 %), ce qui compense entièrement le ralentissement de 2020.

C'est notamment le cas en MCO (36 000 places fin 2021), avec 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 diminué à +3,1 % par an de fin 2013 à fin 2019, puis à +1,9 % de fin 2019 à fin 2020. En revanche, en 2021, le nombre de places en MCO rebondit nettement, de 3,9 %.

Le nombre de places en psychiatrie a progressé de 2 400 de fin 2003 à fin 2013, pour ensuite se stabiliser un peu en-deçà de 30 000 places ces dernières années. En 2021, le nombre total de places augmente de 0,9 %, et atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2003 (29 800 places), effaçant la légère diminution de 2020 (-0,1 %).

En SSR, la progression de l'hospitalisation partielle est rapide : 12 000 places ont été créées en dix-huit ans, soit une capacité d'accueil multipliée par 3,4. Comme en MCO, le nombre de places de SSR a ralenti en 2020 (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019) avant d'accélérer entre fin 2020 et fin 2021 (+7,1 %).

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.

Après une baisse sans précédent en 2020, le nombre de séjours hospitaliers repart à la hausse

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue lentement. 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.

⁶ Les impacts de l'épidémie de Covid-19 sur les capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé sont détaillés dans la « synthèse Covid-19 » qui suit cette vue d'ensemble.

En 2020, l'activité hospitalière a connu un recul sans précédent. La crise sanitaire a, en effet, entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour prendre en charge les patients atteints de Covid-19 et réduire les risques de contamination. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, ce qui a réduit la capacité d'accueil des établissements de santé et, par conséquent, leur nombre de séjours et de journées.

En 2021, les établissements de santé ont pris en charge 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète, représentant 106 millions de journées. L'activité hospitalière s'est raffermie, mais dans de nombreux domaines elle est loin de retrouver des niveaux proches de ceux de 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète est reparti à la hausse (+3,3 % en 2021, après -12,4 %), avec un recul plus modéré du nombre de journées associées (-1,1 %, après -8,4 %). Le rebond du nombre de séjours d'hospitalisation complète est significatif aussi bien en MCO (+3,7 %, après -12,0 % en 2020) qu'en psychiatrie (+4,3 %, après -14,4 % en 2020). En revanche, le repli de l'activité se poursuit en moyen et long séjour. En SSR, le nombre de séjours recule de nouveau en 2021 (-1,8 %, après -15,2 % en 2020), et l'activité de soins de longue durée (SLD), mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, baisse de 5,2 %.

Le secteur hospitalier a également enregistré 16,9 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée) en 2021, soit une hausse de 26,3 % qui compense une part importante de la baisse de 23,5 % observée en 2020. La situation est toutefois variable suivant les disciplines. En MCO, l'activité partielle retrouve en 2021 un niveau supérieur à celui de 2019. Sur l'ensemble des années 2020 et 2021, elle conserve un rythme de progression (+3,3 % par an en moyenne) proche de celui constaté avant la crise sanitaire (+3,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019). En revanche, les hausses constatées en SSR (+41,2 %, après -32,7 % en 2020) et en psychiatrie (+23,8 %, après -34,6 % en 2020) ne compensent que partiellement les baisses observées en 2020.

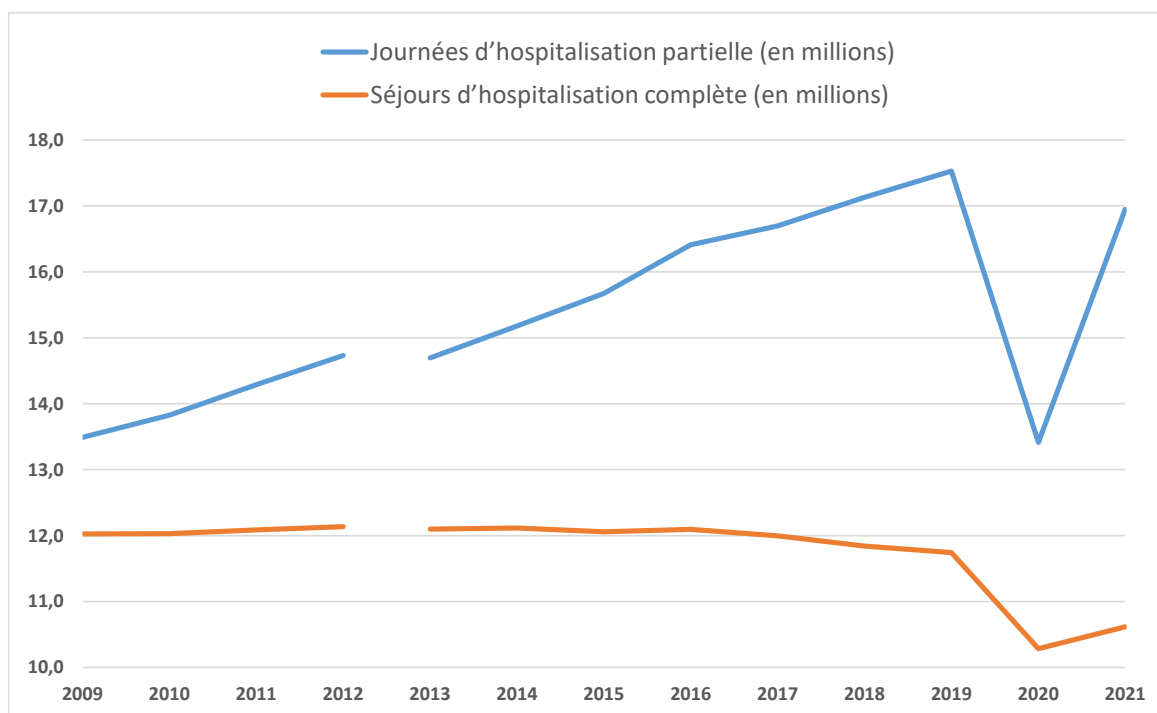
La répartition des séjours par grande discipline médicale varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 87 % (86 % en 2019) des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 8 % (9 % en 2019) et celle de psychiatrie 5 % (comme en 2019). Désormais, les soins de longue durée représentent une faible part de l'activité. En hospitalisation partielle, la part des soins de MCO augmente à 52 % des journées en 2021 (47 % en 2019), celle des SSR est globalement stable à 26 % et celle de psychiatrie recule à 23 % (27 % en 2019).

Après un ralentissement en 2020, les alternatives à l'hospitalisation classique retrouvent leur dynamisme

À ces prises en charge s'ajoutent 14,9 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en hausse de 4,5 % par rapport à 2020 (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019). Ce rebond n'efface pas complètement les effets du net ralentissement observé en 2020, en raison notamment de la stagnation du nombre de séances de chimiothérapie et de la baisse de 4,1 % du nombre de séances de radiothérapie.

Comme les années précédentes, la grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (7,5 millions de séances de dialyse, 4,2 millions de séances de radiothérapie et 3,1 millions de séances de chimiothérapie ambulatoires).

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



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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR, DREES, SAE 2009 à 2021, traitements DREES.

L'activité d'hospitalisation à domicile continue de progresser

Autre alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer en 2021, mais sur un rythme ralenti, contrecoup de la forte accélération constatée en 2020. Le nombre de séjours augmente de 3,7 %, après +15,8 % en 2020 (+4,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019) et le nombre de journées de 2,5 %, après +10,5 % en 2020 (après +5,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). 267 100 séjours en HAD ont ainsi été réalisés en 2021, pour 6,8 millions de journées (soit 7,8 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour, après 7,6 % en 2020 et 6,3 % en 2019).

Les capacités d'accueil des 293 établissements d'HAD recensés en France continuent d'augmenter de manière dynamique (+6,8 % en 2021) et permettent de prendre en charge simultanément 22 800 patients fin 2021 (soit 7,1 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour, après 6,6 % fin 2020 et 5,9 % fin 2019).

Deux raisons peuvent expliquer cette accélération de l'activité d'HAD pendant la crise sanitaire : 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 d'HAD interrogés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020) ont ainsi déclaré, pour l'année 2020, avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue d'alléger la pression sur les services de MCO.

Les taux d'occupation des lits se stabilisent en 2021, en deçà du palier qui prévalait avant la crise sanitaire

Entre 2013 et 2019, les taux d'occupation des lits sont restés globalement stables dans toutes les disciplines. 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 importante en 2020.

En 2021, le taux d'occupation des lits s'établit à 77,0 %, après 77,1 % en 2020 et 82,6 % en moyenne de 2017 à 2019. C'est en MCO que le taux d'occupation des lits est le plus faible en 2021 (74,2 %, après 72,4 % en 2020 et 77,6 % en moyenne de 2017 à 2019) et en SLD qu'il est le plus élevé (86,9 %, après 90,6 % en 2020). Il s'élève à 84,1 % pour la psychiatrie (après 84,6 % en 2020 et 87,4 % en moyenne de 2017 à 2019) et à 75,5 % en SSR (après 78,1 % en 2020 et 86,2 % en moyenne de 2017 à 2019). Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines⁷.

Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. En SSR et en psychiatrie, il demeure 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 continuent d'assurer des prises en charge plus complexes

Les soins de longue durée 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), 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 (56 % 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. 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. Enfin, le secteur public réalise la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

En hausse, le nombre de passages aux urgences reste pourtant inférieur à son niveau de 2019

En 2021, les 693 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,4 millions de passages (19,7 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit une hausse de 12,2 % par rapport à 2020. Cette augmentation ne compense que partiellement la diminution historique observée en 2020 (-17,3 %), qui s'expliquait directement par la crise sanitaire. L'activité aux urgences en 2021 reste inférieure de 7,2 % au niveau observé en 2019, une situation en net décalage avec la tendance de hausse régulière observée depuis 1996. Le nombre de passages aux urgences s'établissait en 1996 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), pour atteindre 21,2 millions de passages en 2019 (22,0 millions pour la France entière).

L'amplitude de la baisse d'activité en 2020 puis du rebond en 2021 est presque deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques (+22,1 % en 2021, après -29,7 % en 2020) que pour les urgences générales (+10,4 %, après -15,9 %). Les structures à destination des enfants étant principalement localisées dans des établissements publics, ce secteur connaît une hausse du nombre de passages aux urgences en 2021 plus marquée (+12,6 %) que celle des établissements privés à but non lucratif (+10,7 %) et des cliniques privées (+10,6 %). En 2021, 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité). Cette part a très légèrement progressé depuis 2013 (18 %) et n'a pas évolué sensiblement avec la crise sanitaire (19 % en 2019).

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 391 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.

⁷ 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.

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

En 2021, 12,7 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois, un nombre en nette progression après la forte baisse de 2020 et qui se rapproche du niveau atteint en 2019 (12,9 millions). La structure des parcours de soins redevient également proche de ce qui était observé avant la crise sanitaire. Pour 70 % des patients, comme en 2019, 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 3,8 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2021.

Par ailleurs, les parcours de soins par champ sanitaire indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,9 % des patients (88,7 % en 2019), exclusivement en moyen séjour pour 1,4 % d'entre eux (1,3 % en 2019), exclusivement en HAD pour 0,2 % (0,1 % en 2019) et exclusivement en psychiatrie pour 1,8 % (comme en 2019). Près d'un million de patients (7,8 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2021.

Quatre accouchements sur cinq s'effectuent dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2021, 471 maternités sont recensées en France (478 en 2020 et 480 en 2019) : 175 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 142 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 87 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 plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 14 600 lits d'obstétrique fin 2021 et ont réalisé 727 000 accouchements⁸, soit 5 000 de plus qu'en 2020, en écho au rebond du nombre de naissances (Papon, 2022).

82 % des maternités de type 2a, 2b ou 3 sont publiques ou privées à but non lucratif (69 % des maternités de type 2a, 91 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 77 % des lits et 81 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, 65 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2021, contre la moitié en 2000.

Avec la crise sanitaire, la part des IVG réalisées hors structure hospitalière progresse

En 2021, 223 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, soit un volume stable par rapport à 2020, mais en baisse par rapport au 232 900 IVG réalisées en 2019 (Vilain, 2022). 146 700 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé (170 900 en 2019), dont neuf sur dix à l'hôpital public. 68 400 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville ou par téléconsultation et 8 200 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009. Avec la baisse marquée du nombre d'IVG pratiquées en établissements de santé, en 2020 puis en 2021, la part de celles effectuées hors établissement de santé a particulièrement augmenté : elle atteint 34,3 % de l'ensemble des IVG en 2021, contre 26,6 % en 2019.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, calculé pour la France entière, est de 15,5 en 2021 (15,4 en 2020). Il s'établit à 14,9 en France métropolitaine et varie du simple au double d'un département⁹ métropolitain à l'autre : de moins de 7 en Haute-Loire à plus de 28 dans le Territoire de Belfort ou à Paris. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 21,0 IVG pour 1 000 femmes à Mayotte, 22,6 à La Réunion, 29,7 en Martinique, 43,9 en Guyane et 44,4 en Guadeloupe, soit une moyenne de 29,5 pour les cinq DROM.

Le secteur public emploie 78 % des effectifs salariés du secteur hospitalier

Au 31 décembre 2020, 1,38 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé¹⁰ (tableau 1). Le secteur hospitalier public concentre 78 % de ces effectifs salariés.

⁸ Non compris les 4 000 accouchements réalisés hors établissements et transférés en service d'obstétrique, ainsi que les 1 000 accouchements de maternités ayant fermé au cours de l'année 2021.

⁹ Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée.

¹⁰ 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.

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 2020 à 168 000, ce qui représente 12,2 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 114 000 médecins salariés, 38 000 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 1,21 million fin 2020. Ils comprennent notamment 858 000 salariés de personnel soignant (dont 357 000 infirmiers et 289 000 aides-soignants) et 352 000 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 établissement de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissements de santé s'élève à près de 43 000 au 31 décembre 2021¹¹, dont 83 % se trouvent dans les cliniques privées à but lucratif.

Les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 1,4 % en 2020

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 %, puis ils rebondissent franchement en 2020 (+1,4 %). Cette reprise concerne uniquement le secteur public, les effectifs salariés se repliant de 0,5 % dans le secteur hospitalier privé (*tableau 1*).

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 1,9 % entre fin 2019 et fin 2020 (+19 900 salariés), dans un contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 qui sollicite de manière inédite les hôpitaux publics. Cette progression concerne toutes les catégories de personnels. Les effectifs salariés de personnel médical accélèrent pour la troisième année consécutive (+2,8 % en 2020, après +1,9 % en 2019 et +0,8 % en 2018), surtout pour les médecins et assimilés. Les effectifs de personnel soignant non médical du secteur public rebondissent aussi en 2020 (+1,7 %, après -0,1 % en 2019). En particulier, les effectifs salariés d'infirmiers et d'aides-soignants progressent respectivement de 1,4 % et 1,5 %, alors qu'ils étaient quasi stables l'année précédente. Le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » repart aussi à la hausse, après cinq années de baisse continue : il progresse de 2,7 % entre fin 2019 et fin 2020. Enfin, après plusieurs années de relative stabilité, les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public augmentent nettement, eux aussi, entre fin 2019 et fin 2020 (+1,8 %). Ce rebond concerne aussi bien les salariés de la filière administrative (+2,0 %) que ceux des autres personnels non soignants (+1,7 %).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers reculent de 0,5 % entre fin 2019 et fin 2020 (-1 500 salariés), accentuant la baisse des trois années précédentes. C'est le résultat du recul du personnel non médical soignant (-0,7 %, soit -1 600 salariés), aussi bien chez les infirmiers que chez les aides-soignants. Les effectifs de salariés continuent également de reculer dans la filière administrative (-0,7 %) et pour les sages-femmes (-4,4 %). En revanche, les effectifs salariés de médecins et assimilés connaissent une nouvelle progression de 2,1 % entre fin 2019 et fin 2020, comparable à celle observée dans le secteur public. Le nombre d'internes et FFI est quasi stable.

Les données préliminaires, disponibles uniquement pour le secteur hospitalier public, indiquent que la progression des effectifs salariés dans ce secteur se poursuit entre fin 2020 et fin 2021, mais sur un rythme plus modéré (+0,6 %). Sur l'ensemble des deux années de crise sanitaire 2020 et 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier public ont ainsi progressé de 2,5 % (+26 200 salariés). Si les effectifs salariés médicaux du secteur public restent dynamiques en 2021 (+1,9 %), les effectifs de personnel soignant non médical reculent légèrement (-0,3 %), en raison principalement de la baisse de 0,8 % du nombre de salariés infirmiers. Les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public continuent d'augmenter (+2,0 %, après +1,8 % en 2020), soutenus par l'accélération du nombre de salariés de la filière administrative (+2,7 %, après +2,0 % en 2020).

¹¹ Les données ne sont pas disponibles pour l'année 2020, du fait de difficultés de collecte. Par ailleurs, 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.

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public (2020 et 2021) et privé (2020)

	2020	2021	Évolution 2013-2020	Évolution 2019-2020	Évolution 2020-2021
Salariés du secteur hospitalier public	1 070 446	1 076 736	2,2 %	1,9 %	0,6 %
Personnel médical	142 709	145 407	10,7 %	2,8 %	1,9 %
Médecins et assimilés	94 420	95 476	6,3 %	2,3 %	1,1 %
Internes et FFI	34 900	36 520	27,3 %	4,9 %	4,6 %
Sages-femmes	13 389	13 411	5,6 %	0,8 %	0,2 %
Personnel non médical soignant	649 291	647 446	0,6 %	1,7 %	-0,3 %
Infirmiers	266 893	264 711	3,5 %	1,4 %	-0,8 %
Aides-soignants	230 116	230 605	2,2 %	1,5 %	0,2 %
Autres personnels soignants	152 282	152 130	-6,0 %	2,7 %	-0,1 %
Personnel non médical non soignant	278 446	283 883	2,0 %	1,8 %	2,0 %
Filière administrative	107 464	110 404	1,5 %	2,0 %	2,7 %
Autres personnels non soignants	170 982	173 479	2,3 %	1,7 %	1,5 %
Salariés du secteur hospitalier privé	307 635	n.d.	1,5 %	-0,5 %	n.d.
Personnel médical	25 578	n.d.	11,7 %	1,0 %	n.d.
Médecins et assimilés	19 322	n.d.	15,5 %	2,1 %	n.d.
Internes et FFI	2 654	n.d.	20,6 %	0,3 %	n.d.
Sages-femmes	3 602	n.d.	-9,4 %	-4,4 %	n.d.
Personnel non médical soignant	208 729	n.d.	0,1 %	-0,7 %	n.d.
Infirmiers	90 140	n.d.	3,7 %	-0,8 %	n.d.
Aides-soignants	58 449	n.d.	-3,0 %	-1,1 %	n.d.
Autres personnels soignants	60 140	n.d.	-1,8 %	-0,3 %	n.d.
Personnel non médical non soignant	73 328	n.d.	2,2 %	-0,2 %	n.d.
Filière administrative	41 379	n.d.	1,7 %	-0,7 %	n.d.
Autres personnels non soignants	31 949	n.d.	2,8 %	0,4 %	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 378 081	n.d.	2,1 %	1,4 %	n.d.
Personnel médical	168 287	n.d.	10,9 %	2,5 %	n.d.
Personnel non médical soignant	858 020	n.d.	0,5 %	1,1 %	n.d.
Personnel non médical non soignant	351 774	n.d.	2,0 %	1,4 %	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.

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

Avec 109,4 milliards d'euros de dépenses en 2021, financés à 93,3 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier¹² représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (48,3 %) et 6,4 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 84,1 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif¹³) et à 25,3 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

Malgré un déficit accru en 2021, le désendettement des hôpitaux publics se poursuit à la faveur du Ségur de la santé

Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux publics en 2020¹⁴, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Le déficit global de leur résultat net atteint 415 millions d'euros, après 92 millions en 2020¹⁵. La part d'établissements déficitaires repart aussi à la hausse (52 % en 2021, après 42 % en 2020 et 58 % en 2019). Rapporté aux recettes¹⁶, le résultat net est de -0,4 % en 2021, après une situation de quasi-équilibre en 2020 (-0,1 %). Il reste tout de même supérieur à son niveau des deux dernières années précédant la crise (-0,7 % en 2019 et 2018).

L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse en 2021, en raison notamment des engagements décidés lors du Ségur de la santé. Les investissements représentent 4,4 milliards d'euros en 2021 (3,9 milliards d'euros en 2020), soit 4,7 % des recettes (4,4 % en 2020), un ratio proche de celui observé en 2018 et 2019.

L'encours de la dette des hôpitaux publics augmente en 2021 pour atteindre 31,1 milliards d'euros, après 30,0 milliards d'euros en 2020. Cette hausse est portée par un petit nombre d'établissements, dont certains CHU ayant entrepris des projets d'investissements structurants. Toutefois, le poids relatif de cet endettement, lui, tend à diminuer : le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, diminue pour la troisième année consécutive. Après un point haut en 2018 à 52,4 %, un retournement de tendance s'est amorcé en 2019, puis confirmé depuis, avec une baisse particulièrement marquée en 2021 : le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics passe de 51,1 % en 2020 à 46,8 % en 2021. La part d'établissements surendettés¹⁷ diminue aussi nettement et atteint 26,1 % en 2021, après 31,4 % en 2020. Ces améliorations plus marquées en 2021 sont dues aux mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé.

¹² Dans les comptes de la santé, les soins de longue durée ne font pas partie des dépenses hospitalières.

¹³ 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. Pour les autres segments d'analyse, les établissements privés à but non lucratif sont considérés comme relevant du secteur privé.

¹⁴ Les données de 2019 et 2020 ont été révisées et la valeur de certains indicateurs économiques et financiers diffère de celle publiée dans l'édition précédente (Courtejoie et Richet, 2022).

¹⁵ 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 les différentes unités.

¹⁶ Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à juillet 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé (Richet, 2022).

¹⁷ Les critères de surendettement sont définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique. Au terme de cet article, 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 ; 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. Ces trois critères sont utilisés dans ce dossier pour définir le poids de la dette.

Avec une rentabilité au plus haut, la reprise de l'investissement des cliniques privées se confirme

L'amélioration de la situation financière des cliniques privées¹⁸, déjà constatée en 2020, se poursuit à un rythme encore plus soutenu en 2021. Leur résultat net s'établit à 3,7 % des recettes, en hausse de 0,6 point par rapport à 2020. Il atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2006, point de départ des observations. La hausse du résultat net est due pour l'essentiel à celle du résultat d'exploitation, qui atteint un niveau inédit à 5,2 % des recettes en 2021 (4,6 % en 2020). En particulier, les subventions d'exploitation, qui ont fortement progressé en 2020, demeurent nettement plus élevées qu'avant la crise sanitaire : elles s'établissent à 5,6 % des recettes en 2021, après 6,0 % en 2020 et 1,3 % en 2019. Le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, poursuit sa progression et s'établit à 5,4 % des recettes, après 4,7 % en 2020 et 3,4 % en 2019. Ce niveau plus élevé de bénéfice, le plus haut depuis 2006, engendre une augmentation à due concurrence des impôts sur les bénéfices et des participations salariales.

Dans ce contexte financier de plus en plus favorable, l'effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et atteint 5,4 % des recettes en 2021. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, s'établit à un niveau historiquement bas de 32,5 % des capitaux permanents.

Si la situation économique des cliniques privées est globalement excédentaire, des disparités persistent, même si elles tendent à se réduire. En 2021, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif continue de diminuer (21,0 %, après 23,3 % en 2020). La proportion de cliniques privées surendettées¹⁹ diminue et atteint 18,4 % en 2021, son plus bas niveau depuis 2006.

Pour en savoir plus

Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (2022). [Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiche 16.

Courtejoie, N., Richet, J. (2022, juillet). [La situation économique et financière des établissements de santé en 2020](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.

Papon, S. (2022, janvier). [Bilan démographique 2021. La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19](#). Insee, *Insee Première*, 1889.

Richet, J. (2022). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). DREES, *DREES Méthodes*, 3.

Toutlemonde, F. (dir.) (2022). [Les établissements de santé en 2020 – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, synthèse sur le Covid-19.

Vilain, A. (2022, septembre). [Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021](#). DREES, *Études et Résultats*, 1207.

¹⁸ Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe. En effet, 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 calculés pour cette clinique privée seront sous-estimés (Richet, 2022).

¹⁹ Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du secteur public, eux-mêmes définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique.

■ SYNTHÈSE SUR LE COVID-19 EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2021

L'année 2021 a encore été marquée par l'épidémie de Covid-19, dont la prise en charge a représenté une part significative de l'activité hospitalière : 4,0 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle. Les services de soins critiques se sont réorganisés pour absorber un afflux massif de patients atteints de Covid-19 à chaque vague épidémique. En réanimation en particulier, ces derniers ont représenté un tiers de l'ensemble des journées d'hospitalisation en 2021. Les déprogrammations de soins, les périodes de confinement, ainsi que la promotion des gestes barrières se sont traduites par plusieurs ruptures majeures de tendance. L'activité d'hospitalisation complète reste en 2021 en deçà de son niveau d'avant crise, de près de 10 %, et le développement de l'activité partielle s'est interrompu. Une partie de l'activité hospitalière s'est déportée vers l'hospitalisation à domicile, accentuant la tendance des années antérieures à la crise. La vaccination a toutefois permis de contenir le nombre de patients hospitalisés pour Covid grave.

Les établissements de santé ont encore été fortement touchés par la crise sanitaire du Covid-19 en 2021

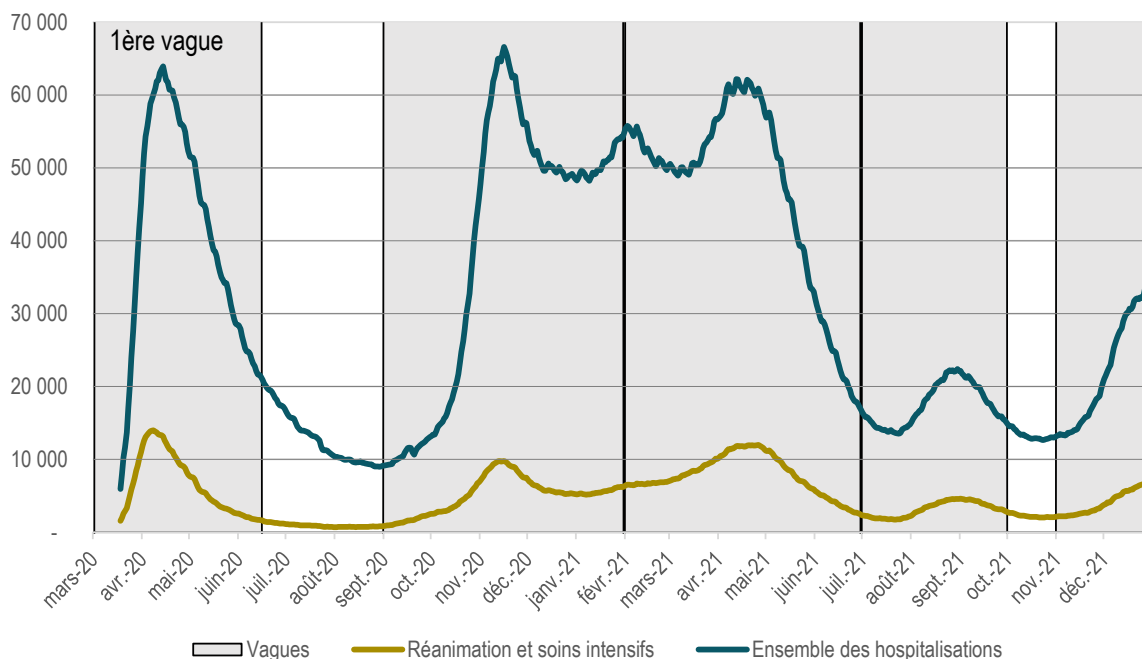
L'année 2020, qui a vu émerger le Covid-19 en France, a été marquée par un contexte sanitaire exceptionnel. Certains établissements de santé ont été confrontés à des afflux massifs de patients infectés par le SARS-CoV-2 au cours d'une première vague épidémique, dont le pic a été atteint fin mars 2020, puis d'une deuxième vague, dont le pic a été atteint fin octobre 2020. L'épidémie s'est poursuivie tout au long de 2021, avec 3 nouvelles vagues : du 1^{er} février au 30 juin d'abord pour la troisième vague, du 1^{er} juillet au 30 septembre ensuite pour la quatrième vague, et enfin à partir de mi-décembre pour la cinquième vague, dont le pic n'avait pas encore été atteint à la fin de l'année et qui s'est prolongée sur l'ensemble du 1^{er} trimestre 2022. Ces vagues sont liées à l'apparition de nouveaux variants : Alpha, Beta et Gamma pour la troisième vague, Delta pour la quatrième et enfin Omicron pour la cinquième. Par ailleurs, l'année 2021 a été marquée par le déploiement de la campagne de vaccination, progressivement ouverte à l'ensemble de la population au cours du 1^{er} semestre.

