RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Drees

PANORAMAS DE LA DREES
SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2022

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

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

Les établissements de santé

ÉDITION 2022

Les établissements de santé - édition 2022

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination
Bénédicte Boisguérin

Rédaction
Manuella Baraton, Bénédicte Boisguérin, Noémie Courtejoie, Simon Delage, Aurélie Delaporte, Christophe Dixte, Yves Dubois, Khadija Jabri, Candice Legris, Édouard Maugendre, Sandrine Morin, Diane Naouri, Jehanne Richet, Charline Sterchele, Fabien Toutlemonde, Annick Vilain, Albert Vuagnat

Directeur de la publication
Fabrice Lenglart

Responsables d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial
Céline Roux

Secrétaire de rédaction
Mathilde Deprez

Maquettiste
NDBD

Création graphique
Philippe Brulin

Avant-propos

Les établissements de santé proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2022 présente les données de 2020, première année de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Celle-ci a fortement perturbé l'activité hospitalière et a eu un impact sur la plupart des sujets abordés dans cet ouvrage. Pour cette raison, une synthèse consacrée aux effets du Covid-19 dans les établissements de santé complète exceptionnellement la vue d'ensemble.

Les données sont relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe[1], Guyane, La Réunion et Mayotte). L'ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il offre une analyse plus détaillée d'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 ou encore la médecine d'urgence. Il présente également des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des éléments de cadrage économique et financier. Ces informations sont présentées à travers 27 fiches thématiques et synthétiques, accompagnées de tableaux, de cartes, de graphiques et d'annexes. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chacune des fiches.

Diverses sources de référence ont été mobilisées pour rédiger cet ouvrage, 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). Le système d'information sur les agents du secteur public (Siasp) et les indicateurs de la Haute Autorité de santé (HAS) viennent compléter l'ensemble de ces sources.

---

1. 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).

Sommaire

Les établissements de santé - édition 2022

1

Vue d'ensemble

Synthèse Covid-19

Fiches thématiques

Annexes

Vue d'ensemble

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

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

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

Le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013 à 2 989 fin 2020 (-4,3 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette évolution est un peu plus marquée pour les hôpitaux publics, dont le nombre d'entités géographiques est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 347 fin 2020 (-73 entités géographiques en 7 ans, soit -5,1 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

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

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

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

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

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

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

En court séjour (MCO), la baisse du nombre de lits s'est effectuée à un rythme assez régulier, de 236 000 fin 2003 à 202 000 fin 2019. Des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie) ont rendu cette évolution possible, en permettant de réaliser en sécurité un nombre croissant de prises en charge en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitée. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prises en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En psychiatrie, ces alternatives sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, avant de diminuer de nouveau ces dernières années.

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

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

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

La baisse du nombre de lits susceptibles d'accueillir des patients est un peu plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %) que durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). Ce phénomène est probablement lié au contexte d'épidémie de Covid-19 et à ses conséquences sur les capacités d'hospitalisation et les ressources humaines hospitalières[2]. De nombreuses hospitalisations ont, en effet, été reprogrammées et certains personnels ont été réaffectés aux services de soins critiques, entraînant la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients dans leurs services d'origine. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples. Tous ces éléments se traduisent par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre 2020 (soit à la fin de la seconde vague épidémique). En 2020, les établissements de santé comptent ainsi 387 000 lits d'hospitalisation complète, soit 82 000 lits de moins qu'en 2003.

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

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

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

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

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

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

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

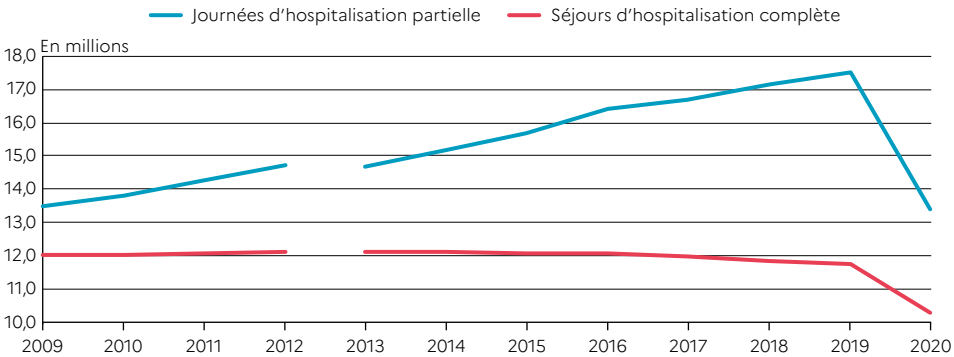
L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, quant à elle, d'une grande diversité. Si la Martinique et la Guadeloupe ont des capacités hospitalières qui se rapprochent de celles de la France métropolitaine, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les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

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

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

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

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



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Notes > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie. À partir de 2013, les données comprennent l'activité liée aux 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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2009-2020, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

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

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

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

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

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

À ces prises en charge s'ajoutent 14,3 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 0,7 % par rapport à 2019. Cela représente un net ralentissement de ces formes de prise en charge, qui avaient connu une progression soutenue les années précédentes (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Alors que le nombre de séances de dialyse continue à augmenter en 2020, le nombre de séances de chimiothérapie reste stable et celui de radiothérapie diminue de 4,1 %. Comme les années précédentes, la grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (7,4 millions de séances de dialyse, 3,9 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie ambulatoires).

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

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

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

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

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

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

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

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. En MCO, si les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics (69 % des séjours), en revanche 49 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR est répartie de manière plus équilibrée entre les différents types d'établissements. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public (71 % des séjours de MCO), tandis que les cliniques privées effectuent près de la moitié de leur activité en chirurgie (49 % des séjours). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le secteur public, mais plus forte que dans le secteur privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale recensées en France en 2020 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées concentrent 65 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, avec une durée d'intervention plus longue. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. La répartition des capacités entre le secteur public et le secteur privé s'avère, en outre, très variable selon les régions.

4. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

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

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

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

En 2020, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, un peu plus de 26 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (20 000 passages en moyenne par an, contre 27 000). Ces nombres moyens de passages par structure sont en fort recul par rapport à 2019, en raison de la baisse globale de l'activité. De ce fait, 28 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages en 2020 (18 % en 2019) et 68 % d'entre elles, moins de 30 000 (57 % en 2019). À l'opposé, 17 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages en 2020 (26 % en 2019). Elles traitent 26 % de l'ensemble des passages en 2020, après 48 % en 2019.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 388 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

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

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

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

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

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

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

(possédant les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonatals) et 67 de type 3 (possédant les trois types de services précédents plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 14 800 lits d'obstétrique fin 2020 et ont réalisé 722 000 accouchements[6], soit 17 000 de moins qu'en 2019, recul lié à la baisse du nombre de naissances (Papon, Beaumel, 2021).

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

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

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

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,4 en 2020, après 16,1 en 2019. Il s'établit à 14,9 en France métropolitaine et varie du simple au double d'un département métropolitain à l'autre : de moins de 9 en Mayenne à plus de 22 dans le Var. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 21,3 IVG pour 1 000 femmes à Mayotte, 21,8 à La Réunion, 27,2 à la Martinique, 39,3 en Guadeloupe et 42,4 en Guyane, soit une moyenne de 28,4 pour les cinq DROM.

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

Fin 2019, 1,36 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé[7]. Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés.

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

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

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissement de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissement de santé s'élève à près de 42 000 au 31 décembre 2019[8], dont 84 % se trouvent dans les cliniques privées à but lucratif.

---

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

7. Il s'agit d'effectifs salariés en « personnes physiques » : les salariés ayant plusieurs emplois hospitaliers ne sont comptabilisés qu'une seule fois. Cette notion se distingue de la notion de « postes de travail », résultat de la déclaration par chaque établissement du nombre de salariés qu'il rémunère, susceptible de donner lieu à des doubles comptes.

8. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer les effectifs en personnes physiques (sans double compte) des libéraux exerçant dans le secteur hospitalier. C'est donc le nombre de postes déclarés par chaque établissement de santé, public ou privé, qui est présenté ici. Les libéraux en poste dans deux établissements de santé sont ainsi comptabilisés deux fois.

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

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de +1,6 % fin 2010 à -0,4 % fin 2018. En 2019, ils connaissent une légère hausse, de 0,2 % *(tableau 1)*. Cette reprise concerne uniquement le secteur public, les effectifs salariés se repliant de nouveau légèrement dans le secteur hospitalier privé.

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

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

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

n.d. : non disponible.
Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les Espic) et ceux à but lucratif (cliniques privées).
Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

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

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

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

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

Avec 100,5 milliards d'euros de dépenses en 2020, financés à 92,8 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier[9] représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (48,1 %) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 78,7 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif[10]) et à 21,9 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif). ■

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

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

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

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

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

•••

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

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

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M.** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

> **Papon, S., Beaumel, C.** (2021, mars). Bilan démographique 2020. Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages. Insee, *Insee Première,* 1846.

> **Vilain, A.** (2021, septembre) Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1207.

2

Vue d'ensemble

Synthèse Covid-19

Fiches thématiques

Annexes

Synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020

L'année 2020 a été marquée par l'épidémie de Covid-19, dont la prise en charge a représenté une part significative de l'activité hospitalière : 3,4 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète et 0,6 % 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 notamment, ces derniers ont représenté un quart de l'ensemble des journées d'hospitalisation en 2020.
Les déprogrammations de soins, les périodes de confinement, ainsi que les recommandations concernant les gestes barrières se sont traduites par plusieurs ruptures majeures de tendance. L'activité d'hospitalisation complète a connu une baisse sans précédent (-12,4 % pour le nombre de séjours et -8,4 % pour le nombre de journées) et le développement de l'hospitalisation partielle s'est interrompu (-23,5 % pour le nombre de journées). Le nombre de passages aux urgences a baissé de 17,3 %, une rupture historique après plus de deux décennies de croissance continue et dynamique.
L'emploi hospitalier a augmenté de 1,9 % (dans le secteur public) et la dépense de consommation de soins hospitaliers de 3,7 %, du fait des mesures exceptionnelles instaurées pour faire face à l'épidémie, notamment le Ségur de la santé. Par ailleurs, un dispositif spécifique de financement des établissements de santé a été mis en place afin de sécuriser leurs recettes.

Les établissements de santé ont été très affectés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19

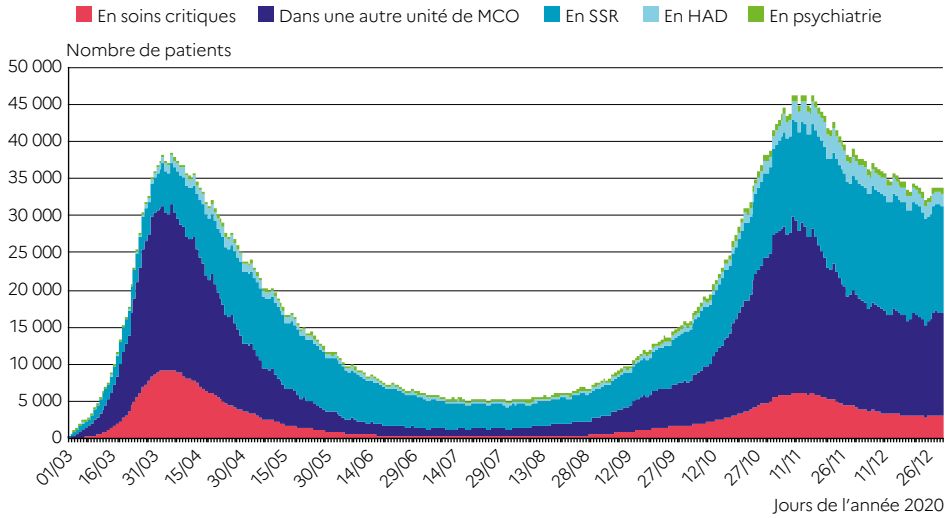
L'année 2020, qui a vu émerger le Covid-19 en France, a été marquée par un contexte sanitaire exceptionnel. Les établissements de santé ont été confrontés à des afflux massifs de patients infectés par le SARS-CoV-2 au cours d'une première vague épidémique, dont le pic a été atteint fin mars 2020, puis d'une seconde vague, dont le pic a été atteint fin octobre 2020 *(graphique 1)*. La première vague a été plus localisée, affectant plus durement les établissements de santé des régions Grand Est et Île-de-France. La seconde vague a touché plus uniformément l'ensemble du territoire, même si l'ouest de la France a été moins touché que le reste de la France métropolitaine. Dans les DROM, c'est la Guyane qui a été la plus affectée par l'épidémie, et ce, davantage au cours de la seconde vague que de la première.
L'impact de la crise sanitaire sur les établissements de santé a dépassé la seule prise en charge des patients atteints de Covid-19. Les périodes de confinement, les décisions de déprogrammation de soins ainsi que les recommandations concernant les gestes barrières ont eu des conséquences sur l'ensemble de l'activité hospitalière. 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 2020, ainsi que sur les effectifs salariés et la consommation de soins.
Dans cet ouvrage, 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). Les séjours codés avec un diagnostic principal (ou relié[1]) de Covid-19 sont supposés être ceux dont le traitement du Covid-19 est le motif médical central (majoritairement 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 infecté par le SARS-CoV-2 (cas possible dans toutes les disciplines hospitalières). Les consignes et les pratiques de codage ont toutefois pu diverger, si bien que la frontière entre diagnostic principal et associé est à interpréter avec précaution. Dans cet ouvrage, les décomptes de « séjours Covid-19 » sont détaillés selon ces deux composantes.

Le Covid-19 a représenté 3,4 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,6 % des journées d'hospitalisation partielle

En 2020, les établissements de santé ont enregistré 347 000 séjours d'hospitalisation complète, avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19, soit 3,4 % de l'ensemble des séjours

Graphique 1 Nombre quotidien de patients hospitalisés atteints de Covid-19, dans chaque discipline hospitalière, du 1er mars au 31 décembre 2020



HAD : hospitalisation à domicile ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Note > Tous les patients hospitalisés avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19 sont représentés, qu'il s'agisse d'une hospitalisation à temps complet ou partiel, dans l'une des quatre disciplines hospitalières. Un même patient ne peut pas être comptabilisé plus d'une fois par jour. Tous les séjours commencés entre le 1er mars et le 31 décembre 2020 sont inclus, y compris les séjours non clos au 31 décembre 2020, afin d'appréhender de manière exhaustive l'ampleur de la prise en charge hospitalière des patients atteints de Covid-19. Ce choix méthodologique diffère de celui retenu dans le reste de cet ouvrage, qui se focalise sur les séjours terminés dans l'année.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020 et 2021, PMSI-SSR 2020 et 2021, PMSI-HAD 2020 et 2021 et RIM-P 2020 et 2021, traitements DREES.

1. Plusieurs types de diagnostics permettent d'identifier les pathologies dans le PMSI. Le « diagnostic principal » (DP) est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient, tandis que le « diagnostic associé » (DA) est relatif à un autre problème de santé supposant une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens. En complément, dans le PMSI-MCO uniquement, le DP peut être complété et précisé par un « diagnostic relié » (DR) qui a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient. Dans la suite de cette synthèse, il n'est plus fait mention que de « diagnostic principal » ou de « diagnostic associé », le terme « diagnostic principal » incluant également les diagnostics reliés dans le cas de séjours de MCO.

d'hospitalisation complète hors unités de soins de longue durée (USLD). 75 % de l'ensemble de ces séjours Covid-19 ont été réalisés dans le secteur public, 14 % dans le secteur privé à but lucratif et 11 % dans le secteur privé à but non lucratif. Ces séjours ont représenté 3,2 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 6,9 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 0,6 % en psychiatrie, où le codage de diagnostic Covid-19 est marginal.

La prise en charge des patients atteints de Covid-19 a représenté 5,7 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète hors USLD en 2020, et 5,9 % des journées d'hospitalisation complète en MCO. Ces moyennes annuelles masquent d'importantes variations liées au contexte sanitaire : 16,0 % des journées d'hospitalisation complète en MCO ont été consacrées aux patients atteints de Covid-19 au cours de la première vague épidémique (entre le 16 mars et le 15 mai 2020), 13,7 % au cours de la seconde vague (entre le 15 octobre et le 31 décembre 2020), mais seulement 1,4 % au plus bas de l'épidémie (entre le 1er juillet et le 31 août 2020). Par ailleurs, la charge des patients atteints de Covid-19 a été inégalement répartie sur le territoire. En particulier, au cours de la première vague épidémique, elle a représenté 32,9 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète de MCO en Île-de-France et 29,6 % dans le Grand Est, mais seulement 4,7 % en Bretagne et 1,7 % en Guyane.

Parmi l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19, 72 % ont été codés avec un diagnostic principal de Covid-19. Ils sont alors le plus souvent classés en médecine (85 %), 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 diagnostic associé de Covid-19 ont été réalisés majoritairement en médecine (62 %), mais il en existe également en chirurgie (9 % de ce type de séjours), en obstétrique (5 %) et en SSR (24 %), probablement pour des patients dont la prise en charge avait un autre motif initial[2], mais qui ont été infectés par le SARS-CoV-2 durant leur hospitalisation.

Par ailleurs, 76 000 journées d'hospitalisation partielle avec un diagnostic Covid-19 ont été enregistrées, soit 0,6 % du total des journées d'hospitalisation partielle. Là encore, la majorité de ces journées Covid-19 comportaient un diagnostic principal de Covid-19 (80 %) et ont été concentrées principalement en médecine.

En 2020, 17 400 séjours d'hospitalisation à domicile (HAD) comportaient un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année.

87 % des patients hospitalisés atteints de Covid-19 ont été pris en charge en MCO

En 2020, 303 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, ce qui représente 2,6 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année. 240 000 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. Les 63 000 patients avec un diagnostic associé de Covid-19 se répartissent, pour leur part, dans tous les groupes de prises en charge.

La prise en charge des patients atteints de Covid-19 a concerné les quatre champs hospitaliers *(graphique 1)*, avec une prédominance du champ MCO, qui comptabilise 87 % d'entre eux.

83 % des patients pris en charge pour Covid-19[3] ont débuté leurs parcours hospitaliers en MCO et

2. Apprécié par un diagnostic principal (ou relié en MCO) non Covid-19.

3. L'analyse de l'activité hospitalière Covid-19 en 2020 par l'ATIH (ATIH, 2021) porte sur les patients hospitalisés en 2020 pour une prise en charge du Covid-19 dans les quatre champs hospitaliers (MCO, psychiatrie, SSR et HAD). La définition retenue par l'ATIH pour identifier cette population n'est pas strictement la même que celle utilisée dans cet ouvrage. Notamment, dans la synthèse de l'ATIH, le code U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique) n'est pas utilisé pour identifier les prises en charge du Covid-19, alors que cet ouvrage les décompte parmi les diagnostics de Covid-19. De plus, dans la synthèse de l'ATIH, seuls les diagnostics principaux ou reliés sont considérés pour identifier les prises en charge du Covid-19 en MCO, alors que les diagnostics associés sont également considérés dans les autres champs. Cet ouvrage décompte les diagnostics principaux, reliés et associés, en MCO comme dans les autres champs.

71 % d'entre eux y ont été hospitalisés exclusivement (ATIH, 2021). Parmi les patients ayant débuté leur parcours de soins en MCO, un patient sur six a été hospitalisé dans un service de réanimation ; cette proportion s'élève à un sur quatre en considérant l'ensemble des services de soins critiques (qui comprennent, outre la réanimation, les soins continus et les soins intensifs). 9 % des patients pris en charge pour Covid-19 ont été hospitalisés en SSR uniquement et 5 % en HAD uniquement.

14 % des patients avec un diagnostic de Covid-19 ont été pris en charge dans plusieurs champs sanitaires au cours de l'année 2020 (ATIH, 2021), majoritairement en MCO et SSR (12 % des patients). L'admission en SSR après la phase aiguë de la maladie est une suite fréquente pour les patients présentant notamment des problèmes articulaires et musculaires, des complications respiratoires ou encore des atteintes neurologiques. Au cours de la première vague de l'épidémie, 14 % des patients hospitalisés en MCO (et non décédés) ont également été admis en SSR, et même davantage si leur séjour comprenait un passage en soins critiques (22 % contre 13 % sinon[4]) [Courtejoie et Dubost, 2020].

La durée moyenne de séjour s'est avérée 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 10,5 jours en MCO à 39,4 jours en SSR en 2020. En comparaison, en 2019, les durées moyennes de séjour (tous motifs confondus) en hospitalisation complète en MCO et en SSR étaient respectivement de 5,5 jours et 34,7 jours. Ces différences peuvent s'expliquer 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 pour cette pathologie.

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 2019 (13,7 jours, contre 28,0 jours). Cet écart est lié aux motifs les plus fréquents d'admission en HAD, à savoir les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, et les pansements complexes et soins spécifiques. Ces prises en charge souvent complexes peuvent donner lieu à des séjours en HAD bien plus longs que ceux des patients atteints de Covid-19.

Un quart des journées en réanimation a concerné des patients atteints de Covid-19

Pour les séjours terminés en 2020, la prise en charge de patients atteints de Covid-19 a représenté un quart de l'ensemble des journées en réanimation, soit 396 000 journées avec un diagnostic principal de Covid-19 et 80 000 journées avec un diagnostic associé. L'épidémie a ainsi fortement augmenté l'activité en réanimation, dont le nombre de journées a progressé de 13,5 % entre 2019 et 2020. En tenant compte de l'ensemble des séjours ayant donné lieu à un passage en réanimation en 2020, y compris ceux terminés en 2021, le nombre de journées en réanimation a augmenté de 16,9 % par rapport à 2019.

