

Le secteur hospitalier français compte 3 008 établissements de santé au 31 décembre 2019 : 1 354 hôpitaux publics, 983 cliniques privées et 671 établissements privés à but non lucratif. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de polyopathologies. Mais les modalités de ces prises en charge continuent aussi d'évoluer. Pour la troisième année consécutive, le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie (-0,9 %, après -1,0 % en 2018 et -0,7 % en 2017). Alternatives à cette forme de prise en charge, les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser, tout comme les séances. Le recours aux urgences progresse de 1,0 % en 2019, à un rythme inférieur depuis 2016 à celui observé sur plus longue période (3,4 % par an).

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

Au 31 décembre 2019, le secteur hospitalier français est constitué de 3 008 structures¹ disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places). Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 354 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 179 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 945 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux) ; 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; enfin, 138 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 983 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 671 établissements privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2019, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013 à 3 008 fin 2019 (-3,7 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations.

Cette évolution est plus marquée pour les hôpitaux publics : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 354 fin 2019 (-4,6 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, de manière un peu moins marquée que dans le public (-37 entités géographiques en six ans, soit -3,6 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-56 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de lutte contre les maladies mentales a progressé (+16 entités).

Le nombre d'établissements privés à but non lucratif a également diminué depuis 2013, mais à un rythme plus modeste, passant de 685 entités à 671 durant la même période (-2,0 %).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète continue de se replier

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des

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



capacités d'hospitalisation complète (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), avec des disparités départementales globalement stables ces six dernières années. En 2019, les établissements de santé comptent 393 000 lits d'hospitalisation complète, soit 76 000 lits de moins qu'en 2003.

En court séjour (MCO), ces évolutions ont été rendues possibles par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète.

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-34 000 lits en 16 ans, soit 202 000 lits en 2019), mais ce sont surtout les capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 en 2019, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation 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, mais il a diminué de nouveau ces dernières années (-2 300 lits entre 2016 et 2019, soit 55 000 lits en 2019). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 en 2003 à 105 000 en 2019.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser, à un rythme plus modéré en MCO

En contrepartie, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 79 000 places en 2019, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (+6 800 en 6 ans).

C'est notamment le cas en MCO (34 000 places en 2019), qui avait enregistré la création de 14 000 places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2013, soit une progression de +6,0 % par an en moyenne. De 2013 à 2019, le nombre de places en MCO a progressé de 1 600, soit un rythme annuel de progression ramené à 0,8 %. Pour sa part, après avoir progressé de 3 000 places de 2003 à 2013, le nombre de places en psychiatrie se stabilise aux alentours de 29 800 ces dernières années. En SSR, en revanche, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle poursuivent leur progression, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle. Elles ont ainsi triplé depuis 2003 (+10 000 places, pour atteindre 15 000 places).

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, quant à elle, d'une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont des capacités hospitalières comparables à celles de la métropole, tandis qu'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 Guyane et à La Réunion qu'en métropole.

Le nombre total de journées d'hospitalisation recule pour la troisième année consécutive

En 2019, le secteur hospitalier a pris en charge 11,7 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,6 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée) [graphique 1]. Au total, ce sont 123,9 millions de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) qui ont été enregistrées en 2019, tous secteurs confondus.

L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. Elle est tirée par l'hospitalisation partielle, qui poursuit sa progression dynamique (+6,8 % entre 2016 et 2019), notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. En revanche, après une relative stabilité au début des années

2010, le nombre de séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée) se replie ces dernières années (-2,6 % en 3 ans). Conjointement, la durée moyenne de séjour reste stable en MCO, mais elle augmente légèrement en psychiatrie et en SSR. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 2,7 % en 3 ans. Plus précisément, il diminue de façon significative pour le MCO et la psychiatrie, et de manière moins marquée pour le SSR (-0,8 % en 3 ans).

Si l'on additionne la hausse de l'activité en hospitalisation partielle et le recul de celle en hospitalisation complète, le nombre total de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) diminue pour la troisième année consécutive en 2019, avec une baisse cumulée de 1,5 % depuis 2016.