L'impact de la crise sur les établissements de santé a dépassé, comme en 2020, la seule prise en charge des patients atteints de Covid-19. Les périodes de confinement, les décisions de déprogrammation de soins ainsi que la promotion des gestes barrières ont eu un effet sur l'ensemble des prises en charge. Cette synthèse présente un bilan de l'impact de la prise en charge des patients infectés par le SARS-CoV-2 d'une part, et des mesures sanitaires mises en place d'autre part, sur les capacités et l'activité hospitalières en 2021, ainsi que sur les effectifs salariés et la consommation de soins.

Dans ce dossier, l'identification des séjours de patients atteints de Covid-19, que ce dernier soit le motif d'hospitalisation ou non, se fait à partir des diagnostics codés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)²⁰. Les séjours codés avec un diagnostic principal (ou relié) de Covid-19 sont supposés être ceux dont le traitement du Covid-19 est le motif médical central (principalement dans des unités de soins de médecine) ; les séjours sans diagnostic principal de Covid-19, mais avec un diagnostic associé de Covid-19, sont supposés être ceux dont le motif médical était une autre pathologie, mais pour un patient atteint de Covid-19 (cas possible dans toutes les disciplines hospitalières). Les consignes et les pratiques de codage ont toutefois pu diverger, si bien que la frontière entre diagnostics principaux (DP) et associés (DA) reste à interpréter avec précaution.

²⁰ À l'exception des données de la figure 1, issues du système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC), qui a été mobilisé dès le début de la crise sanitaire pour la remontée des informations de prises en charge hospitalières.

Graphique 1 Nombre quotidien de patients hospitalisés atteints de Covid-19



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > SI-VIC, traitements DREES.

Le Covid-19 a représenté 4,0 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle en 2021

En 2021, les établissements de santé ont enregistré 428 000 séjours d'hospitalisation complète avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19, soit 80 000 de plus qu'en 2020 (+23 %). Le Covid-19 a ainsi représenté une part plus importante de l'activité en hospitalisation complète qu'en 2020 (4,0 %, après 3,4 % l'année précédente), dans la mesure notamment où l'épidémie a couvert l'ensemble de l'année alors qu'elle n'avait débuté qu'en mars en 2020. Ces séjours représentent 3,9 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 7,6 % en soins de suite et réadaptation (SSR) et 0,5 % en psychiatrie, où le codage de diagnostics Covid-19 est marginal.

Sept séjours Covid-19 sur dix sont codés avec un DP de Covid-19. Ils sont alors classés le plus souvent en médecine, mais peuvent également l'être en SSR, des autorisations de soins dérogatoires ayant été délivrées à certains établissements de SSR pour ouvrir des unités de prise en charge du Covid-19. Les séjours avec un DA de Covid-19 sont réalisés majoritairement en médecine, mais il en existe également en chirurgie (10 % de ce type de séjours), en obstétrique (7 %) et en SSR (21 %), probablement pour des patients dont la prise en charge avait un autre motif initial, mais qui ont eu un diagnostic de Covid-19 à leur entrée ou durant leur hospitalisation.

Par ailleurs, 115 00 journées d'hospitalisation partielle sont accompagnées d'un diagnostic de Covid-19, soit 0,7 % du total des journées d'hospitalisation partielle (0,6 % en 2020). Elles augmentent plus fortement que le nombre de séjours (+49 %), mais leur part dans l'activité d'hospitalisation partielle évolue peu dans la mesure où, à l'inverse des séjours d'hospitalisation complète, le nombre de journées d'hospitalisation partielle connaît un fort rebond en 2021 après le recul enregistré en 2020. La majorité de ces journées Covid-19 comportent un DP de Covid-19 (78 %) et elles sont concentrées principalement en MCO.

Ces évolutions agrégées ne permettent toutefois pas de rendre compte de la charge qu'ont représenté les hospitalisations liées au Covid-19 pour les établissements de santé en 2020 comme en 2021, du fait notamment de la réorganisation des services et du poids de ces hospitalisations en réanimation.

En 2021, 12 600 séjours en hospitalisation à domicile (HAD) comportaient un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 4,7 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année. Contrairement aux hospitalisations complètes et partielles, l'activité en hospitalisation à domicile liée au Covid-19 diminue par rapport à 2020 (17 400 séjours, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD en 2020).

La vaccination a permis de contenir la hausse des patients atteints de Covid-19 hospitalisés en 2021

En 2021, 373 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 70 000 de plus qu'en 2020. Ces patients représentent 2,9 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année, en légère hausse par rapport à 2020 (2,6 %). 292 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic principal de Covid-19, très largement au cours de séjours pour affections respiratoires, maladies infectieuses ou autres affections. En revanche, les motifs d'hospitalisation des 82 000 patients avec un diagnostic associé de Covid-19 sont plus variés et répartis sur tous les groupes de prise en charge.

Le déploiement de la vaccination au cours du premier semestre 2021 a toutefois permis de réduire l'ampleur des hospitalisations liées au Covid-19 et de limiter l'impact de l'épidémie sur les établissements de santé (Deltour et Khaoua, 2022). Si la proportion de vaccinés parmi les patients hospitalisés avec Covid-19 a augmenté au fil des vagues qui se sont succédé en 2021, les vaccinés sont sous représentés parmi les patients hospitalisés par rapport à leur part dans la population générale : durant le mois de septembre 2021 (fin de la quatrième vague), ils représentent 37 % des entrées hospitalières, contre 67 % de la population générale. Au cours des troisième et quatrième vagues, la vaccination aurait ainsi réduit d'environ 80 % le risque d'entrée en MCO pour les personnes de 80 ans ou plus. Par ailleurs, pour les personnes ayant une primo-vaccination complète, le risque de décéder au cours d'un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) est très inférieur à celui des personnes non vaccinées.

La proportion de patients hospitalisés en MCO (et non décédés) également admis en SSR a diminué au fil des vagues : elle s'élevait à 14 % au cours de la première vague au printemps 2020, contre 9 % au cours de la troisième et 4 % au cours de la quatrième. Lors des parcours hospitaliers incluant un passage en soins critiques (dans 20 % des cas), ces proportions sont un peu plus élevées : 12 % et 7 % lors des troisième et quatrième vagues en 2021, contre 22 % lors de la première en 2020 (Deltour et Khaoua, 2022).

La durée moyenne de séjour reste plus élevée pour les séjours Covid-19

La durée moyenne des séjours avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19 en hospitalisation complète s'échelonne de 11,3 jours en MCO à 37,3 jours en SSR en 2021. En comparaison, les durées moyennes de séjours (tous motifs confondus) en hospitalisation complète sont de 5,6 jours en MCO et de 33,0 jours en SSR. Ces différences peuvent être expliquées par une plus grande complexité des séjours de patients atteints de Covid-19, avec notamment une part importante de prises en charge en soins critiques. Ce faisant, le Covid-19 représente en 2021 une part plus importante dans les journées d'hospitalisation complète (6,3 %) que dans les séjours (4,0 %). La durée médiane des séjours de patients atteints de Covid-19 s'est réduite au fil des vagues, du fait notamment du rajeunissement de la population hospitalisée et de la vaccination²¹ (Deltour et Khaoua, 2022).

La durée moyenne de séjour en HAD des patients atteints de Covid-19 a été inférieure à celle de l'ensemble des séjours en HAD en 2021 (20 jours, contre 27 jours). Cet écart de durée de séjour en HAD est lié aux motifs les plus fréquents d'admission en HAD, que sont les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques. En effet, les prises en charge de cancérologie et soins palliatifs, notamment, sont souvent plus complexes et peuvent donner lieu à des séjours en HAD bien plus longs que ceux des patients atteints de Covid-19.

Le Covid-19 a concerné plus d'un tiers des journées en réanimation en 2021

Pour les séjours terminés en 2021, la prise en charge de patients atteints de Covid-19 a représenté plus d'un tiers de l'ensemble des journées en réanimation, soit 769 000 journées. L'épidémie a ainsi fortement augmenté l'activité en réanimation, dont le nombre de journées a progressé de 8,0 % en 2021, après +13,5 % en 2020. Cette augmentation résulte principalement de la durée des séjours Covid-19 (13,1 jours), près de deux fois supérieure à celle des autres séjours en réanimation en 2020, et encore en hausse en 2021 (14,6 jours). Pour sa part, le nombre de séjours est stable en 2021 (+0,1 %) : le nombre de séjours en réanimation hors prise en charge des patients atteints de Covid-19 a de nouveau fortement diminué en 2021 (-6,3 % en 2021), atténuant la hausse globale des séjours et des journées en réanimation.

²¹ L'âge des patients hospitalisés a diminué assez fortement au cours de l'épidémie, passant d'une part de 41 % de patients de 80 ans ou plus lors de la deuxième vague (El Rais, Aflak-Kattar, Bleistein, 2021) à 31 % lors de la troisième, et seulement 21 % pour la quatrième vague (les personnes de 80 ans ou plus représentent 6 % de la population totale en France). Au contraire, la proportion de personnes de moins de 40 ans parmi les entrées a fortement augmenté, passant de 7 % lors de la deuxième vague à 9 % lors de la troisième et 21 % pour la quatrième.

L'évolution du nombre de journées en réanimation en 2021 présente le même profil infra-annuel qu'en 2020, correspondant aux vagues épidémiques, avec un pic en avril (+70 % par rapport au même mois de 2019) et un autre en fin d'année (+50 % en novembre pour 2020 et +29 % en décembre pour 2021). Si le pic en fin d'année est moins marqué en 2021, l'augmentation du nombre de journées en réanimation est toutefois présente sur l'ensemble de l'année, notamment avec un moindre reflux durant l'été qu'en 2020.

Le nombre total de journées en soins critiques (qui rassemblent réanimation, soins intensifs et surveillance continue) rebondit en 2021 (+3,4 %) ; outre la hausse du nombre de journées en réanimation, le nombre de journées se redresse en soins intensifs (+2,4 %) et se stabilise en surveillance continue (+0,0 %). En 2020, la hausse du nombre de journées en réanimation s'était accompagnée d'une baisse en surveillance continue (-8,6 %) et en soins intensifs (-4,2 %), du fait notamment des nombreuses déprogrammations de soins, de sorte que le nombre total de journées en soins critiques avait légèrement diminué (-0,6 %).

La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 en soins critiques a évolué au fil des vagues : le recours à la ventilation mécanique avec intubation est devenu moins fréquent, au profit de techniques de ventilation moins invasives. Les patients ayant reçu un schéma vaccinal complet ont fait moins de complications que les patients non vaccinés. Ainsi, ils avaient moins de risque de recours à la ventilation mécanique invasive et de décès à l'hôpital que les non-vaccinés, une fois pris en compte l'âge, le sexe et l'état de santé, dont l'immunodépression et la gravité de leur état au moment de l'admission (Naouri et Vuagnat, 2022).

Les capacités d'accueil ont progressé de 2,4 % en soins critiques et de 10,2 % en réanimation depuis fin 2019

Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre de lits a connu de fortes variations au cours des années 2020 et 2021, particulièrement marquées en soins critiques, ce que la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permet pas de retracer. D'une part, elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année. D'autre part, en réanimation, elle ne comptabilise que les lits installés dans le cadre d'une autorisation de soins de réanimation, alors que des lits de soins intensifs, de surveillance continue ou d'hospitalisation conventionnelle, ont été « armés » pour des soins de réanimation : face à l'urgence, ils ont été rendus opérationnels en termes de matériel (respirateurs notamment) 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.

Si 5 400 lits de réanimation (19 600 lits de soins critiques) étaient disponibles sur l'ensemble du territoire avant la pandémie (SAE 2019), le nombre de patients pris en charge en réanimation s'est élevé jusqu'à plus de 6 700 par jour au cours des mois de mars 2020 et 2021. Pour les seuls patients atteints de Covid-19, le nombre de patients pris en charge en réanimation ou en soins intensifs a été supérieur pendant 18 jours en 2020 et 40 jours en 2021 au nombre de lits disponibles sur le territoire avant la pandémie (11 400 fin 2019, en ajoutant aux 5 400 lits de réanimation les 6 000 lits de soins intensifs). L'ampleur des entrées en réanimation au moment des pics épidémiques mais aussi le nombre de patients pris en charge simultanément permettent de se représenter les efforts de réorganisation en soins critiques et de déploiement temporaire de lits, qui ne se retrouvent pas dans cet état des lieux de fin d'année.

Au bilan, le nombre de lits de soins critiques a progressé de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020, puis s'est légèrement tassé entre fin 2020 et fin 2021 (-1,2 %). Parmi eux, le nombre de lits de réanimation est en baisse de 3,8 % par rapport à fin 2020, mais toujours supérieur de 10,2 % au niveau de fin 2019, du fait de l'ouverture de lits de réanimation dans les établissements qui n'en disposaient pas avant la crise et de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés. Durant l'année 2021, les modes de prise en charge des patients atteints de Covid-19 ont évolué – en particulier avec l'arrivée à l'automne du variant Omicron –, permettant de réduire un peu le recours aux soins critiques. Dans certains cas, la hausse de la capacité d'accueil en réanimation ou en soins intensifs s'est opérée par une reconversion de lits de surveillance continue. Le nombre de lits de surveillance continue a ainsi baissé de 1,4 % en 2020 puis de 0,6 % en 2021.

Avec la crise sanitaire, la baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète s'est légèrement accentuée mais le nombre de places d'hospitalisation partielle poursuit sa croissance

La baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète s'est poursuivie durant la crise sanitaire, à un rythme un peu plus élevé qu'avant la crise : -1,3 % en 2020 et -1,0 % en 2021, contre -0,9 % par an en moyenne durant la période 2013-2019. En raison de la situation sanitaire, de nombreuses hospitalisations ont été reprogrammées et certains personnels ont été réaffectés aux services de soins critiques, entraînant la fermeture de lits 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.

En 2020 comme en 2021, c'est le recul du nombre de lits en SSR qui contribue le plus à l'accroissement de la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète. Cette dynamique avait toutefois été amorcée avant la crise, après un plateau atteint entre 2015 et 2018. La baisse est aussi notable dans les unités de soins de longue durée (-1,1 % en 2020 et -1,2 % en 2021, après -0,4 % en moyenne durant la période 2013-2019). En MCO, où les unités de soins ont été en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19, la baisse a retrouvé en 2021 son rythme moyen d'avant crise (-1,4 % par an), après un recul plus marqué en 2020 (-1,7 %).

Le nombre de places d'hospitalisation partielle accélera nettement en 2021 (+3,4 %), ce qui compense entièrement le ralentissement de 2020 (+1,7 % contre +2,5 % par an en moyenne au cours de la période 2013-2019). L'essentiel de la progression du nombre total de places en 2021 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 dynamique (+4,0 %). En SSR, la progression du nombre de places d'hospitalisation partielle est aussi très dynamique et s'accroît en 2021 (+6,9 % après +4,8 % en 2020). En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle sont plus développées, car le recours à l'hospitalisation partielle y est plus ancien ; la progression du nombre de places est nettement plus modeste, comme avant la crise (+1,0 % entre fin 2020 et fin 2021).

Une partie de l'activité de MCO s'est reportée sur l'HAD depuis 2020

L'HAD, qui vient compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissements de santé avec hébergement (en MCO ou SSR), est compatible avec les protocoles mis en place pour limiter les contaminations par le Covid-19. Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients d'éviter une hospitalisation en établissements de santé avec hébergement, puisque la trajectoire de soins a été « domicile-HAD-domicile » pour 30 % des séjours en HAD terminés en 2020 et 31 % en 2021, contre 25 % en 2019.

Contrairement aux autres grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD ont vu leur activité progresser nettement en 2020 : le nombre de séjours a augmenté de 15,8 % et le nombre de journées de 12,0 % en 2020 ; ces évolutions ont été confirmées en 2021, avec une augmentation de 3,7 % du nombre de séjours et de 2,5 % du nombre de journées. La capacité de prise en charge en HAD retrouve en 2021 le rythme d'avant crise (+6,8 %), après un pic à +10,5 % en 2020.

Outre la prise en charge de patients atteints de Covid-19, le report d'une partie de l'activité hors Covid-19 de MCO vers l'HAD a contribué à l'accroissement de l'activité : 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 d'HAD interrogés dans la SAE 2020 ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients non atteints de Covid-19, en vue de désengorger les services de MCO.

En 2021, l'activité hospitalière ne retrouve pas son niveau d'avant crise

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a marqué une rupture majeure avec les évolutions tendanciennes observées les années précédentes. L'activité d'hospitalisation complète a connu une baisse inédite en 2020 (-12,4 % pour le nombre de séjours, à comparer à une évolution tendancielle de -0,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019, et -8,4 % pour le nombre de journées par rapport à 2019). Elle n'a été que partiellement compensée en 2021 (+3,3 % pour les séjours mais -1,1 % pour les journées). Les séjours et les journées restent ainsi en recul de près de 10 % chacun par rapport à 2019.

Le nombre de journées d'hospitalisation partielle a aussi fortement reculé en 2020 (-23,5 %), interrompant la tendance à une progression régulière de cette forme de prise en charge (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019), mais il rebondit en 2021 (+26,5 %) pour retrouver un niveau plus proche de la situation d'avant crise que l'hospitalisation complète (-3,2 %).

En 2021, le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé au même rythme que celui du nombre de lits en état d'accueillir des patients, contrairement à l'année précédente, au cours de laquelle la baisse du nombre de journées d'hospitalisation avait été beaucoup plus forte. Le taux d'occupation des lits se stabilise ainsi en 2021 à 77,0 % (77,1 % en 2020), en net recul par rapport aux années antérieures (82,6 % en moyenne de 2017 à 2019).

Hors Covid-19, la baisse inédite de l'activité hospitalière s'explique par les mesures sanitaires et une nécessaire réorganisation hospitalière

Pour les prises en charge de patients non atteints de Covid-19, la baisse de l'activité hospitalière en 2020 a été de -15,4 % pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète et -23,8 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. En 2021, l'activité hospitalière hors Covid-19 reste durablement affectée, en retrait de -13,2 % par rapport à 2019 pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète et de -4,3 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. Plusieurs facteurs expliquent ce recul inédit.

Afin de faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19, des déprogrammations de soins non urgents, notamment en chirurgie, ont en effet eu lieu. Le nombre d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie a reculé de 15,5 % en 2020 par rapport à 2019 et reste inférieur de 2,9 % en 2021 à son niveau d'avant crise. Les déprogrammations ont aussi concerné les séances : les séances de radiothérapie ont reculé de 4,2 % en 2020, alors que les séances de dialyse, non reportables, ont poursuivi leur progression en 2020 comme en 2021. La baisse observée pour les séances de radiothérapie en 2020 concorde avec d'autres études menées en France, qui ont révélé un retard de prise en charge de patients atteints de cancer, notamment pour la découverte de nouveaux cancers (Blay *et al.*, 2021). En 2021, elles ont toutefois fortement rebondi, à un niveau supérieur de 8,6 % par rapport à 2019.

En outre, les mesures de confinement et les gestes barrières visant à freiner la propagation de l'épidémie de Covid-19 ont eu un effet sur les recours à l'hôpital, aux urgences comme en MCO. En 2020, le nombre de passages aux urgences a reculé de 17,3 %, une baisse historique. La diminution importante des accidents de la route et des activités sportives et de loisirs pendant les périodes de confinement a notamment entraîné une forte baisse du recours aux urgences pour traumatismes (Meurice, Vilain, Maillard, *et al.*, 2021). La baisse d'activité des services d'urgence durant la crise sanitaire a été presque deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques (-29,7 %) que pour les urgences générales (-15,9 %). Cette différence peut être expliquée par les motifs de recours qui ne sont pas les mêmes en pédiatrie (ou les motifs infectieux sont très importants) et chez l'adulte. En 2021, les urgences pédiatriques comme les urgences générales se redressent fortement mais demeurent en-deçà de leur niveau d'avant crise (respectivement -7,5 % et -7,2 %). Le moindre recours aux urgences s'explique aussi pour partie par la peur d'être contaminé ou de participer à la saturation des services d'urgences.

En 2021 comme en 2020, le recul du nombre de séjours hors Covid-19 en MCO est plus marqué pour les séjours liés à des motifs ORL (-23,3 %), à des maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-22,1 %] et à des maladies infectieuses (-18,4 %), ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières (Naouri, 2022).

Là encore, la peur d'être contaminé a aussi pu être à l'origine d'un moindre recours à l'hôpital. D'après le premier volet de l'enquête EpiCov (Warszawski, *et al.*, 2020), menée en mai 2020, respectivement 4,8 % et 12,7 % des personnes de 15 ans ou plus ont eu « très peur » ou « assez peur » d'être contaminées par le SARS-CoV-2 en allant se faire soigner. Mais ce phénomène a eu des conséquences inattendues : la baisse observée du nombre de passages aux urgences a aussi concerné les recours aux urgences pour des pathologies à risque vital ou de séquelles irréversibles comme les cardiopathies ischémiques ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC) [Dubost *et al.*, 2020]. De la même manière, une baisse du nombre de séjours en MCO pour cardiopathie ischémique et AVC a été observée en 2020. Ce non-recours semble toutefois ne plus avoir joué en 2021.

Le développement des IVG hors milieu hospitalier se poursuit

La baisse du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en établissement de santé s'est poursuivie en 2021, à un rythme toutefois plus modéré qu'en 2020 (-4,9 % après -9,9 %). Les IVG hors établissement ont en revanche poursuivi leur progression, dans un contexte où le recours hors milieu hospitalier a été facilité par des mesures ponctuelles (Vilain *et al.*, 2021). En effet, la crainte d'une saturation de l'offre hospitalière, essentiellement publique, a entraîné la mise en place de mesures dérogatoires spécifiques pour améliorer la disponibilité des anesthésistes ou des salles de réveil et orienter si possible davantage les femmes vers le secteur libéral pour leur IVG.

L'impact négatif très net du premier confinement sur le nombre de conceptions ayant donné lieu à une naissance a été très limité dans le temps, alors que les conceptions ayant donné lieu à une IVG ont été affectées plus longtemps. En effet, si le nombre de conceptions ayant donné lieu à une IVG n'a pas retrouvé son niveau d'avant crise fin 2021, le nombre de conceptions ayant donné lieu à une naissance l'a dépassé dès le mois de juillet 2020 (Villain, 2022).

Pour en savoir plus

Blay, J.-Y., Boucher, S., Le Vu, B., et al. (2021, juin). Delayed care for patients with newly diagnosed cancer due to COVID-19 and estimated impact on cancer mortality in France. *ESMO Open*, 6 (3).

Deltour, Q., Khaoua, H. (2022, mai). [Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 lors des troisième et quatrième vagues épidémiques. Exploitation des appariements SI-VIC-SI-DEP-VAC-SI de février à octobre 2021.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 96.

El Rais, H., Aflak-Kattar, M., Bleistein, L. (2021, mai). [Parcours hospitaliers des patients atteints de la Covid-19 de mars 2020 à janvier 2021.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 79.

Meurice, L., Vilain, P., Maillard, L., et al. (2021). [Impact des deux confinements sur le recours aux soins d'urgence lors de l'épidémie de COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine.](#) *Santé Publique*, 33(3), pp. 393-397.

Naouri, D., Vuagnat, A. (2022, mars). [Covid-19 : prise en charge des patients en soins critiques au cours des trois premières vagues de l'épidémie.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1226.

Naouri, D. (2023, mars). [En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1259.

Vilain, A. (2022, septembre). [Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1241.

Warszawski, J., Bajos, N., Meyer, L., et al. (2020, octobre). [En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1167.

■ 01 LES GRANDES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En France, fin 2021, 2 987 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Ils offrent 383 000 lits d'hospitalisation complète et 82 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

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. Elles ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels qui y travaillent présentent la même hétérogénéité.

2 987 structures hospitalières offrent 383 000 lits et 82 000 places

Au 31 décembre 2021, 2 987 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 peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 383 000 lits et 82 000 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). 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 2021, 110 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 630 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. Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé (2016) a introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération à l'échelle d'un territoire entre les entités juridiques publiques de santé. Ces dernières sont désormais intégrées dans l'un des 136 GHT dénombrés fin 2021, pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques.

Le nombre d'établissements de santé recensés fin 2021 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé²². Les établissements qui ne sont pas directement interrogés par l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)²³ n'apparaissent pas dans ce décompte. Toutefois, leur capacité en lits ou en places ainsi que leur activité d'hospitalisation complète ou partielle sont comptabilisées.

Conséquence de réorganisations et de restructurations, liées aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité des soins, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2021 (- 135 entités géographiques en huit ans, soit -4,3 %). Toutefois, entre fin 2020 et fin 2021, ce nombre est quasi stable (-0,1 %, soit -2 entités), comparativement à une baisse de 0,6 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2020.

La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-76 entités en huit ans, soit -5,4 %), et principalement d'anciens hôpitaux locaux ainsi que des établissements de soins de longue durée. Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a aussi reculé sensiblement depuis 2013 (-37 entités en huit ans, soit -3,6 %), en particulier les établissements des soins de courte durée ou multidisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de SSR et celui d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressaient. Toutefois, après deux années de baisse accrue (-27 entités entre fin 2018 et fin 2020), le nombre de cliniques privées a rebondi en 2021 (+10 entités). Enfin, le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé d'abord modestement de 2013 à 2020 (-13 entités, soit -1,9 % en sept ans), puis plus nettement en 2021 (-9 entités, soit 1,3 % en une seule année).

²² Dans les éditions 2014 et antérieures du Panorama des Établissements de santé, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques.

²³ Certains établissements ne sont pas directement interrogés par la SAE. Dans ce cas, un établissement principal désigné répond pour lui-même et pour les établissements non interrogés (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie de cette fiche).

