

■ 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.

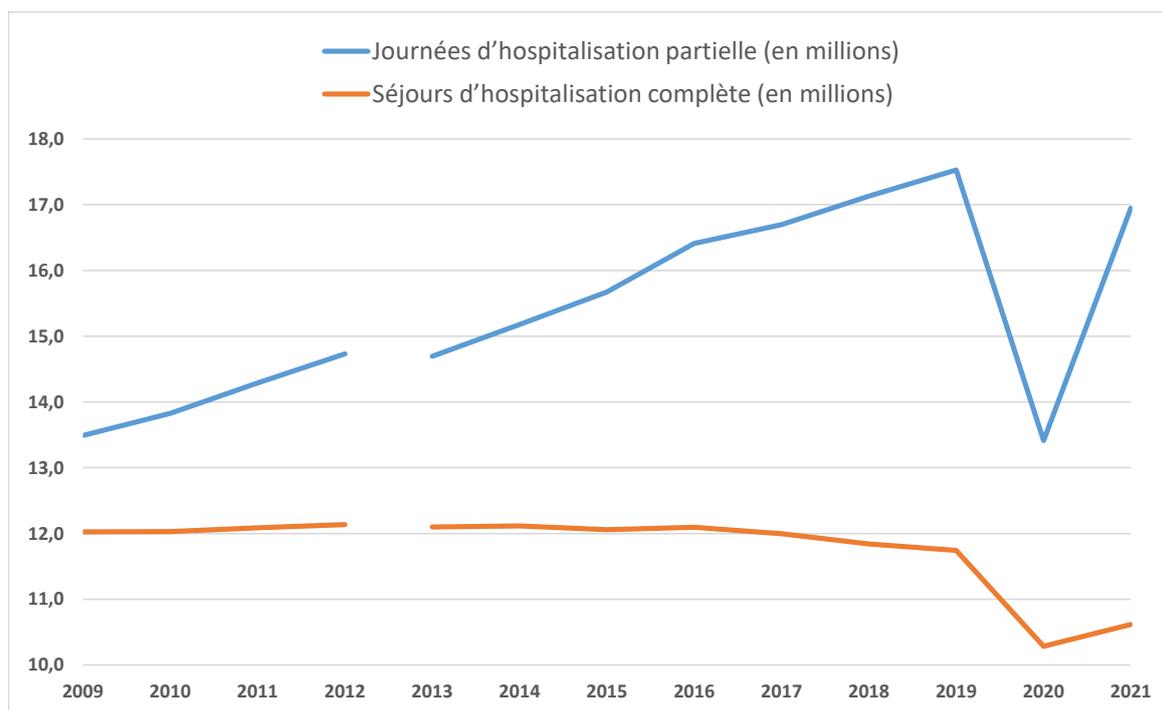
La répartition des séjours par grande discipline médicale varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 87 % (86 % en 2019) des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 8 % (9 % en 2019) et celle de psychiatrie 5 % (comme en 2019). Désormais, les soins 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.