La répartition des séjours par grande discipline médicale varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 47 % des journées, ceux de SSR 26 % et ceux de psychiatrie 27 %. Dans ce dernier secteur, plus de 21 millions

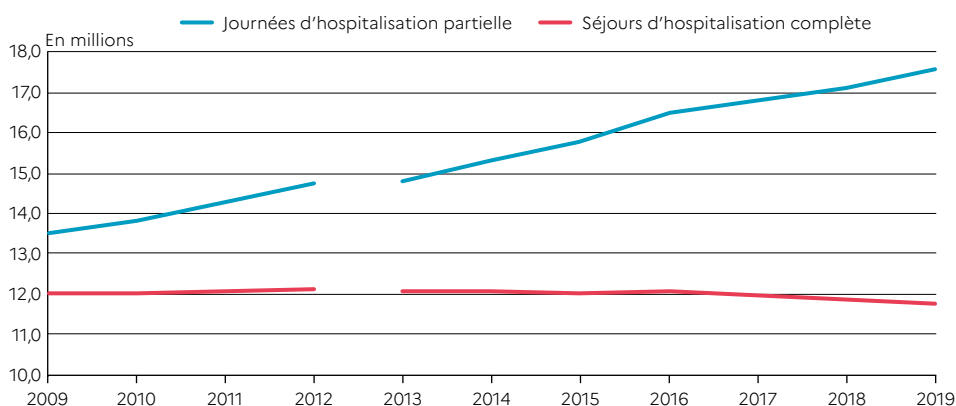
d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2019, notamment dans les 4 800 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

À ces prises en charge s'ajoutent 14,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2018 et de 19,3 % entre 2013 et 2019. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (7,2 millions de séances de dialyse, 4,1 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue aussi de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. En 2019, 222 400 séjours en HAD ont été réalisés pour 6,0 millions de journées (soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 293 établissements d'HAD recensés en France sont désormais en mesure de prendre en charge simultanément 19 300 patients.

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



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

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

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

Sources > DREES, SAE 2009-2019, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.



Les taux d'occupation des lits d'hospitalisation sont stables depuis 2013

En 2019, le taux d'occupation des lits est de 82,5 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,5 %) et en soins de longue durée qu'il est le plus élevé (93,1 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,3 % pour la psychiatrie et à 85,8 % pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines². Entre 2013 et 2019, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines.

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

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. En MCO, les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics eux aussi, mais 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'établissement. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées effectuent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est

concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2019 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est pratiquée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées concentrent 63 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, dont la durée de réalisation est plus longue. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. La répartition des capacités entre le public et le privé est, par ailleurs, très variable selon les régions.

Le nombre annuel de passages aux urgences progresse moins rapidement depuis 2016

En 2019, les 697 structures des urgences françaises ont pris en charge 22,0 millions de passages (21,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 1,0 % de plus qu'en 2018. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a ensuite augmenté régulièrement durant vingt ans, de 3,5 % par an en moyenne.

Toutefois, ces dernières années, le nombre annuel de passages aux urgences progresse moins vite. Entre 2016 et 2019, il n'a augmenté que de 1,5 % par an en moyenne, contre 3,7 % par an entre 2013 et 2016.

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 31 600 patients par an, le nombre

2. 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.

moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (27 800 passages en moyenne par an, contre 32 100). 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 57 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 26 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 48 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 387 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

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

En 2019, 12,9 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 70 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les 3,8 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2019.

Par ailleurs, les parcours de soins par champ sanitaire indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,7 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,3 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,8 %

d'entre eux. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2019.

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

Au 31 décembre 2019, 481 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM (491 en 2018) : 184 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 142 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 de type 2b (possédant les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 de type 3 (possédant les trois types de services précédents plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 100 lits d'obstétrique au 31 décembre 2019 et ont réalisé 740 000 accouchements³.

Les maternités de type 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (71 % des maternités de type 2a, 91 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 76 % des lits et 81 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2019, contre la moitié en 2009.

65 % des interruptions volontaires de grossesse sont réalisées à l'hôpital public

En 2019, 232 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. 171 000 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 88 % à l'hôpital public. 6 000 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009, et 55 500 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 16,1 en 2019. Il s'établit à 15,7 en métropole et varie du simple au double d'un département métropolitain à l'autre :

³. Non compris les 4 500 accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique et les 1 500 accouchements de maternités ayant fermé au cours de l'année 2019.



de moins de 10 dans les départements de la Mayenne ou de la Creuse à plus de 20 dans le Sud-Est et en Île-de-France. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 22 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion et à Mayotte, 29 à la Martinique, 39 en Guadeloupe et 40 en Guyane, soit une moyenne de 28 pour les cinq DROM.