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement au 31 décembre 2013 et 2021

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2021	2013	2021	2013	2021
Secteur public	1 420	1 344	256 934	235 308	39 485	43 895
CHR/CHU	183	184	73 636	69 509	9 270	11 390
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	728	134 734	127 653	15 258	18 418
CH, anciens hôpitaux locaux	261	205	10 661	8 986	160	97
CH spécialisés en psychiatrie	98	93	25 873	20 872	14 363	13 544
Autres établissements publics	158	134	12 030	8 288	434	446
Secteur privé non lucratif	683	661	58 103	54 725	12 282	15 000
CLCC ¹	21	20	2 887	2 654	323	539
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	130	19 401	17 801	2 492	3 093
Établissements de soins de SSR	368	355	25 377	24 907	4 071	5 474
Autres établissements à but non lucratif	138	156	10 438	9 363	5 396	5 894
Secteur privé à but lucratif	1 019	982	97 890	92 679	15 810	23 529
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	468	57 766	48 356	11 961	15 421
Établissements de soins de SSR	335	346	27 043	29 601	2 656	5 609
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	158	12 579	14 214	1 193	2 420
Autres établissements à but lucratif	6	10	502	508	0	79
Ensemble	3 122	2 987	412 927	382 712	67 577	82 424

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.

1. Trois CLCC n'apparaissent pas dans ce tableau car, en 2021, ils n'ont pas de capacité d'hospitalisation complète ou partielle.

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 multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites, soit 37 sites.

Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de 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 centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

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

Sources > DREES, SAE 2013 et 2021, traitements DREES.

Un paysage hospitalier très varié

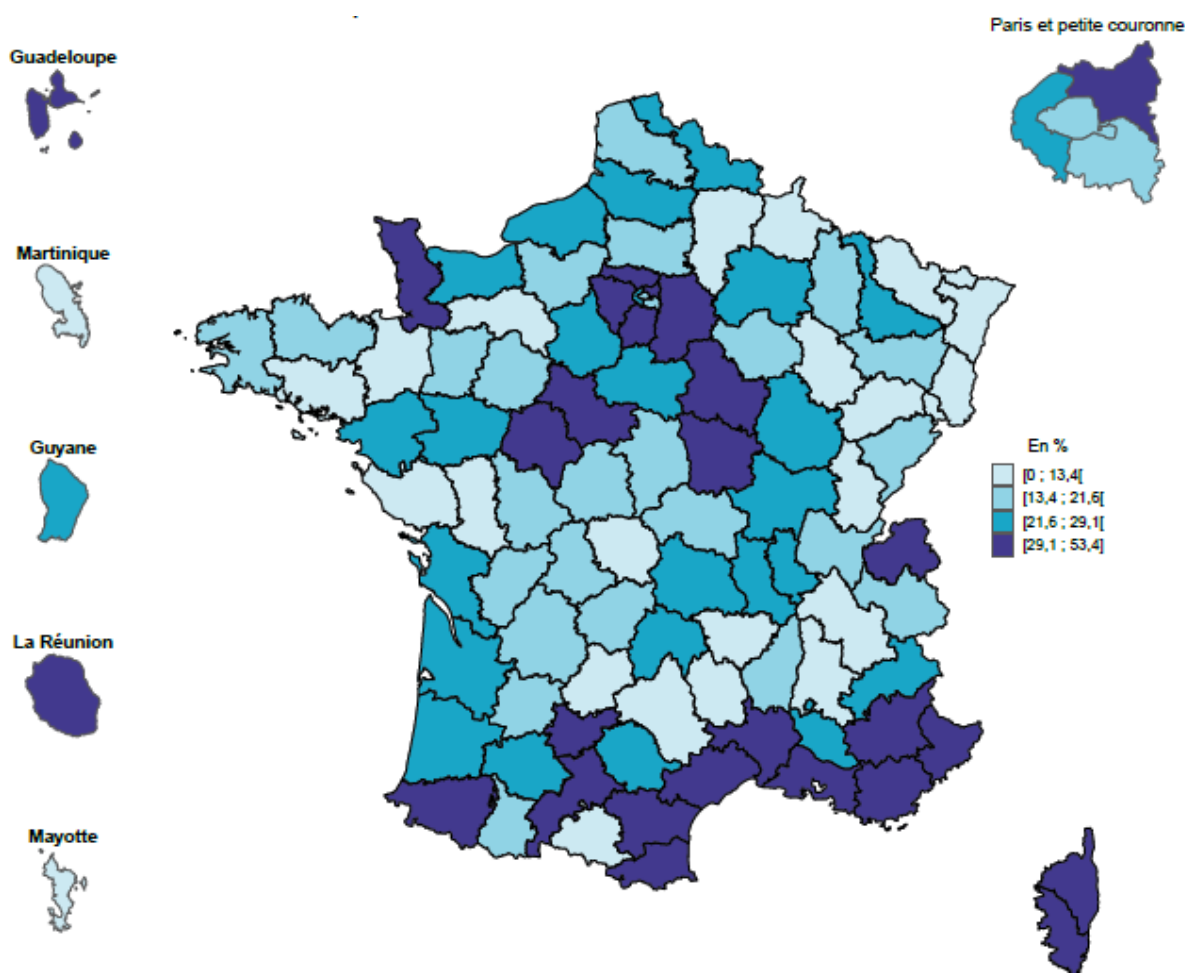
Parmi les 1 344 établissements publics, quatre types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 184 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 933 centres hospitaliers (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 ; 93 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (*tableau 1*). Enfin, les 134 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif (982 au total) et les établissements privés à but non lucratif (661 au total). Ces derniers regroupent les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 641 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

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

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 60 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif 15 % et les cliniques privées à but lucratif 25 %. Cette répartition s'avère cependant très inégale 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 proportionnellement moins nombreuses dans la région Grand Est, en Bretagne, ainsi qu'au sud du Massif central. Inexistantes en Ariège, en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, elles sont très minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans douze départements, dont cinq de la région Grand Est. En revanche, elles sont très fortement représentées sur le pourtour méditerranéen et en Île-de-France. Elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans trois des treize départements de l'Occitanie (la Haute-Garonne, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales), ainsi que dans les deux départements de Corse, dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var. La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'un département à l'autre. 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 six départements (les Hautes-Alpes, la Haute-Loire, le Lot, la Moselle, le Haut-Rhin, et la Haute-Saône).

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle au 31 décembre 2021



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Source > DREES, SAE 2021, traitements DREES.

Encadré 1 Sources et méthodes

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 (en hospitalisation complète) ou d'une place (en hospitalisation partielle), y compris les anciens hôpitaux locaux. 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. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics / privés à but non lucratif / privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage. 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 (CATTP), 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., Pouvourville (de), G. et Tabuteau, D. (dir.) (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po/Éditions de Santé.

Kervasdoué (de), J. (2015). *L'Hôpital*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? 5^e édition.

■ 02 LES CAPACITÉS D'ACCUEIL À L'HÔPITAL

Fin 2021, 383 000 lits d'hospitalisation complète ont été dénombrés dans les établissements de santé de France, service de santé des armées (SSA) compris, soit une diminution de 86 000 lits d'hospitalisation depuis fin 2003. *A contrario*, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 82 000 places fin 2021, soit une hausse de 33 000 places au cours de la même période. Des disparités de densité de lits et de places subsistent entre les départements.

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

Entre 2003 et 2021, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 383 000, service de santé des armées (SSA)²⁴ compris (*graphique 1*). Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits et de réorganiser l'offre dans un contexte de virage ambulatoire. Il traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation complète. Ce mouvement est accentué par les contraintes de personnel, qui empêchent parfois de maintenir les lits.

La baisse de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et concerne la quasi-totalité des disciplines, à l'exception des soins de suite et de réadaptation (SSR). En court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), le nombre de lits suit ainsi une tendance à la baisse régulière (-41 000 lits sur 236 400 en 18 ans). Mais ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte diminution, passant de 80 000 lits fin 2003 à 30 000 lits fin 2021, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse a été particulièrement forte en 2009 et 2010, du fait de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)²⁵.

En psychiatrie, dès les années 1970, des alternatives à l'hospitalisation ont été développées. Entre fin 2003 et fin 2021, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 6 000 sur 59 600. L'évolution du nombre de lits sur longue période est cependant contrastée selon le statut des établissements. En effet, si la capacité d'accueil en psychiatrie diminue de 8 800 lits dans les établissements publics en 18 ans, elle augmente de 4 200 lits sur la même période dans les établissements privés à but lucratif, où elle représente 27 % de la capacité d'accueil fin 2021, contre 18 % en 2003.

De son côté, le nombre de lits en moyen séjour (SSR) est passé de 92 000 fin 2003 à 103 000 fin 2021. Cette progression est due principalement à la forte augmentation des capacités d'accueil des établissements privés à but lucratif (+12 800 lits depuis fin 2003). Ces derniers détiennent 34 % de la capacité totale en SSR fin 2021, contre 24 % fin 2003. Après avoir progressé régulièrement jusqu'en 2015, les capacités d'accueil en SSR ont toutefois connu une légère diminution depuis.

Entre fin 2020 et fin 2021, la baisse du nombre de lits se rapproche du rythme observé avant la crise sanitaire

Entre fin 2020 et fin 2021, le nombre de lits d'hospitalisation complète en état d'accueillir des patients diminue de 1,0 % (*graphique 1*), un rythme qui se rapproche de la tendance observée durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). La baisse avait été plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,3 %), sans compensation en 2021. Plusieurs éléments, liés au contexte d'épidémie de Covid-19, peuvent expliquer cette baisse accrue durant la crise sanitaire, qui a continué à peser sur les capacités hospitalières en 2021. 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 critiques²⁶. 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.

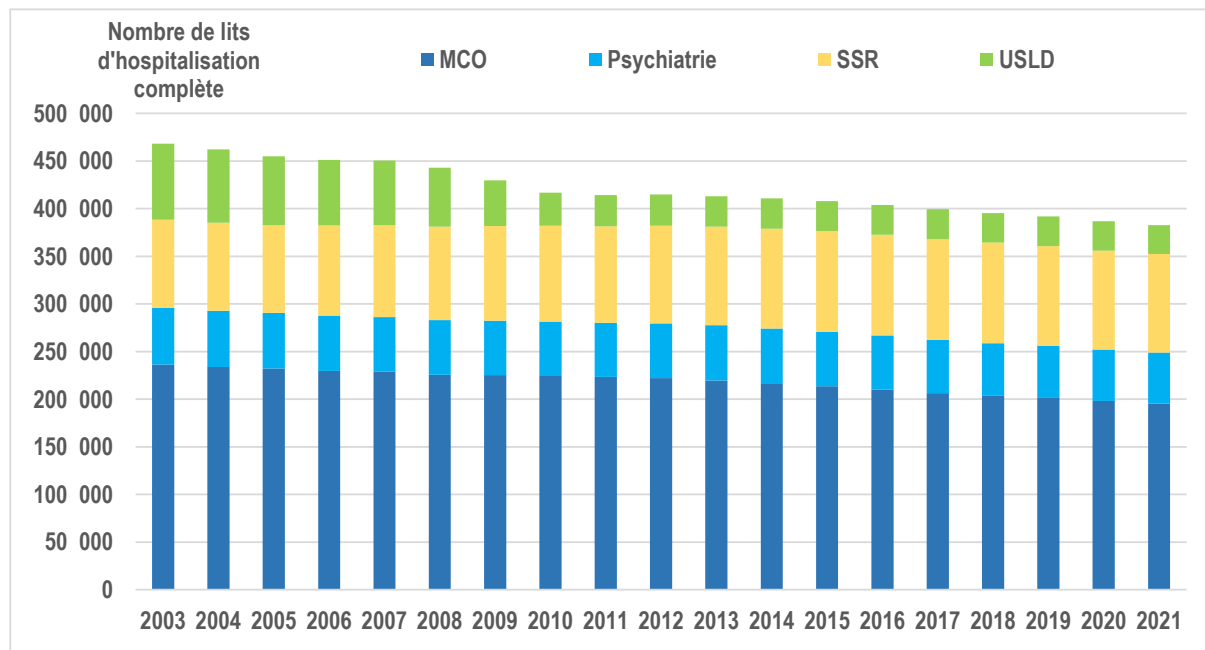
²⁴ En 2021, 1 200 lits d'hospitalisation complète et 220 places d'hospitalisation partielle sont dénombrés dans les neuf établissements du SSA.

²⁵ Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, modifiée concernant les USLD.

²⁶ Avec la crise sanitaire, le nombre de lits a connu de fortes variations au cours des années 2020 et 2021, 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.

En MCO, les unités de soins sont davantage en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19. Le nombre de lits en état d'accueillir des patients en MCO recule de 1,4 % entre fin 2020 et fin 2021, soit un rythme comparable à celui observé avant la crise sanitaire (-1,4 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). C'est également le cas en psychiatrie, où le nombre de lits recule de 0,8 % en 2021 (-0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). En SSR, la baisse du nombre de lits amorcée en 2018 se poursuit et atteint 0,4 % entre fin 2020 et fin 2021 (-0,5 % par an en moyenne de fin 2017 à fin 2019). Seules les USLD font exception : la baisse du nombre de lits se poursuit entre fin 2020 et fin 2021, comme l'année précédente (-1,2 % après -1,1 %), à un rythme beaucoup plus élevé qu'avant crise (-0,4 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019).

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



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.
 Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2003-2021, traitements DREES.

Une progression du nombre de places d'hospitalisation partielle plus dynamique dans les cliniques privées

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations technologiques médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation partielle. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 82 000 places fin 2021, soit 33 000 places de plus que fin 2003 (+67,0 % en 18 ans). En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a freiné cette dynamique, avec une progression du nombre de places limitée à 1,7 % entre fin 2019 et fin 2020 (contre +2,5 % par an en moyenne pendant la période 2013-2019). En revanche, en 2021, le nombre de places accélère nettement (+3,4 %), ce qui compense entièrement le ralentissement de 2020.

En MCO, 10 000 places d'hospitalisation partielle ont été créées entre fin 2003 et fin 2013, venant compléter les 18 000 places existantes, ce qui représente une progression de 4,6 % par an en moyenne (*graphique 2*). De fin 2013 à fin 2019, le nombre de places en MCO a progressé à un rythme plus modeste (+3,1 % par an en moyenne), qui s'infléchit encore en 2020, où la hausse atteint 1,9 %. Avec la crise sanitaire, le nombre de places en MCO ralentit nettement en 2020 dans les établissements publics et privés à but non lucratif, tandis qu'il progresse à un rythme plus élevé que celui des six années précédentes dans les cliniques privées. En revanche, en 2021, le nombre de places en MCO rebondit nettement, de 3,9 %. Cette hausse est plus marquée dans les établissements publics (+4,1 %) que dans les cliniques privées (+3,7 %).

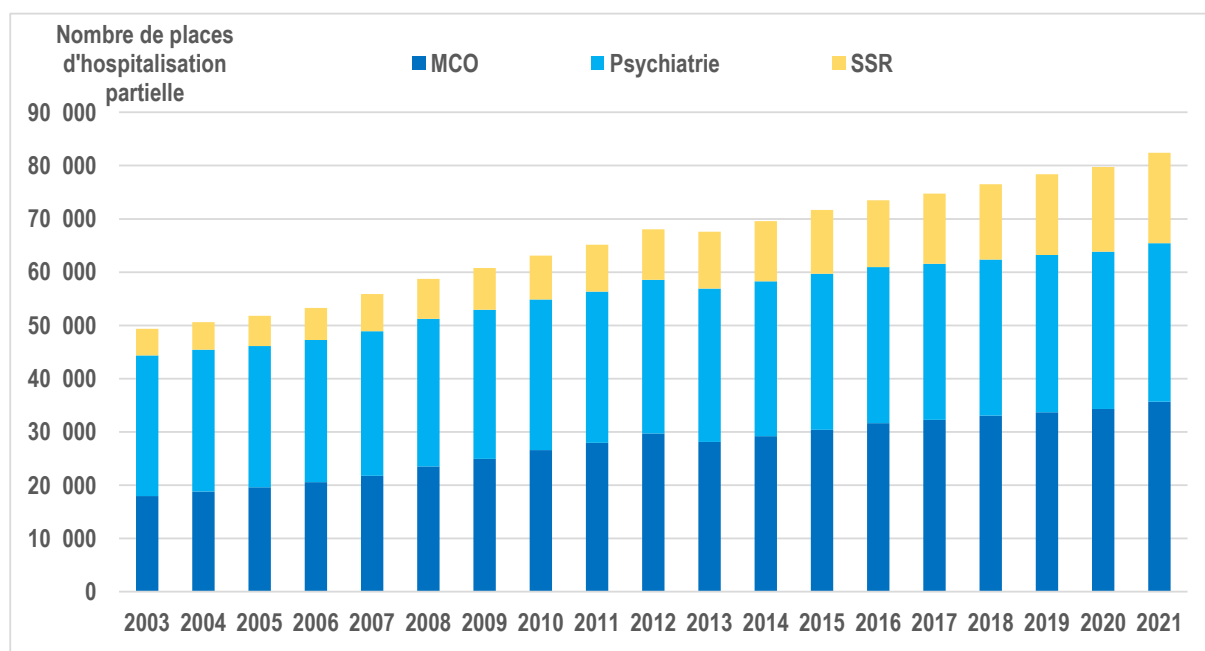
En psychiatrie, le nombre de places a augmenté lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 400 places en 18 ans). Avant la crise sanitaire, de fin 2013 à fin 2019, la progression est de 0,4 % par an en moyenne, principalement alimentée par les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. Dans les hôpitaux publics, au contraire, le nombre de places de psychiatrie recule de 0,3 % par an en moyenne au cours de cette période. En 2021, le nombre total de places augmente de 0,9 %, ce qui compense là aussi la légère diminution de 2020 (-0,1 %).

Durant les deux années de crise sanitaire, la progression de 200 places en psychiatrie reste portée par les cliniques privées, avec une hausse de 4,0 % en 2020 puis 11,2 % en 2021.

En moyen séjour (SSR), la progression de l'hospitalisation partielle est rapide : 12 000 places ont été créées en 18 ans, soit une capacité d'accueil multipliée par 3,4. Comme en MCO, l'augmentation du nombre de places de SSR a ralenti en 2020 (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019) avant de rebondir nettement entre fin 2020 et fin 2021 (+7,1 %). Là encore, les cliniques privées se distinguent : le nombre de places a continué d'y progresser à un rythme soutenu pendant la crise sanitaire : +11,2 % en 2020 et +13,2 % en 2021 (+9,3 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019). Elles contribuent pour les trois quarts à la progression de l'ensemble des places de SSR entre fin 2019 et fin 2021.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. Fin 2021, 39 % des places d'hospitalisation partielle en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 61 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 36 % des capacités d'hospitalisation partielle en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 74 % des places en psychiatrie et 51 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant dans l'hospitalisation partielle en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2003-2021, traitements DREES.

Des disparités départementales persistantes

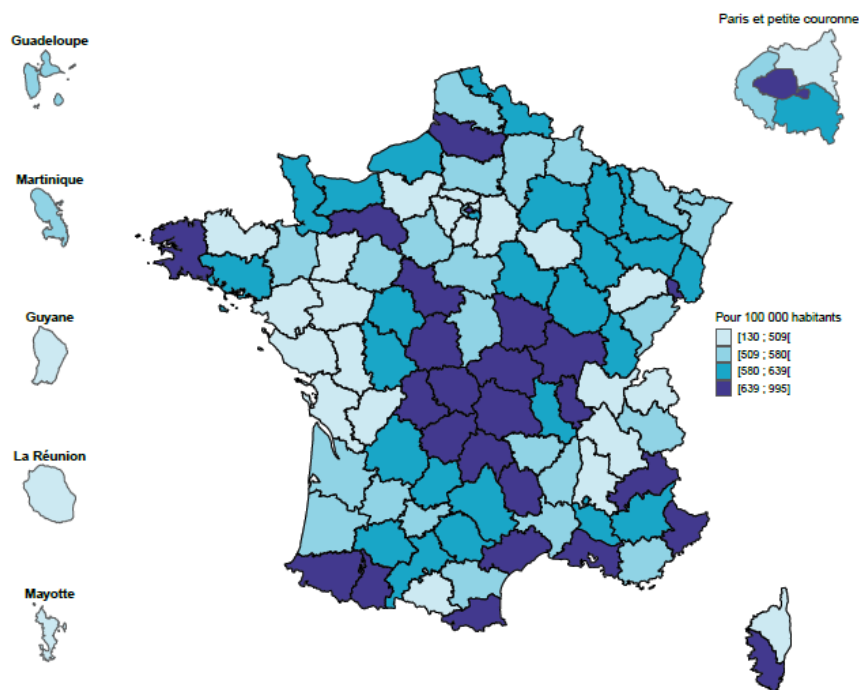
Comme pour les années précédentes, la densité de lits et de places en fin d'année 2021 est très différente selon les régions²⁷ et les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie ainsi de 130 à Mayotte à 960 dans le Cantal et 995 dans les Hautes-Alpes (*carte 1*). Cette hiérarchie persiste que les soins de longue durée soient pris en compte ou non. Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 16 à Mayotte à 184 en Côte-d'Or et 186 dans la Creuse. Il atteint même 228 à Paris (*carte 2*).

Trois départements de Nouvelle-Aquitaine, deux d'Auvergne-Rhône-Alpes et trois de la région Occitanie se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane ont une faible densité pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline. Elles sont notamment plus modestes en court séjour (MCO) : pour la psychiatrie et le moyen

²⁷ Pour plus de précisions, la fiche 06 « Les établissements de santé dans les DROM » détaille l'équipement et l'activité de chacun des DROM pour le MCO, la psychiatrie et le SSR, et les compare à ceux de la métropole.

séjour, les dix départements les mieux dotés disposent d'au moins 2 fois plus de lits et places par habitant que les dix départements les moins bien dotés (rapport interdécile), alors que ce rapport est de 1,8 pour le MCO.

Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète au 31 décembre 2021 par département

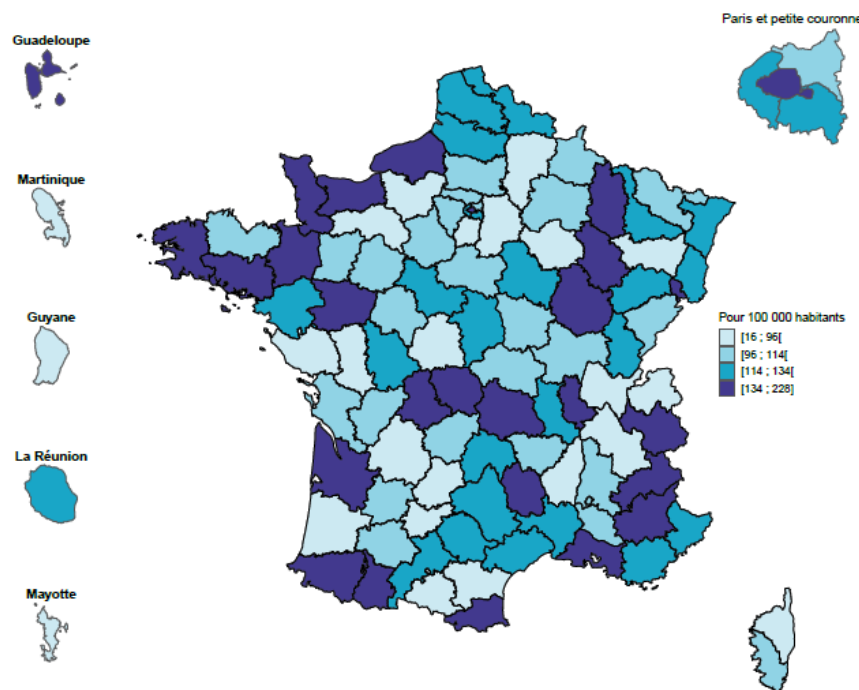


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle au 31 décembre 2021 par département



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

Encadré 1 Sources et méthodes

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 (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.

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).

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).
- **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 (celui-ci correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas toujours créés intégralement.

■ 03 L'ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE

En 2021, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué de perturber fortement l'activité hospitalière en France. Après la forte baisse d'activité de 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi de 26,3 % et celui des séjours d'hospitalisation complète de 3,3 %. Ces hausses n'ont pas permis de retrouver partout les niveaux d'activité observés avant 2020. La prise en charge du Covid-19 représente un volume d'activité hospitalière plus important en 2021 qu'en 2020 : 428 000 séjours d'hospitalisation complète et 115 000 journées d'hospitalisation partielle. En écartant l'ensemble de ces séjours et journées Covid-19, la hausse de l'activité atteint 26,2 % pour l'hospitalisation partielle et 2,6 % pour l'hospitalisation complète, par rapport à 2020.

L'hospitalisation partielle renoue avec son dynamisme d'avant crise

Au cours de l'année 2021, les établissements de santé de France ont pris en charge 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète et 16,9 millions de journées d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1].

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a marqué une rupture majeure avec les évolutions tendanciennes observées les années précédentes : le nombre total de journées d'hospitalisation partielle a chuté de 23,5 % en 2020, après une progression moyenne de 3,0 % entre 2013 et 2019. En 2021, il augmente de 26,3 %, retrouvant un niveau proche de celui de 2019. La hausse d'activité partielle en 2021 est plus importante dans le secteur privé à but non lucratif (+33,3 %) ; elle est proche dans le secteur privé à but lucratif (+25,6 %) et dans le secteur public (+24,0 %), mais dans ce dernier la chute avait été beaucoup plus marquée en 2020, de sorte que c'est le seul secteur où l'activité d'hospitalisation partielle ne retrouve pas son niveau d'avant crise.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), l'augmentation de l'activité partielle (+21,0 %) fait suite à une baisse de 11,9 % en 2020. L'activité partielle en MCO dépasse ainsi en 2021 son niveau d'avant crise. Sur l'ensemble des années 2020 et 2021, elle conserve un rythme de progression (+3,3 % par an en moyenne) proche de celui constaté avant la crise sanitaire (+3,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019).

En soins de suite et de réadaptation (SSR), la hausse de 41,2 % observée en 2021 ne compense que pour partie la baisse de 32,7 % de 2020. En psychiatrie, le rebond est encore plus faible : l'activité n'augmente que de 23,8 % en 2021 après un recul de 34,6 % en 2020. De ce fait, la part des soins de MCO dans l'ensemble des hospitalisations partielles atteint 52 % en 2021 (47 % en 2019), au détriment de celle de la psychiatrie, qui baisse de 27 % en 2019 à 23 % en 2021. En psychiatrie comme en SSR, la baisse observée entre 2019 et 2021 est principalement concentrée dans les établissements publics, raison pour laquelle le nombre d'hospitalisations partielles reste dans l'ensemble en retrait par rapport à la situation d'avant crise pour ces établissements.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente en 2021

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. La crise sanitaire a entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour réduire les risques de contamination. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, ce qui a réduit la capacité d'accueil des établissements de santé et, par conséquent, leur nombre de séjours et de journées. Pour ces raisons, le volume d'activité d'hospitalisation complète a connu un recul sans précédent en 2020.