L'évolution entre 2019 et 2020 masque de fortes variations mensuelles. Le nombre de journées en réanimation a augmenté de 17,9 % entre les mois de février et mars 2020, puis de 40,5 % entre mars et avril, en raison de l'afflux de patients atteints de Covid-19. Au cours de la première semaine du mois d'avril 2020, le nombre de journées en réanimation a atteint son maximum, soit 53 500 journées, dont 39 900 journées de patients atteints de Covid-19 (74,6 % du total des journées de réanimation de cette semaine-là).

Malgré les deux vagues épidémiques de Covid-19, le nombre de journées en soins critiques a légèrement baissé en 2020 (-0,6 %). La progression du nombre de journées en réanimation a été contrebalancée par le recul du nombre de journées en surveillance continue (-8,6 %) et en soins intensifs (-4,2 %), du fait notamment des nombreuses déprogrammations de soins. Si les mois de mars et avril 2020 ont connu la plus

4. Les chiffres extraits de cette étude ne sont pas obtenus à partir du PMSI mais de SI-VIC, le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles *(encadré 1)*.

forte augmentation d'activité en réanimation (en raison d'afflux de patients atteints de Covid-19), dans le même temps le nombre de journées « hors Covid-19 » a baissé respectivement de 23,5 % puis de 26,2 % durant ces deux mois.

Les capacités d'accueil ont progressé de 3,6 % en soins critiques et de 14,3 % en réanimation

Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre de lits a connu de fortes variations

Encadré 1 Deux systèmes d'information recensent les patients atteints de Covid-19 : SI-VIC et le PMSI

L'essentiel des décomptes de patients atteints de Covid-19 qui figurent dans cet ouvrage sont extraits du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette base de données rassemble la totalité des séjours hospitaliers effectués en France et terminés. Elle décrit les motifs d'hospitalisation correspondants (diagnostics principaux et associés). Les informations collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), puis contrôlées dans un but de tarification, sont issues du codage réalisé par les établissements en fin de séjour. Elles sont considérées comme quasi complètes environ quatre mois après la fin du séjour. Le PMSI permet donc de décompter les patients pris en charge pour des séjours Covid-19 à partir de données complètes et de qualité, mais avec un décalage de plusieurs mois.

La gestion de la crise sanitaire nécessitant une remontée d'information rapide, c'est le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC) qui a été utilisé pour la production des indicateurs officiels de suivi de la situation sanitaire. Ce système de collecte de données a été créé en 2016 à la suite des attentats à Paris afin de renseigner l'identité des victimes au cours de leur prise en charge hospitalière. L'outil SI-VIC est le pivot du dénombrement hospitalier des patients atteints de Covid-19 depuis le 16 mars 2020. Il permet de suivre en temps quasi réel les entrées à l'hôpital de ces patients ainsi que leur date de sortie.

Les séries de primo-admissions[1] de patients atteints de Covid-19 en MCO issues de SI-VIC et du PMSI s'avèrent suivre des tendances similaires entre mars et décembre 2020 (à partir de données extraites fin mars 2021) [El Rais *et al.*, 2021]. Les nombres de primo-admissions restent proches, mais sont systématiquement plus élevés dans le PMSI, plus particulièrement au moment des pics épidémiques, avec un écart plus marqué lors de la première vague (écart de 20,1 %, contre 8,7 % lors de la seconde vague).

Plusieurs éléments expliquent ces différences :
- la mise en place de SI-VIC comme outil de suivi des entrées à l'hôpital de patients atteints de Covid-19 ayant eu lieu mi-mars 2020, il est possible que le recueil n'ait pas été exhaustif au cours des premières semaines de l'épidémie ;
- la saisie dans SI-VIC ajoute une charge administrative supplémentaire et la remontée des informations pourrait y être moins exhaustive que dans le PMSI ;
- sont inclus dans SI-VIC tous les patients pour lesquels un diagnostic d'infection par SARS-CoV-2 a été établi (par PCR ou scanner thoracique), que le Covid-19 soit ou non le motif principal d'hospitalisation. Toutefois, l'inclusion ou non dans SI-VIC est sensible aux pratiques et à l'interprétation des consignes de codage. Il est ainsi possible que certains établissements de santé n'aient renseigné que les cas liés directement au Covid-19.

Par ailleurs, le décompte de patients atteints de Covid-19 présents au quotidien, à partir de SI-VIC, peut-être biaisé par le défaut de clôture de certains séjours par les établissements. En effet, un nettoyage de la base de données effectué fin août 2020 par les établissements de santé, sous pilotage des ARS, a mis en évidence que la grande majorité des séjours particulièrement longs étaient dus à des défauts de clôture.

1. Une primo-admission en MCO est définie comme la première admission d'un patient en MCO, quels que soient le service ou l'établissement d'entrée (en cas de transfert notamment).

au cours de l'année 2020, particulièrement marquées en soins critiques. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permet pas de retracer ce phénomène. D'une part, parce qu'elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année. D'autre part, parce qu'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. Cela signifie qu'ils ont été rendus opérationnels en matière 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. De fait, alors que 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 atteints de Covid-19 pris en charge en soins critiques est passé de 2 500 à 7 000 en à peine deux semaines[5] pendant la première vague, avec une concentration particulière en Île-de-France et dans le Grand Est. Dans près de la moitié des cas, ces patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique invasive (Naouri *et al.*, 2022), qui impose la prise en charge en réanimation. L'ampleur mais aussi la cinétique des entrées en réanimation au moment des pics épidémiques permettent de se représenter combien ont été importants les efforts de réorganisation en soins critiques et de déploiement temporaire de lits, efforts qu'il est difficile de retracer dans cet état des lieux statistique de fin d'année.

Au bilan de la SAE, le nombre de lits de soins critiques a progressé de 3,6 % entre le 31 décembre 2019 et le 31 décembre 2020, soit trois fois plus que la tendance des années précédentes. En particulier, le nombre de lits de réanimation a augmenté de 14,3 %, 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. 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 soins intensifs a ainsi augmenté de 0,5 %, tandis que celui de soins continus a baissé de 1,3 %.

Les écarts de densité de lits en réanimation se sont légèrement réduits avec la crise sanitaire

En 2020, la densité de lits en réanimation pour la France entière était de 9,3 lits pour 100 000 habitants, en forte progression par rapport à 2019 (8,1 lits). Les disparités de densité de lits en réanimation entre régions se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2020, avec la crise sanitaire. Les trois régions où le nombre de lits par habitant a le plus augmenté en 2020, à savoir la Guyane (+133 %), la Bretagne (+27 %) et les Pays de la Loire (+19 %), faisaient partie des régions les moins bien dotées en 2019. De 2013 à 2020, ce sont les DROM qui ont connu les évolutions les plus marquées de leur densité de lits en réanimation, permettant à la plupart d'entre eux d'atteindre un niveau proche de celui de la métropole. En particulier, la densité de lits en réanimation en Guyane, qui avait reculé de 20 % entre 2013 et 2019 – alors que la population augmentait pendant cette même période de 16 % – a plus que doublé durant la crise sanitaire pour atteindre un des niveaux les plus élevés de France (10,7 lits pour 100 000 habitants).

Les transferts de patients entre établissements de santé ont évité localement la saturation des capacités d'accueil

Du fait de la situation sanitaire exceptionnelle, de nombreux transferts de patients atteints de Covid-19 ont été mis en place entre les services de soins critiques de différents établissements de santé. Le déplacement de patients vers des services moins saturés a contribué à augmenter la capacité

5. Les données officielles sur la progression de l'épidémie en France, issues de SI-VIC *(encadré 1)*, puis consolidées par Santé publique France, sont disponibles sur la plateforme des données publiques (www.data.gouv.fr).

locale d'admission de nouveaux patients dans les régions les plus en tension. Ces transferts ont atteint une ampleur sans précédent lors de la première vague épidémique : 2 228 transferts interhospitaliers de patients pris en charge en soins critiques ont été recensés dans les données SI-VIC entre le 1er mars et le 21 juin 2020 (Sanchez *et al.*, 2021).

Ces transferts ont été réalisés sous la supervision des agences régionales de santé (ARS) et du ministère de la Santé, par le personnel soignant et les équipes administratives des hôpitaux. Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et le service de santé des armées (SSA) ont ainsi transporté les patients au moyen de véhicules de transport sanitaire, de trains, d'avions, de bateaux et d'hélicoptères. Ces transports ont été réalisés en présence d'une équipe médicale pendant l'intégralité du transfert. La plupart d'entre eux (72 %) ont été organisés sur de courtes distances au sein des régions (intrarégional), mais également sur de plus longues distances entre différentes régions (interrégional) et entre pays voisins (international). Au cours de la première vague épidémique, 39 % des transferts intrarégionaux ont été réalisés vers un hôpital situé à 10 km ou moins, tandis que 76 % des transferts interrégionaux ont été réalisés à plus de 200 km. Les régions effectuant des transferts internationaux présentaient des taux d'incidence particulièrement élevés (Sanchez *et al.*, 2021). La moitié des transferts de patients a eu lieu environ dix jours avant le pic de la première vague de l'épidémie, contribuant ainsi à une répartition plus uniforme des prises en charge et de la saturation hospitalière dans le pays.

Le recul des capacités d'hospitalisation complète s'est accentué et la hausse des capacités d'hospitalisation partielle s'est atténuée

La baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète a été un peu plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %) que durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). Ce recul est, toutefois, sans commune mesure avec la baisse concomitante de l'activité hospitalière globale, induite par la crise sanitaire. De fait, sous l'effet de l'épidémie de Covid-19, de nombreuses hospitalisations ont été reprogrammées et certains personnels ont été réaffectés aux services de soins critiques, entraînant la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients dans leurs services d'origine[6]. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples. Tous ces éléments se traduisent par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre 2020 (soit à la fin de la seconde vague épidémique), plus marquée en MCO, où les unités de soins ont été en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19. En MCO, la baisse du nombre de lits s'est établie à -1,6 % entre fin 2019 et fin 2020, après -1,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019.

Un recul des capacités d'hospitalisation complète, plus marqué en 2020 que durant les années précédentes, a aussi été observé dans d'autres grandes disciplines. Le nombre de lits a reculé de 1,2 % en psychiatrie entre fin 2019 et fin 2020 (après -0,9 % par an en moyenne de 2013 à 2019), en particulier dans les établissements publics, et de 1,1 % dans les USLD (après -0,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). En SSR, la baisse du nombre de lits en 2020 s'est poursuivie au même rythme qu'en 2019, après le plateau atteint entre 2015 et 2018.

La hausse du nombre de places d'hospitalisation partielle a nettement ralenti en 2020 : +1,7 % entre fin 2019 et fin 2020, après +2,5 % par an en moyenne de 2013 à 2019. La progression observée en 2020 a été principalement portée par les cliniques privées, tandis que la crise sanitaire semble avoir freiné la dynamique dans les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif. En particulier, la hausse des capacités d'hospitalisation

6. Le nombre maximal de patients par infirmier et aide-soignant en soins critiques est encadré par décret (Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002). En réanimation, par exemple, le décret prévoit deux infirmiers pour cinq patients et un aide-soignant pour quatre patients. Le nombre de patients par infirmier et aide-soignant est plus élevé dans les services d'hospitalisation conventionnelle autres que les soins critiques. Ainsi, si un personnel soignant est mobilisé en soins critiques et non remplacé dans son service d'origine, les conditions de sécurité imposent de ne plus accueillir de patients dans les lits concernés.

partielle s'est infléchie en 2020 en MCO (+1,9 %, après +3,1 % par an en moyenne de 2013 à 2019) et en SSR (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019), tandis que le nombre de places d'hospitalisation partielle a reculé en psychiatrie (-0,2 %, après +0,5 % en moyenne de 2013 à 2019).

Durant la crise sanitaire, une partie de l'activité de MCO s'est reportée sur l'HAD

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 SARS-CoV-2. Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque la trajectoire de soins a été « domicile-HAD-domicile » pour 30 % des séjours en HAD terminés en 2020, après 25 % en 2019.

Contrairement aux autres grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD voient leur activité progresser nettement durant la crise sanitaire : le nombre de séjours a augmenté de 15,8 % et le nombre de journées de 10,5 % en 2020. Au bilan, la capacité de prise en charge en HAD a progressé de 10,5 % en 2020 (après +6,7 % en 2019).

L'activité de HAD a augmenté en 2020 pour deux raisons. La première correspond à la prise en charge en HAD de patients atteints de Covid-19 et pour lesquels l'HAD représente une alternative à l'hospitalisation en MCO. Ces séjours correspondent à 6,8 % des séjours en HAD en 2020. La seconde est le report d'une partie de l'activité hors Covid-19 de MCO vers l'HAD : en raison du risque de contagion en établissements de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients ont été pris en charge à domicile plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle. Près de la moitié des établissements de HAD interrogés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020) ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients non atteints de Covid-19, en vue de désengorger les services de MCO.

La crise sanitaire a provoqué une baisse sans précédent de l'activité hospitalière

En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a marqué une rupture majeure avec les évolutions tendancielles observées les années précédentes. L'activité d'hospitalisation complète a connu une baisse sans précédent (-12,4 % pour le nombre de séjours et -8,4 % pour le nombre de journées par rapport à 2019) et le développement de l'hospitalisation partielle s'est interrompu. La baisse du nombre de séjours a été particulièrement forte pendant la première vague de l'épidémie (-52,9 % pour les séjours hors Covid-19 entre le 16 mars et le 15 mai 2020) et inégalement répartie sur le territoire, puisque les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées lors de la première vague, ont connu une diminution d'activité plus importante que les autres (Naouri *et al.*, 2021).

La baisse du nombre de séjours à temps complet a été similaire dans les secteurs public et privé. En particulier, le nombre de séjours de ce type a diminué de 12,0 % en MCO (après -0,5 % par an en moyenne de 2013 à 2019), de 14,4 % en psychiatrie (après -0,3 % par an en moyenne de 2013 à 2019) et de 15,2 % en SSR (après -0,5 % par an en moyenne de 2013 à 2019).

Le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé bien 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. Il s'établit à 77,1 % en 2020, après 82,6 % en moyenne de 2017 à 2019.

Le nombre total de journées d'hospitalisation partielle a aussi enregistré un fort recul (-23,5 %), interrompant ainsi la tendance à une progression régulière de cette forme de prise en charge (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019). La baisse d'activité partielle s'est avérée plus importante dans le secteur public (-27,3 %) et le secteur privé à but non lucratif (-28,3 %) que dans le secteur privé à but lucratif (-16,8 %).

La diminution de l'activité partielle en MCO (-11,9 %, après +3,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019) est moins marquée que dans les autres disciplines (-32,7 % en SSR après +6,4 % en moyenne de 2013 à 2019, et -34,6 % en psychiatrie après -0,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019).

Un recul de l'activité hospitalière, hors Covid-19, inédit et multifactoriel

Pour les prises en charge de patients n'étant pas affectés par le Covid-19, la baisse de l'activité hospitalière en 2020 s'est établie à 15,4 % pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète et 23,8 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. Ce recul inédit s'explique par les mesures sanitaires mises en place, ainsi que par une nécessaire réorganisation hospitalière.

Afin de faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19, des déprogrammations de soins non urgents ont eu lieu, notamment en chirurgie. En 2020, le nombre d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie a reculé de 15,1 % par rapport à 2019. Cette baisse d'activité est un peu moins prononcée dans les cliniques privées (-12,8 %) que dans les établissements publics (-18,4 %) ou privés à but non lucratif (-16,8 %). Les déprogrammations ont aussi concerné les séances : les séances de radiothérapie ont diminué de 4,1 %, alors que les séances de dialyse, non reportables même à très court terme, ont poursuivi leur progression (+3,6 %) en 2020. La baisse observée pour les séances de radiothérapie concorde avec d'autres études menées en France, qui ont révélé un retard de prise en charge de patients atteints de cancer, notamment concernant le diagnostic de nouveaux cancers (Blay *et al.*, 2021).

Plus généralement, 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, observée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non, qui marque une rupture avec la croissance continue et dynamique observée depuis 1996. 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 %). Cet écart peut s'expliquer par la disparité des motifs de recours entre les enfants (chez qui les motifs infectieux sont très importants) et les adultes. Le non-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 MCO, le recul du nombre de séjours hors Covid-19 a été plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (22,6 %) et, tous âges confondus, pour les séjours liés à des motifs ORL (-31,6 %), à des maladies infectieuses (-28,1 %) et à des maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-26,9 %], ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières (Naouri *et al.*, 2021).

Enfin, la peur d'être contaminé a aussi pu être à l'origine d'un non-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 interrogées 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 une ampleur inattendue : la baisse observée du nombre de passages aux urgences a aussi concerné les patients atteints de 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 de MCO pour cardiopathies ischémiques et AVC a été observée. Cette baisse a été plus marquée pendant la première vague (Naouri *et al.*, 2021).

En psychiatrie, le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel et en ambulatoire a nettement reculé (respectivement -7,0 % et -5,3 %). On note cependant une augmentation des syndromes dépressifs par rapport à 2019, à l'issue du premier confinement (enquête Epicov, Hazo *et al.*, 2021). La baisse d'activité en psychiatrie s'explique notamment par la fermeture, lors du premier confinement, de la quasi-totalité des structures extrahospitalières telles que les hôpitaux de jour et de nuit, ainsi que de nombreuses structures ambulatoires.

La baisse des conceptions pendant le premier confinement a entraîné une diminution des IVG

En 2020, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en établissement de santé en France a reculé de 4,8 % par rapport à 2019. Cette baisse a été plus marquée en mai, juin et, dans une moindre mesure, en juillet 2020. Dans le secteur libéral, en revanche, le nombre d'IVG a continué de croître au même rythme que les années précédentes, 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 et des salles de réveil et orienter davantage les femmes vers le secteur libéral pour leur IVG.
Selon les données de l'Insee sur les naissances vivantes (Brée, Breton *et al.*, 2021), le premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020) a entraîné une baisse des conceptions dès mars 2020, donc des naissances de novembre 2020 à février 2021, particulièrement marquée en décembre 2020 (-8 % par rapport aux trois dernières années) et en janvier 2021 (-14 %). Les IVG de mai, juin et juillet ont concerné des conceptions survenues durant le premier confinement, de mi-mars à début mai, le décalage de 8 semaines correspondant à l'âge gestationnel moyen pour une IVG. Ainsi, la baisse du nombre de grossesses pendant le confinement, qu'elles soient désirées ou non désirées, s'est traduite par une diminution particulièrement marquée des naissances fin 2020 et début 2021, et des IVG en mai et juin 2020 (alors que leur nombre était stable en mars et avril, pendant le début du premier confinement). Le maintien relatif du nombre d'IVG hors établissement au moment où le nombre d'IVG en établissement chutait atteste, en outre, d'un effet de report de l'hôpital vers le secteur libéral (hors établissement).

Dans les maternités, les séjours ont été plus courts et la prématurité a baissé

Entre 2019 et 2020, la durée de séjour en maternité est passée, en moyenne, de 4,6 jours à 4,4 jours – une baisse plus rapide que les années précédentes. Cette tendance plus marquée en 2020 s'observe aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non. Il a concerné les accouchements par voie basse comme les césariennes. Il pourrait refléter, au moins pour partie, la volonté de réduire les séjours en raison de la crise sanitaire. En 2020, 0,5 % des accouchements ont eu lieu avec un diagnostic Covid-19 associé.
Durant le premier confinement, la prématurité a diminué d'environ 6 % en France métropolitaine pour les accouchements avec grossesse unique et naissance vivante (Fresson *et al.*, 2022). Cette baisse a concerné principalement la prématurité dite tardive (35-36 semaines d'aménorrhée). Plusieurs explications ont été avancées (diminution des autres infections en raison de la généralisation des gestes barrières, repos des femmes enceintes pendant le confinement, baisse de la pollution atmosphérique…), mais les causes exactes restent inconnues.

L'emploi salarié a augmenté de 1,9 % dans le secteur hospitalier public pour faire face à l'épidémie

Les effectifs salariés du secteur hospitalier public[7] ont fortement progressé entre fin 2019 et fin 2020 (+1,9 %, soit +20 100 salariés), afin de faire face à la crise sanitaire (Donzeau, Pons, 2021). Cette augmentation a concerné l'ensemble des salariés du secteur hospitalier public : en premier lieu le personnel médical (+2,3 %), mais également le personnel soignant non médical (+1,9 %) et le personnel non soignant (+1,9 %). Pour ce dernier, la progression a concerné aussi bien la filière administrative (+2,0 %) que les autres personnels non soignants (+1,7 %). En particulier, les effectifs salariés des médecins et assimilés ont augmenté de 2,4 % dans le

7. Les données utilisées pour calculer l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier permettent de fournir une estimation à fin 2020 uniquement pour le secteur public.

secteur public, tandis que la hausse a été plus modérée pour les sages-femmes (+0,8 %). Les effectifs salariés d'infirmiers et d'aides-soignants ont progressé de 1,6 %, alors qu'ils étaient quasi stables l'année précédente, et le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » (rééducateurs et psychologues) a progressé de 2,9 %, après cinq années de baisse continue.

Les dépenses de consommation de soins hospitaliers ont fortement progressé

L'année 2020 a été marquée par une forte augmentation des dépenses de consommation de soins hospitaliers, tous secteurs confondus (+3,7 %, après +2,1 % en 2019), malgré une forte baisse du volume des soins[8] (8,0 %). Cette accélération est portée par le secteur public, dont la consommation augmente de 5,6 % en valeur en 2020.