Les effectifs salariés du secteur hospitalier reculent en 2018, pour la deuxième année consécutive

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de 1,6 % fin 2010 à 0,3 % fin 2016. En 2017, ils diminuent de 0,3 %, pour la première fois depuis quinze ans, recul qui se confirme en 2018 (-0,4 % fin 2018). Cette baisse est observée aussi bien dans le secteur hospitalier public que privé (tableau 1).

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers reculent de 0,3 % en 2018 (-2 900 salariés). Cette baisse concerne presque uniquement les « autres personnels soignants », dont le nombre de salariés continue de se replier en 2018 (-2,7 %, soit -4 200 salariés), en raison notamment de la diminution du nombre de contrats aidés dans la fonction publique hospitalière (FPH).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers baissent de façon plus nette que dans le secteur public (-0,7 % en 2018, soit -2 200 salariés). C'est le résultat du recul marqué du nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » (-2,9 %, soit -1 800 salariés). Les effectifs de salariés diminuent également dans la filière administrative (-1,1 %) et, plus modestement, dans la catégorie des infirmiers (-0,2 %).

Les données préliminaires, disponibles uniquement pour le secteur public, indiquent en

2019 un léger rebond des effectifs salariés du secteur hospitalier public, qui progressent de 0,2 % (+2 100 salariés). Comme le nombre de contrats aidés dans la FPH cesse progressivement de baisser, les effectifs de personnel soignant non médical se stabilisent après quatre années de baisse. La levée de ce frein explique l'essentiel du rebond des effectifs salariés hospitaliers du public en 2019.

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

Fin 2018, 1,36 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé⁴. Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés, le reste étant comptabilisé dans le secteur privé (à but lucratif ou non).

Les effectifs salariés de personnel médical (y compris internes, faisant fonction d'internes [FFI] et sages-femmes) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2018 à 161 000, soit 12 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 109 000 médecins salariés, 35 000 internes et assimilés et 17 000 sages-femmes. 84 % de ces salariés sont employés dans le secteur public.

Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,20 million à fin 2018. Ils comprennent notamment 850 000 salariés de personnel soignant (dont 354 000 infirmiers et 287 000 aides-soignants) et 346 000 salariés de personnel non soignant (administratif ou autre).

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissement de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissement de santé s'élève à près de 42 000 au 31 décembre 2019⁵, dont 84 % se trouvent dans les cliniques privées à but lucratif.

4. 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 », résultats de la déclaration par chaque établissement du nombre de salariés qu'il rémunère, susceptible de donner lieu à des doubles comptes.

5. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer les effectifs en personnes physiques (sans doubles comptes) 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.

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

Avec 97,1 milliards d'euros de dépenses en 2019, financées à 91,6 % par l'Assurance maladie, le

secteur hospitalier⁶ représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,7 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 74,9 milliards d'euros pour le

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public (2018 et 2019) et privé (2018)

	2018	2019	Évolution 2013-2018 (en %)	Évolution 2017-2018 (en %)	Évolution 2018-2019 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	1 048 366	1 050 427	0,1	-0,3	0,2
Personnel médical	136 318	138 736	5,8	0,8	1,8
Médecins et assimilés	90 877	92 168	2,4	0,2	1,4
Internes et FFI	32 284	33 279	17,7	2,4	3,1
Sages-femmes	13 157	13 289	3,8	0,7	1,0
Personnel non médical soignant	638 606	638 208	-1,0	-0,7	-0,1
Infirmiers	263 105	263 247	2,0	0,1	0,1
Aides-soignants	226 741	226 748	0,7	-0,2	0,0
Autres personnels soignants	148 760	148 213	-8,2	-2,7	-0,4
Personnel non médical non soignant	273 442	273 483	0,2	0,2	0,0
Filière administrative	105 450	105 371	-0,4	0,1	-0,1
Autres personnels non soignants	167 992	168 112	0,5	0,3	0,1
Salariés du secteur hospitalier privé	309 277	n.d.	2,0	-0,7	n.d.
Personnel médical	25 020	n.d.	9,2	0,8	n.d.
Médecins et assimilés	18 583	n.d.	11,1	1,4	n.d.
Internes et FFI	2 599	n.d.	18,1	1,1	n.d.
Sages-femmes	3 838	n.d.	-3,5	-2,1	n.d.
Personnel non médical soignant	211 332	n.d.	1,4	-1,0	n.d.
Infirmiers	90 677	n.d.	4,3	-0,2	n.d.
Aides-soignants	59 840	n.d.	-0,7	-0,1	n.d.
Autres personnels soignants	60 815	n.d.	-0,7	-2,9	n.d.
Personnel non médical non soignant	72 925	n.d.	1,6	-0,4	n.d.
Filière administrative	41 775	n.d.	2,7	-1,1	n.d.
Autres personnels non soignants	31 150	n.d.	0,3	0,6	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 357 643	n.d.	0,6	-0,4	n.d.
Personnel médical	161 338	n.d.	6,3	0,8	n.d.
Personnel non médical soignant	849 938	n.d.	-0,4	-0,8	n.d.
Personnel non médical non soignant	346 367	n.d.	0,5	0,1	n.d.