En 2021, les établissements de santé ont pris en charge 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète et 106 millions de journées, soit une hausse de 3,3 % du nombre de séjours et une baisse de 1,1 % du nombre de journées par rapport à 2020. Les séjours et les journées restent ainsi en recul de près de 10 % chacun par rapport à 2019.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète en MCO augmente de 3,7 % en 2021, après une baisse de 12,0 % en 2020, à comparer à une évolution tendancielle de -0,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En psychiatrie, le nombre de séjours augmente de 4,3 %, après une baisse de 14,4 % en 2020 (-0,3 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Cette augmentation est plus marquée dans le secteur privé à but non lucratif (+6,5 %) et à but lucratif (+6,3 %) que dans le secteur public (+3,2 %). En revanche, en SSR, le nombre de séjours recule de nouveau en 2021 (-1,8 %, après -15,2 % en 2020). La rupture avec la tendance pré-crise se poursuit donc (-0,5 % par an en moyenne au cours de la période 2013-2019).

Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 3,8 % en 2021 en SSR et de 1,4 % en psychiatrie. En revanche, en MCO, le nombre de journées d'hospitalisation complète augmente de 1,5 %, ne compensant que très partiellement la forte baisse de 2020 (-9,5 % en 2020). Cette hausse ne s'observe que dans le secteur public (+2,6 %, après -8,9 % en 2020), alors que dans les établissements privés à but lucratif et non lucratif le nombre de journées

continue de baisser (respectivement -2,2 % et -1,1 % en 2021, après les fortes baisses de -12,7 % et -8,5 % en 2020). L'activité de soins de longue durée (SLD), mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, s'élève à 9,6 millions de journées d'hospitalisation complète en 2021, ce qui représente une diminution de 5,2 % par rapport à 2020, supérieure à celle déjà observée l'année précédente.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2021

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements		
	2021 (en milliers)	Évolution 2020-2021 (en %)	2021 (en milliers)	Évolution 2020-2021 (en %)	2021 (en milliers)	Évolution 2020-2021 (en %)	2021 (en milliers)	Évolution 2019-2020 (en %)	Évolution 2020-2021 (en %)
Journées d'hospitalisation partielle									
MCO ¹	3 590	21,0	870	26,7	4 288	20,0	8 748	-11,9	21,0
Psychiatrie ^{2,3}	2 417	24,4	772	29,3	644	15,7	3 833	-34,6	23,8
SSR	846	37,1	1 532	39,6	1 987	44,4	4 365	-32,7	41,2
Total des journées	6 852	24,0	3 175	33,3	6 918	25,6	16 946	-23,5	26,3
Total hors journées avec DP de Covid-19	6 808	24,1	3 155	32,9	6 893	25,4	16 856	-24,1	26,2
Total hors journées avec DP ou DA de Covid-19	6 799	24,2	3 148	32,8	6 883	25,3	16 830	-24,2	26,2
Séjours d'hospitalisation complète⁴									
MCO ¹	6 417	4,3	777	2,4	2 027	2,4	9 222	-12,0	3,7
Psychiatrie ²	352	3,2	57	6,5	125	6,3	534	-14,4	4,3
SSR ⁵	335	-4,9	230	0,7	300	0,1	865	-15,2	-1,8
Total des séjours	7 104	3,7	1 064	2,2	2 452	2,3	10 620	-12,4	3,3
Total hors séjours avec DP de Covid-19	6 861	3,1	1 038	2,3	2 416	2,1	10 316	-14,5	2,8
Total hors séjours avec DP ou DA de Covid-19	6 771	2,8	1 026	2,3	2 396	2,0	10 192	-15,4	2,6
Journées d'hospitalisation complète									
MCO ¹	38 815	2,6	4 176	-1,1	8 259	-2,2	51 250	-9,5	1,5
Psychiatrie ²	9 706	-3,2	1 911	-2,5	4 855	2,9	16 472	-5,2	-1,4
SSR ⁵	10 695	-5,7	7 327	-2,8	10 487	-2,3	28 509	-9,7	-3,8
SLD	8 534	-5,5	831	-3,2	229	-1,9	9 594	-3,8	-5,2
Total des journées	67 750	-0,7	14 245	-2,3	23 830	-1,2	105 824	-8,4	-1,1
Total hors journées avec DP de Covid-19	64 925	-1,6	13 826	-2,3	23 169	-1,7	101 920	-11,3	-1,7
Total hors journées avec DP ou DA de Covid-19	63 161	-2,3	13 463	-2,5	22 519	-1,9	99 143	-13,2	-2,2
Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)									
Séjours d'hospitalisation complète	449	1,5	52	-0,7	132	-2,6	633	-2,9	0,5
Journées d'hospitalisation complète	1 547	2,0	181	1,6	451	-2,6	2 178	-8,6	1,0

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.

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. Non compris les séjours de soins de longue durée.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019-2021, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2019-2021, traitements DREES, pour l'activité de psychiatrie et de SLD ; ATIH, RIM-P 2021 pour l'estimation des séjours Covid-19 en psychiatrie.

Le Covid-19 concerne 4,0 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle en 2021

En 2021, l'activité hospitalière de MCO reste fortement bouleversée par l'apparition du Covid-19. Le décompte des séjours et des journées concernés, directement ou indirectement, par l'épidémie est réalisé à partir des diagnostics (principaux, reliés ou associés) codés dans le PMSI en 2021. Les séjours codés avec un diagnostic principal (DP)²⁸ de Covid-19 sont supposés être ceux dont le traitement du Covid-19 est le motif médical central (principalement dans des unités de soins de médecine) ; les séjours sans DP de Covid-19, mais avec un diagnostic associé (DA) de Covid-19 sont supposés être ceux dont le motif médical était une autre pathologie, mais pour un patient infecté par le SARS-CoV-2 (cas possible dans toutes les disciplines d'équipement). Les consignes et les pratiques de codage ont toutefois pu diverger, si bien que la frontière entre DP et DA est à interpréter avec précaution. Dans ce dossier, les deux composantes du décompte des « séjours Covid-19 » sont quantifiées.

En 2021, les établissements de santé ont enregistré 428 000 séjours d'hospitalisation complète, avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19²⁹ soit 4,0 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète hors USLD (*tableau 2*). Parmi l'ensemble de ces séjours Covid-19, 78 % ont été réalisés dans le secteur public (75 % en 2020), 13 % dans le secteur privé à but lucratif (14 % en 2020) et 9 % dans le secteur privé à but non lucratif (11 % en 2020). La durée moyenne des séjours Covid-19 (DP et DA confondus) est de 11,3 jours en MCO et de 37,3 jours en SSR, proche de celle observée en 2020 (respectivement 10,5 jours et 39,4 jours). En psychiatrie, le codage de diagnostics Covid-19 est marginal, en 2020 comme en 2021³⁰.

Sept séjours Covid-19 sur dix sont codés avec un DP de Covid-19 (71,1 %). Ils sont alors classés le plus souvent en médecine, mais peuvent également l'être en SSR, des autorisations de soins dérogatoires ayant été délivrées à certains établissements de SSR pour ouvrir des unités de prise en charge du Covid-19. Les séjours avec un DA de Covid-19 sont réalisés majoritairement en médecine, mais il en existe également en chirurgie (10 % de ce type de séjours), en obstétrique (7 %) et en SSR (21 %), probablement pour des patients dont la prise en charge avait un autre motif initial, mais qui ont eu un diagnostic de Covid-19 à leur entrée ou durant leur hospitalisation.

Par ailleurs, 115 000 journées d'hospitalisation partielle sont accompagnées d'un diagnostic de Covid-19, soit 0,7 % du total des journées d'hospitalisation partielle (0,6 % en 2020). Là encore, la majorité de ces journées Covid-19 comportent un DP de Covid-19 (77,8 %), et elles sont concentrées principalement en MCO.

Hors séjours Covid-19, la hausse de l'activité hospitalière en 2021 est donc un peu moins marquée. Elle atteint 2,6 % pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète hors DP ou DA de Covid-19 (3,3 % pour l'ensemble des séjours). En MCO, la hausse de l'activité hors Covid-19 est plus importante dans les hôpitaux publics (+3,3 %) que dans les établissements privés à but non lucratif (+2,5 %) et les cliniques privées (+2,1 %).

Le rebond de l'activité hors Covid-19 atteint 26,2 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. Il est plus marqué dans les établissements privés à but non lucratif (+32,8 %) que dans les hôpitaux publics (+24,2 %) et dans les cliniques privées (+25,3 %).

Toutefois, ces évolutions agrégées ne permettent pas de rendre compte de la charge qu'ont représenté les hospitalisations liées au Covid-19 pour les établissements de santé, du fait notamment de la réorganisation des services et du poids de ces hospitalisations en réanimation.

²⁸ En MCO, les diagnostics reliés sont également comptabilisés avec les diagnostics principaux. Dans la suite de ce dossier, le terme « diagnostic principal » inclura également les diagnostics reliés en MCO.

²⁹ Les modalités de codage retenues pour le décompte des séjours Covid-19 sont détaillées dans l'encadré Sources et méthodes, à la fin de cette fiche.

³⁰ En psychiatrie, 3 000 séjours d'hospitalisation complète et 174 000 journées d'hospitalisation partielle ont un diagnostic de Covid-19, et moins de 5 % de ces hospitalisations correspondent à des diagnostics principaux de Covid-19.

Tableau 2 Activité hospitalière des journées et des séjours Covid-19, selon le statut de l'établissement en 2021

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2021 (milliers)	Part dans la discipline (en %)	2021 (milliers)	Part dans la discipline (en %)	2021 (milliers)	Part dans la discipline (en %)	2021 (milliers)	Part dans la discipline (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
Journées Covid-19 en MCO	39	1,1	1	0,2	3	0,1	44	0,5
dont avec DP de Covid-19	35	1,0	1	0,1	3	0,1	38	0,4
dont avec DA de Covid-19	4	0,1	0	0,0	1	0,0	5	0,1
Journées Covid-19 en psychiatrie	2	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,1
dont avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont avec DA de Covid-19	2	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,1
Journées Covid-19 en SSR	13	1,5	25	1,6	31	1,6	68	1,6
dont avec DP de Covid-19	10	1,1	19	1,3	23	1,1	51	1,2
dont avec DA de Covid-19	3	0,4	5	0,4	9	0,4	17	0,4
Séjours d'hospitalisation complète								
Séjours Covid-19 en MCO	299	4,7	25	3,2	36	1,8	359	3,9
dont avec DP de Covid-19	222	3,5	18	2,3	25	1,2	265	2,9
dont avec DA de Covid-19	77	1,2	7	0,9	11	0,5	94	1,0
Séjours Covid-19 en psychiatrie	2	0,5	0	0,8	1	0,5	3	0,5
dont avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont avec DA de Covid-19	2	0,5	0	0,8	1	0,5	3	0,5
Séjours Covid-19 en SSR	33	9,8	13	5,6	20	6,6	65	7,6
dont avec DP de Covid-19	20	6,1	8	3,3	10	3,5	39	4,5
dont avec DA de Covid-19	12	3,7	5	2,3	9	3,1	27	3,1
Journées d'hospitalisation complète								
Journées Covid-19 en MCO	3 355	8,6	285	6,8	426	5,2	4 066	7,9
dont avec DP de Covid-19	2 214	5,7	181	4,3	272	3,3	2 667	5,2
dont avec DA de Covid-19	1 141	2,9	105	2,5	153	1,9	1 399	2,7
Journées Covid-19 en psychiatrie	111	1,1	32	1,7	30	0,6	174	1,1
dont avec DP de Covid-19	7	0,1	0	0,0	0	0,0	8	0,0
dont avec DA de Covid-19	104	1,1	32	1,7	30	0,6	166	1,0
Journées Covid-19 en SSR	1 123	10,5	464	6,3	855	8,2	2 442	8,6
dont avec DP de Covid-19	604	5,6	237	3,2	388	3,7	1 230	4,3
dont avec DA de Covid-19	519	4,8	227	3,1	467	4,4	1 212	4,3

DP : diagnostic principal ; DA diagnostic associé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Lecture > 44 000 journées d'hospitalisation partielle de MCO pour des patients avec un diagnostic de Covid-19, principal ou associé, sont comptabilisées en 2021, ce qui représente 0,5 % du total des journées d'hospitalisation partielle de MCO.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, RIM-P et PMSI-SSR 2021, traitements DREES.

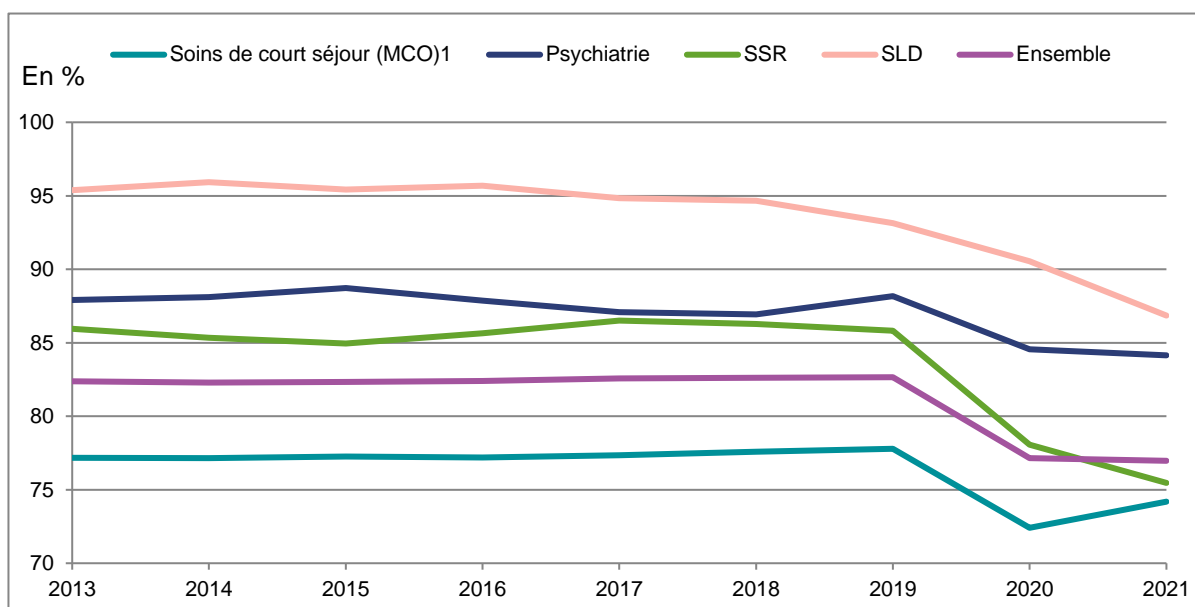
Le taux d'occupation des lits se stabilise en 2021 à un niveau inférieur à celui qui prévalait avant la crise sanitaire

En 2021, le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé au même rythme que celui du nombre de lits en état d'accueillir des patients, contrairement à l'année précédente, au cours de laquelle la baisse du nombre de journées d'hospitalisation avait été beaucoup plus forte. Le taux d'occupation des lits se stabilise ainsi en 2021 à 77,0 % (77,1 % en 2020), en net recul par rapport aux années antérieures (82,6 % en moyenne de 2017 à 2019). Le taux d'occupation des lits est le plus faible en MCO en 2021 (74,2 %, après 72,4 % en 2020 et 77,6 % en moyenne de 2017 à 2019), et le plus élevé en SLD (86,9 %, après 90,6 % en 2020) [graphique 1]. En 2021, le taux d'occupation des lits s'établit à 84,1 % pour la psychiatrie (après 84,6 % en 2020 et 87,4 % en moyenne de 2017 à 2019) et à 75,5 % en SSR (après 78,1 % en 2020 et 86,2 % en moyenne de 2017 à 2019).

Toutefois, 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. Ainsi en MCO, le taux d'occupation, calculé avec le nombre de journées exploitables sur l'année, tient compte de la disponibilité effective des lits durant l'année, ce qui n'est pas le cas pour la psychiatrie et le SSR (voir encadré Sources et méthodes).

Le taux d'occupation des lits en SSR et en psychiatrie demeure 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.

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 ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note > 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.

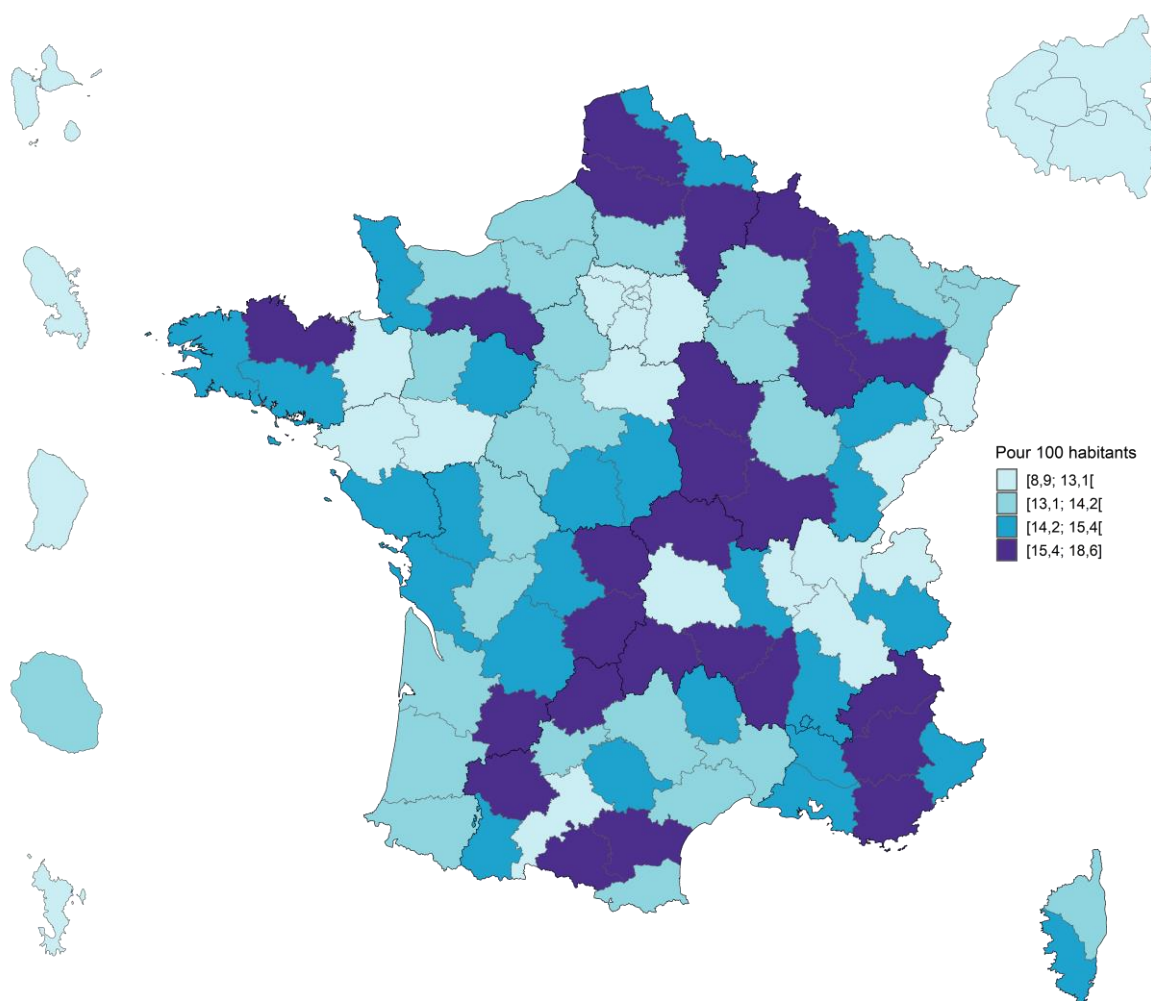
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013 à 2021, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2013 à 2021, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Peu de disparités du nombre d'hospitalisations par habitant entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population en 2021 s'élève à 12,1 % dans les DROM (11,5 % en 2020) et à 13,6 % en France métropolitaine (13,2 % en 2020) [carte 1]. La forte diminution du nombre de séjours avec la crise sanitaire modifie peu les écarts observés jusqu'en 2019. En France métropolitaine, les taux les plus bas se situent dans l'Ouest (11,8 % en Ile-et-Vilaine et 11,6 % en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France. Ils atteignent 18 % ou plus dans la Creuse, la Haute-Marne et la Nièvre. Il s'agit de départements ruraux dont la proportion d'habitants de 65 ans ou plus dépasse 25 %.

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants en 2021, par département



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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

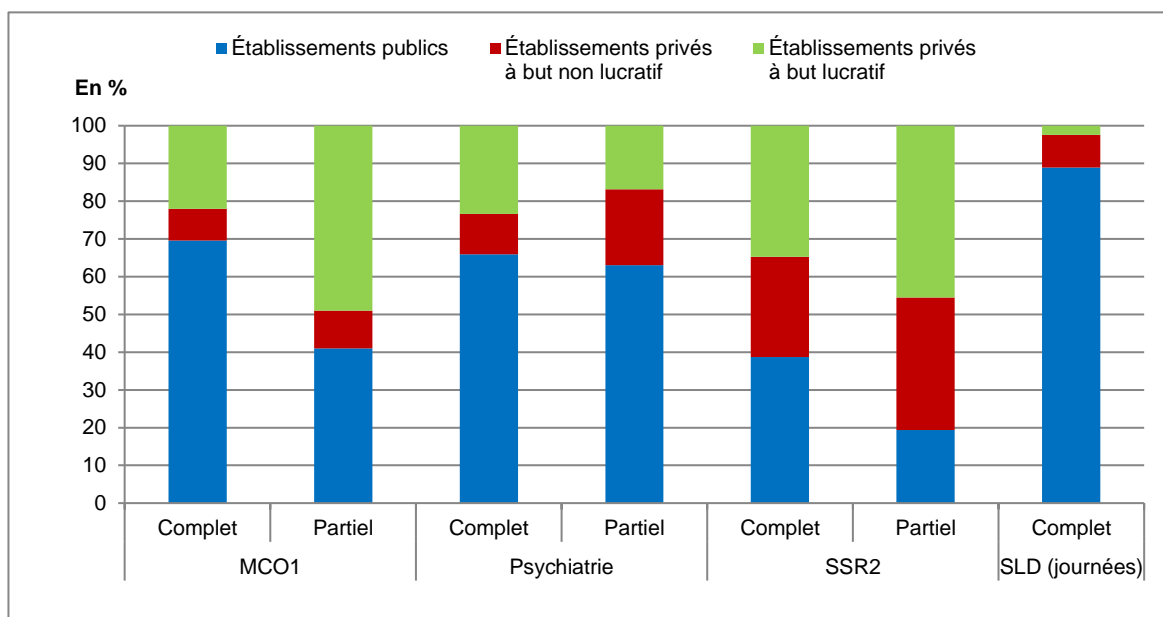
La spécialisation des activités selon le statut des établissements se renforce

Malgré les perturbations de l'activité hospitalière, dues à la crise sanitaire, la structure des activités des établissements de santé continue à se différencier selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge (*graphique 2*). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont majoritairement effectués par les hôpitaux publics (70 % des séjours), tandis que les cliniques privées réalisent 49 % des séjours d'hospitalisation partielle.

En psychiatrie, les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours d'hospitalisation complète (66 %) et des journées d'hospitalisation partielle (63 %). En complément, 23 % des séjours à temps complet sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 20 % des journées à temps partiel relèvent du secteur privé à but non lucratif.

L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est répartie de façon plus équilibrée entre les différents types d'établissements : 35 % des journées d'hospitalisation partielle s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 46 % dans les cliniques privées. Quant aux séjours d'hospitalisation complète, 39 % sont réalisés dans les hôpitaux publics et 35 % dans les cliniques privées à but lucratif. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2021



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite 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. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Les nouveau-nés restés auprès de leur mère

En 2021, 633 000 séjours de médecine et 2,2 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 augmente de 0,5 % en 2021, après une baisse de 2,9 % en 2020. La hausse est un plus forte (+1,0 %) pour le nombre de journées d'hospitalisation complète associées, mais la baisse était très marquée en 2020 (-8,6 %). Cette situation reflète probablement, au moins pour partie, la volonté de réduire la durée des séjours pour accouchement depuis 2020, en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2021 de France entière (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 et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,2 % des séjours).

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 (SSR) depuis 2003 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), intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas).

Méthodologie

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 et le SSR, 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. La mesure du nombre de journées exploitables n'est pas disponible.

Définitions

- **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle** : en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins de 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 de 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).
- **Séjours ou journées avec diagnostic principal de Covid-19** : séjours ou journées d'hospitalisation ayant pour motif principal de prise en charge le Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO et le RIM-P, ils sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), ou relié (DR) dans le cas du MCO, est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). Dans le PMSI-SSR, ils sont identifiés comme les séjours dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) sont codées avec les modalités listées ci-dessus.
- **Séjours ou journées avec diagnostic associé de Covid-19** : séjours ou journées d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-MCO, le RIM-P et le PMSI-SSR, ils sont identifiés comme ceux dont le diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19 autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes, mais elle a fait l'objet d'un examen statistique, documenté également dans la fiche.

■ 04 LES ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS SALARIÉS DU SECTEUR HOSPITALIER

Entre fin 2003 et fin 2020, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 15,0 %, passant de 1,20 million à 1,38 million de salariés (soit +0,8 % par an en moyenne). Le personnel médical et infirmier en représente une part croissante. Les effectifs salariés hospitaliers ralentissent progressivement à compter de 2014, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Ils repartent depuis à la hausse, d'abord faiblement en 2019 (+0,2 %), puis plus significativement en 2020 (+1,4 %). Ce net rebond est porté par le secteur public, tandis que l'emploi hospitalier continue de se replier légèrement dans le secteur privé. En 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier public continuent de progresser (+0,6 %). Entre fin 2019 et fin 2021, ils ont ainsi progressé de plus de 26 000 salariés (+2,5 %).

Entre fin 2003 et fin 2020, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 15 % (soit 0,8 % par an en moyenne), passant de 1,20 million à 1,38 million de salariés (*graphique 1*). Les effectifs progressent plus fortement au cours de cette période dans le secteur privé (+18 %) que dans le secteur public (+14 %). Par conséquent, la part des effectifs du secteur privé augmente, passant de 21,7 % fin 2003 à 23,0 % fin 2016. Mais, depuis 2017, les effectifs salariés du secteur hospitalier privé fléchissent, si bien que sa part se replie, pour atteindre 22,3 % fin 2020.

Le personnel médical et les infirmiers représentent une part croissante des effectifs salariés hospitaliers

Le personnel médical au sens large (médecins et assimilés³¹, internes et sages-femmes) connaît la progression la plus forte entre fin 2003 et fin 2020. Sa part dans les effectifs salariés hospitaliers passe de 10,2 % à 12,2 % pendant cette période. En écho à l'extension des *numerus clausus*³², le nombre de médecins et assimilés augmente de 25 %, celui des internes et faisant fonction d'internes (FFI) de 93 % et celui des sages-femmes de 34 %.

Cependant, la tendance s'inverse pour les sages-femmes du secteur hospitalier privé depuis quelques années (*tableau 1*). Leur nombre recule désormais (-9,4 % entre fin 2013 et fin 2020), dans un contexte où le secteur privé réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé. Dans le secteur public, en revanche, le nombre de sages-femmes continue de progresser (+5,6 % entre fin 2013 et fin 2020).