Les dépenses de personnel ont contribué aux deux tiers de la hausse des dépenses dans le secteur public, du fait de l'augmentation de l'emploi hospitalier (décrit *supra*), mais aussi de plusieurs mesures exceptionnelles de politique publique décidées pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire : les revalorisations prévues par le Ségur de la santé *(encadré 2)*, une prime exceptionnelle[9] versée au personnel hospitalier dans le cadre de l'épidémie et la majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise (Gonzalez *et al.*, 2021).

Le tiers restant de cette hausse des dépenses est attribuable à l'augmentation des consommations intermédiaires, soutenue par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.).

Un dispositif spécifique de financement des établissements de santé a permis de sécuriser leurs recettes

La prise en charge du Covid-19 a posé un vrai problème d'équilibre des ressources financières des établissements financés, pour tout ou partie, sur la base de la tarification à l'activité (T2A). Le mécanisme de la T2A est, en effet, déjoué par l'apparition du Covid-19, avec des prises en charge lourdes et massives, dont les coûts sont initialement inconnus et absents de ce système de tarification, ainsi que par la baisse concomitante de l'activité hospitalière, à la fois subie et dans certains cas organisée dans un contexte de crise, dans de nombreux services. Pour tenir compte des effets de la crise sanitaire sur les ressources financières des établissements de santé, un dispositif de garantie de financement a donc été mis en place[10]. Ce dispositif s'applique à l'ensemble des activités concernées par la T2A. Il vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie obligatoire (en référence aux recettes de l'année 2019), afin de sécuriser le niveau des recettes des établissements et de garantir des versements déconnectés de l'activité de soins réalisée. Les modalités de mise en œuvre diffèrent selon le statut de l'établissement : versement mensuel forfaitaire dans le secteur public et instauration d'un système d'avance de trésorerie dans le secteur privé.

En complément, les dotations versées par l'Assurance maladie sous réserve de réalisation d'objectifs

8. Les comptes de la santé proposent, pour chaque poste de la consommation de biens et de services médicaux, un partage de la croissance entre un effet qui traduit l'évolution des prix et un effet dit « volume » qui reflète l'évolution des quantités et de la qualité des biens ou des services consommés. Les volumes de soins hospitaliers sont évalués ici à partir du nombre de séjours pondérés par leurs tarifs.

9. Décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux agents des établissements publics de santé et à certains agents civils et militaires du ministère des Armées et de l'Institution nationale des invalides dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

10. Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du Covid-19.

(mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [Migac], incitation financière à la qualité [Ifaq] et coefficient prudentiel) ont fortement progressé en 2020. De ce fait, les dotations versées par l'Assurance maladie aux secteurs hospitaliers public et privé ont augmenté en 2020 et la part des dépenses de soins hospitaliers prise en charge par l'Assurance maladie a progressé de 1,3 point dans le secteur public et de 0,4 point dans le secteur privé (Gonzalez *et al.*, 2021). ■

Encadré 2 Le Ségur de la santé et les mesures salariales en 2020

Le Ségur de la santé est une consultation des acteurs du système de soins français qui s'est tenue du 25 mai au 10 juillet 2020, donnant lieu à des accords entre les organisations syndicales et le gouvernement. Ces accords prévoient notamment une revalorisation salariale des personnels de santé, en particulier de ceux au contact des patients, et posent les jalons de plusieurs mesures de revalorisation jusqu'en avril 2022.

À partir du 1er septembre 2020, une prime mensuelle de 90 euros nets, dite « prime Ségur », a été instaurée pour le personnel non médical hospitalier et le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), hors contrats aidés. Le montant de cette prime est passé à 183 euros nets pour la fonction publique hospitalière (FPH) et le secteur privé non lucratif, et à 160 euros nets pour le secteur privé lucratif, à partir de décembre 2020. Cette « prime Ségur » est versée sous forme de complément de traitement indiciaire pour les titulaires (rémunération équivalente supplémentaire de 49 points d'indices majorés).

L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), versée au personnel médical exerçant en établissement de santé public, a été portée à 700 euros bruts mensuels pour les praticiens exerçant à temps plein à partir de septembre 2020, puis à 1 010 euros bruts mensuels à partir de décembre 2021. Par ailleurs, les étudiants paramédicaux et des filières médicales, ainsi que les internes et faisant fonction d'internes ont bénéficié d'une revalorisation de leurs indemnités et émoluments de base.

Afin de renforcer l'attractivité de la fonction publique, la revalorisation des grilles salariales indiciaires pour les titulaires de la FPH des métiers des services de soins et du médicotechnique a fait l'objet de nombreuses réunions avec les partenaires sociaux pendant l'année 2021. Ces échanges ont donné lieu à la mise en place de nouvelles grilles indiciaires de rémunération en octobre 2021, mais aussi à des requalifications d'emplois de catégorie C en catégorie B pour le corps des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture. Début 2022, les emplois de diététiciens, préparateurs en pharmacie et techniciens de laboratoire ont été requalifiés de catégorie B en catégorie A, entraînant une augmentation de leur rémunération. Pour le personnel médical, les mesures d'attractivité ont ciblé en priorité les grilles de rémunération des praticiens hospitaliers avec la fusion des trois premiers échelons en début de carrière et la création de trois échelons supplémentaires en fin de carrière.

Au terme de la mission Laforcade de revalorisation des métiers du secteur social et médico-social, la « prime Ségur » a été étendue à certains personnels de soins des établissements sociaux et médico-sociaux autres que les Ehpad de la FPH, qui ont bénéficié de la « prime Ségur » en même temps que les établissements de santé. Ainsi, les Ehpad de la fonction publique territoriale sont également tenus de verser cette prime. Par ailleurs, les aides-soignants de la fonction publique territoriale ont été requalifiés de la catégorie C à la catégorie B au 1er janvier 2022.

En plus des mesures du Ségur de la santé, une prime exceptionnelle[1] désocialisée et défiscalisée a été versée pour l'année 2020 à l'ensemble des personnels hospitaliers et du secteur social et ●●●

1. Décret n° 2020-711 du 12 juin 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux personnels des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique de l'État dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, et décret n° 2020-1425 du 21 novembre 2020 adaptant les modalités de versement de la prime exceptionnelle allouée à certains agents mobilisés à la suite de la prorogation de l'état d'urgence sanitaire dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

médico-social des structures publiques et privées. Cette prime, pouvant aller jusqu'à 1 500 euros, est conditionnée par leur présence et leur activité lors de la première vague épidémique. D'autres mesures exceptionnelles ont été prises pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, notamment la majoration des heures supplémentaires, du temps de travail additionnel ou des gardes, un relèvement temporaire du plafond d'exonération d'impôt et de cotisations sociales des heures supplémentaires avec un passage du seuil de 5 000 à 7 500 euros pendant la période d'urgence sanitaire, un doublement des taux de promotion au grade supérieur pour certains corps de métiers, ou encore l'indemnisation de jours de congé non pris en raison de la crise sanitaire.

Ces mesures viennent s'ajouter à celles déjà actées en 2020 pour les urgences, la prime grand âge (en gériatrie) ou la prime d'attractivité territoriale pour les débuts de carrière en Île-de-France.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2021). Analyse de l'activité hospitalière 2020 - Covid-19.

> **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).

> **Brée, S., Breton, D., Ducharne, T. et Villaume, S.** (2021, novembre). Neuf mois après le premier confinement, une baisse plus marquée des naissances dans les territoires fortement touchés par l'épidémie, dans *France, Portrait social*. Insee, coll. Insee Références.

> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.

> **Dubost, C.-L., Pollak, C., Rey, S.** (2020, juillet). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 62.

> **Donzeau, N., Pons, Y.** (2021, mars). En 2020, l'emploi continue d'augmenter dans la fonction publique, notamment dans le versant hospitalier. Insee, *Insee première*, 1897.

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

> **Fresson, J., Rey, S., Bruckner, T., Zeitlin, J.** (2022, février). Prématurité : une légère baisse pendant le premier confinement de 2020 dans les départements de moindre circulation du virus. DREES, *Études et Résultats*, 1221.

> **Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M.** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **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.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

> **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.

> **Sanchez, M.-A., Vuagnat, A., Grimaud, O. *et al.*** (2021). Impact of ICU transfers on the mortality rate of patients with COVID-19: insights from comprehensive national database in France. *Ann Intensive Care*, 11, p. 151.

> **Vilain, A.** (2021, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1207.

> **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.

3

Vue d'ensemble

Synthèse Covid-19

Fiches thématiques

Annexes

Données de cadrage

01 Les grandes catégories d'établissements de santé

En France, fin 2020, 2 989 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 387 000 lits d'hospitalisation complète et 80 000 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.

2 989 structures hospitalières offrent 387 000 lits et 80 000 places

Au 31 décembre 2020, 2 989 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 387 000 lits et 80 000 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 2020, 109 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 622 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 (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). 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 tenues de se rattacher à l'un des 136 GHT dénombrés fin 2020, pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Le nombre d'établissements de santé recensés fin 2020 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé[1]. Les établissements qui ne sont pas directement interrogés par l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)[2] 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 sa qualité, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2020 (-133 entités géographiques en sept ans, soit -4,3 %). Entre fin 2019 et fin 2020, cette baisse est de 0,5 %, contre 0,8 % par an en moyenne de

1. Dans les éditions 2014 et antérieures de cet ouvrage, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques.
2. 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.

2013 à 2019. La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-73 entités en sept ans, soit -5,1 %), 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 également sensiblement reculé depuis 2013 (-47 entités en sept ans, soit -4,6 %). Au cours des deux dernières années, leur recul s'est toutefois amplifié : 27 entités géographiques de moins entre fin 2018 et fin 2020, soit une baisse plus importante que celle observée entre fin 2013 et fin 2018 (20 entités de moins). Enfin, le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé plus modestement (-13 entités en sept ans, soit -1,9 %).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 347 établissements publics, trois types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 180 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 ; 936 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 ; 92 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie *(tableau 1)*. Enfin, les 139 autres établissements publics correspondent

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement au 31 décembre 2013 et 2020

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2020	2013	2020	2013	2020
Secteur public	**1 420**	**1 347**	**256 934**	**237 941**	**39 485**	**43 109**
CHR/CHU	183	180	73 636	69 660	9 270	11 053
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	726	134 734	129 060	15 258	17 979
CH, anciens hôpitaux locaux	261	210	10 661	9 207	160	82
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 873	21 362	14 363	13 524
Autres établissements publics	158	139	12 030	8 652	434	471
Secteur privé non lucratif	**683**	**670**	**58 103**	**55 605**	**12 282**	**14 659**
CLCC[1]	21	20	2 887	2 702	323	504
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	133	19 401	18 300	2 492	2 922
Établissements de soins de SSR	368	361	25 377	25 095	4 071	5 285
Autres établissements à but non lucratif	138	156	10 438	9 508	5 396	5 948
Secteur privé à but lucratif	**1 019**	**972**	**97 890**	**93 357**	**15 810**	**21 991**
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	468	57 766	49 472	11 961	14 743
Établissements de soins de SSR	335	342	27 043	29 402	2 656	5 012
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	152	12 579	13 975	1 193	2 161
Autres établissements à but lucratif	6	10	502	508	0	75
Ensemble	**3 122**	**2 989**	**412 927**	**386 903**	**67 577**	**79 759**

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 2020, 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 34 sites.
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 2020, traitements DREES.

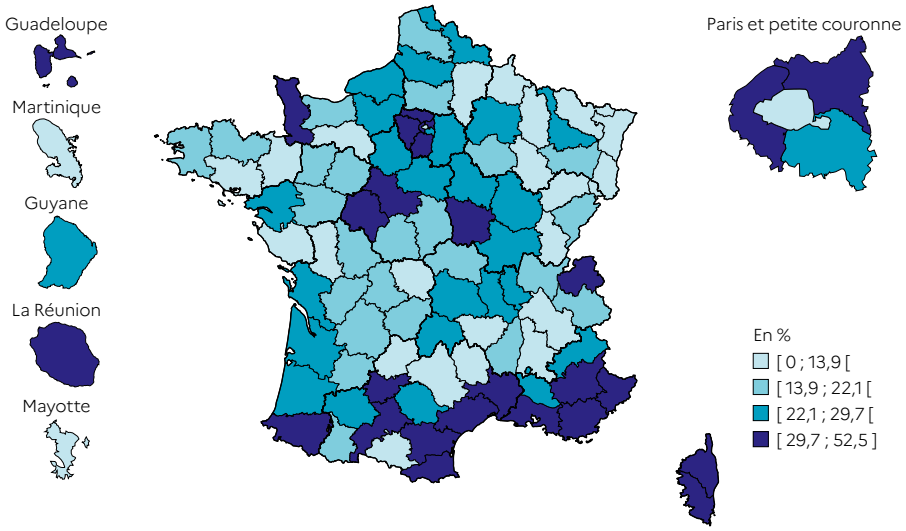
majoritairement à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif (au nombre de 972), et les établissements privés à but non lucratif (670 au total). Ces derniers regroupent les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 650 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. Les cliniques privées, inexistantes en Ariège, en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, sont minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans douze départements, dont cinq de la région Grand-Est. En revanche, 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 *(carte 1)*. 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 cinq départements (le Haut-Rhin, la Moselle, la Haute-Saône, la Haute-Loire et le Lot). ■

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle au 31 décembre 2020



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 2020, traitements DREES.

Encadré 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 unique entité juridique 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 : PUF, coll. Que sais-je ? 5e édition.

02 Les capacités d'accueil à l'hôpital

Fin 2020, 387 000 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 82 000 lits d'hospitalisation depuis fin 2003. *A contrario*, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 80 000 places fin 2020, soit une hausse de 30 000 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 2020, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 387 000, service de santé des armées (SSA)[1] 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 (-38 000 lits sur 236 400 en 17 ans). Mais ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte diminution, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 lits en 2020, 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)[2]. Depuis 2013, le nombre de lits se maintient autour de 31 000.

En psychiatrie, dès les années 1970, des alternatives à l'hospitalisation ont été développées. Entre fin 2003 et fin 2020, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 5 500 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 8 200 lits dans les établissements publics en 17 ans, elle augmente de 3 900 lits dans les établissements privés à but lucratif, où elle représente 27 % de la capacité d'accueil fin 2020.

De son côté, le nombre de lits en moyen séjour (SSR) est passé de 92 000 fin 2003 à 104 000 fin 2020. Cette progression est due principalement à la forte augmentation des capacités d'accueil des établissements privés à but lucratif (+12 500 lits depuis 2003), qui représentent 33 % de la capacité totale en SSR fin 2020, contre 24 % fin 2003. Après avoir progressé régulièrement jusqu'en 2015, les capacités d'accueil en SSR ont toutefois connu une légère diminution depuis.

Un repli plus marqué du nombre de lits entre fin 2019 et fin 2020

La baisse du nombre de lits susceptibles d'accueillir des patients est un peu plus marquée entre fin 2019 et fin 2020 (-1,2 %) que durant la période

1. En 2020, 1 300 lits d'hospitalisation complète et 240 places d'hospitalisation partielle sont dénombrés dans les neuf établissements du SSA.
2. 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.

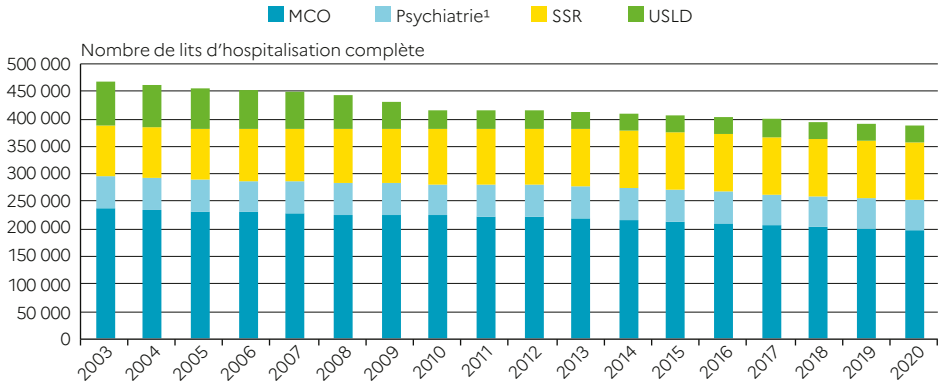
2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). Cela est probablement lié au contexte d'épidémie de Covid-19 et à ses conséquences sur les capacités d'hospitalisation et les ressources humaines hospitalières[3]. En raison de la situation sanitaire, certains établissements ont été contraints, temporairement, de ne plus accepter de patients dans plusieurs de leurs services d'hospitalisation pour dégager des moyens en personnel à affecter aux services de soins critiques. La crise sanitaire a, en outre, entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour limiter les risques de contamination. Dans les deux cas, cela se traduit par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre 2020. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, réduisant, là aussi, le nombre de lits d'hospitalisation complète disponibles en fin d'année.

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

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

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.
1. 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.
Sources > DREES, SAE 2003-2020, traitements DREES.

3. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre de lits a connu de fortes variations au cours de l'année 2020, au gré des vagues épidémiques, ce que la SAE ne permet pas de retracer car elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année. Le déploiement temporaire de lits pour faire face à la pandémie ne se retrouve donc pas dans cet état des lieux de fin d'année.

de l'hospitalisation complète. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 80 000 places fin 2020, soit 30 000 de plus que fin 2003 (+61,6 % en 17 ans). Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de places augmente de 1,7 %, un rythme inférieur à celui observé de 2013 à 2019 (+2,5 % par an en moyenne). Il est principalement porté par les cliniques privées, tandis que la crise sanitaire semble avoir freiné la dynamique dans les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif.

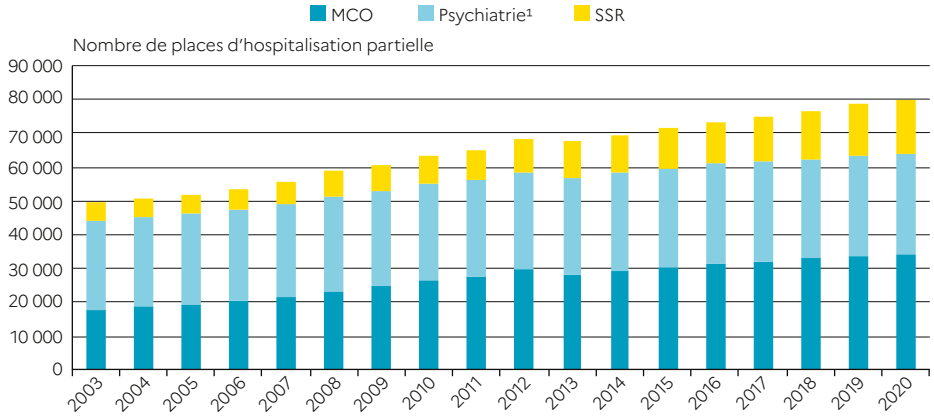
En MCO, 10 000 places d'hospitalisation partielle ont été créées entre 2003 et 2013, venant compléter les 18 000 places existantes, ce qui représente une progression de 4,6 % par an en moyenne *(graphique 2)*. De 2013 à 2019, le nombre de places en MCO a progressé à un rythme plus modeste (+3,1 % par an en moyenne), qui s'infléchit encore en 2020 où la hausse atteint 1,9 %. Durant la crise sanitaire, le nombre de places en MCO ralentit nettement 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 psychiatrie, le nombre de places a augmenté lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 200 places en 17 ans). De fin 2013 à fin 2019, la progression est de 0,5 % par an en moyenne, mais elle est 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. Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre total de places a connu un léger repli (-0,2 %), reflet du retournement à la baisse du nombre de places des établissements privés à but non lucratif (-1,2 %) et de la poursuite de la baisse dans le secteur public (-0,4 %). En revanche, le nombre de places a augmenté plus rapidement dans les cliniques privées durant cette période de crise sanitaire (+4,0 %).

En moyen séjour, la progression de l'hospitalisation partielle est rapide : 11 000 places ont été créées en 17 ans, soit une capacité d'accueil multipliée par trois. Mais, entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de places a ralenti par rapport aux années précédentes (+4,8 %, après +6,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019). Là encore, les cliniques privées se distinguent : le nombre de places a continué d'y progresser à un rythme soutenu entre fin 2019 et fin 2020 (+11,2 %, après +9,3 % en moyenne de 2013 à 2019).

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. Fin 2020, 40 % des places d'hospitalisation partielle en MCO relèvent des cliniques

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.
1. 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.
Sources > DREES, SAE 2003-2020, traitements DREES.