n.d. : non déterminé.

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), France entière (y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis).

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

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



secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif⁷) et à 22,2 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

La meilleure rentabilité des établissements privés favorise leur désendettement

En 2019, la rentabilité⁸ des cliniques privées s'établit à 2,4 % du chiffre d'affaires, en hausse de 0,2 point par rapport à 2018. Ce rebond est notamment porté par de bons résultats d'exploitation. L'excédent brut d'exploitation, rapporté au chiffre d'affaires, augmente ainsi pour la première fois depuis 2014. Dans ce contexte favorable, le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2019, pour atteindre un niveau historiquement bas de 33,5 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement, pour sa part, repart à la hausse : il s'élève à 4,7 % du chiffre d'affaires, après 4,4 % en 2018.

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif⁹ (Espic), anciennement sous dotation globale, les comptes financiers s'améliorent légèrement et restent excédentaires pour la troisième année consécutive, ce qui contraste avec la période de déficit systématique observée de 2008 à 2016. Leur excédent s'établit à 45 millions d'euros, soit 0,4 % des produits bruts d'exploitation (0,2 % en 2018). La proportion d'Espic déficitaires diminue légèrement en 2019 (35 %, après 36 % en 2018), mais la situation est contrastée selon les catégories d'établissements : la proportion d'établissements de MCO déficitaires poursuit son augmentation (48 %, après 43 % en 2018 et 40 % en 2017), tandis qu'elle diminue pour les autres catégories d'établissements,

en cohérence avec l'amélioration globale de leur situation financière. La situation excédentaire des Espic favorise la poursuite du repli de leur taux d'endettement, de 47,0 % des ressources stables en 2012 à 41,9 % en 2019. Parallèlement, leur effort d'investissement recule en 2019 pour atteindre 3,9 % des produits bruts d'exploitation, après 5,6 % en 2018.

Toujours déficitaires, les hôpitaux publics connaissent un premier signe de désendettement en 2019

En 2019, la situation financière des hôpitaux publics reste déficitaire avec un déficit du résultat net stabilisé à 569 millions d'euros, niveau identique à celui de 2018 (après 740 millions en 2017). Leur rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net aux recettes, est également stable à -0,7 % des recettes, son plus bas niveau depuis 2002. Après une baisse continue depuis 2009, l'effort d'investissement progresse modestement et atteint 4,7 % des recettes en 2019, après 4,6 % en 2018.

Pour la première fois depuis 2015, l'encours de la dette diminue légèrement en 2019 et atteint 29,3 milliards d'euros (29,5 milliards d'euros en 2018). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %) et recule depuis lentement mais régulièrement, pour s'établir à 35,7 % des recettes en 2019.

Ces premiers signaux de désendettement sont aussi visibles, pour la première fois depuis 2002, sur le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières) : il diminue légèrement et atteint 51,4 % en 2019, après 51,7 % en 2018. ■

7. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 29, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 28, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.

8. La rentabilité nette des cliniques privées rapporte ici leur résultat net à leur chiffre d'affaires.

9. Les données disponibles ne permettent pas de couvrir l'intégralité des établissements privés à but non lucratif, mais uniquement les Espic. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).