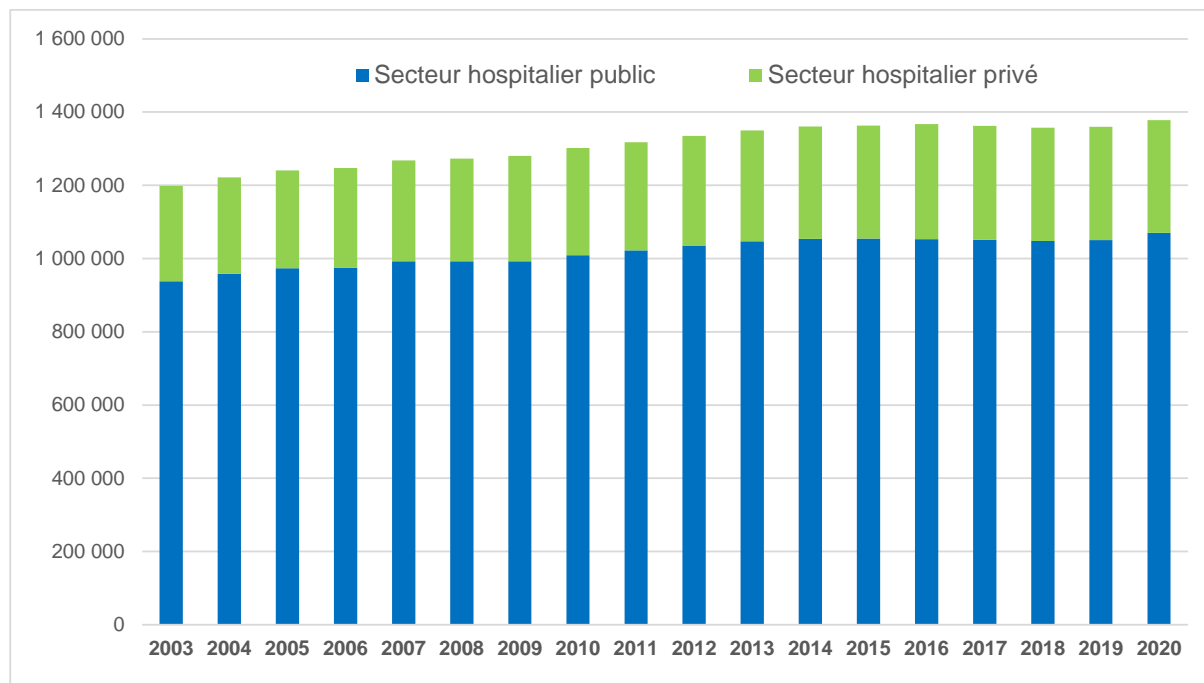
Les effectifs d'infirmiers augmentent de 24 % entre fin 2003 et fin 2020, une progression proche de celle du nombre de médecins et assimilés. Leur part dans les effectifs salariés progresse également, passant de 24,1 % à 25,9 % au cours de la même période. La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (20,9 % fin 2020) et du personnel administratif (10,8 % fin 2020) reste globalement stable depuis dix-sept ans.

La part des « autres personnels soignants » (agents de service hospitalier, personnel de rééducation et cadres infirmiers notamment) recule ces dernières années, passant de 16,5 % fin 2013 à 15,4 % fin 2020. Cette situation reflète la baisse sensible des effectifs salariés de cette catégorie dans le secteur hospitalier public (-8,5 % entre fin 2013 et fin 2019, avant un rebond de 2,7 % en 2020), qui pourrait s'expliquer par la diminution des contrats aidés. Dans la fonction publique hospitalière (FPH), 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 continué d'augmenter jusqu'en 2017. Ils se replient depuis.

³¹ Dans cette fiche, la catégorie « médecins et assimilés » comprend les médecins, les odontologistes et les pharmaciens.

³² Les *numerus clausus* de médecine, odontologie, pharmaceutique et de maïeutique, incluant les passerelles, *numerus clausus* complémentaires et droits au remord, augmentent de 61 % entre 2003 et 2020.

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 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.

En 2020, la nette progression des effectifs salariés hospitaliers est portée par le secteur public

Dans les années 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent pour finir par reculer : 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 %, avant de rebondir franchement en 2020 (+1,4 %). Cette reprise concerne uniquement le secteur public, les effectifs salariés se repliant de 0,5 % dans le secteur privé (tableau 1).

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 1,9 % entre fin 2019 et fin 2020 (+19 900 salariés), dans un contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 qui sollicite de manière inédite les hôpitaux publics. Cette hausse concerne toutes les catégories de personnel.

La progression des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public s'accroît pour la troisième année consécutive : elle atteint 2,8 % en 2020, soit +3 200 salariés (après +0,8 % en 2018 et +1,9 % en 2019). Cette accélération concerne surtout les médecins et assimilés. La dynamique du nombre de salariés reste équivalente à celle de l'année précédente pour les internes et FFI d'une part, et pour les sages-femmes d'autre part (tableau 1), la hausse étant plus soutenue pour les premiers. Les effectifs de personnel soignant non médical du secteur public rebondissent en 2020 (+1,7 %, après -0,1 % en 2019). En particulier, les effectifs salariés d'infirmiers et d'aides-soignants augmentent de 1,4 % alors qu'ils étaient quasi stables l'année précédente. En outre, le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » repart à la hausse, après cinq années de baisse continue. Il progresse de 2,7 % entre fin 2019 et fin 2020 (+4 100 salariés). Enfin, après plusieurs années de relative stabilité, les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public augmentent nettement, eux aussi, entre fin 2019 et fin 2020 (+1,8 %, soit +5 000 salariés). Ce rebond concerne aussi bien les salariés de la filière administrative (+2,0 %) que ceux des autres personnels non soignants (+1,7 %).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers reculent de 0,5 % entre fin 2019 et fin 2020 (-1 500 salariés), accentuant la baisse des trois années précédentes. C'est le résultat du repli du personnel non médical soignant (-0,7 %, soit -1 600 salariés), aussi bien chez les infirmiers que chez les aides-soignants. Les effectifs de salariés continuent également de reculer dans la filière administrative (-0,7 %) et chez les sages-femmes (-4,4 %). En revanche, les effectifs salariés de médecins et assimilés connaissent une nouvelle progression de 2,1 % entre fin 2019 et fin 2020, comparable à celle observée dans le secteur public. Le nombre d'internes et FFI est quasi stable.

Tableau 1 Effectifs salariés, au 31 décembre, des secteurs hospitaliers public et privé depuis 2018

	2018	2019	2020	2021	Évolution 2019-2020	Évolution 2020-2021
Salariés du secteur hospitalier public	1 048 366	1 050 578	1 070 446	1 076 736	1,9 %	0,6 %
Personnel médical	136 318	138 887	142 709	145 407	2,8 %	1,9 %
Médecins et assimilés	90 877	92 319	94 420	95 476	2,3 %	1,1 %
Internes et FFI	32 284	33 279	34 900	36 520	4,9 %	4,6 %
Sages-femmes	13 157	13 289	13 389	13 411	0,8 %	0,2 %
Personnel non médical soignant	638 606	638 208	649 291	647 446	1,7 %	-0,3 %
Infirmiers	263 105	263 247	266 893	264 711	1,4 %	-0,8 %
Aides-soignants	226 741	226 748	230 116	230 605	1,5 %	0,2 %
Autres personnels soignants	148 760	148 213	152 282	152 130	2,7 %	-0,1 %
Personnel non médical non soignant	273 442	273 483	278 446	283 883	1,8 %	2,0 %
Filière administrative	105 450	105 371	107 464	110 404	2,0 %	2,7 %
Autres personnels non soignants	167 992	168 112	170 982	173 479	1,7 %	1,5 %
Salariés du secteur hospitalier privé	309 277	309 118	307 635	n.d.	-0,5 %	n.d.
Personnel médical	25 020	25 333	25 578	n.d.	1,0 %	n.d.
Médecins et assimilés	18 583	18 922	19 322	n.d.	2,1 %	n.d.
Internes et FFI	2 568	2 645	2 654	n.d.	0,3 %	n.d.
Sages-femmes	3 838	3 766	3 602	n.d.	-4,4 %	n.d.
Personnel non médical soignant	211 332	210 287	208 729	n.d.	-0,7 %	n.d.
Infirmiers	90 677	90 834	90 140	n.d.	-0,8 %	n.d.
Aides-soignants	59 840	59 104	58 449	n.d.	-1,1 %	n.d.
Autres personnels soignants	60 815	60 349	60 140	n.d.	-0,3 %	n.d.
Personnel non médical non soignant	72 925	73 498	73 328	n.d.	-0,2 %	n.d.
Filière administrative	41 775	41 674	41 379	n.d.	-0,7 %	n.d.
Autres personnels non soignants	31 150	31 824	31 949	n.d.	0,4 %	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 357 612	1 359 696	1 378 081	n.d.	1,4 %	n.d.
Personnel médical	161 338	164 220	168 287	n.d.	2,5 %	n.d.
Personnel non médical soignant	849 938	848 495	858 020	n.d.	1,1 %	n.d.
Personnel non médical non soignant	346 367	346 981	351 774	n.d.	1,4 %	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 BTS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

En 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier public continuent de progresser, à un rythme plus modeste

Les données utilisées pour calculer l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier permettent de fournir une estimation à fin 2021 uniquement pour le secteur public (voir encadré Sources et méthodes). Ces données indiquent qu'entre fin 2020 et fin 2021, les effectifs salariés du secteur hospitalier public continuent de progresser, quoique sur un rythme beaucoup plus modeste (+0,6 %, +6 300 salariés). Sur l'ensemble des deux années de crise sanitaire 2020 et 2021, les effectifs salariés du secteur public hospitalier ont ainsi progressé de 2,5 % (+26 200 salariés).

Les effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public progressent de 1,9 % entre fin 2020 et fin 2021 (+2 700 salariés), un rythme qui reste bien supérieur à la tendance observée avant la crise sanitaire, de fin 2013 à fin 2019 (+1,3 % par an en moyenne). Ce dynamisme concerne aussi bien les médecins et assimilés (+1,1 %) que les internes et FFI (+4,6 %) [tableau 1]. Le nombre de sages-femmes ralentit nettement : il ne progresse que de 0,2 % (après +0,8 % en 2020), bien en-deçà du rythme observé avant la crise sanitaire (+3,3 % par an en moyenne de fin 2013 à fin 2019).

Les effectifs de personnel non médical soignant du secteur public reculent légèrement en 2021 (-0,3 %, soit -1 800 salariés). Si les effectifs salariés d'aides-soignants restent en légère hausse de 0,2 %, le nombre de salariés infirmiers diminue de 0,8 % en 2021 (-2 200 salariés). En outre, le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » diminue légèrement, de 0,1 %.

Enfin, les effectifs salariés de personnel non soignant du secteur public accélèrent : ils augmentent de 2,0 % en 2021 (+5 400 salariés), après +1,8 % en 2020. Cette accélération concerne surtout la filière administrative (+2,7 %, après +2,0 % en 2020), tandis que les effectifs salariés des autres personnels non soignants progressent de 1,5 %, après 1,7 % en 2020.

Encadré 1 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 Sirene (un établissement est repéré par son numéro Siret). Un établissement appartient au secteur hospitalier si son code d'activité principale (APE) est celui des « activités hospitalières » (codé 8610Z dans la 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

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent 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) est une nouvelle source de données mensuelles qui remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite en particulier les informations contenues dans 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.). Les données résultant des formalités administratives (DADS et DSN) et le Siasp sont exploités pour constituer le fichier statistique dit « base tous salariés » (BTS) produit par l'Insee.

Le fichier Siasp est mobilisé pour estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier public, tandis que celui de la BTS sert à estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier privé. Le Siasp est disponible plus précocement que la BTS complète, ce qui explique le décalage d'une année observée ici entre les données du public et du privé. Enfin, les données de la SAE sont utilisées pour estimer les effectifs salariés hospitaliers de Mayotte et du SSA, mais aussi pour partager les effectifs d'internes et faisant fonction d'internes, intégralement recueillis dans Siasp, entre public et privé.

Méthodologie

Pour chaque année depuis 2010, les séries d'effectifs salariés sont produites, pour chacun des groupes professionnels, à partir de Siasp et des DADS-GF. En 2016, les établissements privés ont commencé à passer à la déclaration sociale nominative (DSN), qui remplace définitivement les DADS dans les établissements privés en 2018. Ce changement bouleverse le système d'information : les fichiers Insee issus des données DADS pour les validités 2016 à 2018 ont connu de fortes révisions, en niveau comme en évolution. Les établissements hospitaliers publics ont commencé à passer à la DSN en 2020, si bien que les données Siasp s'en trouveront aussi affectées.

Pour limiter les impacts de cette période d'instabilité, la DREES a choisi de se donner 2015 comme « année de base », servant de référence pour le niveau des effectifs salariés hospitaliers. Pour les années suivantes, l'estimation des effectifs salariés consiste à venir chaîner sur le niveau de 2015 les évolutions calculées à partir des dernières versions disponibles des fichiers de l'Insee : si plusieurs fichiers sont corrigés, toutes les évolutions concernées sont mises à jour. Cette méthode présente l'avantage de s'adapter aux révisions des fichiers en ne révisant que les données postérieures à 2015.

Enfin, pour remonter avant 2010, les données retravaillées de la SAE ont été mobilisées afin de construire des séries longues depuis 2003.

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 professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) 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 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) comptabilisés 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 salarié, le personnel technique et ouvrier salarié (y compris les ingénieurs et conducteurs ambulanciers).

Pour en savoir plus

Barlet, M., Marbot, C. (dir.) (2016). [Portrait des professionnels de santé – Édition 2016](#). Paris, France : DREES, coll. *Panoramas de la DREES-Santé*.

Charnoz, P., Delaporte, A., Dennevault, C., Pereira, E., Toutlemonde, F. (2020, décembre). [Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 69.

DGAFP (2022, novembre). [Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – Édition 2022](#).

Donzeau, N., Godefroy, P. (2023, mai). [En 2021, l'emploi augmente de nouveau dans la fonction publique, notamment dans le versant hospitalier](#). Insee, *Insee Première*, 1947.

■ 05 LES SALAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En 2020, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 479 euros. En un an, il a augmenté de 6,2 % en euros courants, après une hausse de 0,7 % en 2019. En moyenne, en équivalent temps plein, le salaire mensuel net moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé, lucratif ou non, toutes professions confondues. 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 lucratif.

Une nette hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier en 2020

Dans le secteur hospitalier, entre 2019 et 2020, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 6,2 % en euros courants, passant de 2 333 euros à 2 479 euros (*tableau 1*). Cela correspond à une hausse de 5,7 % en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. Après deux années consécutives de baisse des salaires dans les établissements de santé en euros constants, la forte évolution entre 2019 et 2020 s'explique principalement par le versement exceptionnel de la prime Covid-19 lors de la crise sanitaire et des premières mesures salariales du Ségur de la santé (complément de traitement indiciaire [CTI] de 183 euros nets dans les secteurs public et privé non lucratif et de 160 euros nets dans le secteur privé lucratif, revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif pour le personnel médical hospitalier).

En 2020, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) perçoit un salaire mensuel net moyen en EQTP de 5 473 euros (2 907 euros pour les sages-femmes et 5 898 euros pour les autres professions), en hausse de 3,3 % en euros courants, soit une progression plus forte que l'année précédente (+0,8 %). La rémunération moyenne du personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 201 euros (+7,1 % en 2020 après +0,8 % en 2019). La rémunération du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) s'établit à 2 395 euros en moyenne, celle du personnel administratif à 2 156 euros (6 950 euros pour les cadres de direction – en baisse, pour la deuxième année consécutive, après une hausse conséquente en 2018 – et 4 080 euros pour les cadres de gestion) et celle du personnel technique et ouvrier à 2 098 euros.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2020, le salaire mensuel net en EQTP s'établit en moyenne à 2 531 euros dans le secteur public, à 2 463 euros dans le secteur privé non lucratif et à 2 145 euros dans le secteur privé lucratif. Entre 2019 et 2020, il a progressé plus fortement en moyenne dans les hôpitaux publics (+6,3 % en euros courants) que dans le secteur privé (+5,3 % dans le privé non lucratif et +5,8 % dans le privé lucratif). Ces différences de dynamique s'observent pour la quasi-totalité des catégories de personnels, en particulier pour le personnel soignant et le personnel médico-technique. Par ailleurs, le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel médical est moins élevé dans le secteur public (5 477 euros) que dans le secteur privé non lucratif (5 974 euros), mais plus que dans le secteur privé lucratif (4 517 euros). Dans ce dernier secteur, l'écart s'explique pour partie par des effets de structure (proportion plus importante de sages-femmes parmi le personnel médical salarié). Il s'explique aussi par le niveau du salaire mensuel net moyen des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, mais ces 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, le personnel médical exerce le plus souvent son activité en tant que libéral ou en cumulant une activité libérale et une activité salariée, et les données de salaire ne reflètent qu'une partie de la situation du personnel médical intervenant dans le secteur hospitalier privé. Les différences de salaires moyens entre les secteurs public et privé sont beaucoup plus faibles hors personnel médical et cadres de directions, en revanche la hiérarchie entre secteurs reste identique.

Tableau 1 Salaires mensuels nets en EQTP moyens en 2020 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité (en euros courants)

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)
Personnel administratif	2 156	+6,6	2 278	+4,5	2 012	+6,0	2 156	+6,2
Cadres de direction	8 826	+2,9	5 635	-6,6	5 068	-8,6	6 950	-3,9
Cadres de gestion	4 406	+2,0	3 611	+1,6	3 907	+5,7	4 080	+2,5
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 260	+6,1	1 974	+4,8	2 098	+3,7	2 203	+5,8
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 763	+8,4	1 784	+5,4	1 670	+5,5	1 750	+7,6
Personnel soignant	2 254	+7,4	2 089	+6,0	2 004	+5,9	2 201	+7,1
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 245	+5,4	3 391	+5,5	3 467	+4,6	3 285	+5,3
Infirmiers	2 506	+6,6	2 311	+5,5	2 269	+5,6	2 449	+6,4
Aides-soignants et agents de service hospitaliers	1 965	+8,7	1 736	+6,9	1 648	+6,3	1 900	+8,3
Rééducateurs	2 314	+6,7	2 247	+3,8	2 214	+4,7	2 285	+5,8
Psychologues	2 463	+6,3	2 488	+4,2	2 273	+4,6	2 452	+5,9
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 144	+5,8	2 126	+2,9	1 929	+6,3	2 128	+5,3
Personnel médico-technique	2 442	+6,2	2 224	+5,9	2 184	+4,4	2 395	+6,1
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	2 444	+6,2	2 246	+6,1	2 204	+4,8	2 403	+6,1
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 942	+6,5	1 792	+3,3	2 006	+1,4	1 916	+3,6
Personnel technique et ouvrier	2 090	+7,2	2 226	+6,7	2 100	+3,9	2 098	+7,0
Ingénieurs et cadres techniques	3 401	+5,0	3 508	+3,4	3 106	+0,2	3 399	+4,6
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 464	+6,2	2 276	+5,0	2 326	+3,1	2 444	+6,0
Ouvriers	1 836	+7,6	1 780	+6,4	1 784	+5,9	1 832	+7,5
Personnel médical	5 477	+3,2	5 974	+2,9	4 517	+4,5	5 473	+3,3
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	5 877	+3,0	6 243	+2,5	5 383	+4,0	5 898	+3,0
Sages-femmes	2 947	+6,0	2 898	+7,9	2 703	+4,0	2 907	+5,8
Contrats aidés	1 322	+0,2	1 520	+9,6	1 334	+6,3	1 387	+4,1
Femmes	2 400	+6,9	2 295	+5,7	2 072	+5,8	2 347	+6,7
Hommes	2 987	+5,0	3 083	+4,3	2 499	+5,7	2 954	+5,0
Ensemble¹	2 531	+6,3	2 463	+5,3	2 145	+5,8	2 479	+6,2
Ensemble (hors personnel médical)¹	2 229	+7,2	2 135	+5,6	2 021	+5,7	2 193	+6,9
Ensemble (hors contrats aidés)¹	2 533	+6,3	2 467	+5,2	2 146	+5,8	2 480	+6,2

EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris 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. Avec la livraison des données BTS 2020, les données des BTS 2019 de l'Insee ont été légèrement modifiées, ce qui peut conduire à des révisions pour le secteur privé des évolutions 2019-2020 par rapport à la fiche 6 de l'édition 2022 du panorama des établissements de santé.

Champ > Salariés de France entière (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 2019-2020, Siasp 2019-2020, traitements DREES.

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

En 2020, le rapport interdécile³³ (*tableau 2*) est de 2,2 dans le secteur public, contre 2,7 dans le secteur privé non lucratif et de 2,3 dans le secteur privé lucratif. Ces trois rapports interdéciles sont très semblables à ceux de 2019. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés : le rapport interdécile pour le personnel médical est de 3,0 chez les salariés des hôpitaux publics et de 3,8 à 5,3 chez ceux du secteur privé (respectivement non lucratif et lucratif)³⁴ ; il s'élève à 3,3 pour les cadres de gestion dans les hôpitaux publics, à 2,4 dans le secteur privé non lucratif, et à 2,7 dans le secteur privé lucratif. À l'inverse, pour les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 dans le secteur public et de 1,8 dans le secteur privé lucratif et non lucratif.

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

En 2020, hors personnel médical et contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 1 869 euros s'il est âgé de moins de 30 ans à 2 678 euros s'il est âgé de 60 ans ou plus (*tableau 3*). Pour un salarié du secteur privé non lucratif, la moyenne des salaires passe de 1 915 euros pour les moins de 30 ans à 2 633 euros pour les 60 ans ou plus, et de 1 891 à 2 399 euros dans le secteur privé lucratif. Le secteur privé se distingue ainsi par une progression plus faible des salaires avec l'âge.

Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 20,5 % à celui des hommes dans le secteur hospitalier (de 19,7 % dans les hôpitaux publics, de 25,6 % dans les cliniques privées non lucratives et de 17,1 % dans les cliniques privées lucratives). 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 : 29,8 % d'entre elles sont infirmières et 34,7 % sont aides-soignantes ou agentes des services hospitaliers, contre respectivement 17,3 % et 21,0 % des hommes. L'écart de salaire moyen entre les hommes et les femmes se réduit par rapport à 2019 (baisse de 1,1 point de pourcentage). Ce phénomène s'explique principalement par le fait que les hommes sont surreprésentés dans les hauts salaires, alors que les montants de prime exceptionnelle « Covid-19 » et de CTI perçus en 2020 ne dépendent pas de la rémunération initiale des agents. Ils représentent ainsi une part moins élevée pour les plus hauts salaires.

³³ 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).

³⁴ Au-delà de ces indicateurs standards de distribution, il faut signaler que la fonction publique hospitalière compte la moitié des postes les plus rémunérateurs de la fonction publique (Goussen, Godet, 2019).

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en EQTP moyens en 2020 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socio-professionnelles regroupées	Secteur public			Secteur privé non lucratif			Secteur privé lucratif		
	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9
Personnel administratif	1 505	1 873	2 761	1 421	1 941	3 523	1 295	1 723	3 031
Cadres de direction	6 494	9 094	10 702	2 629	4 949	9 372	2 513	3 444	10 500
Cadres de gestion	2 285	3 720	7 523	2 281	3 248	5 383	2 207	3 409	5 935
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	1 688	2 154	2 760	1 486	1 915	2 550	1 452	1 988	2 873
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 464	1 701	2 105	1 300	1 737	2 289	1 235	1 619	2 164
Personnel soignant	1 663	2 153	2 975	1 391	2 034	2 829	1 298	1 924	2 795
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 645	3 194	3 893	2 374	3 234	4 565	2 439	3 338	4 648
Infirmiers	1 926	2 436	3 119	1 737	2 267	2 936	1 592	2 218	2 986
Aides-soignants et agents de service hospitaliers	1 573	1 937	2 374	1 232	1 736	2 203	1 161	1 629	2 127
Rééducateurs	1 696	2 275	2 914	1 712	2 201	2 842	1 614	2 169	2 839
Psychologues	1 693	2 352	3 524	1 909	2 464	3 110	1 584	2 216	2 948
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	1 573	2 089	2 754	1 489	2 009	2 669	1 440	1 846	2 398
Personnel médico-technique	1 721	2 398	3 102	1 608	2 164	2 887	1 498	2 022	3 069
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	1 721	2 403	3 104	1 669	2 184	2 899	1 540	2 038	3 074
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 660	1 954	2 208	1 237	1 693	2 510	1 228	1 783	3 042
Personnel technique et ouvrier	1 533	1 889	2 895	1 399	1 994	3 479	1 404	1 899	3 104
Ingénieurs et cadres techniques	2 073	3 213	4 894	2 293	3 291	5 052	1 984	2 963	4 345
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	1 796	2 355	3 263	1 626	2 216	2 964	1 574	2 217	3 241
Ouvriers	1 507	1 785	2 217	1 274	1 754	2 323	1 332	1 720	2 322
Personnel médical	2 750	5 247	8 266	2 488	5 886	9 332	1 576	3 614	8 348
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	3 262	5 684	8 500	2 671	6 127	9 510	1 389	5 121	9 153
Sages-femmes	2 115	2 903	3 716	2 078	2 922	3 635	1 927	2 691	3 442
Ensemble¹	1 621	2 160	3 550	1 409	2 069	3 734	1 309	1 922	3 031

EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants. Y compris 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. La catégorie des cadres de direction regroupe un faible effectif dans le privé (410 EQTP en 2020, après 320 en 2019), ce qui explique la forte variabilité des déciles de salaires dans cette catégorie.

Champ > Salariés de France entière (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 2019-2020, Siasp 2019-2020, traitements DREES.

Tableau 3 Structure des emplois et salaires nets mensuels en EQTP moyens par tranche d'âge pour le personnel non médical, en 2020 (en euros courants)

Tranche d'âge	Secteur public			Secteur privé non lucratif			Secteur privé lucratif		
	Répartition des postes (en %)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)	Répartition des postes (en %)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)	Répartition des postes (en %)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (%)
Moins de 30 ans	15,8	1 869	+8,8	19,4	1 915	+6,7	22,6	1 891	+6,4
30 à 39 ans	25,6	2 096	+7,9	26,3	2 005	+7,2	26,5	1 953	+7,0
40 à 49 ans	26,9	2 298	+7,3	23,3	2 183	+6,3	22,5	2 080	+6,1
50 à 59 ans	26,6	2 419	+6,1	24,4	2 280	+5,2	22,1	2 072	+5,2
60 ans ou plus	5,1	2 678	+4,8	6,6	2 633	+7,3	6,3	2 399	+6,0
Ensemble	100,0	2 230	+7,2	100,0	2 138	+5,6	100,0	2 022	+5,7

EQTP : équivalent temps plein.

Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés. Les évolutions sont calculées pour les populations de la tranche d'âge considérée en 2020.

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

Sources > Insee, BTS 2019-2020, Siasp 2019-2020, traitements DREES.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

France entière (excepté 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 ayant une activité complémentaire à celles 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, contractuels ou membres du personnel médical. Pour le personnel hospitalo-universitaire, seules les heures effectuées dans la fonction publique hospitalière 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 et ne sont pas intégrées ici.

Sources

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent 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) est une nouvelle source de données mensuelles qui remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les déclarations annuelles de données sociales (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.). La Base Tous Salariés (BTS) exploite également les informations issues des DADS et DSN remplies par les employeurs, et retraitées par l'Insee. Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la BTS pour les cliniques privées.

Définition

Salaire annuel net moyen : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS) ou la déclaration sociale nominative (DSN), qui alimentent la BTS et 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 prorata 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 en savoir plus

Bour, R., Dixte, C. (2022, septembre). [Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2020, le salaire net moyen augmente de 5,9 % en euros constants.](#) Insee, *Insee Première*, 1921.