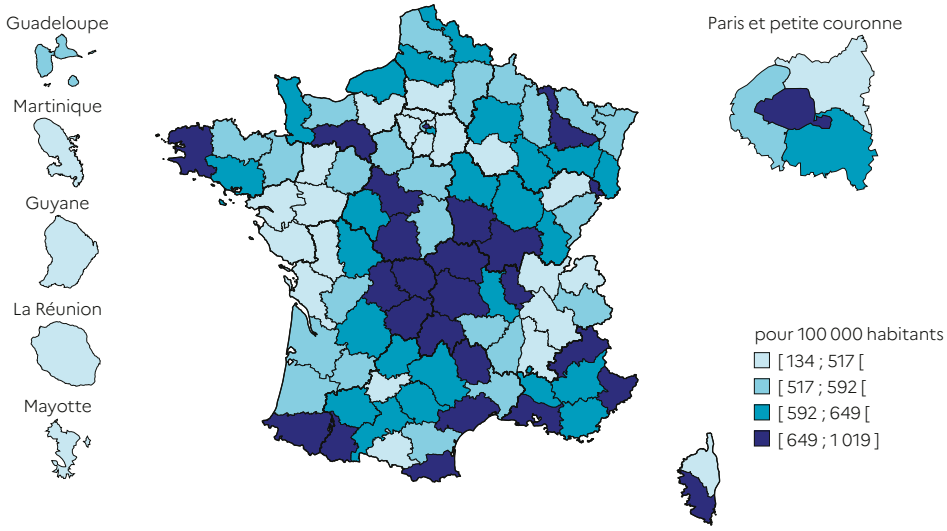
privées à but lucratif. Cette proportion atteint 61 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 37 % des capacités d'hospitalisation partielle en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 74 % des places en psychiatrie et 51 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant dans l'hospitalisation partielle en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, la densité de lits et de places en fin d'année 2020 varie fortement selon les régions[4] et les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie ainsi de 134 à Mayotte à 992 dans le Cantal et 1 019 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 177 dans la Creuse et en Haute-Vienne, atteignant même 218 à Paris *(carte 2)*.

Trois départements de Nouvelle-Aquitaine, deux de Bourgogne-Franche-Comté et trois de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur 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 séjour, les dix départements les mieux dotés disposent d'au moins 2,1 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. ■

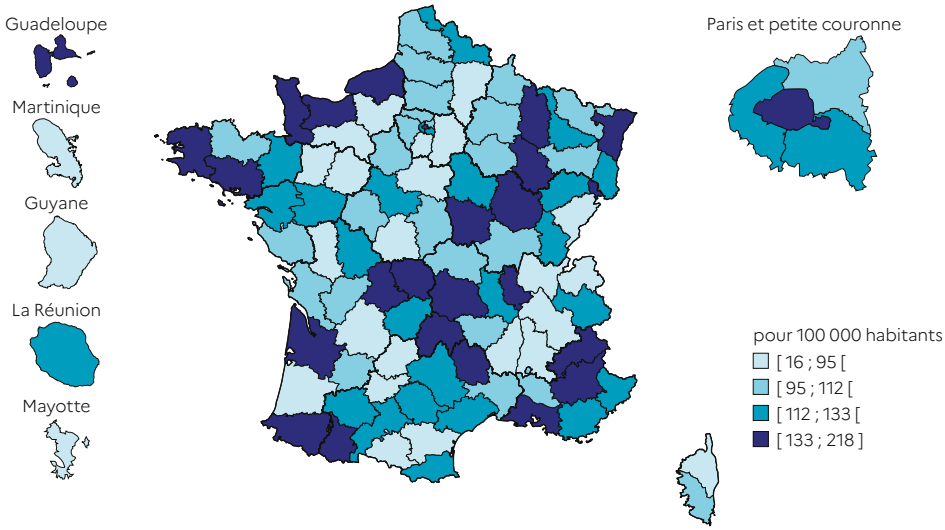
Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète au 31 décembre 2020 par département



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 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

4. Pour plus de précisions, la fiche 07 « 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.

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle au 31 décembre 2020 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).
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France entière (incluant Saint-Martin, 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.

> **Statuts juridiques des établissements :** les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

03 L'activité en hospitalisation complète et partielle

En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière en France. Elle a entraîné une baisse de 23,5 % des journées d'hospitalisation partielle et de 12,4 % des séjours d'hospitalisation complète. Elle marque une rupture avec les tendances des dernières années, de progression de l'hospitalisation partielle et de lente diminution de l'hospitalisation complète. La prise en charge du Covid-19 a concerné 347 000 séjours d'hospitalisation complète et 76 000 journées d'hospitalisation partielle. En écartant l'ensemble de ces séjours et journées Covid-19, le recul de l'activité atteint 24,2 % pour l'hospitalisation partielle et 15,4 % pour l'hospitalisation complète.

La crise sanitaire interrompt le développement continu de l'hospitalisation partielle

Au cours de l'année 2020, les établissements de santé de France ont pris en charge 10,3 millions de séjours d'hospitalisation complète et 13,4 millions de journées d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) *[tableau 1]*. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 marque une rupture majeure avec les évolutions tendancielles observées les années précédentes.

Le nombre total de journées d'hospitalisation partielle diminue de 23,5 % en 2020, interrompant la tendance à une progression régulière de cette forme de prise en charge (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019). La baisse d'activité partielle est plus importante dans le secteur public (-27,3 %) et le secteur privé à but non lucratif (-28,0 %) que dans le secteur privé à but lucratif (-16,8 %). En soins de suite et de réadaptation (SSR), la diminution de 32,7 % observée en 2020 constitue un renversement de tendance historique, après une progression moyenne de 6,4 % par an pour la période 2013-2019 (voir fiche 16, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). En psychiatrie, la diminution de 34,6 % en 2020 accentue le recul de 0,6 % par an en moyenne observé de 2013 à 2019 (voir fiche 12, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). En psychiatrie comme en SSR, la baisse est plus prononcée dans les établissements publics que dans les cliniques privées à but lucratif.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la diminution de l'activité partielle est moins marquée que dans les autres disciplines (-11,9 %), mais opère également une nette rupture avec les dernières années (+3,6 % par an en moyenne de 2013 à 2019). De ce fait, la part des soins de MCO dans l'ensemble des hospitalisations partielles progresse en 2020 et atteint 54 % (47 % en 2019), tandis que celles du moyen séjour (SSR) et de la psychiatrie reculent (23 % en 2020, après respectivement 26 % et 27 %).

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

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, due notamment au vieillissement de la population, ce mouvement de recul a repris depuis 2013.

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. Ainsi, l'hospitalisation complète a connu un recul sans commune mesure avec celui des dernières années. En 2020, les établissements de santé ont pris en charge 10,3 millions de séjours d'hospitalisation complète et 107 millions de journées, soit une diminution de 12,4 % du nombre de séjours et de 8,4 % du nombre de journées.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2020

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
MCO[1]	2 966 758	-12,7	686 966	-9,2	3 574 077	-11,8	7 227 801	-11,9
Psychiatrie[2,3]	1 942 607	-38,6	597 184	-34,3	556 424	-15,5	3 096 215	-34,6
SSR	617 228	-40,7	1 097 479	-33,2	1 376 011	-27,9	3 090 718	-32,7
Total des journées	**5 526 593**	**-27,3**	**2 381 629**	**-28,0**	**5 506 512**	**-16,8**	**13 414 734**	**-23,5**
Total hors journées avec DP de Covid-19	**5 483 965**	**-28,4**	**2 373 623**	**-28,3**	**5 496 308**	**-16,9**	**13 353 896**	**-24,1**
Total hors journées avec DP ou DA de Covid-19	**5 476 357**	**-28,5**	**2 370 145**	**-28,4**	**5 491 973**	**-17,0**	**13 338 475**	**-24,2**
Séjours d'hospitalisation complète[4]								
MCO[1]	6 155 023	-11,4	759 342	-11,2	1 978 960	-14,0	8 893 325	-12,0
Psychiatrie[2]	341 010	-15,3	53 501	-20,1	117 194	-8,5	511 705	-14,4
SSR[5]	352 053	-14,4	228 228	-17,9	299 763	-14,0	880 044	-15,2
Total des séjours	**6 848 086**	**-11,8**	**1 041 071**	**-13,2**	**2 395 917**	**-13,8**	**10 285 074**	**-12,4**
Total hors séjours avec DP de Covid-19	**6 654 121**	**-14,3**	**1 015 160**	**-15,4**	**2 365 871**	**-14,9**	**10 035 152**	**-14,5**
Total hors séjours avec DP ou DA de Covid-19	**6 585 926**	**-15,2**	**1 002 966**	**-16,4**	**2 348 715**	**-15,5**	**9 937 607**	**-15,4**
Journées d'hospitalisation complète								
MCO[1]	37 849 230	-8,9	4 223 504	-8,5	8 444 126	-12,7	50 516 860	-9,5
Psychiatrie[2]	10 022 631	-5,0	1 960 899	-4,7	4 719 558	-5,9	16 703 088	-5,2
SSR[5]	11 346 468	-10,6	7 539 666	-10,3	10 733 923	-8,2	29 620 057	-9,7
SLD	9 029 154	-4,2	857 825	-3,4	233 296	10,5	10 120 275	-3,8
Total des journées	**68 247 483**	**-8,0**	**14 581 894**	**-8,7**	**24 130 903**	**-9,2**	**106 960 280**	**-8,4**
Total hors journées avec DP de Covid-19	**65 978 812**	**-11,1**	**14 151 812**	**-11,6**	**23 561 142**	**-11,5**	**103 691 766**	**-11,3**
Total hors journées avec DP ou DA de Covid-19	**64 647 603**	**-12,9**	**13 804 614**	**-13,8**	**22 960 504**	**-13,8**	**101 412 721**	**-13,2**
Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)[6]								
Séjours d'hospitalisation complète	441 509	-3,0	52 431	-6,7	134 798	-0,9	628 738	-2,9
Journées d'hospitalisation complète	1 515 634	-8,3	178 036	-12,8	461 742	-7,7	2 155 412	-8,6

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.
6. Désormais, l'activité d'hospitalisation complète en MCO liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère (bébés ne nécessitant pas de parcours de soins spécifique) est publiée pour information, en complément des agrégats traditionnels de l'activité de MCO.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019-2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2019-2020, traitements DREES, pour l'activité de psychiatrie et de SLD ; ATIH, RIM-P 2020 pour l'estimation des séjours Covid-19 en psychiatrie.

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète baisse de 12,0 % en 2020, après -0,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En psychiatrie, le nombre de séjours diminue de 14,4 %, après -0,3 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. La diminution est plus marquée dans le secteur privé à but non lucratif (-20,1 %) et dans le secteur public (-15,3 %) que dans le secteur privé à but lucratif (-8,5 %). En SSR, le nombre de séjours recule de 15,2 %, après -0,5 % par an en moyenne au cours de la période 2013-2019.

En 2020, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue également fortement, de 8,4 %. Cette baisse est plus marquée en SSR (-9,7 %) et en MCO (-9,5 %) qu'en psychiatrie (-5,2 %). En MCO, le recul est plus important dans les cliniques privées (-12,7 %) que dans le secteur public (-8,9 %) ou privé à but non lucratif (-8,5 %). L'activité de soins de longue durée (SLD), mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, s'élève à 10,1 millions de journées d'hospitalisation complète en 2020, ce qui représente une diminution de 3,8 % par rapport à 2019.

Le Covid-19 concerne 3,4 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,6 % des journées d'hospitalisation partielle en 2020

En 2020, l'activité hospitalière de MCO a été 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 2020. Les séjours codés avec un diagnostic principal (DP)[1] 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 cet ouvrage, les deux composantes du décompte des « séjours Covid-19 » sont quantifiées.

En 2020, les établissements de santé ont enregistré 347 000 séjours d'hospitalisation complète, avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19[2] soit 3,4 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète hors USLD *(tableau 2)*. Parmi l'ensemble de ces séjours Covid-19, 75 % ont été réalisés dans le secteur public, 14 % dans le secteur privé à but lucratif et 11 % dans le secteur privé à but non lucratif. La durée moyenne des séjours Covid-19 (DP et DA confondus) est de 10,5 jours en MCO et de 39,4 jours en SSR. En psychiatrie, le codage de diagnostics Covid-19 est marginal en 2020[3] (voir fiche 13, « Les patients suivis en psychiatrie »).

Sept séjours Covid-19 sur dix sont codés avec un DP de Covid-19 (71,9 %). 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 (9 % de ce type de séjours), en obstétrique (5 %) et en SSR (24 %), 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, 76 000 journées d'hospitalisation partielle sont accompagnées d'un diagnostic Covid-19, soit 0,6 % du total des journées d'hospitalisation partielle. Là encore, la majorité de ces journées Covid-19 comportent un DP de Covid-19 (79,8 %), et elles sont concentrées principalement en médecine.

1. En MCO, les diagnostics reliés sont également comptabilisés avec les diagnostics principaux. Dans la suite de l'ouvrage, le terme « diagnostic principal » inclura également les diagnostics reliés en MCO.
2. 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.
3. En psychiatrie, 10 000 séjours d'hospitalisation complète et 15 000 journées d'hospitalisation partielle ont un diagnostic associé codé U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19), ce qui ne correspond pas aux définitions de diagnostic principal de Covid-19 ni de diagnostic associé, adoptées dans cette fiche.

Tableau 2 Activité hospitalière des journées et des séjours Covid-19, selon le statut de l'établissement en 2020

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2020 (en milliers)	Part dans la discipline (en %)	2020 (en milliers)	Part dans la discipline (en %)	2020 (en milliers)	Part dans la discipline (en %)	2020 (en milliers)	Part dans la discipline (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
Journées Covid-19 en MCO	**43**	**1,4**	**2**	**0,3**	**5**	**0,1**	**50**	**0,7**
dont journées avec DP de Covid-19	39	1,3	1	0,2	4	0,1	44	0,6
dont journées avec DA de Covid-19	4	0,1	1	0,1	1	0,0	6	0,1
Journées Covid-19 en psychiatrie	**2**	**0,1**	**1**	**0,1**	**1**	**0,2**	**4**	**0,1**
dont journées avec DP de Covid-19	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
dont journées avec DA de Covid-19	2	0,1	0	0,0	1	0,2	4	0,1
Journées Covid-19 en SSR	**5**	**0,9**	**9**	**0,8**	**8**	**0,6**	**23**	**0,7**
dont journées avec DP de Covid-19	4	0,6	7	0,6	6	0,4	17	0,5
dont journées avec DA de Covid-19	2	0,2	2	0,2	3	0,2	6	0,2
Séjours d'hospitalisation complète								
Séjours Covid-19 en MCO	**230**	**3,7**	**25**	**3,3**	**29**	**1,5**	**284**	**3,2**
dont séjours avec DP de Covid-19	174	2,8	18	2,4	21	1,0	213	2,4
dont séjours avec DA de Covid-19	56	0,9	7	0,9	8	0,4	71	0,8
Séjours Covid-19 en psychiatrie	**2**	**0,5**	**0**	**0,8**	**1**	**0,8**	**3**	**0,6**
dont séjours avec DP de Covid-19	0	0,1	0	0,1	0	0,0	0	0,0
dont séjours avec DA de Covid-19	2	0,4	0	0,7	1	0,7	3	0,5
Séjours Covid-19 en SSR	**31**	**8,7**	**13**	**5,5**	**17**	**5,8**	**61**	**6,9**
dont séjours avec DP de Covid-19	19	5,5	8	3,4	9	3,2	37	4,2
dont séjours avec DA de Covid-19	11	3,1	5	2,1	8	2,6	24	2,7
Journées d'hospitalisation complète								
Journées Covid-19 en MCO	**2 420**	**6,4**	**269**	**6,4**	**302**	**3,6**	**2 991**	**5,9**
dont journées avec DP de Covid-19	1 688	4,5	180	4,3	201	2,4	2 069	4,1
dont journées avec DA de Covid-19	732	1,9	89	2,1	101	1,2	921	1,8
Journées Covid-19 en psychiatrie	**102**	**1,0**	**23**	**1,2**	**45**	**1,0**	**170**	**1,0**
dont journées avec DP de Covid-19	7	0,1	1	0,1	1	0,0	10	0,1
dont journées avec DA de Covid-19	95	0,9	21	1,1	44	0,9	161	1,0
Journées Covid-19 en SSR	**1 077**	**9,5**	**485**	**6,4**	**824**	**7,7**	**2 387**	**8,1**
dont journées avec DP de Covid-19	573	5,1	249	3,3	368	3,4	1 189	4,0
dont journées avec DA de Covid-19	504	4,4	237	3,1	456	4,3	1 197	4,0

DP : diagnostic principal ; DA diagnostic associé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Lecture > 50 000 journées d'hospitalisation partielle de MCO pour des patients avec un diagnostic de Covid-19, principal ou associé, sont comptabilisées en 2020, ce qui représente 0,7 % 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 2020, traitements DREES.

Hors séjours Covid-19, la baisse de l'activité hospitalière en 2020 est donc un peu plus marquée. Elle atteint -15,4 % pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète. En MCO, la diminution est similaire dans les hôpitaux publics (-14,7 %), les établissements privés à but non lucratif (-14,3 %) et les cliniques privées (-15,8 %). La prise en charge du Covid-19, réalisée majoritairement en MCO dans les hôpitaux publics, expliquerait donc la baisse moins forte de l'activité dans ce secteur en 2020, par rapport à la baisse constatée dans les cliniques privées.

Le repli de l'activité hors Covid-19 atteint 24,2 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. Il est nettement moins marqué dans les cliniques privées (-17,0 %) que dans les hôpitaux publics (-28,5 %) et dans les établissements privés à but non lucratif (-28,4 %).

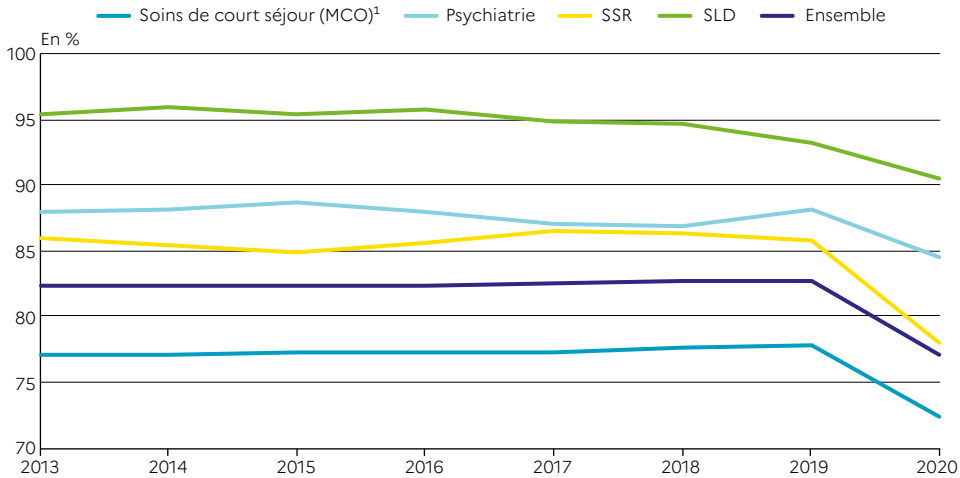
Toutefois, toutes ces évolutions agrégées ne permettent pas de rendre compte de la charge qu'ont représenté les hospitalisations liées au Covid-19 sur l'activité, du fait notamment de la désorganisation des services et de l'engorgement en réanimation.

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

En 2020, le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé beaucoup plus nettement que celui du nombre de lits en état d'accueillir des patients, ce qui se traduit mécaniquement par une baisse du taux d'occupation des lits. Il s'établit à 77,1 % en 2020, après 82,6 % en moyenne de 2017 à 2019. C'est en MCO que le taux d'occupation des lits est le plus faible en 2020 (72,4 %, après 77,6 % en moyenne les trois années précédentes) et en SLD qu'il est le plus élevé (90,6 %, après 94,2 %) *[graphique 1]*. En 2020, ce taux s'établit à 84,6 % pour la psychiatrie (après 87,4 % en moyenne entre 2017 et 2019) et à 78,1 % en SSR (après 86,2 % en moyenne les trois années précédentes).

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 au cours de

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.
1. 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 2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2013 à 2020, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

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.

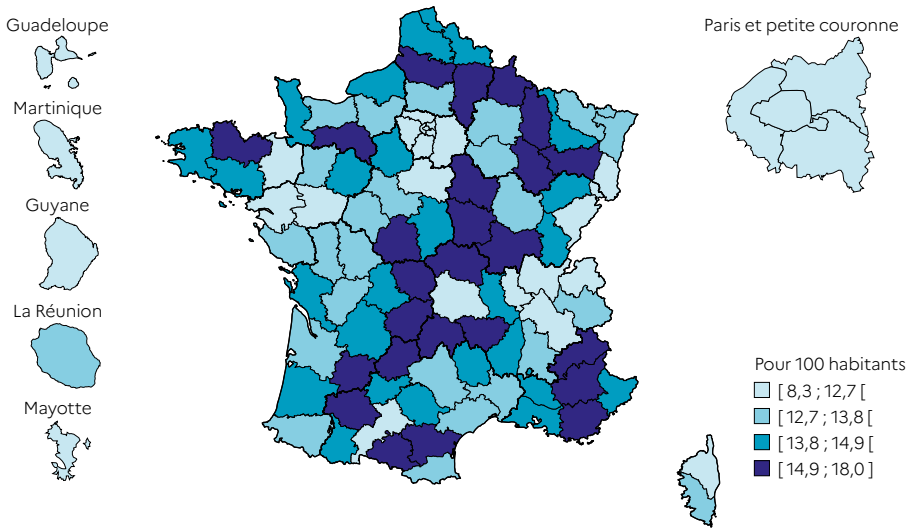
Peu de disparité du nombre d'hospitalisations par habitant entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population en 2020 s'élève à 11,5 % dans les DROM (12,7 % en 2019) et à 13,2 % en France métropolitaine (15,1 % en 2019) *[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 (11,6 % en Ille-et-Vilaine et 11,2 % en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France. Ils atteignent 16 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse, la Nièvre, la Saône-et-Loire, l'Allier et les Vosges. Il s'agit de départements ruraux dont la proportion d'habitants âgés de 65 ans ou plus dépasse 25 %.

La spécialisation des activités selon le statut des établissements persiste

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 (69 % des séjours), tandis que les cliniques

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants en 2020, 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 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

privées réalisent 49 % des séjours d'hospitalisation partielle.