Dixte, C., Bour, R. (2022, septembre). [Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2020, le salaire net moyen augmente de 5,9 % en euros constants.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1240.

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.

Sanchez Gonzalez, J., Sueur, E. (2022, avril). [Les salaires dans le secteur privé en 2020 – Des évolutions atypiques du fait de la crise sanitaire.](#) Insee, *Insee Première*, 1898.

■ 06 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LES DROM

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 d'hospitalisation complète, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées qu'en France métropolitaine. En Guadeloupe et à la Martinique, elles sont plus proches de celles de la France métropolitaine. Pour l'hospitalisation partielle, la Martinique, la Guyane et Mayotte ont des capacités d'accueil et une activité très inférieures à celles de la France métropolitaine, tandis que 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. Les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. La population est nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane, mais elle est un peu plus âgée en Martinique et en Guadeloupe. En outre, dans ces territoires ainsi qu'à La Réunion, la population vieillit à un rythme nettement supérieur à celui observé en France métropolitaine.

En 2021, la population des DROM représente 3,3 % de la population de la France, soit 2,2 millions de personnes. La Guyane et Mayotte sont les seules régions françaises, avec la Corse en France métropolitaine, 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 départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Elle est dotée d'un seul centre hospitalier, situé à Mamoudzou³⁵.

Une capacité d'accueil très inférieure à celle de la France métropolitaine en Guyane, à La Réunion et à Mayotte

En 2021, la capacité d'accueil, calculée en nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour 100 000 habitants est inférieure à celle de la France métropolitaine dans tous les DROM : -8 % en Martinique, -9 % en Guadeloupe, -13 % en Guyane et -15 % à La Réunion (tableaux 2 et 3). Pour Mayotte, l'écart reste beaucoup plus important (-57 %). Pour l'hospitalisation partielle de MCO, la Guadeloupe se distingue par un nombre de places pour 100 000 habitants supérieur à celui de la France métropolitaine (59 contre 53). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement en hospitalisation partielle est nettement inférieur, et varie de -18 % en Martinique à -70 % 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 (79 contre 80 lits pour 100 000 habitants). En Guadeloupe, à La Réunion et en Guyane, les taux d'équipement sont plus faibles (respectivement 63, 52 et 33 lits pour 100 000 habitants), tandis qu'il est quasi nul à Mayotte (3 lits pour 100 000 habitants) [tableau 3]. Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement inférieur à celui de la France métropolitaine (45 places pour 100 000 habitants), hormis en Guadeloupe (48 places pour 100 000 habitants).

En soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour), les écarts de capacités d'accueil en hospitalisation complète sont également marqués entre, d'une part, la France métropolitaine (155 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (184) et la Martinique (153) et, d'autre part, La Réunion (104 lits pour 100 000 habitants), la Guyane (49) et Mayotte (0). En revanche, l'hospitalisation partielle de SSR présente une situation singulière : les taux d'équipement de trois DROM (La Réunion, la Guadeloupe et la Guyane) sont plus élevés que celui de la France métropolitaine (respectivement 64, 47 et 26 places pour 100 000 habitants contre 25). En Martinique, la capacité d'accueil en hospitalisation partielle en moyen séjour par habitant est beaucoup plus faible (17 places pour 100 000 habitants), et elle s'avère inexistante à Mayotte.

³⁵ En 2021, un nouvel établissement rattaché au CH de Mamoudzou a ouvert, le site Martial Henry. Il propose une nouvelle offre de soins de suite et de réadaptation (SSR), absente jusqu'alors à Mayotte. Cette unité ouvrira progressivement, pour compter à terme 50 lits d'hospitalisation complète et 5 places d'hospitalisation partielle, pour les adultes et les enfants.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissement en 2021

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	11	14	4	10	1	1 304
CHR/CHU	2	5	0	6	0	171
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	4	3	1	909
CHS	1	1	0	1	0	90
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	134
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	657
CLCC ²	0	0	0	0	0	20
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	637
Établissements privés à but lucratif	13	3	5	19	0	942
Établissements de SSR	5	1	1	11	0	328
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	4	6	0	448
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	156
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	3
Total	24	18	9	32	1	2 903

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 ; SLD : soins de longue durée.

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'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

2. En 2021, trois CLCC n'ont pas de capacité d'hospitalisation partielle ou complète, pour cette raison ils n'apparaissent pas dans ce tableau.

Champ > France entière (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 2021 d'au moins un lit d'hospitalisation complète ou une place d'hospitalisation partielle, y compris les anciens hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.

Source > DREES, SAE 2021, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2021

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 106	950	737	2 133	364	190 027
	Psychiatrie	266	281	96	452	10	52 528
	SSR	775	543	143	898	0	101 140
	SLD	165	136	30	82	0	29 850
Places	MCO	250	155	80	324	46	34 781
	Psychiatrie	201	89	42	252	0	29 219
	SSR	197	60	75	555	0	16 098
Population en 2021 (en milliers)		421	356	291	866	288	65 447

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

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

Sources > DREES, SAE 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2021

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	263	267	254	246	126	290
	Psychiatrie	63	79	33	52	3	80
	SSR	184	153	49	104	0	155
	SLD	39	38	10	9	0	46
Places	MCO	59	44	28	37	16	53
	Psychiatrie	48	25	14	29	0	45
	SSR	47	17	26	64	0	25

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

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

Sources > DREES, SAE 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

En 2021, un rebond du nombre de séjours hospitaliers dans les DROM et en France métropolitaine, plus marqué pour l'hospitalisation partielle

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué de perturber l'activité hospitalière en 2021. Après la diminution observée en 2020, le nombre de séjours hospitaliers a rebondi en France métropolitaine comme dans les DROM. Le nombre de séjours d'hospitalisation complète est en hausse de 5,0 % dans les DROM en 2021 et de 3,2 % en France métropolitaine. Le même phénomène est observé pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle, qui a progressé de 22,0 % dans les DROM et de 25,3 % en France métropolitaine.

Une partie de ce rebond est portée par un volume croissant d'hospitalisations liées au Covid-19. En 2021, dans les DROM, plus de 17 100 séjours d'hospitalisation complète (5 600 en 2020) et 4 600 journées d'hospitalisation partielle (moins de 1 000 en 2020) ont ainsi un diagnostic (principal ou associé) de Covid-19 (*tableau 4*). La Martinique est le DROM où l'activité hospitalière liée au Covid-19 a été proportionnellement la plus importante, suivie par la Guadeloupe et la Guyane. La Réunion et Mayotte ont été un peu moins exposées. Rapportée à sa population, la proportion de séjours Covid-19 en hospitalisation complète est, en effet, plus élevée en Martinique (1,55), en Guadeloupe (1,07) et en Guyane (0,84) qu'en France métropolitaine (0,63 séjour pour 100 habitants). Elle est inférieure, en revanche, à la Réunion (0,43) et à Mayotte (0,34).

Tableau 4 Nombre de journées et de séjours Covid-19 en 2021

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète avec un DP ou un DA de Covid-19						
Nombre de séjours (en milliers)	4,5	5,5	2,4	3,7	1,0	410,6
Nombre de séjours pour 100 habitants	1,07	1,55	0,84	0,43	0,34	0,63
Journées d'hospitalisation partielle avec un DP ou un DA de Covid-19						
Nombre de journées (en milliers)	0,8	2,2	0,2	1,4	0,0	110,9
Nombre de journées pour 100 habitants	0,19	0,61	0,08	0,16	0,01	0,17

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; psychiatrie ; soins de suite et de réadaptation.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et RIM-P 2021, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

Concernant l'hospitalisation partielle, le nombre de journées Covid-19 pour 100 habitants est aussi particulièrement élevé en Martinique (0,61 séjour pour 100 habitants), davantage qu'en France métropolitaine (0,17). En Guadeloupe et à la Réunion, le nombre de journées Covid-19 en hospitalisation partielle avoisine celui de la métropole (respectivement 0,19 et 0,16 séjour pour 100 habitants). En Guyane et à Mayotte, le nombre de journées Covid-19 en hospitalisation partielle est nettement inférieur (0,08 et 0,01 séjour pour 100 habitants).

En MCO : des taux d'hospitalisation inférieurs à celui de la France métropolitaine, hormis à La Réunion

L'activité de MCO en hospitalisation complète rapportée à la population est globalement plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine, où elle s'élève à 13,7 séjours pour 100 habitants (13,3 séjours pour 100 habitants en 2020). La Réunion (13,5 séjours pour 100 habitants) est le DROM dont le taux d'hospitalisation complète en MCO se rapproche le plus de celui de la France métropolitaine, tandis qu'il est plus faible en Martinique (12,4), en Guadeloupe (11,2), en Guyane (11,0) et à Mayotte (8,2) [tableau 5].

En 2021, la durée moyenne de séjour en MCO est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,6 jours, après 5,7 jours en 2020) en Guyane et en Martinique (respectivement 6,8 jours et 6,2 jours) et identique à Mayotte (tableau 6). En revanche, elle s'avère un peu plus courte en Guadeloupe (5,3 jours) et à La Réunion (5,2 jours).

Rapportée à la population, l'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée en Guyane et à Mayotte, en raison d'une capacité d'accueil plus faible. 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) s'élève à 25 % en Guyane et 15 % à Mayotte. Elle atteint 48 % en Guadeloupe, 42 % en Martinique et à La Réunion, des parts plus comparables à celle de la France métropolitaine (49 %).

Tableau 5 Activité des établissements de santé pour 100 habitants en 2021

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO ¹	11,2	12,4	11,0	13,5	8,2	13,7
	Psychiatrie	0,5	0,6	0,3	0,7	0,1	0,8
	SSR ²	2,3	1,3	0,3	0,6	0,0	1,3
Journées d'hospitalisation partielle	MCO	10,6	8,8	3,8	9,8	1,5	13,1
	Psychiatrie	2,8	4,3	1,0	4,5	0	5,5
	SSR	9,2	2,9	7,4	17,8	0	6,3

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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. 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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2021.

En psychiatrie : des taux d'hospitalisation partielle bien inférieurs à ceux de la France métropolitaine

Dans les DROM, la prise en charge de la santé mentale repose davantage sur une offre portée par les hôpitaux publics qu'en France métropolitaine. En hospitalisation complète de psychiatrie, le nombre de séjours rapporté à la population est inférieur à celui de la France métropolitaine (0,8 séjour pour 100 habitants) en Guadeloupe (-33 %), en Martinique (-26 %) et à La Réunion (-18 %). La capacité d'accueil de la Martinique est certes comparable à celle de la France métropolitaine (respectivement 79 et 80 lits pour 100 000 habitants), mais la durée moyenne de séjour y est nettement plus élevée (respectivement 45 jours et 31 jours). C'est également le cas en Guadeloupe, dont la durée moyenne de séjours a nettement progressé en 2021 (41 jours, après 35 jours en 2020).

En Guyane et à La Réunion, les durées moyennes de séjour sont proches de celles de la France métropolitaine (respectivement 30 et 25 jours), mais le taux d'équipement en lits est plus faible. Enfin, à Mayotte, l'activité d'hospitalisation complète de psychiatrie s'avère très faible (0,1 séjour pour 100 habitants) et de courte durée (12 jours en moyenne), reflet de sa capacité d'accueil très réduite.

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est bien plus faible qu'en France métropolitaine (5,5 journées pour 100 habitants). La Réunion est le département où cette activité est la plus développée (4,5 journées pour 100 habitants en 2021), devant La Martinique et la Guadeloupe (respectivement 4,3 et 2,8 journées pour 100 habitants). En Guyane, le taux est de 1,0 journée et à Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

Tableau 6 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2021

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO ¹	5,3	6,2	6,8	5,2	5,6	5,6
Psychiatrie	40,5	45,1	29,5	25,3	12,0	30,8
SSR ²	24,2	28,0	53,0	47,0	-	33,0

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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

En SSR : beaucoup d'hospitalisations complètes en Guadeloupe et d'hospitalisations partielles à La Réunion

En hospitalisation complète en moyen séjour (SSR), le nombre de séjours rapporté à la population métropolitaine s'élève, comme en 2020, à 1,3 séjour pour 100 habitants. Il est identique en Martinique et bien supérieur en Guadeloupe (2,3 séjours pour 100 habitants). L'hospitalisation en SSR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,6 séjour pour 100 habitants) et en Guyane (0,3).

En hospitalisation partielle, l'activité de SSR rapportée à la population est nettement supérieure à la moyenne métropolitaine à La Réunion (17,8 journées pour 100 habitants, contre 6,3). Elle l'est également davantage en Guadeloupe et en Guyane (respectivement 9,2 et 7,4 journées pour 100 habitants), les taux d'équipement en places étant plus élevés. En revanche, elle demeure peu élevée en Martinique (2,9 journées pour 100 habitants) et absente à Mayotte, où il n'existe aucune capacité d'accueil en moyen séjour.

L'activité de soins de longue durée est beaucoup moins développée dans les DROM (hors Antilles) qu'en France métropolitaine, du fait 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.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

France entière (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 2021.

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 (SSR) depuis 2003, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

■ **Établissements de santé** : voir fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

- **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- **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 de 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 1 « Glossaire économique et financier ».
- **Séjours ou journées avec diagnostic principal de Covid-19** : séjours ou journées d'hospitalisation ayant pour motif principal de prise en charge le Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO et le RIM-P, ils sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), ou relié (DR) dans le cas du MCO, est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). Dans le PMSI-SSR, ils sont identifiés comme les séjours ou journées dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) sont codées avec les modalités listées ci-dessus.
- **Séjours ou journées avec diagnostic associé de Covid-19** : séjours ou journées d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-MCO, le RIM-P et le PMSI-SSR, ils sont identifiés comme ceux dont le diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

Pour en savoir plus

Cour des comptes (2014, juin). [La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République](#). Rapport.

Haut Comité de santé publique (2015 juin). [La santé en outre-mer](#). *Actualité et dossier en santé publique*, 91.

Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A. (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.

07 LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS

En 2021, le déficit des comptes financiers des hôpitaux publics se creuse de nouveau, après l'amélioration apparente de 2020, portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Leur résultat net s'élève à -415 millions d'euros, soit -0,4 % des recettes (-0,1 % en 2020). La progression des dépenses (+6,8 %) est plus prononcée que celle des recettes (+6,4 %), ce qui explique le creusement du déficit. L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse en 2021, en raison notamment des engagements décidés lors du Ségur de la santé. Parallèlement, la capacité d'autofinancement et les dotations aux amortissements se replient. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, diminue pour la 3^e année consécutive. Cette baisse, plus accentuée qu'en 2020, est due aux mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. En revanche, la durée apparente de la dette rebondit après trois années de baisse.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021

Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux publics en 2020³⁶, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Leur déficit global (résultat net) atteint -415 millions d'euros, après -92 millions en 2020³⁷. Rapporté aux recettes³⁸, le résultat net est de -0,4 % en 2021, après une situation de quasi-équilibre en 2020 (-0,1 %). Il reste tout de même supérieur à son niveau des deux dernières années précédant la crise (-0,7 % en 2019 et 2018) (*tableau 1*).

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, dont les évolutions sont contrastées entre 2020 et 2021. La détérioration de la situation financière est largement attribuable au résultat d'exploitation, qui baisse fortement et s'établit à 21 millions d'euros, après 555 millions d'euros en 2020 (*graphique 1*). Le déficit du résultat financier, structurel en raison du paiement des intérêts des emprunts, continue de se résorber lentement, du fait d'un assainissement de l'encours de dette et d'une diminution de l'endettement net, tendance engagée en 2015. En 2021, le déficit du résultat financier s'établit à -751 millions d'euros (-842 millions d'euros en 2020). Le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, se rapproche de son niveau pré-crise (315 millions d'euros en 2021, contre 388 millions d'euros en 2019), après une détérioration importante en 2020 (196 millions d'euros). Celle-ci s'explique largement par la baisse de la plus-value sur les cessions d'immobilisations, en raison d'un contexte d'incertitude défavorable et de la baisse des produits exceptionnels sur le budget des dotations non affectées (ATIH, 2022).

L'amélioration des résultats de l'exercice 2020 était due, pour l'essentiel, aux dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire (*décrits infra*), tels que la garantie de financement ou les délégations exceptionnelles de crédits. De plus, le résultat net était augmenté par la comptabilisation, parmi les produits, des remises de biens à titre gratuit pendant la crise³⁹. Si les dispositifs exceptionnels de soutien ont été reconduits en 2021, ce n'est *a priori* pas le cas des cessions d'articles gratuits, ce qui explique en grande partie la détérioration du résultat net entre 2020 et 2021.

³⁶ Les données de 2019 et 2020 ont été révisées et la valeur de certains indicateurs économiques et financiers diffère de celle publiée dans l'édition précédente (Courtejoie et Richet, 2022). Plus précisément, une évolution de la nomenclature budgétaire et comptable M21 en vigueur dans les hôpitaux publics a généré des anomalies dans la transmission des données des années 2019 et 2020 par le logiciel de consultation des données comptables (voir encadré Sources et méthodes).

³⁷ 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 les différentes unités (*annexe 1*).

³⁸ Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à juillet 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé (Richet, 2022).

³⁹ Les mises à disposition d'articles gratuits par l'État se sont développées au début de l'épidémie de Covid-19, afin de faire face aux risques de pénuries et de hausse de consommation des produits pharmaceutiques, des équipements de protection individuels, des réactifs de biologie ainsi que des vaccins. Aussi, et conformément à la nomenclature M21 en vigueur dans les hôpitaux publics, ces stocks mis à disposition gratuitement ont été comptabilisés à leur valeur de marché, ce qui a conduit à une hausse de la variation des stocks, et donc à une hausse du résultat net, de l'ordre de 300 millions d'euros pour le seul budget principal en 2020 (ATIH, 2022 ; ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2012

Catégorie	2021		Excédent ou déficit depuis 2012 (en % des recettes)									
	N	Poids dans les recettes (%)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des hôpitaux publics	817	100	0,0	-0,1	-0,3	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4
AP-HP	1	9,2	-0,3	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7
Autres CHR	31	29,5	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3
CH spécialisés en psychiatrie	83	7,1	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3
CH ex-hôpitaux locaux	194	2,8	1,2	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4
Très grands CH	155	70,7	0,2	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4
Grands CH	152	15,8	0,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7
Moyens CH	257	10,3	-0,6	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5
Petits CH	253	3,2	1,0	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; N : effectifs.

Note > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques.

Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de 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 centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

La proportion d'établissements déficitaires repart à la hausse

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) reste la catégorie d'établissements⁴⁰ dont la situation financière est la plus dégradée, malgré une légère amélioration par rapport à 2020. Son déficit s'établit à -2,7 % de ses recettes, après -3,0 % en 2020 (*tableau 1*). Le résultat net rapporté aux recettes des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, déjà plus élevé que pour les autres catégories d'établissements, poursuit son amélioration et s'élève à 1,3 % de leurs recettes (1,2 % en 2020). À l'inverse, le résultat net rapporté aux recettes des autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ainsi que des ex-hôpitaux locaux se dégrade pour atteindre respectivement 0,3 % et 0,4 % de leurs recettes (après 0,8 % et 1,2 % en 2020).

La proportion d'établissements déficitaires repart à la hausse (52 % en 2021, après 42 % en 2020 et 58 % en 2019) et la situation financière des hôpitaux publics reste très contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires, qui s'était résorbé en 2020, retrouve un niveau similaire à celui de 2019 (-1 070 millions d'euros en 2021, après -882 millions en 2020, et -1 047 millions en 2019). Le déficit cumulé des établissements déficitaires est cependant moins concentré qu'en 2020 : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 24 établissements, ils étaient 12 en 2020. L'AP-HP représente à elle seule 22 % du déficit cumulé en 2021⁴¹ (28 % en 2020).

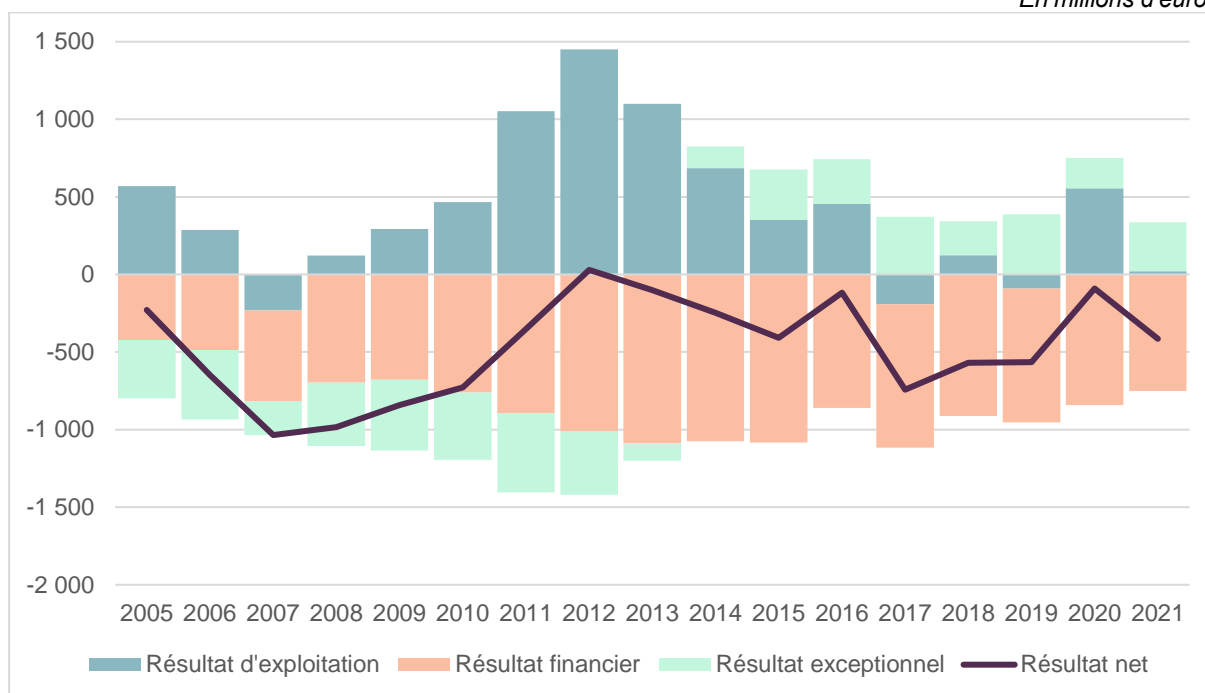
Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 655 millions d'euros en 2021, après 791 millions en 2020. Cet excédent reste aussi concentré qu'en 2020 : la moitié est imputable à 26 établissements (22 en 2020).

⁴⁰ 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.

⁴¹ En 2021, les recettes de l'AP-HP représentent 9,2 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux publics, tandis que ses dépenses représentent 9,4 % de l'ensemble des dépenses des hôpitaux publics.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005

En millions d'euros



Note > Les valeurs du résultat net avant 2011 diffèrent de celles présentées dans les publications de la DREES antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010. En effet, la comparaison de la part du compte 7071 dans l'ensemble des produits (hors compte 7087) des hôpitaux publics selon leur catégorie montre une rupture de série importante pour l'AP-HP en 2011, qui retrouve une évolution similaire à celle des autres centres hospitaliers régionaux à partir de cette date (Richet, 2022).

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, contrairement à ce qui était fait dans les publications de la DREES antérieures à 2022 (Richet, 2022). Ce compte représente 191 millions d'euros en 2020, soit 0,2 % des recettes. Cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (Le Rhun et Legendre, 2007 ; [anciennes instructions budgétaires et comptables M21](#)).

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

Source > DGFIP, traitements DREES.

Tous les titres de produits progressent fortement

La forte progression des recettes totales des hôpitaux publics, amorcée en 2020, se poursuit en 2021 : +6,4 %, après +7,0 % en 2020 et seulement +2,5 % par an en moyenne entre 2006 et 2019. Les recettes atteignent 94,1 milliards d'euros en 2021 (après 88,5 milliards d'euros en 2020), dont 90,4 % comptabilisés en budget principal⁴² (85,1 milliards d'euros).

Les produits et charges du budget principal sont usuellement ventilés par nature, en trois titres de produits et en quatre titres de charges⁴³ (tableau 2). La progression des produits du budget principal s'observe pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes proches, et la part respective des différents titres dans le

⁴² 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 au budget annexe, qui 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). La somme des recettes (respectivement des dépenses) du budget principal et du budget annexe 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 les budgets principal et annexe (Richet, 2022).

⁴³ La composition des titres de charges et 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 pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et 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 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 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 de charges).

financement des produits reste similaire à celle de 2020. L'Assurance maladie finance le budget principal des hôpitaux publics à hauteur de 68,9 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 6,7 % par rapport à 2020 (64,5 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, reste similaire à son niveau de 2020 (77,5 % en 2021, après 77,4 % en 2020), en hausse par rapport à son niveau pré-crise (75,2 % en 2019). Cette hausse provient principalement des crédits de dotations exceptionnels, ainsi que du dispositif de garantie de financement⁴⁴, mis en place en 2020 et reconduit en 2021, afin de sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ce dispositif, qui s'applique à l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A), vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie obligatoire, pour éviter toute rupture de trésorerie, mais aussi à garantir des versements déconnectés de l'activité de soins réalisée, donnant ainsi aux établissements de la visibilité sur leurs ressources. Le soutien financier apporté aux établissements de santé s'est également traduit par des délégations exceptionnelles de crédits visant à prendre en charge les surcoûts du système hospitalier générés par la réorganisation profonde des établissements de santé pour faire face à la crise sanitaire (frais d'investissements ciblés en lien avec la crise tels que l'aménagement des locaux ou le déploiement de systèmes d'information et d'équipements biomédicaux dédiés ; charges exceptionnelles liées à la crise ; pertes de recettes non prises en charge par d'autres dispositifs [ministère des Solidarités et de la Santé, 2022]).

Les ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 6,8 %, atteignent 5,2 milliards d'euros en 2021 (4,9 milliards d'euros en 2020), soit 5,9 % des produits. Les autres produits (titre 3), en hausse de 5,7 %, atteignent 14,8 milliards d'euros (14,0 milliards d'euros en 2020), soit 16,6 % des produits. Ils correspondent, par exemple, aux 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 des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

⁴⁴ 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 2021 et du 17 août 2021 pour l'année 2021).

Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2018

En milliards d'euros

	2018	2019	2020	2021
Produits				
Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7	73,1	74,4	79,6	85,1
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	76,2	77,6	83,4	88,9
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	56,9	58,3	64,5	68,9
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	5,5	4,9	5,2
Titre 3 : autres produits	13,8	13,7	14,0	14,8
Charges				
Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6	73,7	75,1	79,8	85,4
Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	74,1	75,5	80,2	85,9
Titre 1 : charges de personnel	46,9	47,6	51,3	54,9
Titre 2 : charges à caractère médical	13,1	13,5	14,1	15,7
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,3	7,5	7,7	8,2
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,8	6,9	7,2	7,1

Note > La composition des titres de charges et 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 pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et 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 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 de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans ce tableau) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement de charges).

Les autres produits (titre 3 des produits) correspondent, par exemple, aux 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 des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

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

Source > DGFIP, traitements DREES.

Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée en 2020, se poursuit : +6,8 % en 2021, après +6,4 % en 2020, et seulement +2,5 % par an en moyenne entre 2006 et 2019. Les dépenses sont estimées à 94,6 milliards d'euros (après 88,6 milliards d'euros en 2020), dont 90,4 % comptabilisés en budget principal (85,4 milliards d'euros). Contrairement à 2020, la croissance des dépenses en 2021 est supérieure à celle des recettes, ce qui explique la détérioration du résultat net.

La progression des charges du budget principal s'observe pour la plupart des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents selon les titres considérés, et à l'exception des charges du titre 4 (*tableau 2*). Ainsi, les dépenses de personnel (titre 1) continuent leur forte progression amorcée en 2020 (+7,1 % en 2021, après +7,7 % en 2020), sous l'impulsion notamment des revalorisations salariales prévues par les accords du Ségur de la santé au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux, avec un engagement à hauteur de 6,9 milliards d'euros sur la période 2020-2023 (ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). Les dépenses de personnel des hôpitaux publics atteignent ainsi 54,9 milliards d'euros en 2021, après 51,3 milliards en 2020 (*tableau 2*). Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, reste stable (63,9 %).

Ce sont les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, qui connaissent la plus forte progression : +11,6 %, après +4,2 % en 2020. Elles atteignent 15,7 milliards d'euros en 2021 et représentent 18,3 % des charges, en hausse par rapport à 2020 (17,5 %). Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 8,2 milliards d'euros. Elles sont en hausse de +6,5 %, après +2,2 % en 2020. Leur part dans les charges reste stable (9,5 %).

Enfin, les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4) sont les seules charges qui diminuent en 2021 (-1,4 %, après +4,6 % en 2020), pour atteindre 7,1 milliards d'euros, soient 8,2 % des charges.

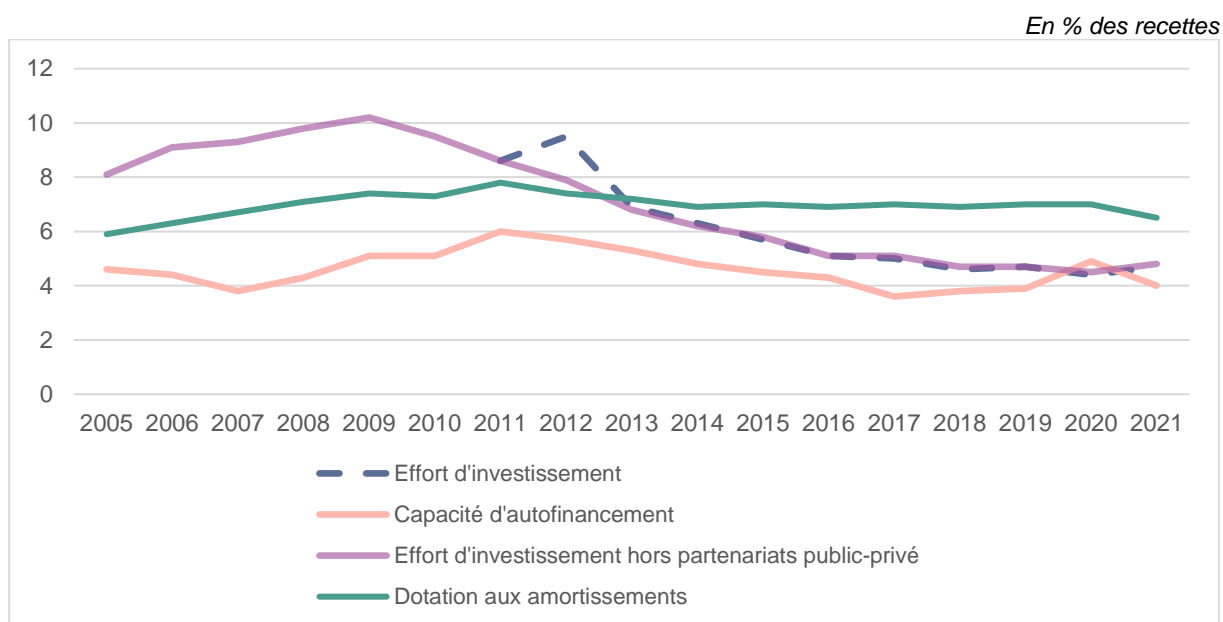
L'effort d'investissement des hôpitaux repart légèrement à la hausse

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 2012⁴⁵, a connu depuis une tendance à la baisse. Il marque cependant un léger rebond en 2021 et atteint 4,7 % des recettes (après 4,4 % en 2020) [graphique 2]. Les investissements représentent 4,4 milliards d'euros en 2021, après 3,9 milliards d'euros en 2020.

La reprise de l'investissement sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020, qui prévoient notamment un engagement en faveur de l'investissement hospitalier à hauteur de 19 milliards d'euros⁴⁶ pour les dix prochaines années. Ces aides visent à soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des hôpitaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. L'objectif est une relance des investissements des hôpitaux, aussi bien structurants que courants. Cet engagement comprend ainsi 7,5 milliards d'euros afin « d'accompagner des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier », pour améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 et 2022), et 1,5 milliard d'euros pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. À cet égard, 500 millions d'euros ont été dédiés aux investissements du quotidien des hôpitaux publics en 2021.

L'effort d'investissement augmente pour toutes les composantes de l'investissement, à des rythmes cependant contrastés. Rapportés aux recettes, les investissements courants, dont les investissements d'équipement, continuent à augmenter en 2021, un peu plus lentement qu'en 2020 (+3,2 %, après +6,3 %). Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont notamment l'immobilier lourd, repart (+13,7 %, après -16,9 % en 2020), et revient presque à son niveau de 2019 (2,7 % en 2021, après 2,4 % en 2020 et 2,8 % en 2019) [graphique 3].

Graphique 2 Effort d'investissement et capacité d'autofinancement des hôpitaux publics depuis 2005



Note > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, 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 : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante. Cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022).

Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP : forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, puis les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

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

Source > DGFIP, traitements DREES.

⁴⁵ Relance de l'investissement sanitaire d'un montant cumulé de 8,8 milliards d'euros.

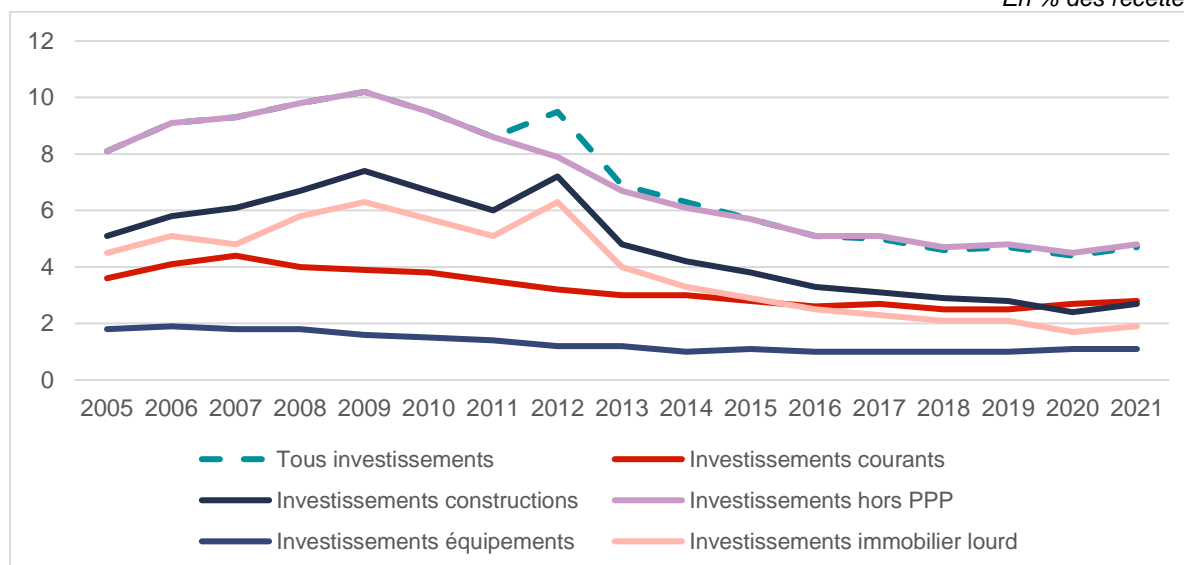
⁴⁶ Dont 13 milliards consolidés dans l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 21), et 6 milliards intégrés au plan France Relance.

Après trois années de hausse, la capacité d'autofinancement (CAF)⁴⁷, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, se replie pour atteindre 4,0 % des recettes en 2021 (après 4,9 % en 2020), en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Enfin, la dotation aux amortissements⁴⁸, stable autour de 7,0 % depuis 2014, baisse à 6,5 % des recettes en 2021. L'effort d'investissement repasse ainsi au-dessus du niveau de la CAF, renouant avec la tendance observée depuis 2005⁴⁹, 2020 mis à part. Bien que l'effort d'investissement reste nettement inférieur à la dotation aux amortissements, l'écart qui se creusait depuis 2013 se réduit légèrement en 2021.

La baisse continue de l'investissement hospitalier depuis les plans hôpitaux s'est accompagnée d'une augmentation du taux de vétusté, un indicateur du besoin d'investissement requis pour maintenir les constructions ou les équipements de l'établissement. Ce taux de vétusté continue d'augmenter en 2021 pour les constructions des établissements de santé et atteint 55,5 % (après 53,9 % en 2020), tandis qu'il diminue légèrement, pour la première fois depuis 2015, pour les équipements des établissements de santé (80,4 % en 2021, après 80,8 % en 2020) [graphique 4].

Graphique 3 Effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2005 par type d'investissement

En % des recettes



PPP : partenariats public-privé.

Note > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, 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 : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante, cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022).

Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate, en effet, une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

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

Source > DGFIP, traitements DREES.

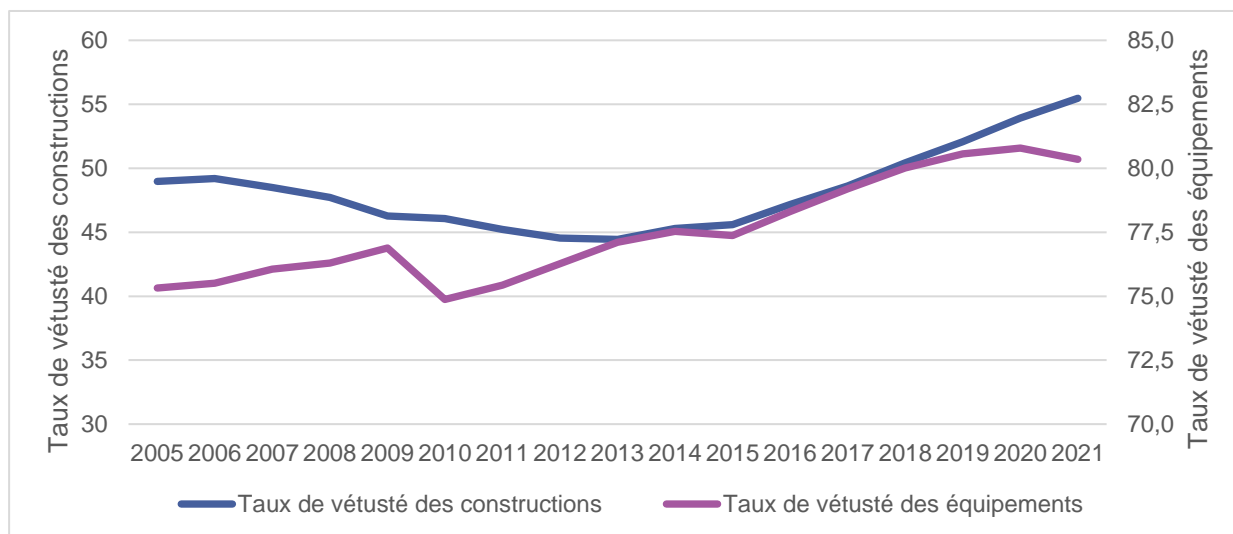
⁴⁷ La capacité d'autofinancement (CAF) représente l'ensemble des ressources générées par l'entité juridique qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement et son investissement. Elle est définie précisément en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises). Elle ne bénéficie donc pas des investissements prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2021.

⁴⁸ 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. Cette charge est déduite du bénéfice imposable, chaque année pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

⁴⁹ Point de départ des observations.

Graphique 4 Taux de vétusté des équipements et des constructions des établissements de santé depuis 2005

En % de la valeur brute des immobilisations



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Source > DGFIP, traitements DREES.

Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux poursuit sa baisse engagée depuis 2019

L'encours de la dette des hôpitaux publics augmente en 2021 pour atteindre son point le plus haut depuis 2005⁵⁰ (31,1 milliards d'euros, après 30,0 milliards d'euros en 2020). Cette hausse est cependant très ciblée sur certains établissements : en 2021, trois CHU ayant entrepris des projets d'investissements structurants ont vu leur dette cumulée augmenter de plus de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2020. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette continue à reculer⁵⁰, tendance lente et régulière engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5]. Il s'établit à 33,0 % des recettes en 2021, après 33,9 % en 2020. Après une progression continue depuis 2005⁵⁰, le ratio d'indépendance financière⁵¹, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'est stabilisé à 52,4 % en 2018, pour se replier pour la première fois en 2019 (52,0 %). Ce retournement de tendance se confirme depuis, avec une baisse particulièrement marquée en 2021 : le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics passe de 51,1 % en 2020 à 46,8 % en 2021 (graphique 5). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % baisse aussi nettement et s'établit à 21,7 % en 2021 (après 31,3 % en 2020 et 31,9 % en 2019)⁵². Ces résultats s'expliquent en grande partie par les accords du Ségur de la santé, consolidés par l'article 50 de la LFSS 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux. Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement et à l'investissement, par un abondement des capitaux permanents⁵³ (FHF et La Banque postale, 2022). Ces aides doivent « permettre de soutenir l'autofinancement de l'établissement et permettre de financer les investissements déjà prévus tout en réduisant le recours à l'emprunt » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 et 2022).

⁵⁰ Étant donné que la croissance des recettes (+6,4 %) est plus forte que celle de l'encours de la dette (+3,7 %) en 2021.

⁵¹ Dans les publications de la DREES antérieures à 2022, le terme de « taux d'endettement » était employé pour désigner l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme de « ratio d'indépendance financière », utilisé dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique, lui est désormais préféré. 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.

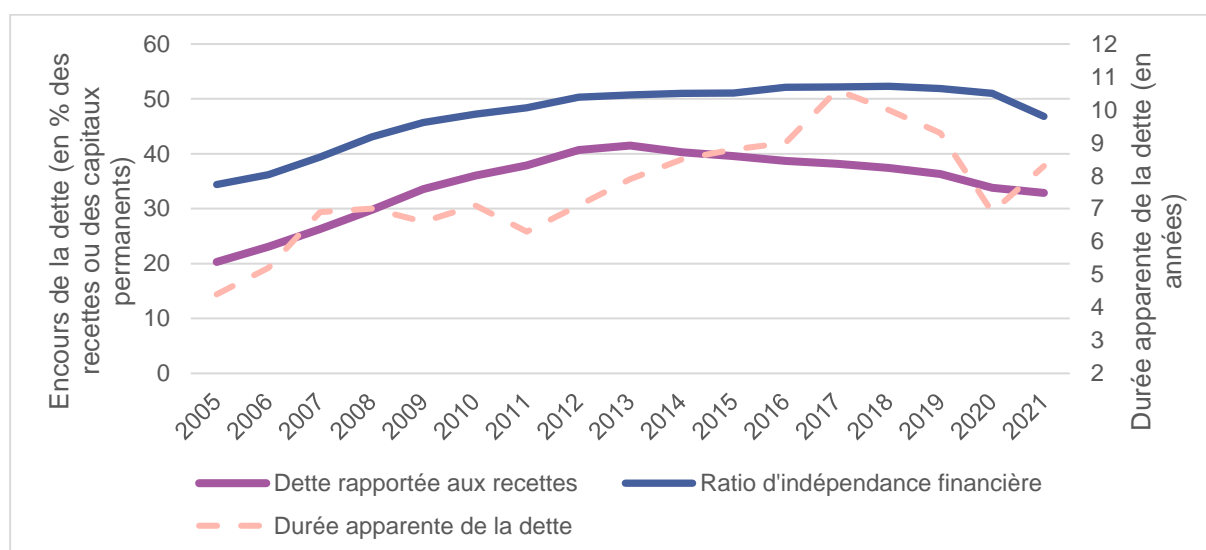
⁵² Erratum : une coquille s'est glissée dans la version précédente de cette publication (Courtejoie et Richet, 2022), où la proportion d'hôpitaux au ratio d'indépendance financière inférieur, et non pas supérieur, à 50 %, est présentée.

⁵³ 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 loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 21), sont enregistrées sur le compte 1026 (dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS 2021). Ce compte est inclus dans le calcul des capitaux permanents (somme des soldes des comptes 10, 11, 13, 14, 15, 16, sauf 1688 et 169, d'après l'arrêté du 7 mai 2012), qui constituent le dénominateur du ratio d'indépendance financière (numérateur : encours de la dette).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, a atteint un point haut en 2017, à 10,6 ans. L'amélioration, qui était depuis à l'œuvre, s'interrompt en 2021 avec le repli du taux d'autofinancement. La durée apparente de la dette augmente ainsi nettement, passant de 6,9 ans en 2020 à 8,3 ans en 2021 (graphique 5). Cependant, la durée apparente de la dette, comme l'encours de la dette rapporté aux recettes, devrait s'améliorer dans les années à venir, les dotations du Ségur de la santé devant progressivement permettre aux hôpitaux de moins s'endetter qu'ils ne l'auraient fait sans ce soutien.

La part d'établissements surendettés⁵⁴ diminue nettement et atteint 26,1 % en 2021, après 31,4 % en 2020 (graphique 6). 47,4 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement en 2021, un chiffre en augmentation par rapport à 2020 (46,5 %). Cette amélioration est, à ce stade, largement imputable au ratio d'indépendance financière, qui est directement impacté par les mesures mises en place à la suite du Ségur de la santé.

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 », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, 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 (Richet, 2022).

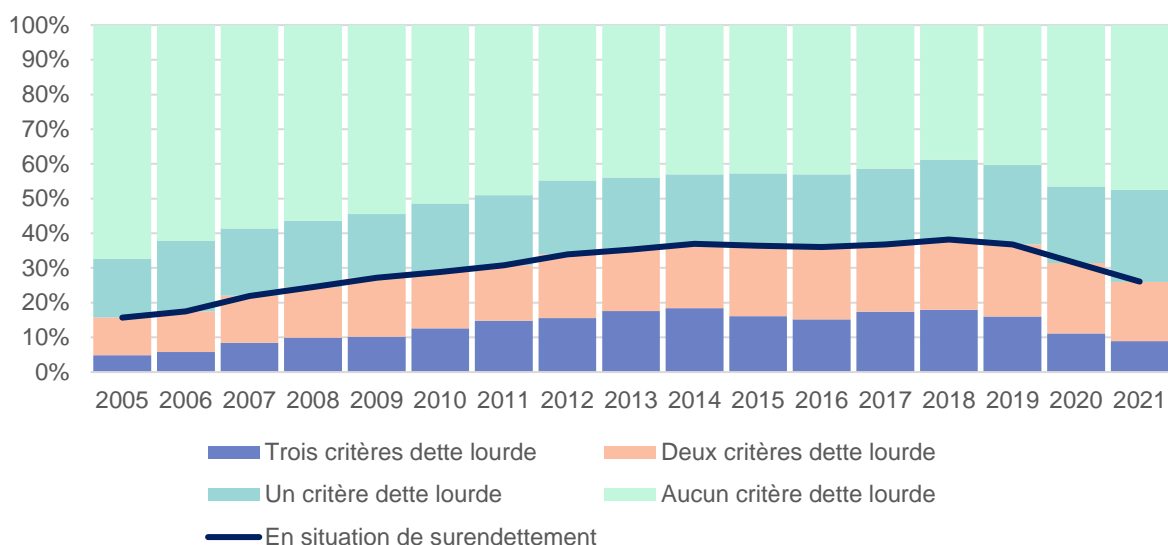
Lecture > Encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes ou en pourcentage des capitaux permanents (ratio d'indépendance financière).

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

Source > DGFIP, traitements DREES.

⁵⁴ Les critères de surendettement sont définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique. Au terme de cet article, 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 ; 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. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

Graphique 6 Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



Note > Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critère(s) 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 ; 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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Source > DGFIP, traitements DREES.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

France entière (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 0,3 % des données de 2005 à 2021. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [Richet, 2022]. Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude pour l'année 2021 s'élève à 817. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories selon 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 (entre 70 et 150 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Éléments de méthode

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 des *Établissements de santé* en raison d'une réactualisation des données. Pour les années 2019 et 2020, ces différences sont particulièrement significatives du fait de la correction d'une anomalie générée par le logiciel de consultation des données comptables. En effet, à la suite d'une évolution de la nomenclature budgétaire et comptable M21 en vigueur dans les hôpitaux publics (création de sous-comptes), la bascule n'a pas été correctement effectuée dans les bases mises à disposition, engendrant ainsi des incohérences entre les agrégats recalculés à partir des montants déclarés par compte détaillé de la nomenclature ou par EJ. Cela modifie de manière significative la valeur de certains indicateurs économiques et financiers publiés précédemment, particulièrement sur l'année 2020 (Courtejoie et Richet, 2022). Ainsi, l'un des indicateurs les plus affectés est le déficit des hôpitaux publics en 2020, qui passe de -2 millions d'euros avant correction des données à -92 millions d'euros après correction (soit de -0,0 % à -0,1 %, rapporté aux recettes). À noter que cette correction permet de retrouver des valeurs comparables à celles publiées par d'autres administrations à partir des données agrégées (non affectées par l'évolution de la nomenclature des comptes aux niveaux les plus fins), sur le résultat net du compte principal notamment (ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

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 25/01/2023). Les données de la DGFIP ont été croisées avec 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).

Pour en savoir plus

Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (2022). [Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiche 16.

ATIH (2022, juillet). [Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020](#). Comptes financiers 2020. Rapport.

Courtejoie, N., Richet, J. (2022, juillet). [La situation économique et financière des établissements de santé en 2020](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.

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.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2021, septembre). [Ondam et dépenses de santé. Annexe 7 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale \(PLFSS\) pour 2022](#).

Ministère des Solidarités et de la Santé (2022, septembre). [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 2023](#).

Richet, J. (2022). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). DREES, *DREES Méthodes*, 3.

Toutlemonde, F. (dir.) (2022). [Les établissements de santé en 2020 – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Tableaux complémentaires mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente étude :

- Taux de marge brute des hôpitaux publics, par catégorie d'établissements, depuis 2005.

- Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement, par catégorie d'établissements, depuis 2005.

■ 08 LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES CLINIQUES PRIVÉES

D'après les premières estimations pour 2021, la situation financière des cliniques privées à but lucratif continue à s'améliorer. Leur résultat net s'établit à 3,7 % des recettes, en hausse de 0,6 point par rapport à 2020. Il atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2006, point de départ des observations. L'effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et atteint 5,4 % des recettes en 2021. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, atteint 32,5 % des capitaux permanents.

Le résultat net des cliniques privées poursuit son amélioration

D'après les premières estimations⁵⁵, l'amélioration de la situation financière des cliniques privées⁵⁶, déjà constatée en 2020, se poursuit à un rythme encore plus soutenu en 2021.

Les recettes⁵⁷ de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif atteignent 19,0 milliards d'euros en 2021, soit une hausse de 7,5 % par rapport à 2020 (17,6 milliards d'euros) [tableau 1], plus marquée que celle constatée entre 2019 et 2020 (6,2 %). Cela s'explique notamment par trois phénomènes : la croissance des dotations versées par l'Assurance maladie au titre de missions de service public (Migac, Ifaq, coefficients prudentiels), qui ont permis de prendre en charge une partie du surcoût engendré par le contexte sanitaire ; la garantie de financement qui assure, en 2020 et 2021, un niveau de financement des activités concernées par la tarification à l'activité au moins équivalent à celui observé avant la crise ; et les revalorisations tarifaires dont ont bénéficié les cliniques privées en 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées au Ségur de la santé (Arnaud *et al.*, 2022).

Leur résultat net cumulé est de 693 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 677 400 euros par clinique). Rapporté aux recettes⁵⁸, il s'établit à 3,7 % en 2021, ce qui représente une hausse de 0,6 point par rapport au niveau de 2020 (3,0 %). Ce ratio atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2006, point de départ des observations.

La hausse du résultat net est due pour l'essentiel à celle du résultat d'exploitation, qui atteint un niveau inédit, du fait d'une augmentation plus forte des produits que des charges d'exploitation (respectivement +7,3 % et +6,5 %). Rapporté aux recettes, le résultat d'exploitation passe ainsi de 4,6 % en 2020 à 5,2 % en 2021 (graphique 1). Comme en 2020, il bénéficie d'une fiscalité liée à l'exploitation⁵⁹ favorable, dont le solde reste stable (1,1 % des recettes en 2021 et 2020, après -3,6 % en 2019). Les subventions d'exploitation, qui se sont envolées en 2020, reculent légèrement mais demeurent nettement plus élevées qu'avant la crise sanitaire. Elles s'établissent à 5,6 % des recettes en 2021, après 6,0 % en 2020 et 1,3 % en 2019. Pour la seconde année consécutive, elles dépassent les impôts, taxes et versements assimilés⁶⁰.

Le résultat financier reste stable (0,1 % des recettes, en 2021 tout comme en 2020), tandis que le résultat exceptionnel, déficitaire depuis 2018, atteint l'équilibre (0,0 % des recettes en 2021, après -0,1 % en 2020). Finalement, le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, poursuit sa progression et atteint 5,4 % des recettes, après 4,7 % en 2020 et 3,4 % en 2019. Ce niveau plus élevé de bénéfice, le plus haut atteint depuis 2006⁶¹, engendre une augmentation à due concurrence des impôts sur les bénéfices et des participations salariales.

⁵⁵ Les données de 2021 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 563 cliniques ayant déposé leurs comptes.

⁵⁶ Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe. En effet, 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 (Haag, 2019 ; Chanteloup et Haag, 2019). 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 calculés pour cette clinique privée seront sous-estimés (Richet, 2022).

⁵⁷ Les recettes correspondent à la somme des produits d'exploitation, financier et exceptionnel. À partir de 2022, 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 (Richet, 2022).

⁵⁸ Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à 2022 (Richet, 2022).

⁵⁹ La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

⁶⁰ 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.

⁶¹ Point de départ des observations.

Les charges de personnel (salaires bruts et cotisations sociales) augmentent en niveau, du fait notamment des revalorisations salariales liées au Ségur de la santé (Toutlemonde, 2022). L'augmentation des salaires est cependant plus modérée que celle des recettes. C'est pourquoi, rapportées aux recettes, les charges de personnel diminuent et représentent 28,5 % des recettes en 2021, après 29,2 % en 2020.

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2016

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Recettes (en millions d'euros)	15 332	15 567	16 152	16 606	17 629	18 960
Nombre de cliniques	1 024	1 015	1 011	1 008	1 011	1 023
Recettes moyennes (en millions d'euros)	15,0	15,3	16,0	16,5	17,4	18,5
Chiffre d'affaires (en % des recettes)	94,5	94,3	93,6	94,2	89,2	89,3
Achats, produits et charges de gestion courante (en % des recettes), dont :	-44,3	-44,6	-44,9	-45,5	-44,5	-44,4
achats consommés	-17,0	-17,1	-17,3	-17,5	-16,5	-18,3
autres produits et charges de gestion courante	-27,3	-27,5	-27,6	-28,0	-28,1	-26,1
Frais de personnel (en % des recettes), dont :	-40,2	-40,5	-40,1	-39,8	-40,0	-39,6
salaires bruts	-28,8	-29,1	-28,8	-28,9	-29,2	-28,5
cotisations sociales	-11,5	-11,4	-11,3	-11,0	-10,8	-11,1
Fiscalité liée à l'exploitation (en % des recettes), dont :	-4,2	-4,2	-4,0	-3,6	1,1	1,1
impôts, taxes et versements assimilés	-5,2	-5,2	-5,2	-4,9	-4,9	-4,6
subventions d'exploitation	1,0	1,0	1,1	1,3	6,0	5,6
Excédent brut d'exploitation (en % des recettes)	5,8	5,2	4,8	5,5	6,0	6,4
Résultat courant de fonctionnement (en % des recettes)	5,7	5,2	4,7	5,4	5,9	6,2
Autres opérations d'exploitation (en % des recettes)	1,7	1,8	2,2	2,0	2,4	2,5
Dotations nettes aux amortissements (en % des recettes)	-3,8	-3,8	-3,9	-3,8	-3,8	-3,7
Résultat d'exploitation (en % des recettes)	3,7	3,2	3,1	3,6	4,6	5,2
Résultat financier (en % des recettes), dont :	0,5	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
produits financiers	1,1	0,6	0,7	0,7	0,5	0,4
charges financières	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5	-0,4	-0,3
Résultat exceptionnel (en % des recettes), dont :	0,0	0,2	-0,4	-0,4	-0,1	0,0
produits exceptionnels	1,1	1,7	1,7	1,1	1,2	1,6
charges exceptionnelles	-1,2	-1,5	-2,1	-1,6	-1,3	-1,6
Participation des salariés (en % des recettes)	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,5	-0,6
Impôts sur les bénéficiaires (en % des recettes)	-0,6	-0,4	-0,5	-0,9	-1,2	-1,2
Résultat net (en % des recettes)	3,2	2,8	2,1	2,1	3,0	3,7

Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

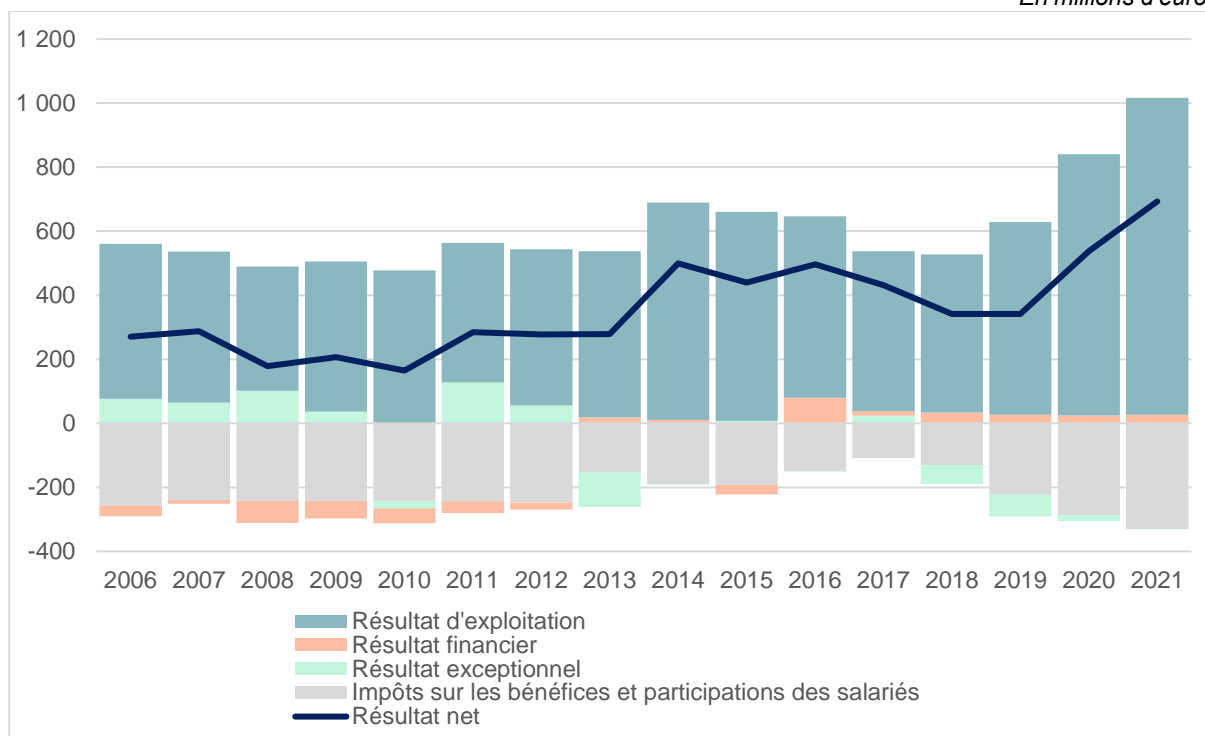
Les dividendes versés aux actionnaires ne figurent pas dans ce tableau. Leur montant est très mal renseigné dans les liasses fiscales (moins de 5 % de remplissage depuis 2014).

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006

En millions d'euros



Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

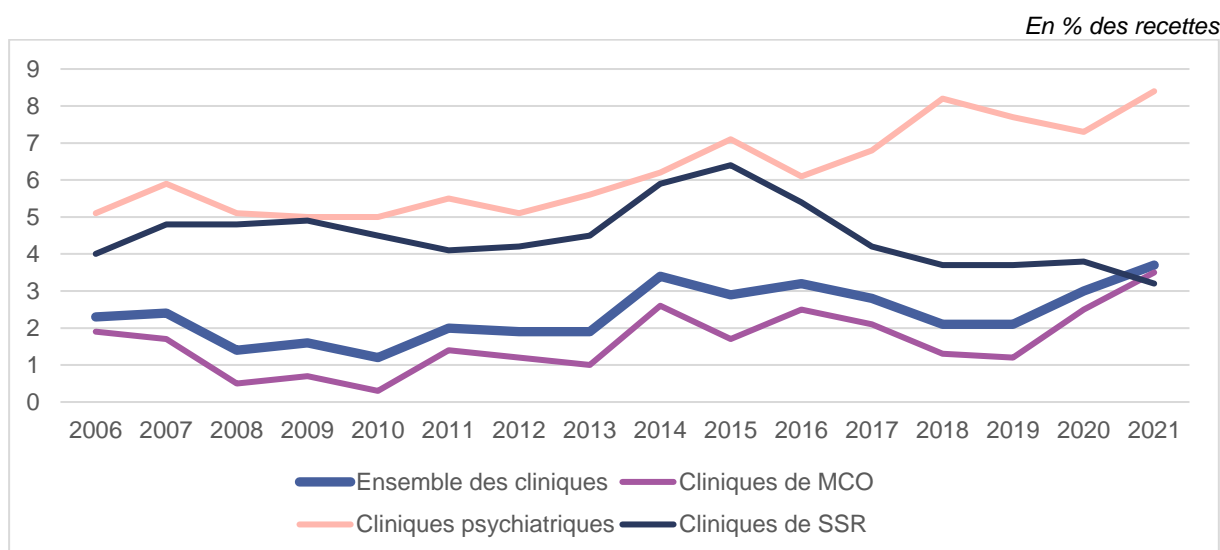
Le résultat net rapporté aux recettes des cliniques de psychiatrie atteint un niveau inédit

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 2021, le résultat net rapporté aux recettes progresse de 0,9 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 1,1 point pour les cliniques psychiatriques, tandis qu'il se replie de 0,6 point pour les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il s'établit ainsi à 3,5 % en MCO (après 2,5 % en 2020), à 3,2 % en SSR (après 3,8 % en 2020) et à 8,4 % en psychiatrie (après 7,3 % en 2020), un niveau encore jamais atteint depuis 2006, point de départ des observations. Dans le secteur privé lucratif, la psychiatrie demeure de loin la discipline qui dégage le plus de bénéfices (en pourcentage des recettes).

Plus d'une clinique sur cinq reste déficitaire

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2021, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif continue de diminuer et atteint 21,0 %, après 23,3 % en 2020. En particulier, la proportion de cliniques de MCO déficitaires passe de 25,5 % en 2020 à 20,1 % en 2021. *Contrairement*, la part de cliniques déficitaires augmente de plus de 2 points en SSR et en psychiatrie, pour atteindre respectivement 26,5 % et 14,0 %.

Graphique 2 Évolution du résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006



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

Note > Les données de 2021 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 563 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 358 cliniques de MCO, 140 cliniques de SSR et 65 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, SSR et psychiatrie représentent respectivement 77,3 %, 18,0 % et 4,7 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées.

Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Les investissements repartent à la hausse pour les cliniques de SSR et de psychiatrie

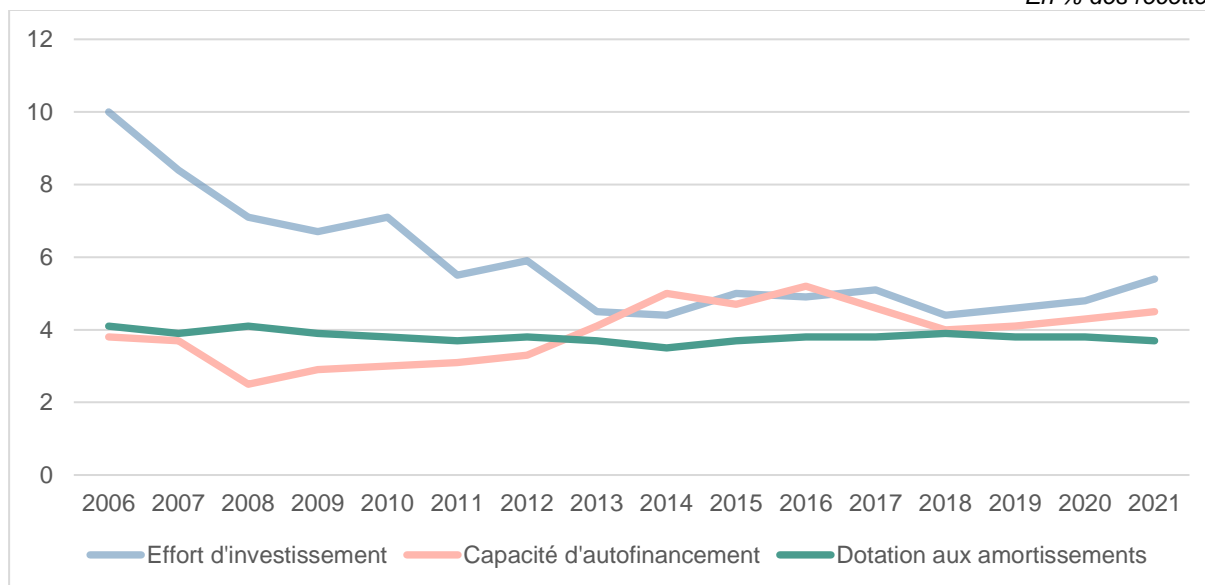
Les investissements augmentent nettement en 2021 : ils représentent 1 025 millions d'euros, après 865 millions d'euros en 2020 et 765 millions d'euros en 2019. L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, poursuit sa reprise amorcée en 2019 et s'élève à 5,4 % en 2021 (après 4,8 % en 2020, et 4,6 % en 2019). Cette augmentation est portée par les engagements en faveur de l'investissement pris dans le cadre du Ségur de la santé. L'effort d'investissement reste supérieur à la dotation aux amortissements des cliniques privées, stable depuis plusieurs années et qui s'établit à -3,7 % des recettes en 2021. L'effort d'investissement est également supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), malgré une progression de cette dernière en 2021, où elle atteint 4,5 % des recettes, après 4,3 % en 2020 (graphique 3).

L'effort d'investissement, dont le niveau varie entre secteurs d'activité⁶², augmente dans chacun des secteurs, à des rythmes toutefois différents. Pour les cliniques de MCO, l'effort d'investissement poursuit la hausse amorcée depuis 2018 : il atteint 5,9 % en 2021, après 5,6 % en 2020. Dans les cliniques psychiatriques et de SSR, l'effort d'investissement repart à la hausse en 2021, après une forte baisse en 2020, sans pour autant retrouver son niveau pré-crise. Il atteint respectivement 6,7 % dans les cliniques psychiatriques et 3,0 % en SSR, après 4,4 % et 2,5 % en 2020, et 7,6 % et 3,6 % en 2019. 9,8 % des établissements présentent un effort d'investissement supérieur à 10 % de leurs recettes.

⁶² La décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable. Elle doit donc être interprétée avec prudence.

Graphique 3 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotations aux amortissements des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

L'endettement atteint son plus bas niveau depuis 2006

L'encours de la dette des cliniques privées stagne depuis 2019 autour de 1,9 milliard d'euros. En revanche, du fait de l'augmentation des recettes en 2021, l'encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes continue à diminuer et atteint 9,8 %, après 10,5 % en 2020, soit son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations (*graphique 4*).

Le ratio d'indépendance financière⁶³ des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %). Il recule encore légèrement en 2021, à 32,5 %, après 35,0 % en 2020 (*graphique 5*). Là encore, il s'agit du plus bas niveau observé depuis 2006. 21,5 % des cliniques conservent tout de même un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents, après 23,2 % en 2020.

L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types de cliniques. La baisse du ratio d'indépendance financière des cliniques de MCO s'interrompt (38,9 % en 2021, après 38,8 % en 2020 et 39,9 % en 2019), tandis que celle des cliniques de psychiatrie et de SSR reste marquée. Le ratio d'indépendance financière atteint 15,0 % pour les cliniques de SSR (après 19,2 % en 2020) et 15,5 % pour les cliniques psychiatriques (après 20,4 % en 2020).

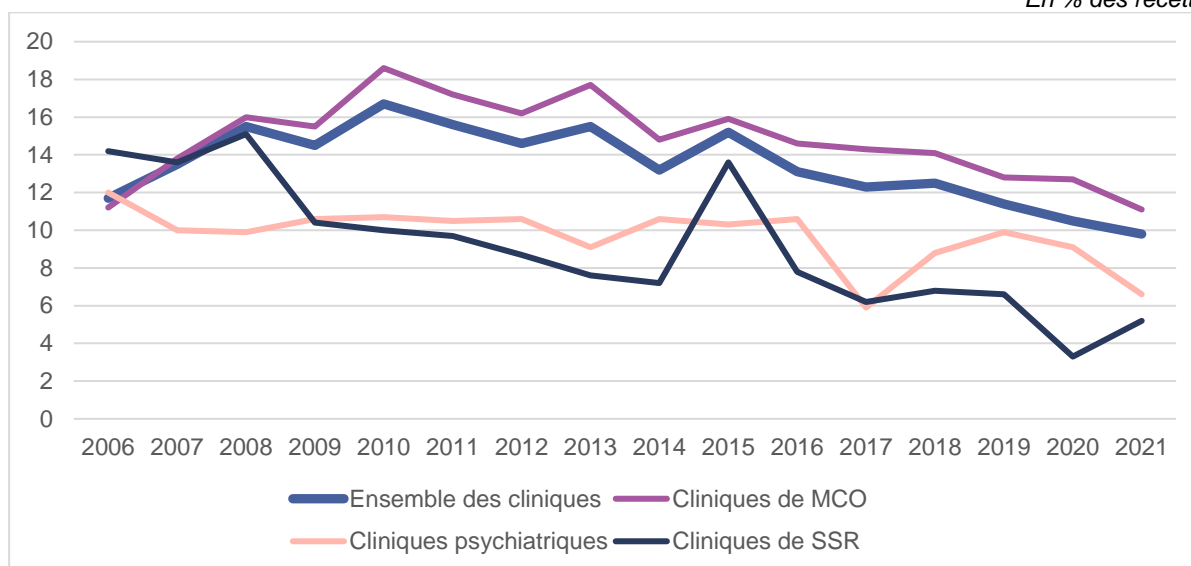
La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, diminue pour la troisième année consécutive, passant de 2,4 ans en 2020 à 2,2 ans en 2021 (*graphique 6*). Dans un contexte de stagnation de l'encours de la dette, la baisse de la durée apparente de la dette reflète directement l'amélioration de la CAF évoquée précédemment. La proportion de cliniques privées surendettées⁶⁴ diminue et atteint 18,4 % en 2021, son plus bas niveau historique (*graphique 7*). Plus des deux tiers des établissements (67,7 %) n'ont aucun critère de surendettement en 2021, un chiffre en hausse par rapport à 2020 (62,4 %).

⁶³ 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 rapportée aux capitaux permanents de l'établissement est lourd.

⁶⁴ Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du secteur 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 12 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 ; 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. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

Graphique 4 Dette rapportée aux recettes des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



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

Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

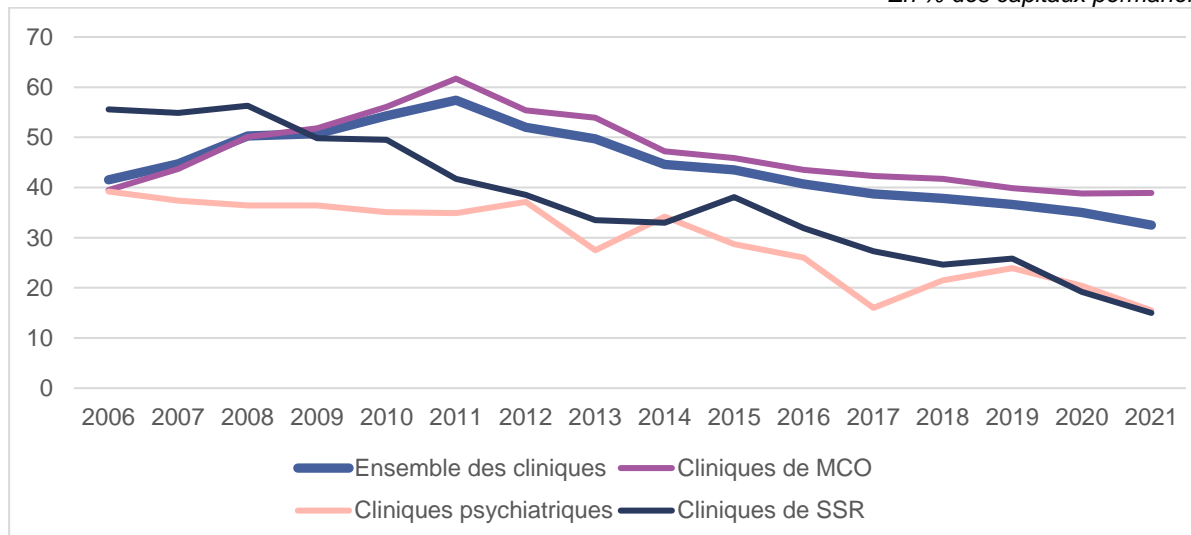
Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 5 Ratio d'indépendance financière des cliniques privées depuis 2006

En % des capitaux permanents



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

Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

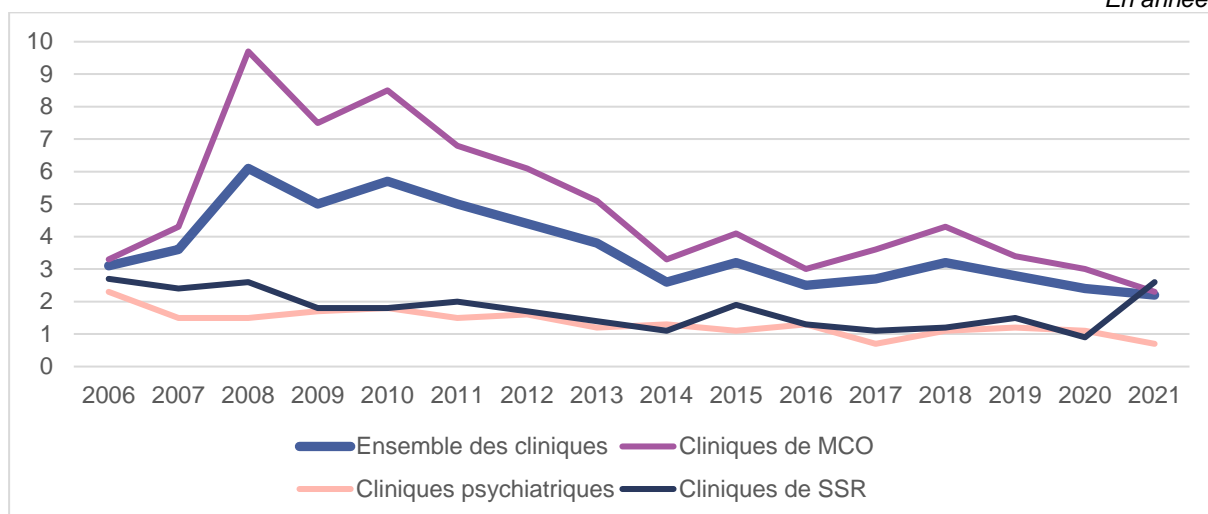
Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 6 Durée apparente de la dette des cliniques privées depuis 2006

En années



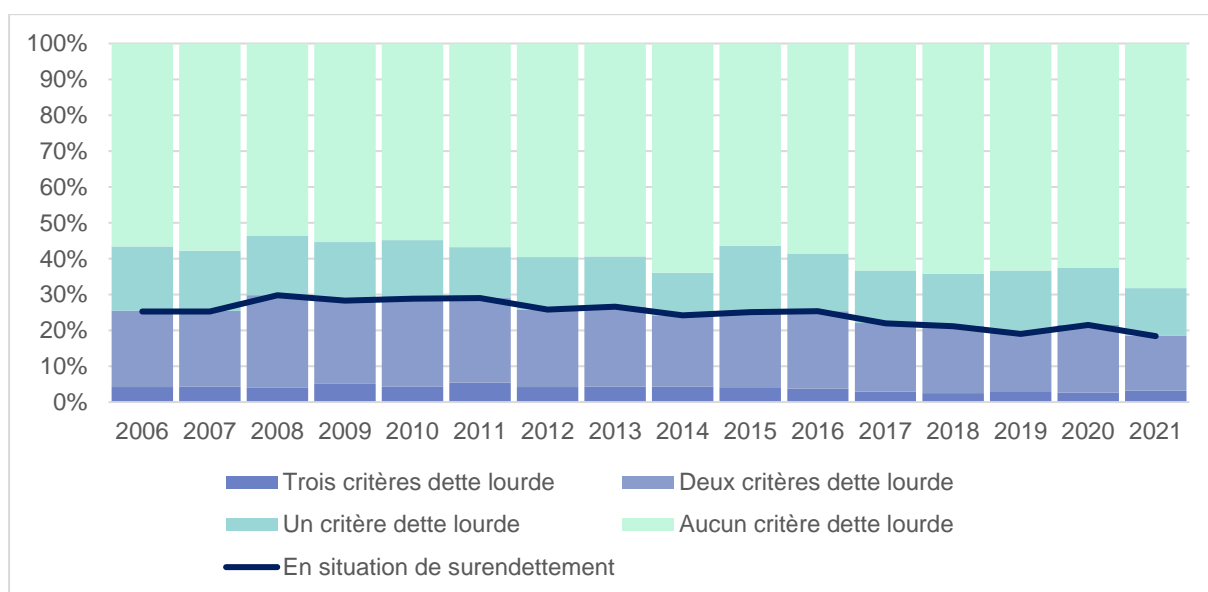
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique 7 Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2021. Les données de 2012 à 2021 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critère(s) 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 ; 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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Source > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Champ

Les données comptables des cliniques privées à but lucratif sont relatives aux cliniques de France entière (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce, 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 privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes du panorama des *Établissements de santé* en raison d'une réactualisation des données. 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) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales. Les données de 2021 ont été extraites le 21/11/2022. Elles sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 563 cliniques ayant déposé leurs comptes. Les indicateurs sur l'investissement s'appuient sur un échantillon de 498 cliniques. Les données de 2012 à 2021 sont susceptibles d'être révisées dans les futures publications de la DREES du fait de la réception de données complémentaires. 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. Cette méthodologie donne une estimation plus précise des différents indicateurs financiers. 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 ainsi inconnu pour 10 % à 15 % des cliniques ayant déposé leurs comptes entre 2013 et 2019 (Richet, 2022). La décomposition des indicateurs relatifs aux investissements par discipline d'équipement est donc fragile en raison du plus faible nombre d'observations, et ces indicateurs doivent être interprétés avec prudence.

Éléments de méthode

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. Pour limiter les biais, l'analyse se limite ici aux entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière et qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Par ailleurs, certaines entreprises 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 (Richet, 2022).

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 de suite et de réadaptation [SSR]). 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 SSR ainsi que celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante de SSR et de psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante de MCO, ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile. Comme les données financières concernent l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

Sources

Les données financières sont issues des liasses fiscales des cliniques privées transmises aux tribunaux de commerce. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Pour en savoir plus

Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (2022). [Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiche 16.

Courtejoie, N., Richet, J. (2022, juillet). [La situation économique et financière des établissements de santé en 2020](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.

Richet, J. (2022). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). *DREES Méthodes*, 3.

Toutlemonde, F. (dir.) (2022). [Les établissements de santé en 2020 – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, synthèse sur le Covid-19.

Tableau complémentaire mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente étude :

[Proportion de cliniques privées en situation de surendettement, par catégorie principale d'équipement, depuis 2006.](#)

Annexe 1. Glossaire économique et financier

Le travail de refonte de la méthodologie des publications de la DREES sur la situation économique et financière des établissements de santé (Richet, 2022) a permis de consolider les indicateurs mobilisés pour l'analyse de la situation économique et financière des établissements de santé. Le glossaire ci-dessous précise les définitions retenues, 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 USLD rattachée à cet hôpital ne sera 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 unité de soin de longue durée (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 annexe 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 [Richet, 2022]).

- **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 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 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'immobilisation), 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 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 (ATIH, 2021).
- **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. Cette charge est déduite du bénéfice imposable, et ce, 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 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 (CAF). 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. Liste des données et illustrations complémentaires

- **Fichier 9** : Les autres prises en charge hospitalières
- **Fichier 10** : Les postes de personnel médical
- **Fichier 11** : Les postes de personnel non médical salarié
- **Fichier 12** : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – activité et capacités d'accueil
- **Fichier 13** : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – patientèle
- **Fichier 14** : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – principaux motifs de recours
- **Fichier 15** : Les capacités d'accueil en soins critiques
- **Fichier 16** : L'offre des soins de psychiatrie des établissements de santé
- **Fichier 17** : Les patients suivis en psychiatrie
- **Fichier 18** : Les établissements d'hospitalisation à domicile
- **Fichier 19** : Les patients hospitalisés à domicile
- **Fichier 20** : Les établissements de soins de suite et de réadaptation
- **Fichier 21** : La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation
- **Fichier 22** : Les parcours de soins hospitaliers
- **Fichier 23** : La naissance – les maternités
- **Fichier 24** : La naissance – caractéristiques des accouchements
- **Fichier 25** : La médecine d'urgence
- **Fichier 26** : Les interruptions volontaires de grossesse
- **Fichier 27** : Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux
- **Fichier 28** : La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Les Dossiers de la DREES
n° 111 - juillet 2023

Les établissements
de santé en 2021

Directeur de la publication
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