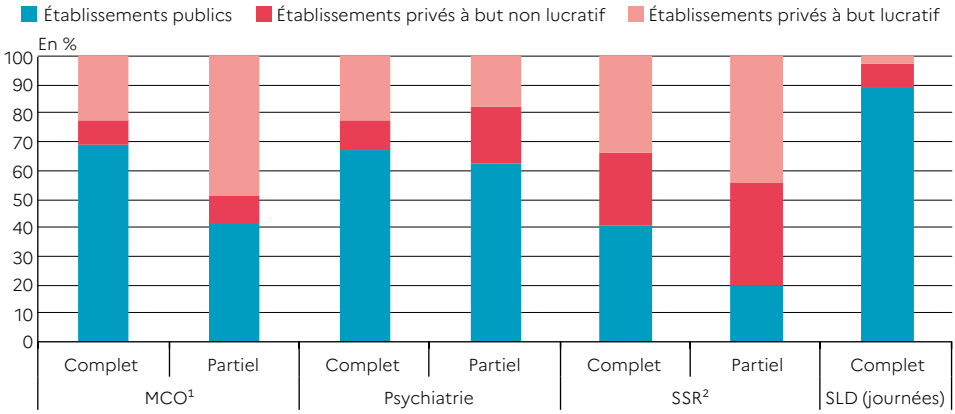
Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques à temps complet (67 %) et des journées d'hospitalisation partielle (63 %). En complément, 23 % des séjours à temps complet sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 19 % des journées à temps 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 : 36 % des journées d'hospitalisation partielle s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 45 % dans les cliniques privées. Quant aux séjours d'hospitalisation complète, 40 % sont réalisés dans les hôpitaux publics et 34 % dans les cliniques privées à but lucratif. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées par l'analyse de la répartition des activités en fonction des pathologies ou des actes médicaux[4].

Les nouveau-nés restés auprès de leur mère

En 2020, 629 000 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 néonatologie, en soins intensifs ou en réanimation néonatale.

Le nombre de séjours de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue de 2,9 % en 2020, compte tenu notamment de la baisse des naissances. La diminution est plus forte (-8,6 %) pour le nombre de journées d'hospitalisation complète associées, en raison d'un raccourcissement de la durée moyenne de séjour plus marqué en 2020. Cette situation reflète probablement, au moins pour partie, la volonté de réduire les séjours pour accouchement, en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19 (voir fiche 21, « La naissance : les maternités »). ■

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2020



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 2020, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

4. Voir tableaux complémentaires disponibles sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2020 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).

> **Statuts juridiques des établissements :** les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **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 autres prises en charge hospitalières

En 2020, les établissements de santé ont réalisé 13,4 millions de journées d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total de 80 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 14,3 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que 6,6 millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD). Près de 243 000 patients bénéficient également de consultations mémoire dans les 550 entités réparties sur le territoire. Les 265 structures de traitement de la douleur chronique ont reçu en consultation 227 000 patients.

Avec la crise sanitaire, l'hospitalisation partielle recule et l'hospitalisation à domicile progresse

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales techniques et médicamenteuses (notamment en anesthésie) ont favorisé le développement de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation partielle de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Entre 2013 et 2019, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a ainsi progressé de 3,0 % par an en moyenne.

Cette progression a été interrompue par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, qui a fortement perturbé l'activité hospitalière. En 2020, les établissements de santé ont réalisé 13,4 millions de journées d'hospitalisation partielle, soit 23,5 % de moins qu'en 2019 *(tableau 1)*. Ce recul a toutefois été moins marqué en MCO (-11,9 %) qu'en SSR (-32,7 %) et en psychiatrie (-34,6 %). De ce fait, la part des journées d'hospitalisation partielle réalisées en MCO passe de 47 % en 2019 à 54 % en 2020, tandis que la part des autres disciplines recule et s'établit à 23 % en 2020, pour le SSR comme pour la psychiatrie.

En revanche, l'hospitalisation à domicile (HAD), qui permet des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville, a progressé de 10,5 % en 2020. Réalisée au domicile du patient, elle présente l'avantage d'une prise en charge individualisée, compatible avec les protocoles mis en place pour limiter la circulation du virus (voir fiches 14 et 15, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile »).

La tendance à la hausse des traitements ambulatoires s'interrompt en 2020

En France, le nombre de séances progresse régulièrement depuis plusieurs années, à un rythme de 3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En 2020, le nombre total de séances augmente de 0,7 % seulement. En particulier, 7,4 millions de séances de dialyse, 3,9 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie sont comptabilisées dans l'année *(tableau 2)*. L'évolution du nombre de séances est toutefois très différente selon le type de traitement. Le nombre de séances de dialyse poursuit sa progression (+3,6 %) en 2020, tandis que le nombre de séances de chimiothérapie ambulatoire se stabilise (+0,4 %) et que celui de radiothérapie diminue (-4,1 %).

Les évolutions varient également selon le statut juridique de l'établissement. Le nombre de séances de radiothérapie ambulatoire diminue de 3,8 % dans les établissements du secteur public, de 10,4 % dans ceux du secteur privé à but non lucratif et de seulement 0,8 % dans ceux du secteur privé à but lucratif.

La quasi-totalité des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire (99 %), principalement dans les cliniques privées. Le secteur public,

de son côté, prend en charge 53 % des séances de chimiothérapie. Par rapport à leur nombre, les 26 sites de centres de lutte contre le cancer (CLCC)[1] prennent en charge une grande partie de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En 2020, ces établissements ont pratiqué 14 % des séances de chimiothérapie et 20 % de celles de radiothérapie. Enfin, environ 522 000 personnes ont été transfusées en 2020, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmiers, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapeutes, etc.).

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2020

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	2069	10 836	418	1 343	1 760	1 622	4 246	13 801
chirurgie	685	5 619	258	1 919	1 781	11 847	2 723	19 385
gynéco-obstétrique	213	981	12	72	34	107	259	1 160
Total MCO[1]	**2 967**	**17 436**	**687**	**3 334**	**3 574**	**13 576**	**7 228**	**34 346**
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie[2]	1 943	21 900	597	5 373	556	2 266	**3 096**	**5 919**
Hospitalisation partielle en SSR	617	3 773	1 097	5 952	1 376	6 149	**3 091**	**10 616**
Total	**5 527**	**43 109**	**2 382**	**14 659**	**5 507**	**21 991**	**13 415**	**79 759**
HAD[3]	1 546	4 966	3 827	12 275	1 246	4 091	**6 618**	**21 332**

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie; SSR : soins de suite et de réadaptation; HAD : hospitalisation à domicile.
1. Non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.
2. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5. La psychiatrie regroupe la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie pénitentiaire.
3. L'activité d'HAD est celle des disciplines de MCO et de SSR, c'est-à-dire hors psychiatrie. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
Lecture > En 2020, 7,2 millions de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées en MCO, en mobilisant 34 346 places.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2020, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2020, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2020, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2020 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	**1 520 675**	**608 343**	**742 941**	**2 871 959**
Radiothérapie	**973 163**	**1 018 986**	**1 954 829**	**3 946 978**
Séances sur malades ambulatoires	959 752	1 001 406	1 928 214	3 889 372
Séances sur malades hospitalisés	13 411	17 580	26 615	57 606
Dialyse	**1 708 027**	**2 966 094**	**2 764 397**	**7 438 518**
Total	**4 201 865**	**4 593 423**	**5 462 167**	**14 257 455**

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

1. Il s'agit du nombre total de sites, qu'ils disposent ou non de capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle. Dans la fiche 01, seuls les CLCC ayant une capacité de lits ou de places d'hospitalisation sont comptabilisés.

Le nombre de patients pris en charge par les consultations mémoire diminue en 2020

Le plan Alzheimer 2008-2012 préconisait de renforcer le nombre de consultations mémoire. En 2020, 550 entités déclarent disposer d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées *(tableau 3)*. Il s'agit d'établissements publics dans 86 % des cas (dont 65 % de centres hospitaliers et 14 % de centres hospitaliers régionaux), d'établissements privés à but non lucratif dans 6 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 8 % des cas. Ces consultations ont accueilli 243 000 patients différents au cours de l'année 2020, dont 44 % de nouveaux patients. Il s'agit de consultations labellisées[2] pour 66 % des patients. Des groupes de parole destinés aux aidants ont également été mis en place par 201 entités.
L'activité de l'année 2020 est en recul de 18,6 % par rapport à celle de 2019 et des années précédentes. Cette baisse d'activité est probablement due aux mesures prises pour protéger les patients, en particulier les patients âgés, et éviter qu'ils contractent le Covid-19 dans les établissements de santé.

La prise en charge de la douleur chronique est en recul en 2020

En 2020, 282 entités sont identifiées comme structures de traitement de la douleur chronique (283 en 2018). Parmi elles, 265 (266 en 2018) ont décrit leur activité de consultation dans l'enquête SAE. En 2020, 206 000 patients externes et 21 000 patients internes ont bénéficié de consultations médicales. Au total, 487 000 consultations réalisées par un médecin, hors psychiatre, 17 000 par un médecin psychiatre, 108 000 par un psychologue et 135 000 actes infirmiers ont été prodigués à l'ensemble des patients. Alors que le nombre de structures est stable par rapport à 2018, les nombres de patients et de consultations ont fortement baissé, de -10 % pour les consultations réalisées par un médecin psychiatre à -35 % pour les actes infirmiers; seul le nombre de patients internes progresse légèrement (+5 %).

Le nombre de passages aux urgences accuse une baisse historique de 17 % en 2020

En France, les urgences ont recensé 18,1 millions de passages en 2020, soit 17,3 % de moins qu'en 2019. La crise sanitaire explique cette baisse historique, en rupture avec la croissance continue et dynamique observée depuis 1996. Les passages aux urgences, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), font l'objet de fiches spécifiques (voir les chapitres « Les autres disciplines hospitalières » et « Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière »). ■

Tableau 3 Répartition des consultations mémoire selon le statut de l'établissement en 2020

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	**475**	**43**	**32**	**550**
consultation mémoire labellisée	374	31	13	418
File active, dont :	**217 791**	**16 179**	**9 218**	**243 188**
nouveaux patients	96 768	6 980	4 116	107 864
Groupe de parole destiné aux aidants	**178**	**13**	**10**	**201**

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

2. Pour être labellisée par l'agence régionale de santé (ARS), une consultation mémoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou gériatres, de psychologues ou orthophonistes, d'un temps de secrétariat, et accueillir une file active supérieure à 200 patients.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation complète ayant fonctionné en 2020 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

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

> **Alternatives à l'hospitalisation :** elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R. 6121-4 du Code de la santé publique).

> **Chimiothérapie :** elle consiste en l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner certains traitements contre le cancer.

> **Radiothérapie :** ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.

> **Nombre de passages aux urgences pour l'année :** il inclut l'ensemble des arrivées, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie.

> **Centres de lutte contre le cancer (CLCC) :** ils assurent des missions de soin, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On recense 26 sites de CLCC sur le territoire métropolitain.

Pour en savoir plus

> **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2021, décembre). Rapport d'activité hémovigilance 2020.
> **Baubeau, D., Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.

05 Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier

Entre fin 2003 et fin 2019, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 13 %, passant de 1,20 million à 1,36 million de salariés (soit +0,8 % par an en moyenne). Le personnel médical en représente une part croissante. Mais les effectifs salariés hospitaliers ralentissent progressivement à compter de 2014, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Ils repartent légèrement à la hausse en 2019 (+0,2 %). Cette faible progression est portée par le secteur public, tandis que l'emploi hospitalier continue de se replier légèrement dans le privé. En 2020, la hausse des effectifs salariés du secteur hospitalier public est forte : elle atteint 1,9 %.

Entre fin 2003 et fin 2019, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 13 % (soit 0,8 % par an en moyenne), passant de 1,20 million à 1,36 million de salariés *(graphique 1)*. Les effectifs progressent plus fortement au cours de cette période dans le secteur privé (+19 %) que dans le secteur public (+12 %). Par conséquent, la part des effectifs du secteur privé augmente, passant de 21,7 % fin 2003 à 22,7 % fin 2019.

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

Le personnel médical au sens large (médecins et assimilés[1], internes et sages-femmes) connaît la progression la plus forte entre fin 2003 et fin 2019. Sa part dans les effectifs salariés hospitaliers passe de 10,2 % à 12,1 % pendant cette période. En écho à l'extension des *numerus clausus* (+66 % entre ceux de 2003 et de 2018, incluant les passerelles, *numerus clausus* complémentaires et droits au remord), le nombre de médecins et assimilés augmente de 23 %, celui des internes et faisant fonction d'internes (FFI) de 85 % 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 (-5,3 % entre fin 2013 et fin 2019), dans un contexte où le secteur privé réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé (voir fiche 21, « La naissance : les maternités »). Dans le secteur public, en revanche, le nombre de sages-femmes continue de progresser (+4,8 % entre fin 2013 et fin 2019).

Les effectifs d'infirmiers augmentent de 23 % entre fin 2003 et fin 2019, une progression identique à celle du nombre de médecins et assimilés. Leur part dans les effectifs salariés progresse également, passant de 24,1 % à 26,0 % au cours de la même période. La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (21,0 % fin 2019) et du personnel administratif (10,8 % fin 2019) reste globalement stable depuis quinze 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 15,3 % fin 2019. 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), qui pourrait s'expliquer par la diminution récente 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.

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

En 2019, la légère hausse des effectifs salariés hospitaliers est portée par le secteur public

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 %. Mais cette reprise concerne uniquement le secteur public, les effectifs salariés se repliant de nouveau légèrement dans le secteur hospitalier privé *(tableau 1)*.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 0,2 % entre fin 2018 et fin 2019 (+2 200 salariés). Cette légère progression concerne presque uniquement le personnel médical, qui poursuit sa hausse comme les années précédentes, et dont le nombre de salariés augmente de 1,9 % (+2 600 salariés). Cette progression reste, comme les années précédentes, nettement plus forte que celle des effectifs salariés d'infirmiers (+0,1 %), tandis que les effectifs de personnel non soignant sont stables. Cependant, le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » continue de diminuer dans le secteur public (-0,4 %), notamment avec la baisse du nombre de contrats aidés qui se poursuit dans la FPH.

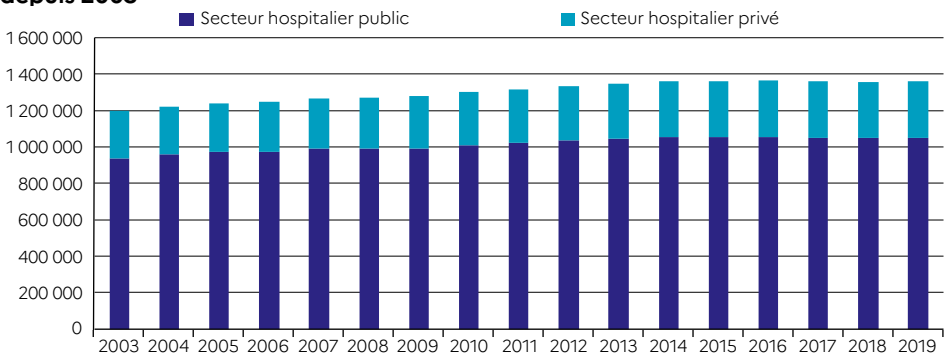
Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers enregistrent un léger repli entre fin 2018 et fin 2019 (-0,1 %, soit -200 salariés), dans le prolongement de la baisse des deux années précédentes. C'est le résultat du recul marqué du nombre de salariés aides-soignants (-1,2 %, soit -800 salariés)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

En 2020, les effectifs salariés du secteur hospitalier public rebondissent

Les données utilisées pour calculer l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier permettent de fournir une estimation à fin 2020 uniquement pour le secteur public (voir encadré Sources et méthodes). Ces données indiquent qu'entre fin 2019 et fin 2020, la progression des effectifs salariés du secteur hospitalier public s'accentue nettement (+1,9 %, +20 100 salariés). Ce rebond concerne pratiquement toutes les catégories de personnel.

La progression des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public s'accentue

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 DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public et privé depuis 2013

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2013-2019	Évolution 2018-2019	Évolution 2019-2020
Salariés du secteur hospitalier public	**1 046 984**	**1 053 661**	**1 054 546**	**1 053 194**	**1 051 282**	**1 048 366**	**1 050 578**	**1 070 691**	**0,3 %**	**0,2 %**	**1,9 %**
Personnel médical	**128 888**	**130 830**	**132 941**	**133 571**	**135 301**	**136 318**	**138 887**	**142 089**	**7,8 %**	**1,9 %**	**2,3 %**
Médecins et assimilés	88 788	89 221	89 713	89 865	90 709	90 877	92 319	94 499	4,0 %	1,6 %	2,4 %
Internes et FFI	27 422	28 719	30 274	30 769	31 532	32 284	33 279	34 189	21,4 %	3,1 %	2,7 %
Sages-femmes	12 678	12 890	12 954	12 937	13 060	13 157	13 289	13 401	4,8 %	1,0 %	0,8 %
Personnel non médical soignant	**645 100**	**648 916**	**648 065**	**646 997**	**643 032**	**638 606**	**638 208**	**650 038**	**-1,1 %**	**-0,1 %**	**1,9 %**
Infirmiers	257 978	260 262	260 952	262 756	262 839	263 105	263 247	267 331	2,0 %	0,1 %	1,6 %
Aides-soignants	225 091	226 562	227 079	226 705	227 269	226 741	226 748	230 264	0,7 %	0,0 %	1,6 %
Autres personnels soignants	162 031	162 092	160 034	157 536	152 924	148 760	148 213	152 443	-8,5 %	-0,4 %	2,9 %
Personnel non médical non soignant	**272 996**	**273 915**	**273 540**	**272 626**	**272 949**	**273 442**	**273 483**	**278 564**	**0,2 %**	**0,0 %**	**1,9 %**
Filière administrative	105 844	106 189	106 278	105 468	105 394	105 450	105 371	107 524	-0,4 %	-0,1 %	2,0 %
Autres personnels non soignants	167 152	167 726	167 262	167 158	167 555	167 992	168 112	171 040	0,6 %	0,1 %	1,7 %
Salariés du secteur hospitalier privé	**303 107**	**307 001**	**308 753**	**313 784**	**311 438**	**309 277**	**309 118**	**n.d.**	**2,0 %**	**-0,1 %**	**n.d.**
Personnel médical	**22 904**	**23 499**	**23 856**	**24 687**	**24 812**	**25 020**	**25 333**	**n.d.**	**10,6 %**	**1,3 %**	**n.d.**
Médecins et assimilés	16 726	17 141	17 469	18 196	18 323	18 583	18 922	n.d.	13,1 %	1,8 %	n.d.
Internes et FFI	2 201	2 365	2 434	2 512	2 570	2 599	2 645	n.d.	20,2 %	1,8 %	n.d.
Sages-femmes	3 977	3 993	3 953	3 979	3 919	3 838	3 766	n.d.	-5,3 %	-1,9 %	n.d.
Personnel non médical soignant	**208 459**	**210 498**	**211 631**	**214 540**	**213 414**	**211 332**	**210 287**	**n.d.**	**0,9 %**	**-0,5 %**	**n.d.**
Infirmiers	86 945	88 491	89 412	91 091	90 866	90 677	90 834	n.d.	4,5 %	0,2 %	n.d.
Aides-soignants	60 268	60 620	60 648	61 260	59 899	59 840	59 104	n.d.	-1,9 %	-1,2 %	n.d.
Autres personnels soignants	61 246	61 387	61 571	62 189	62 649	60 815	60 349	n.d.	-1,5 %	-0,8 %	n.d.
Personnel non médical non soignant	**71 744**	**73 004**	**73 266**	**74 557**	**73 212**	**72 925**	**73 498**	**n.d.**	**2,4 %**	**0,8 %**	**n.d.**
Filière administrative	40 678	41 268	41 287	42 100	42 246	41 775	41 674	n.d.	2,4 %	-0,2 %	n.d.
Autres personnels non soignants	31 066	31 736	31 979	32 457	30 966	31 150	31 824	n.d.	2,4 %	2,2 %	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	**1 350 091**	**1 360 662**	**1 363 299**	**1 366 978**	**1 362 720**	**1 357 643**	**1 359 696**	**n.d.**	**0,7 %**	**0,2 %**	**n.d.**
Personnel médical	**151 792**	**154 329**	**156 797**	**158 258**	**160 113**	**161 338**	**164 220**	**n.d.**	**8,2 %**	**1,8 %**	**n.d.**
Personnel non médical soignant	**853 559**	**859 414**	**859 696**	**861 537**	**856 446**	**849 938**	**848 495**	**n.d.**	**-0,6 %**	**-0,2 %**	**n.d.**
Personnel non médical non soignant	**344 740**	**346 919**	**346 806**	**347 183**	**346 161**	**346 367**	**346 981**	**n.d.**	**0,7 %**	**0,2 %**	**n.d.**

n.d. : non disponible.
Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les Espic) et ceux à but lucratif (cliniques privées).
Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

pour la troisième année consécutive ; elle atteint 2,3 % 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, pour les sages-femmes d'autre part *(tableau 1)*, la progression étant plus soutenue pour les premiers.

Les effectifs de personnel soignant non médical du secteur public rebondissent en 2020 (+1,9 %, après -0,1 % en 2019). En particulier, les effectifs salariés d'infirmiers et d'aides-soignants progressent de 1,6 % 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 2,9 % entre fin 2019 et fin 2020 (+4 200 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 (+1,9 %, soit +5 100 salariés). Ce rebond concerne aussi bien les salariés de la filière administrative (+2,0 %) que ceux des autres personnels non soignants (+1,7 %). ■

Encadré 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.). Il convient de distinguer la DADS, en tant que formalité déclarative, du fichier statistique dit « DADS grand format » (DADS-GF) produit par l'Insee, qui sert à estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier privé jusqu'en 2016. À compter de 2017, et pour prendre en compte la disparition progressive de la DADS dans le secteur privé, les effectifs salariés du secteur hospitalier privé sont estimés à l'aide d'un fichier de diffusion, produit par l'Insee à partir des DADS et des déclarations sociales nominatives (DSN). En outre, le fichier du système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite les informations contenues dans la DADS 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.). C'est ce fichier Siasp qui est mobilisé pour estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier public. 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) comptabilisé 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** (2021, décembre). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2021.
> **Donzeau, N., Pons, Y.** (2022, mars). En 2020, l'emploi continue d'augmenter dans la fonction publique, notamment dans le versant hospitalier. Insee, *Insee Première*, 1897.

06 Les salaires dans les établissements de santé

En 2019, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 333 euros. En un an, il a augmenté de 0,7 % en euros courants, après une hausse de 1,2 % en 2018. 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.

Hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier en 2019

Dans le secteur hospitalier, entre 2018 et 2019, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 0,7 % en euros courants, passant de 2 316 euros[1] à 2 333 euros *(tableau 1)*. Cela correspond cependant à une baisse de 0,4 % en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. C'est la seconde année que les salaires dans les établissements de santé diminuent en euros constants, après la baisse de 0,8 % entre 2017 et 2018. L'impact des premières mesures salariales du Ségur de la santé sera visible sur les statistiques de salaires 2020 et n'est donc pas pris en compte dans cette fiche (voir encadré 2, synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020).

En 2019, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) perçoit un salaire mensuel net moyen en EQTP de 5 301 euros (2 747 euros pour les sages-femmes et 5 725 euros pour les autres professions), en hausse de 0,8 % en euros courants, soit une progression plus faible que l'année précédente (+2,0 %). La rémunération moyenne du personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 055 euros (+0,8 % en 2019 après +0,6 % en 2018). La rémunération du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) s'établit à 2 257 euros en moyenne, celle du personnel administratif à 2 029 euros (7 229 euros pour les cadres de direction et 3 981 euros pour les cadres de gestion) et celle du personnel technique et ouvrier à 1 960 euros.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2019, le salaire mensuel net en EQTP s'établit en moyenne à 2 380 euros dans le secteur public, à 2 337 euros dans le secteur privé non lucratif et à 2 026 euros dans le secteur privé lucratif. Entre 2018 et 2019, il a progressé faiblement en moyenne dans les hôpitaux publics (+0,3 % en euros courants), mais plus fortement dans le secteur privé (+2,0 % dans le privé non lucratif et +2,8 % 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 (5 307 euros) que dans le secteur privé non lucratif (5 810 euros), mais plus que dans le secteur privé lucratif (4 328 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

1. Ce chiffre diffère très légèrement de celui présenté dans la fiche de la précédente édition en raison d'une évolution méthodologique (voir encadré Sources et méthodes).

Tableau 1 Salaires mensuels nets en EQTP moyens en 2019 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Salaire 2019	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)	Salaire 2019	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)	Salaire 2019	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)	Salaire 2019	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)
Personnel administratif	**2 023**	**-0,4**	**2 178**	**+1,7**	**1 899**	**+2,3**	**2 029**	**+0,3**
Cadres de direction	8 580	-6,7	5 992	+2,0	5 647	-8,7	7 229	-4,1
Cadres de gestion	4 320	-0,4	3 552	+0,7	3 692	+0,2	3 981	-0,5
Professions intermédiaires (directeur des soins, adjoint des cadres, assistant médico-administratif)	2 130	-0,1	1 882	+0,7	2 021	+1,2	2 082	-0,1
Employés (adjoint administratif, permanencier auxilaire de régulation médicale)	1 626	+0,3	1 691	+1,8	1 583	+2,7	1 626	+0,9
Personnel soignant	**2 099**	**+0,3**	**1 970**	**+2,3**	**1 892**	**+2,6**	**2 055**	**+0,8**
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 080	-0,1	3 213	+1,0	3 311	+1,0	3 119	+0,2
Infirmiers	2 351	+0,5	2 189	+1,7	2 147	+2,4	2 301	+0,9
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 808	+0,2	1 622	+3,1	1 549	+2,9	1 754	+0,8
Rééducateurs	2 170	+0,5	2 163	+1,5	2 113	+0,9	2 160	+0,8
Psychologues	2 317	+0,2	2 383	+1,6	2 169	+2,2	2 315	+0,6
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	**2 026**	**+0,9**	**2 063**	**+1,0**	**1 804**	**+2,6**	**2 022**	**+1,0**
Personnel médico-technique	**2 298**	**-0,3**	**2 098**	**+1,5**	**2 089**	**+3,3**	**2 257**	**+0,1**
Professions intermédiaires (cadre de santé, technicien de laboratoire, manipulateur d'électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie)	2 301	-0,3	2 116	+1,6	2 101	+3,2	2 265	+0,1
Employés (aide de laboratoire, aide d'électroradiologie, aide de pharmacie)	1 823	-1,0	1 732	+0,5	1 967	+3,5	1 848	+1,2
Personnel technique et ouvrier	**1 949**	**+0,2**	**2 085**	**+1,4**	**2 021**	**+3,5**	**1 960**	**+0,4**
Ingénieurs et cadres techniques	3 240	+0,4	3 397	+1,0	3 101	+1,6	3 249	+0,5
Professions intermédiaires (technicien ou technicien supérieur)	2 321	+0,0	2 166	+1,0	2 260	+2,6	2 307	+0,2
Ouvriers	1 707	-0,3	1 669	+0,8	1 682	+3,1	1 704	-0,2
Personnel médical	**5 307**	**+0,5**	**5 810**	**+0,6**	**4 328**	**+4,9**	**5 301**	**+0,8**
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	5 703	+0,6	6 092	+0,4	5 187	+4,3	5 725	+0,8
Sages-femmes	2 781	+0,0	2 686	+5,0	2 600	+2,5	2 747	+0,7
Contrats aidés	**1 319**	**+0,4**	**1 386**	**+2,4**	**1 256**	**+4,9**	**1 333**	**+1,2**
Femmes	**2 245**	**+0,4**	**2 169**	**+2,3**	**1 957**	**+2,8**	**2 200**	**+0,9**
Hommes	**2 844**	**+0,1**	**2 955**	**+1,2**	**2 363**	**+2,7**	**2 812**	**+0,4**
Ensemble[1]	**2 380**	**+0,3**	**2 337**	**+2,0**	**2 026**	**+2,8**	**2 333**	**+0,7**
Ensemble (hors personnel médical)[1]	**2 079**	**+0,2**	**2 020**	**+2,1**	**1 910**	**+2,5**	**2 051**	**+0,7**
Ensemble (hors contrats aidés)[1]	**2 382**	**+0,2**	**2 343**	**+1,9**	**2 027**	**+2,8**	**2 335**	**+0,7**

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.
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, DSN 2018-2019, Siasp 2018-2019, traitements DREES.

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 mode de rémunération mixte. Finalement, les données de salaire du personnel médical 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, mais la hiérarchie entre secteurs reste identique.

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

En 2019, le rapport interdécile[2] *(tableau 2)* est de 2,3 dans les secteurs public et privé lucratif, contre 2,6 dans le secteur privé non lucratif. Ces trois rapports interdéciles sont très semblables à ceux de 2018. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés, particulièrement à l'hôpital public : le rapport interdécile pour les cadres de gestion et de direction est de 3,6 chez les salariés des hôpitaux publics et de 2,5 à 2,7 chez ceux des cliniques privées[3]. À l'inverse, pour les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 dans le secteur public, de 1,7 dans le secteur privé non lucratif et de 1,8 dans le secteur privé lucratif.

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

En 2019, hors personnel médical et hors contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 1 719 euros s'il est âgé de moins de 30 ans à 2 556 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 1 791 euros pour les moins de 30 ans à 2 535 euros pour les 60 ans ou plus, et de 1 774 à 2 323 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 21,6 % à celui des hommes dans le secteur hospitalier (de 21,0 % dans les hôpitaux publics, de 26,5 % dans les cliniques privées non lucratives et de 16,4 % 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, 17,0 % 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 : 29,9 % d'entre elles sont infirmières et 34,9 % sont aides-soignantes ou agentes des services hospitaliers, contre respectivement 17,3 % et 21,1 % des hommes. ■

2. Le rapport interdécile est défini comme le rapport entre le salaire mensuel net au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés (appelé D9) et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés (appelé D1).
3. 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 2019 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public			Secteur privé non lucratif			Secteur privé lucratif		
	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9
Personnel administratif	**1 375**	**1 736**	**2 620**	**1 353**	**1 836**	**3 389**	**1 240**	**1 617**	**2 852**
Cadres de direction	6 135	8 794	10 505	2 933	5 296	9 865	2 413	4 515	9 779
Cadres de gestion	2 141	3 598	7 494	2 220	3 164	5 250	2 090	3 251	5 455
Professions intermédiaires (directeur des soins, adjoint des cadres, assistant médico-administratif)	1 568	2 019	2 624	1 422	1 812	2 438	1 371	1 900	2 845
Employés (adjoint administratif, permanencier auxilaire de régulation médicale)	1 342	1 562	1 968	1 254	1 641	2 165	1 200	1 523	2 060
Personnel soignant	**1 541**	**1 987**	**2 815**	**1 316**	**1 915**	**2 676**	**1 248**	**1 811**	**2 635**
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 490	3 033	3 714	2 269	3 073	4 335	2 345	3 188	4 467
Infirmiers	1 791	2 272	2 948	1 649	2 141	2 784	1 539	2 096	2 806
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 454	1 778	2 191	1 186	1 614	2 045	1 136	1 522	1 991
Rééducateurs	1 580	2 124	2 754	1 653	2 116	2 748	1 511	2 062	2 735
Psychologues	1 585	2 197	3 385	1 832	2 356	3 037	1 559	2 076	2 824
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	**1 460**	**1 975**	**2 630**	**1 475**	**1 941**	**2 567**	**1 359**	**1 737**	**2 288**
Personnel médico-technique	**1 586**	**2 260**	**2 923**	**1 530**	**2 042**	**2 726**	**1 426**	**1 918**	**2 967**
Professions intermédiaires (cadre de santé, technicien de laboratoire, manipulateur d'électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie)	1 586	2 265	2 924	1 566	2 057	2 738	1 467	1 928	2 966
Employés (aide de laboratoire, aide d'électroradiologie, aide de pharmacie)	1 583	1 803	2 036	1 208	1 638	2 395	1 280	1 706	3 047
Personnel technique et ouvrier	**1 410**	**1 754**	**2 719**	**1 306**	**1 859**	**3 197**	**1 315**	**1 808**	**3 011**
Ingénieurs et cadres techniques	1 893	3 053	4 757	2 185	3 127	4 909	1 910	2 871	4 462
Professions intermédiaires (technicien ou technicien supérieur)	1 658	2 218	3 127	1 540	2 097	2 870	1 530	2 119	3 222
Ouvriers	1 386	1 654	2 077	1 192	1 653	2 181	1 261	1 612	2 209
Personnel médical	**2 585**	**5 121**	**8 043**	**2 326**	**5 766**	**9 097**	**1 692**	**3 470**	**7 929**
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens…	3 101	5 567	8 265	2 551	5 993	9 296	1 508	4 867	8 742
Sages-femmes	1 963	2 742	3 518	1 902	2 701	3 372	1 889	2 571	3 303
Ensemble[1]	**1 497**	**1 999**	**3 369**	**1 334**	**1 950**	**3 515**	**1 255**	**1 808**	**2 859**

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.
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, DSN 2019, Siasp 2019, traitements DREES.

Tableau 3 Structure des emplois et salaires nets mensuels en EQTP moyens par tranche d'âge pour le personnel non-médical, en 2019

Tranche d'âge	Secteur public			Secteur privé non lucratif			Secteur privé lucratif		
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2018-2019 (% en euros courants)
Moins de 30 ans	15,6	1 719	+0,8	19,2	1 791	+2,3	22,8	1 774	+3,1
30 à 39 ans	26,0	1 942	+0,2	26,1	1 888	+3,5	26,6	1 836	+3,6
40 à 49 ans	27,0	2 142	+0,3	23,5	2 067	+2,9	22,4	1 963	+2,9
50 à 59 ans	26,6	2 280	-0,3	24,8	2 174	+2,7	22,1	1 977	+2,4
60 ans ou plus	4,8	2 556	-1,2	6,4	2 535	+3,4	6,1	2 323	+3,9
Ensemble	**100,0**	**2 081**	**+0,2**	**100,0**	**2 024**	**+2,0**	**100,0**	**1 911**	**+2,5**

EQTP : équivalent temps plein.
Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés.
Champ > Salariés de France entière (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > Insee, DSN 2019, Siasp 2019, traitements DREES.

Encadré 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.

Méthode

L'évolution des sources pour le secteur privé – remplacement progressif de la déclaration annuelle de données sociales (DADS) par la déclaration sociale nominative (DSN) depuis 2016 – a entraîné une refonte complète de la chaîne de traitements statistiques, rendant impossibles les comparaisons directes des données de salaire d'un millésime à un autre. À la différence de l'Insee, qui recalculait les données en niveau chaque année, la DREES avait choisi une autre méthode, qui consistait à appliquer les évolutions annuelles calculées pour chaque millésime aux niveaux de 2015 (dernière année de l'ancienne chaîne de traitement, choisie comme année de base) par agrégat diffusé.

La refonte étant désormais terminée, les données en niveau sont à nouveau exploitées, à la différence des précédentes éditions de cette fiche traitant des millésimes 2016 à 2018. Il en résulte des différences minimes de niveau concernant les salaires 2018.

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.). Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la DADS – grand format ou de la DSN 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). 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.** (2021, septembre). En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 1872.

> **Dixte, C., Bour, R.** (2021, septembre). En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1205.

> **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.** (2021, juin). En 2019, le salaire net moyen dans le secteur privé a progressé de 1,2 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 1863.

07 Les établissements de santé dans les DROM

L'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) 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 ainsi que 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 2020, 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. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier, situé à Mamoudzou[1].

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

En 2020, 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 : -11 % d'écart en Guadeloupe, -14 % en Guyane et -16 % en Martinique et à La Réunion *(tableaux 2 et 3)*. Pour Mayotte, l'écart reste beaucoup plus important (-56 %). 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 51). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement en hospitalisation partielle est nettement inférieur, de 22 % en Martinique à 68 % à Mayotte.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète en Martinique, rapporté à la population, est identique à celui de la France métropolitaine (81 lits pour 100 000 habitants). En Guadeloupe, à La Réunion et en Guyane, les taux d'équipement sont plus faibles, tandis qu'il est quasi nul à Mayotte. Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement plus bas que celui de France métropolitaine, hormis en Guadeloupe.

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 (156 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (177) et la Martinique (149) et, d'autre part, La Réunion (93 lits pour 100 000 habitants), la Guyane (50)

1. En 2021, un nouvel établissement rattaché au CH de Mamoudzou a ouvert, le site Martial Henry. Il proposera 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.

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. En Martinique, la capacité d'accueil en hospitalisation partielle en moyen séjour par habitant est beaucoup plus faible, et elle s'avère inexistante à Mayotte.

Avec la crise sanitaire, une baisse du nombre de séjours hospitaliers un peu moins marquée qu'en France métropolitaine

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière en 2020. Elle a entraîné une diminution du nombre total de séjours d'hospitalisation complète (hors unités de soins de longue durée), plus sensible en France métropolitaine (-12,5 %) que dans les DROM (-7,8 %). Le même phénomène est observé pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle, qui baisse de 14,5 % dans les DROM, contre 23,7 % en France métropolitaine.

En 2020, 5 600 séjours d'hospitalisation complète et 924 journées d'hospitalisation partielle ont un diagnostic (principal ou associé) de Covid-19 dans les DROM *(tableau 4)*. La Guyane est le DROM où l'activité hospitalière liée au Covid-19 a été proportionnellement la plus importante, tandis que la Martinique et La Réunion ont été un peu

Tableau 1 **Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissement en 2020**

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics[1]	**11**	**14**	**3**	**10**	**1**	**1 308**
CHR/CHU	2	5	0	6	0	167
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	3	3	1	913
CH spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	0	89
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	139
Établissements privés à but non lucratif	**0**	**1**	**0**	**3**	**0**	**666**
CLCC[2]	0	0	0	0	0	20
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	646
Établissements privés à but lucratif	**13**	**3**	**4**	**18**	**0**	**934**
Établissements de SSR	5	1	1	10	0	325
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	3	6	0	449
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	150
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	3
Total	**24**	**18**	**7**	**31**	**1**	**2 908**

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 ; 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 2020, 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 2020 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 2020, traitements DREES.

moins exposées. Rapportée à sa population, la proportion de séjours Covid-19 en hospitalisation complète est, en effet, plus élevée en Guyane (0,56 séjour pour 100 habitants) qu'en France métropolitaine (0,52). Elle est légèrement inférieure, en revanche, en Guadeloupe (0,36) et à Mayotte (0,23), et très nettement inférieure en Martinique (0,19) et à La Réunion (0,13). Concernant l'hospitalisation partielle, le nombre de journées Covid-19 pour 100 habitants est aussi particulièrement élevé en Guyane (0,16), davantage qu'en France métropolitaine (0,12). Dans les autres DROM, le nombre de journées Covid-19 en hospitalisation partielle est nettement inférieur (de 0,00 à 0,04).

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 13,3 séjours pour 100 habitants (15,2 séjours pour 100 habitants en 2019). La Réunion (12,9) 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 (11,6), en Guadeloupe (10,9), en Guyane (10,3) et à Mayotte (7,7) *[tableau 5]*.

En 2020, la durée moyenne de séjour en MCO est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,7 jours, après 5,5 jours en 2019) en Guyane, en Martinique et à Mayotte (respectivement 6,7 jours, 6,1 jours et 5,8 jours) *[tableau 6]*. En revanche, elle s'avère proche en Guadeloupe (5,3 jours) et un peu plus courte à La Réunion (5,1 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.

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2020

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 123	892	731	2 136	364	192 959
	Psychiatrie	266	290	103	424	10	53 025
	SSR	752	535	143	796	0	101 734
	SLD	165	138	30	82	0	30 205
Places	MCO	248	145	90	322	46	33 495
	Psychiatrie	199	89	42	163	0	29 046
	SSR	196	59	75	477	0	15 067
Population en 2020 (en milliers)		**424**	**360**	**288**	**857**	**279**	**65 124**

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 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2020

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	265	248	254	249	131	296
	Psychiatrie	63	81	36	49	4	81
	SSR	177	149	50	93	0	156
	SLD	39	38	10	10	0	46
Places	MCO	59	40	31	38	16	51
	Psychiatrie	47	25	15	19	0	45
	SSR	46	16	26	56	0	23

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 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

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 26 % en Guyane et 17 % à Mayotte. Elle atteint 46 % en Guadeloupe, 38 % en Martinique et 40 % à La Réunion, ces parts sont comparables à celle de la France métropolitaine (45 %).

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 en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion est inférieur de plus d'un quart à celui de la France métropolitaine. La capacité d'accueil de la Martinique est proche de celle de la France métropolitaine, mais la durée moyenne de séjour y est nettement plus élevée (respectivement 50 jours, contre 33 jours). En Guadeloupe, à La Réunion et en Guyane, les taux d'hospitalisation de psychiatrie sont plus bas. Les durées moyennes de séjour sont proches de celle de la France métropolitaine (respectivement 35, 28 et 33 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

Tableau 4 **Nombre de séjours et de journées Covid-19 en 2020**

	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)	1,5	0,7	1,6	1,1	0,6	341,9
Nombre de séjours pour 100 habitants	0,36	0,19	0,56	0,13	0,23	0,52
Journées d'hospitalisation partielle avec un DP ou un DA de Covid-19						
Nombre de séjours (en milliers)	0,1	0,1	0,5	0,2	0,0	75,3
Nombre de séjours pour 100 habitants	0,03	0,04	0,16	0,02	0,00	0,12

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 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Tableau 5 **Activité des établissements de santé pour 100 habitants en 2020**

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO[1]	10,9	11,6	10,3	12,9	7,7	13,3
	Psychiatrie	0,6	0,6	0,3	0,6	0,1	0,8
	SSR[2]	2,7	1,1	0,3	0,7	0,0	1,3
Journées d'hospitalisation partielle	MCO	9,3	7,2	3,6	8,5	1,6	10,9
	Psychiatrie	2,9	3,5	0,7	3,4	0,0	4,7
	SSR	7,4	2,4	4,9	14,2	0,0	4,5

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 2020, traitements DREES ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

(0,1 séjour pour 100 habitants) et de courte durée (9 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 (4,7 journées pour 100 habitants). La Martinique est le département où cette activité est la plus développée (3,5 journées pour 100 habitants en 2020), devant La Réunion et la Guadeloupe (respectivement 3,4 et 2,9 journées pour 100 habitants). En Guyane, le taux est de 0,7 journée et à Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

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 est de 1,3 pour 100 habitants (1,5 en 2019). Il est bien supérieur en Guadeloupe (2,7), et assez proche en Martinique (1,1). L'hospitalisation en SSR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,7 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 (14,2 journées pour 100 habitants, contre 4,5). Elle l'est également davantage en Guadeloupe et en Guyane (respectivement 7,4 et 4,9 journées pour 100 habitants), les taux d'équipement en places étant plus élevés. En revanche, elle demeure peu élevée en Martinique 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. ■

Tableau 6 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2020

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO[1]	5,3	6,1	6,7	5,1	5,8	5,7
Psychiatrie	34,8	49,7	32,6	27,9	8,8	32,6
SSR[2]	22,1	33,2	55,1	42,3	-	33,7

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 2020, traitements DREES ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Encadré 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 2020.

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 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

> **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle :** voir fiche 02, « 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, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **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.

> **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.

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

08 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités

Entre 2008 et 2020, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de 27 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées (11 000 places supplémentaires). Entre 2019 et 2020, l'activité recule fortement, en hospitalisation complète (-12,0 %) comme en hospitalisation partielle (-11,9 %), en raison notamment des déprogrammations de soins liées à l'épidémie de Covid-19. Les durées moyennes de séjour restent stables en 2020, à l'exception de la médecine, où elles augmentent du fait de la prise en charge des cas de Covid-19.

Le nombre de lits continue de baisser en 2020

Entre 2008 et 2020, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en court séjour a diminué de 27 000, pour atteindre 198 000 lits au 31 décembre 2020 (-12,2 % en 12 ans). Cette baisse des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -9 % pour les établissements publics, -22 % pour les cliniques privées et -8 % pour les établissements privés à but non lucratif. Toutefois, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : fin 2020, les établissements publics concentrent 69 % du total des lits en MCO, contre 67 % fin 2008.

Entre fin 2019 et fin 2020, la diminution du nombre de lits est un peu plus marquée (-1,6 %, alors qu'elle était de -1,4 % par an en moyenne de 2013 à 2019). Ce phénomène pourrait s'expliquer par la crise sanitaire et ses conséquences sur les capacités d'hospitalisation et les ressources humaines hospitalières : les unités de soins de MCO étant, en effet, en première ligne pour la prise en charge des patients concernés par l'épidémie de Covid-19[1]. Certains établissements ont été contraints, temporairement, de ne plus accepter de patients dans plusieurs de leurs services d'hospitalisation pour dégager des moyens en personnel à affecter aux services de soins critiques. En outre, la crise sanitaire a entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations. Dans les deux cas, cela se traduit par une baisse du nombre de lits disponibles pour accueillir des malades au 31 décembre 2020. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, réduisant là aussi le nombre de lits d'hospitalisation complète disponibles en fin d'année.

La création de places d'hospitalisation partielle en MCO reste dynamique en 2020

Le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important en MCO. Au 31 décembre 2020, 34 000 places sont destinées à ce mode de prise en charge, elles étaient 23 000 fin 2008. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire situées dans les établissements privés à but lucratif, et un peu moins d'un tiers d'entre elles sont des places de médecine situées dans les hôpitaux publics *(tableau 1)*.

De 2013 à 2019, le nombre de places d'hospitalisation partielle en MCO a progressé au rythme de +3,1 % par an en moyenne, un rythme qui s'infléchit entre fin 2019 et fin 2020, où la hausse atteint 1,9 %. Durant la crise sanitaire, le nombre de places en MCO ralentit nettement dans les

1. Le nombre de lits a connu de fortes variations au cours de l'année 2020, au gré des vagues épidémiques de la crise sanitaire, 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 l'épidémie de Covid-19 ne se retrouve donc pas dans cet état des lieux de fin d'année.

établissements publics et les établissements privés à but non lucratif, tandis qu'il progresse à un rythme plus élevé que celui des six années précédentes dans les cliniques privées.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète recule nettement avec l'épidémie de Covid-19

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 8,9 millions en 2020, soit une baisse de 12,0 % par rapport à 2019 (-0,8 % en 2019). Cette baisse concerne tous les secteurs hospitaliers : -11,2 % pour les établissements privés à but non lucratif, -14,0 % pour les cliniques privées à but lucratif et -11,4 % pour les hôpitaux publics *(tableau 2)*.
La diminution du nombre de séjours d'hospitalisation complète est plus importante pour les séjours de médecine classés en techniques peu invasives et pour les séjours de chirurgie (respectivement -16,2 % et -16,0 %) que pour les séjours classés en médecine (-11,5 %), dans le secteur public comme dans le secteur privé. En revanche, tous secteurs confondus, la baisse est nettement moins importante pour les séjours classés en obstétrique (-4,3 %), alors qu'une diminution du nombre de naissances a été constatée en 2020.
La baisse du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète est plus marquée dans le secteur privé, à but lucratif (-16,3 %) comme non lucratif (-18,3 %), que dans le secteur public (-15,3 %), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps complet demeurent plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la sixième année consécutive. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 71,3 % de l'ensemble de leurs séjours d'hospitalisation complète relèvent de cette discipline *(graphique 1)*.
Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère[2] (classés en médecine) diminuent, du fait de la baisse des accouchements. Ces séjours sont presque exclusivement des séjours d'hospitalisation complète. Toutefois, un retour à domicile quelques heures après l'accouchement est envisageable (séjours de 0 jour), même s'il reste marginal (moins de 0,3 % des séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère).

Le nombre de séjours d'hospitalisation partielle diminue aussi en 2020

Parallèlement aux capacités d'accueil, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une dizaine d'années. Elle a augmenté de 32,0 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2019, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. Sur longue période, la progression de l'hospitalisation partielle en chirurgie concerne davantage les cliniques privées.

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2020 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	98 416	10 836	10 647	1 343	14 847	1 622	123 910	13 801
Chirurgie	27 180	5 619	5 334	1 919	24 824	11 847	57 338	19 385
Gynécologie-obstétrique	11 977	981	1 143	72	3 837	107	16 957	1 160
Total	**137 573**	**17 436**	**17 124**	**3 334**	**43 508**	**13 576**	**198 205**	**34 346**

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

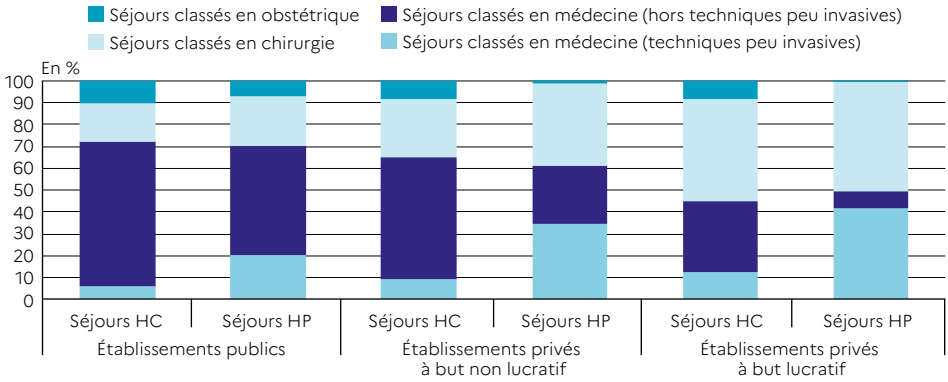
2. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont des bébés qui ne requièrent pas de soins de santé particuliers au-delà de ceux prévus pour tout nouveau-né ; ils sont ainsi hospitalisés dans la même chambre que leur mère.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2020 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2020 (en milliers)	Évolution 2019-2020 (en %)	2020 (en milliers)	Évolution 2019-2020 (en %)	2020 (en milliers)	Évolution 2019-2020 (en %)	2020 (en milliers)	Évolution 2019-2020 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 440	-11,4	494	-8,6	879	-13,4	5 812	-11,5
dont séjours de techniques peu invasives	346	-16,5	66	-14,2	239	-16,3	652	-16,2
Séjours classés en chirurgie	1073	-15,3	199	-18,3	926	-16,3	2199	-16,0
Séjours classés en obstétrique	642	-4,4	67	-6,0	174	-3,3	883	-4,3
Total	**6 155**	**-11,4**	**759**	**-11,2**	**1 979**	**-14,0**	**8 893**	**-12,0**
Total hors séjours avec DP de Covid-19	**5 981**	**-13,9**	**741**	**-13,3**	**1 958**	**-14,9**	**8 680**	**-14,1**
Total hors séjours avec DP ou DA de Covid-19	**5 925**	**-14,7**	**734**	**-14,1**	**1 950**	**-15,3**	**8 609**	**-14,8**
Nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine)	442	-3,0	52	-6,7	135	-0,9	629	-2,9
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 069	-9,7	418	-5,3	1 760	-11,5	4 246	-10,1
dont séjours de techniques peu invasives	584	-14,0	233	-10,0	1484	-13,8	2301	-13,5
Séjours classés en chirurgie	685	-23,0	258	-15,1	1781	-12,1	2723	-15,4
Séjours classés en obstétrique	213	-1,2	12	-4,0	34	-5,3	259	-1,8
Total	**2 967**	**-12,7**	**687**	**-9,2**	**3 574**	**-11,8**	**7 228**	**-11,9**
Total hors séjours avec DP de Covid-19	**2 928**	**-13,8**	**686**	**-9,4**	**3 570**	**-11,9**	**7 184**	**-12,4**
Total hors séjours avec DP ou DA de Covid-19	**2 924**	**-13,9**	**685**	**-9,5**	**3 569**	**-11,9**	**7 178**	**-12,5**

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas intégrés aux totaux des séjours.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019-2020, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2020



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

En 2020, avec l'épidémie de Covid-19, l'hospitalisation partielle en court séjour diminue fortement (-11,9 %) et son volume d'activité s'établit à 7,2 millions de séjours, après 8,2 millions en 2019 *(tableau 2)*. Le recul le plus marqué concerne la chirurgie ambulatoire (-15,4 %), conséquence des déprogrammations massives d'interventions : les actes chirurgicaux pratiqués habituellement en ambulatoire sont ceux qui ont pu être décalés le plus facilement. Ce phénomène est particulièrement marqué pour les hôpitaux publics (-23,0 %). Il en va de même des séjours de médecine classés en techniques peu invasives. La diminution du nombre de séjours d'hospitalisation partielle la plus faible est observée en obstétrique, où le recours à l'ambulatoire est bien moins fréquent (22 % des séjours) qu'en médecine (40 %) ou en chirurgie (55 %).
Malgré ce recul, la part des séjours d'hospitalisation partielle dans l'ensemble des séjours a continué à progresser en 2020, en particulier pour les techniques peu invasives.

2,0 % des séjours de MCO ont un diagnostic de Covid-19 en 2020

En 2020, l'activité hospitalière de MCO a été bouleversée par l'apparition du Covid-19. Le décompte des séjours concernés, directement ou indirectement, par l'épidémie se fait à partir des diagnostics (principaux, reliés ou associés) codés dans le PMSI-MCO en 2020. Les séjours codés avec un diagnostic principal ou un diagnostic relié (DP-DR) 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-DR de Covid-19, mais avec un diagnostic associé (DA) sont supposés être ceux dont le motif médical principal de prise en charge était une autre pathologie, mais pour un patient infecté par le SARS-CoV-2 (cas possible dans toutes les disciplines d'équipement). Toutefois, les consignes et les pratiques de codage ont pu diverger selon les établissements mais également au fil du temps, si bien que la frontière entre DP-DR et DA est à interpréter avec précaution. Dans cet ouvrage, les deux composantes du décompte des « séjours Covid-19 » sont détaillées. En 2020, 334 000 séjours Covid-19[3] sont enregistrés, soit 2,0 % de l'ensemble des séjours de MCO *(tableau 3)*. Dans le détail, 284 000 séjours Covid-19 sont enregistrés en hospitalisation complète (3,2 % des séjours de ce type) et 50 000 en hospitalisation partielle (0,7 %). Une très grande majorité de ces séjours sont codés avec un DP-DR

3. 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.

Tableau 3 Nombre de séjours Covid-19 en 2020 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2020 (en milliers)	Part dans la discipline	2020 (en milliers)	Part dans la discipline	2020 (en milliers)	Part dans la discipline	2020 (en milliers)	Part dans la discipline
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours Covid-19 de médecine	**220**	**4,9**	**24**	**4,8**	**26**	**3,0**	**270**	**4,6**
dont séjours avec DP de Covid-19	174	3,9	18	3,7	20	2,3	213	3,7
dont séjours avec DA de Covid-19	46	1,0	6	1,2	6	0,6	57	1,0
Séjours Covid-19 classés en chirurgie	**7**	**0,6**	**1**	**0,4**	**2**	**0,2**	**10**	**0,4**
dont séjours avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont séjours avec DA de Covid-19	6	0,6	1	0,4	2	0,2	9	0,4
Séjours Covid-19 classés en obstétrique	**4**	**0,6**	**0**	**0,5**	**1**	**0,3**	**5**	**0,5**
dont séjours avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont séjours avec DA de Covid-19	4	0,6	0	0,5	1	0,3	5	0,5
Total séjours Covid-19	**230**	**3,7**	**25**	**3,3**	**29**	**1,5**	**284**	**3,2**
dont séjours avec DP de Covid-19	**174**	**2,8**	**18**	**2,4**	**21**	**1,0**	**213**	**2,4**
dont séjours avec DA de Covid-19	**56**	**0,9**	**7**	**0,9**	**8**	**0,4**	**71**	**0,8**
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours Covid-19 de médecine	**42**	**2,0**	**2**	**0,4**	**5**	**0,3**	**49**	**1,2**
dont séjours avec DP de Covid-19	39	1,9	1	0,3	4	0,3	44	1,0
dont séjours avec DA de Covid-19	4	0,2	1	0,2	1	0,0	5	0,1
Séjours Covid-19 classés en chirurgie	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
dont séjours avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont séjours avec DA de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Séjours Covid-19 classés en obstétrique	**0**	**0,1**	**0**	**0,1**	**0**	**0,1**	**0**	**0,1**
dont séjours avec DP de Covid-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dont séjours avec DA de Covid-19	0	0,1	0	0,1	0	0,1	0	0,1
Total séjours Covid-19	**43**	**1,4**	**2**	**0,3**	**5**	**0,1**	**50**	**0,7**
dont séjours avec DP de Covid-19	**39**	**1,3**	**1**	**0,2**	**4**	**0,1**	**44**	**0,6**
dont séjours avec DA de Covid-19	**4**	**0,1**	**1**	**0,1**	**1**	**0,0**	**6**	**0,1**

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas intégrés aux totaux des séjours.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

de Covid-19 (75 % en hospitalisation complète et 89 % en hospitalisation partielle), et sont alors classés en médecine uniquement. Les séjours Covid-19 ayant seulement un DA de Covid-19 sont majoritairement classés en médecine, mais il en existe également en chirurgie (13 % de ce type de séjours) et en obstétrique (6 %), probablement pour des patients dont la prise en charge avait un autre motif initial, mais qui ont été infectés par le SARS-CoV-2 durant leur hospitalisation.

Les hôpitaux publics ont pris en charge 81 % des séjours Covid-19 en hospitalisation complète et 86 % de ceux enregistrés en hospitalisation partielle. Le poids des séjours ayant un DP-DR de Covid-19 parmi l'ensemble des séjours Covid-19 est plus élevé dans les hôpitaux publics (76 % en hospitalisation complète et 91 % en hospitalisation partielle) que dans les cliniques privées (respectivement 71 % et 86 %) et les établissements privés à but non lucratif (72 % et 56 %).

En dehors de ces séjours Covid-19, la baisse de l'activité hospitalière de MCO en 2020 est donc plus marquée encore : elle atteint -14,8 % en hospitalisation complète et -12,5 % en hospitalisation partielle.

La durée moyenne de séjour augmente avec le Covid-19

En 2020, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,7 jours, en hausse par rapport aux années précédentes (5,5 jours de 2017 à 2019). L'augmentation de la durée moyenne de séjour en 2020 provient d'une importante augmentation de la durée des séjours en médecine : de 6,1 à 6,4 jours pour la médecine hors techniques peu invasives et de 3,0 à 3,2 jours pour les techniques peu invasives *(tableau 4)*. Toutefois, ce phénomène est intégralement imputable à l'apparition des séjours Covid-19, dont les durées moyennes de séjour sont nettement supérieures à celles observées habituellement en médecine : 9,7 jours en moyenne pour les séjours codés avec un DP-DR de Covid-19 et 13,0 jours pour les séjours codés avec un DA de Covid-19. Ainsi, la DMS des séjours de MCO hors Covid-19 est stable entre 2019 et 2020.

Tableau 4 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO en 2019 et 2020, selon le statut de l'établissement

En jours

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Séjours classés en médecine, techniques peu invasives	3,5	3,8	2,7	2,7	2,4	2,4	3,0	3,2
Séjours classés en médecine hors techniques peu invasives	6,2	6,5	6,3	6,5	5,3	5,5	6,1	6,4
Séjours classés en chirurgie	6,7	6,7	5,0	5,1	4,0	4,0	5,4	5,4
Séjours classés en obstétrique	4,3	4,2	4,1	4,0	4,1	3,9	4,3	4,1
Ensemble MCO	**6,0**	**6,2**	**5,4**	**5,6**	**4,2**	**4,3**	**5,5**	**5,7**
dont séjours avec DP de Covid-19	-	9,7	-	9,9	-	9,8	-	9,7
dont séjours avec DA de Covid-19	-	13,2	-	12,7	-	12,0	-	13,0
Ensemble MCO hors séjours avec DP ou DA de Covid-19	**6,0**	**6,0**	**5,4**	**5,4**	**4,2**	**4,2**	**5,5**	**5,5**

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019-2020, traitements DREES.

Compte tenu du très faible poids des séjours Covid-19 dans l'activité d'hospitalisation complète de chirurgie, la DMS est stable dans cette discipline (5,4 jours, comme en 2019). Après trois années de stabilité, la DMS des séjours d'obstétrique est passée de 4,3 jours à 4,1 jours, probablement en raison de la volonté d'écourter les séjours d'accouchement pour limiter le risque de contagion pour les mères et leurs enfants.

C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,2 jours, 6,0 jours hors Covid-19) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,3 jours, 4,2 jours hors Covid-19). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire (5,6 jours, 5,4 jours hors Covid-19). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts de DMS sont notables en chirurgie : 6,7 jours dans le secteur public, contre 4,0 jours dans les établissements privés à but lucratif. En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,2 jours dans le secteur public, et 3,9 jours dans le secteur privé. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2020 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés dans les totaux, mais ils sont présentés à part *(tableau 2)*. Les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours.

Sources

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 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), avec les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé :** elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) :** il se fonde, dans cette fiche et les deux suivantes, sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique ; l'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour :** dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en MCO est classé en hospitalisation de moins de un jour, encore 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 (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

> **Durée moyenne de séjour :** il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observés pour l'hospitalisation de plus de un jour. •••

•••

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) 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).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19 :** séjours 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, ces séjours 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. Ces séjours codés en U07.13 (568 000 séjours d'hospitalisation complète et 70 000 séjours d'hospitalisation partielle) concernent des personnes contacts ou co-exposées, avec un diagnostic de Covid 19 non retenu cliniquement ou radiologiquement, prélèvement non effectué, non conclusif ou négatif, ainsi que les cas possibles secondairement infirmés.

Pour en savoir plus

> **Boisguérin, B., Delaporte, A., Vacher, T.** (2021, septembre). Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. DREES, *Études et Résultats*, 1208.
> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 67.
> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
> **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.
> Tableaux complémentaires disponibles sur le site https://drees.solidarites-sante.gouv.fr :
- Activité médicale en 2020
- Activité chirurgicale en 2020
- Activité obstétricale en 2020

09 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle

En 2020, le nombre de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en France est estimé à 10,5 millions, en baisse de 11,1 % par rapport à 2019, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Les enfants de moins de 1 an, les femmes en âge de procréer et surtout les personnes de 65 ans ou plus sont les plus concernés par des hospitalisations en MCO. En moyenne en 2020, un patient hospitalisé en MCO l'est 1,5 fois dans l'année.

Des taux d'hospitalisation variables selon l'âge et le sexe des patients

Trois âges de la vie sont plus fréquemment hospitalisés *(graphique 1)*. En 2020, 291 700 séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) correspondent à des hospitalisations de nourrissons (hors nouveau-nés restés auprès de leur mère), soit 1,8 % des séjours d'hospitalisation complète ou partielle, alors qu'ils ne représentent que 1,1 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Néanmoins, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement : les personnes de 65 ans ou plus représentent 42 % des séjours en MCO. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation des hommes en MCO sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 50 ans.

En moyenne, 1,5 séjour dans l'année par patient hospitalisé, un chiffre stable malgré l'épidémie de Covid-19

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2020, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France entière a ainsi été évalué à 10,5 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 5,8 millions de femmes et 4,7 millions d'hommes.

Parmi l'ensemble de la population française, 16 % des personnes sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, les 84 % restants n'étant pas hospitalisés ou hospitalisés ailleurs qu'en MCO (respectivement 17 % et 83 % en 2019).

En 2020, un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année *(graphique 2)*. En effet, si la majorité des patients (71 %) hospitalisés en MCO ne le sont qu'une seule fois, 18 % le sont deux fois et 11 % trois fois ou plus. Cette répartition par fréquence de recours hospitalier est stable entre 2019 et 2020, malgré la crise sanitaire. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âges de manière uniforme. Ainsi, avant 30 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois, s'établit autour de 1,3. Au-delà de 70 ans, ce chiffre s'élève à 1,8 hospitalisation en moyenne. Là encore, ces chiffres sont stables entre 2019 et 2020.

Avec la crise sanitaire, des patients moins nombreux et un peu plus âgés en moyenne

L'épidémie de Covid-19 s'est surtout traduite par une forte baisse de l'activité hospitalière en MCO, comme du recours aux hospitalisations de court séjour, et ce pour tous les âges. Le nombre de patients hospitalisés en MCO a reculé de 11,1 % entre 2019 et 2020. Cette baisse du nombre de patients est d'autant plus prononcée que les patients sont jeunes : elle atteint 13,6 % pour les moins de 45 ans, contre 10,2 % pour les patients de 65 ans ou plus. Cependant, la structure par âge de la patientèle hospitalisée en MCO ne s'est que très légèrement déformée : 42 % des séjours en MCO de 2020 concernent ainsi des patients de 65 ans ou plus, après 41 % en 2019.

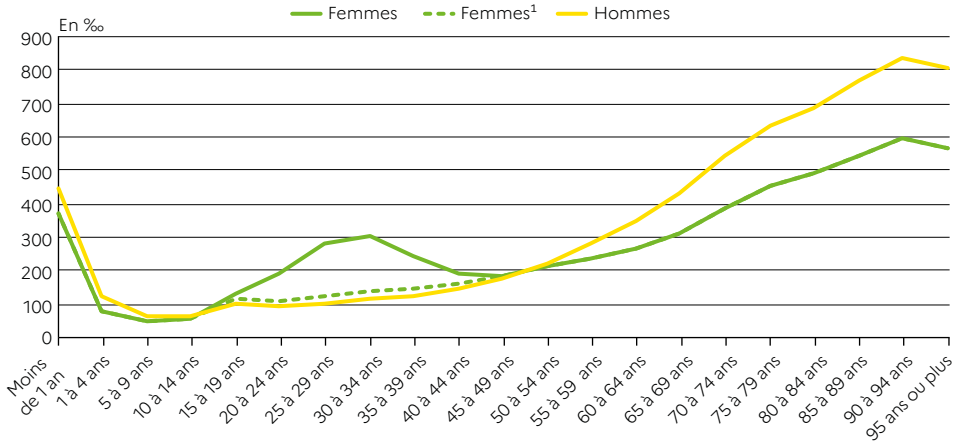
En 2020, 265 000 patients ont été hospitalisés en MCO avec un diagnostic principal (DP) ou un

diagnostic associé (DA) de Covid-19 (représentant 334 000 séjours). Le taux d'hospitalisation de ces patients croît avec l'âge, comme l'ont documenté de nombreuses études *(graphique 3)*. Il est nettement plus élevé dans les hôpitaux publics que dans les établissements privés, et ce pour toutes les classes d'âges.

Les régions de résidence ne sont pas toujours les régions d'hospitalisation

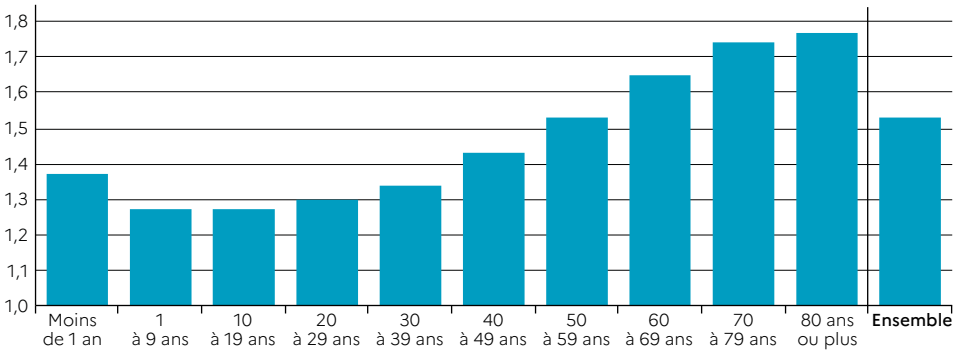
Parmi les 2,7 millions d'hospitalisations réalisées en Île-de-France en 2020, 7,9 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes (comme en 2019). Ainsi, 1,7 % des patients viennent des Hauts-de-France

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé par classe d'âge en 2020



MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10e révision).
Note > Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants, comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES ; Insee, estimation au 1er janvier 2020.

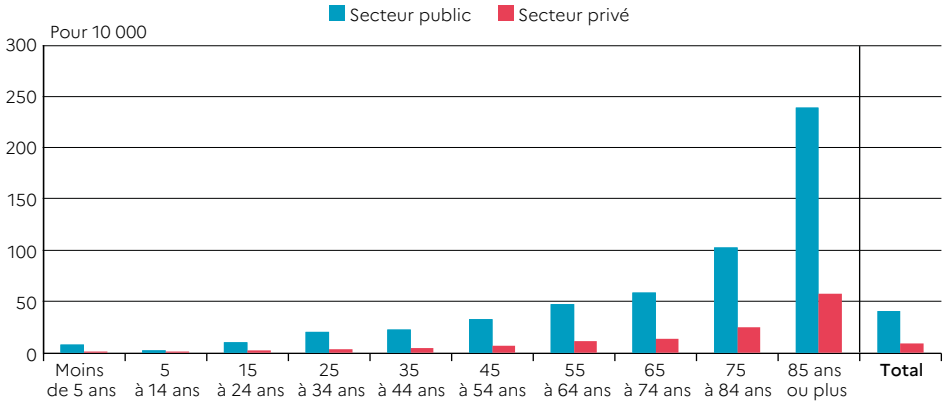
Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées en 2020, par classe d'âge



Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

(47 000 patients), 1,6 % de la région Centre-Val de Loire (43 000 patients) et 0,9 % de Normandie (25 000 patients). Cela s'explique, notamment, par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les habitants d'Eure-et-Loir et de l'Eure. De la même manière, 6,4 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (59 000 patients) ne résident pas dans cette région. En effet, les établissements de la Sarthe s'avèrent particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et de l'Eure-et-Loir, comme ceux du Maine-et-Loire pour les habitants des Deux-Sèvres. La répartition des patients selon leur région de résidence et leur région d'hospitalisation n'a pas évolué entre 2019 et 2020. ■

Graphique 3 Taux d'hospitalisation avec un diagnostic de Covid-19 dans les services de MCO en 2020, par âge et secteur juridique des établissements



MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Note > Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours de résidents pour 10 000 habitants, comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES ; Insee, estimation au 1er janvier 2020.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2020 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés. Les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours.

Sources
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 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).

Définition
Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ». •••

•••

> **Patients hospitalisés en MCO avec un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19 :** patients ayant effectué un séjour d'hospitalisation en MCO pour motif médical principal de prise en charge de Covid-19 ou avec un diagnostic de Covid-19 associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP), relié (DR) ou 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

> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.
> **Galiana, L., Meslin, O., Courtejoie, N., Delage, S.** (2022, mars). Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques – Exploitation d'un appariement de données d'hospitalisation (SI-VIC) et de données socio-économiques (Fidéli). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 95.
> **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.
> Tableaux complémentaires disponibles sur le site https://drees.solidarites-sante.gouv.fr :
- Activité médicale en 2020
- Activité chirurgicale en 2020
- Activité obstétricale en 2020

10 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours

En France en 2020, selon la classification internationale des maladies (10e révision, CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients (tous âges et tous sexes confondus) hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) sont les maladies de l'appareil digestif, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe.

2020 : une année marquée par l'épidémie de Covid-19

En 2020, moins de 2 % des séjours ont pour motif principal une infection au Covid-19. Dans près de 90 % des cas, les symptômes de l'infection sont respiratoires. Même si ce pourcentage semble faible, il correspond à une activité non négligeable sur l'année 2020, dans la mesure où ces séjours se révèlent en moyenne plus longs que les années précédentes, mais également plus complexes (hausse de 7 % du nombre total de séjours avec passage en réanimation en 2020 par rapport à 2019 [dont séjours avec diagnostic principal de Covid-19]).

Parmi l'ensemble des séjours hors Covid (c'est-à-dire des séjours dont le motif principal n'est pas lié au Covid-19), 0,5 % ont un diagnostic associé de Covid-19 pendant le séjour. Ce pourcentage est plus important pour les séjours dont le motif principal concerne l'appareil respiratoire (1,8 % des séjours pour ce motif) ou une maladie infectieuse (1,0 % des séjours pour ce motif).

Par ailleurs, 4 % ont un codage diagnostic correspondant à une situation d'exposition à risque (cas contact). Ce chiffre est plus important chez les plus de 75 ans (7 %) et dans le cas des séjours pour maladies de l'appareil respiratoire (17 %) et maladies infectieuses (13 %).

Avant 15 ans, une prépondérance des recours pour maladies de l'appareil respiratoire

Avant l'âge de 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil respiratoire (14 %) *[graphique 1]*, même si l'on observe une baisse par rapport aux années précédentes (18 %). Viennent ensuite les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (11 %), les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (10 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %), les séjours pour maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %) et ceux pour symptômes ou résultats anormaux d'examens non classés ailleurs (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, sont les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (10 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les séjours pour symptômes et signes mal définis (9 %). Cette hiérarchie est nouvelle : les maladies de l'appareil digestif occupaient jusqu'alors la deuxième place.

Pour les garçons, la deuxième cause de recours est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %), avant les traumatismes et autres lésions de causes externes (11 %), les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (10 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

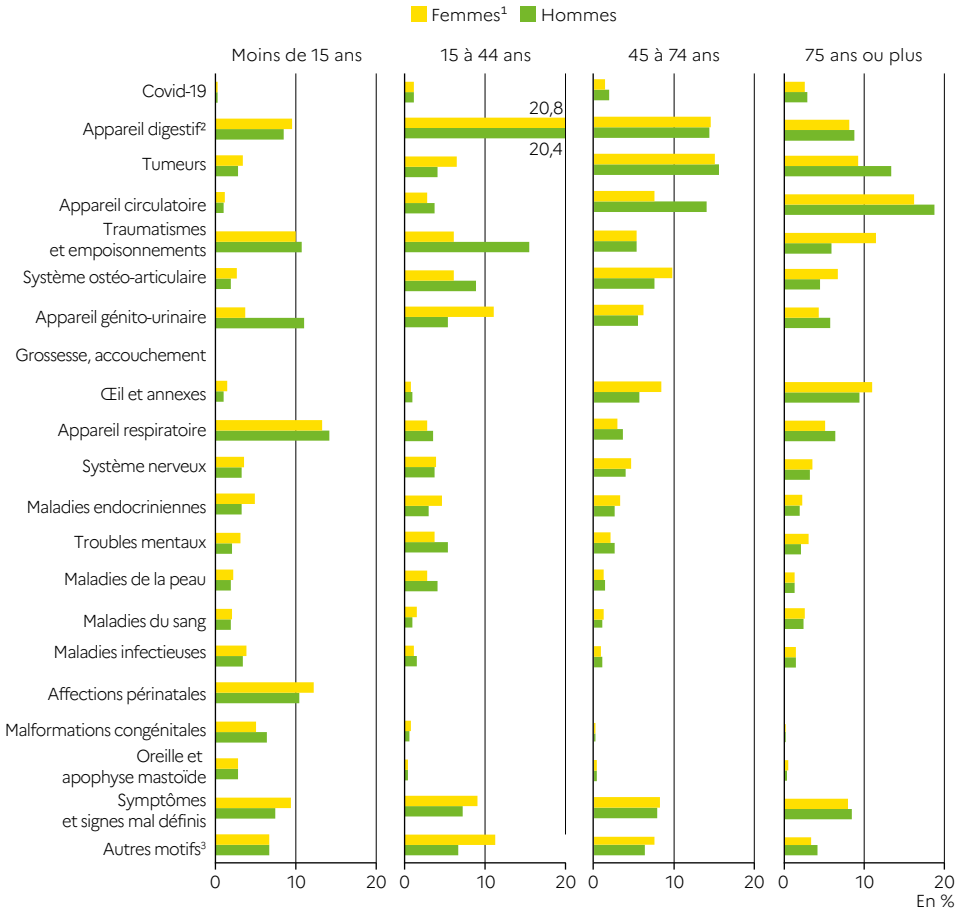
Par ailleurs, on observe une forte baisse du nombre de séjours pour maladies de l'appareil respiratoire (-38 %) et de l'appareil digestif (-20 %), qui peut s'expliquer par une moindre circulation des virus responsables des épidémies annuelles de bronchiolite et de gastro-entérite aiguë, due aux mesures de protection et aux gestes barrières contre le Covid-19.

Entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la maternité et aux maladies de l'appareil digestif

Dans la classe d'âge des 15-44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, qui représentent 41 % des séjours féminins, soit 27 % pour l'ensemble de la classe d'âge.

Si l'on exclut ces séjours liés à la maternité, les recours les plus nombreux relèvent des maladies de l'appareil digestif (21 %), dont un quart pour dents incluses (particulièrement les dents de sagesse).

Graphique 1 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée (MCO) selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2020



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
1. Après exclusion des séjours liés à la maternité (chapitre XV de la CIM-10).
2. Pathologies de l'appareil digestif incluant les pathologies de la cavité buccale et des glandes salivaires.
3. Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.
Note > Les séjours comprennent les hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.). La pathologie traitée est identifiée par le diagnostic principal (ou le diagnostic relié pour le chapitre XXI) et référencée selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision (CIM-10). Les chapitres ont été classés par ordre décroissant de fréquence (les deux sexes et tous âges réunis), sauf pour les « symptômes, signes et états morbides mal définis », ainsi que les « autres motifs ».
Champ > Établissements de santé publics et privés, y compris le SSA ; patients résidant en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

Suivent les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (11 %), puis les séjours pour autres motifs (surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé) [9 %] et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (9 %).
La part des recours pour maladies de l'appareil digestif est similaire pour les hommes et les femmes. Pour ces dernières, les maladies de l'appareil génito-urinaire représentent le troisième motif de recours hors maternité (11 %), juste après les recours pour autres motifs (12 %). Pour les hommes, les deuxième et troisième motifs de recours sont respectivement les traumatismes et empoisonnements (16 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (9 %).

Entre 45 et 74 ans, une prédominance des séjours liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil digestif et aux maladies de l'appareil circulatoire

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés aux tumeurs (15 %) et aux maladies de l'appareil digestif (14 %), puis aux maladies de l'appareil circulatoire (11 %), du système ostéo-articulaire (8 %) et aux symptômes et signes mal définis (8 %). Les années précédentes, les tumeurs étaient le deuxième motif de recours derrière les maladies de l'appareil digestif.
Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents après les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif sont les maladies du système ostéo-articulaire (10 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (8 %), pour maladies de l'appareil circulatoire (8 %), pour symptômes et signes mal définis (8 %) et pour autres motifs (8 %).
Pour les hommes, les motifs les plus fréquents, après les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif, sont les maladies de l'appareil circulatoire (14 %), les symptômes et signes mal définis (8 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (7 %).

À partir de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire

Chez les personnes plus âgées, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes, deuxième motif de recours à l'hospitalisation les années précédentes, ont diminué (10 %) et arrivent en troisième position, juste derrière les tumeurs (11 %). Elles sont suivies par les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (9 %), par les maladies de l'appareil digestif (8 %) et par les symptômes et signes mal définis (8 %).
Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 16 % des recours. Elles sont suivies par les lésions traumatiques et empoisonnements (11 %), les maladies de l'œil et de ses annexes (11 %), les tumeurs (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).
Pour les hommes, les causes d'hospitalisation les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (19 %), devant les tumeurs (13 %), les maladies de l'œil et de ses annexes (9 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les recours pour symptômes et signes mal définis (8 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Ensemble des hospitalisations complètes ou partielles ayant eu lieu en 2020 dans l'ensemble des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors séances et séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Sources
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, pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision (CIM-10) [« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »], à partir du diagnostic relié s'il est renseigné. Dans leur niveau agrégé utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM-10. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les regroupant selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats étiologiques (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ». Les hospitalisations dont le motif principal est la prise en charge du Covid-19 sont repérées par la présence des codes U07.10, U07.11, U07.12, U07.14 et U07.15 en diagnostic principal ou relié. Les situations d'exposition au Covid-19 (cas contact) sont repérées par le code U07.13. La part des séjours Covid-19 indiquée dans cette fiche (moins de 2 % en diagnostic principal et 0,5 % en diagnostic associé) se rapporte à la somme des séjours d'hospitalisation complète et partielle en MCO. Elle diffère du chiffre de 3,4 % mentionné dans la « Synthèse sur le Covid-19 dans les établissements de santé en 2020 » (3,4 %), car ce dernier concerne les seuls séjours d'hospitalisation complète, pour l'ensemble des champs MCO, psychiatrie et SSR. Afin de faciliter les comparaisons entre sexes, les séjours liés à la maternité et à la fécondité (chapitre XV de la CIM-10), dont le poids s'avère élevé pour les femmes de 15-44 ans, ont été exclus du graphique présentant la distribution des séjours par chapitre.

Définition

Diagnostic principal : il est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la CIM-10.

Pour en savoir plus

> Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.drees, www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique État de santé et morbidité.

> **Fourcade, N., Lennep (von), F., Bourdillon, F. *et al.* (dir.)** L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris, France : DREES - Santé publique France. Voir Principales causes de décès et de morbidité. Taux d'hospitalisation en court séjour et principaux motifs de recours.

> **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? DREES, *Études et Résultats*, 928.

> **Mouquet, M.-C. et Oberlin, P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. DREES, *Document de travail*, série Études et Recherche, 128.

> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

> **Peretti (de), C.** (2020, octobre). Motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. DREES, *Études et Résultats*, 1168.

11 L'activité et les capacités d'accueil en soins critiques

Au 31 décembre 2020, le nombre de lits en soins critiques s'établit à 20 300. Il a augmenté de 6,9 % entre fin 2013 et fin 2019, puis de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020, soit une progression durant la crise sanitaire trois fois plus élevée que celle enregistrée en moyenne sur les six années précédentes. Le nombre de journées en soins critiques a progressé, pour sa part, de 6,9 % entre 2013 et 2019, avant de reculer de 0,6 % en 2020, notamment du fait des déprogrammations liées à l'épidémie de Covid-19. Néanmoins, l'activité en réanimation a augmenté de 13,5 % au cours de l'année et a connu un pic d'activité ponctuel lors de la première vague de Covid-19, début avril. La densité de lits en soins critiques en France est de 30,3 lits pour 100 000 habitants fin 2020. Elle diffère toujours fortement selon les régions.

Fin 2020, la France compte 20 300 lits en soins critiques

Au 31 décembre 2020, la France recense 20 300 lits en soins critiques. La prise en charge de ces patients se répartit en trois types d'unités, graduées et coordonnées entre elles au niveau régional. Elles sont définies à partir de la gravité de l'état de santé des patients.

Ainsi, les lits de réanimation sont destinés aux patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aiguës, engageant directement leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Fin 2020, ces lits représentent 30,6 % des capacités en soins critiques, soit 6 200 lits.

Les soins intensifs sont destinés à la prise en charge des patients présentant une défaillance d'un seul organe : il existe différents types d'unités, en fonction de l'organe concerné (notamment unité de soins intensifs de cardiologie ou unité neuro-vasculaire). Fin 2020, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 29,5 % des capacités en soins critiques, soit presque 6 000 lits.

Enfin, la surveillance continue est dédiée à la prise en charge des patients requérant une observation clinique et biologique répétée et méthodique, en sortie de réanimation par exemple. Ces lits représentent 40,0 % des capacités en soins critiques en 2020, soit 8 100 lits *(tableau 1)*.

Les capacités en soins critiques ont progressé de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020

Le nombre de lits en soins critiques a connu une augmentation régulière, de 6,9 % au total en six ans, entre fin 2013 et fin 2019 *(graphique 1)*. Cette hausse est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 %) et la surveillance continue (+8,6 %) que pour la réanimation (+1,2 %).

Entre fin 2019 et fin 2020, avec la crise sanitaire, les capacités d'accueil en soins critiques ont progressé de 3,6 %, soit trois fois plus que la tendance des six années précédentes. En particulier, le nombre de lits de réanimation a augmenté de 14,3 %[1]. Cette hausse résulterait, pour moitié, de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés en 2019 et, pour l'autre moitié, de l'ouverture de lits de réanimation dans 63 établissements qui n'en disposaient pas avant la crise. En effet, des autorisations dérogatoires pour l'activité de réanimation ont été délivrées depuis mars 2020, afin de faire face à l'épidémie de Covid-19. Seuls sont comptabilisés ici les lits de réanimation installés dans le cadre d'une autorisation de

1. La SAE, mobilisée ici, ne permet pas de connaître l'évolution infra-annuelle des capacités, particulièrement marquée pour la réanimation en 2020.

soins de réanimation, tels que collectés par la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Toutefois, pendant la crise sanitaire, des lits de soins intensifs et de surveillance continue (encadrés par une reconnaissance contractuelle de l'agence régionale de santé [ARS]), ainsi que d'autres lits d'hospitalisation conventionnelle ont été « armés » pour des soins de réanimation : ils ont été rendus opérationnels en matière de matériel (respirateurs) et de moyens en personnel soignant pour permettre la prise en charge de patients relevant d'une hospitalisation réanimatoire, sans attendre la mise en place d'une autorisation de soins de réanimation.

Le nombre de lits de soins intensifs a augmenté dans le même temps de 0,5 % et celui de soins continus a baissé de 1,3 % (-103 lits). Dans certains cas, la hausse de la capacité d'accueil en réanimation ou en soins intensifs s'est, en effet, opérée par une reconversion de lits de surveillance continue.

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil en soins critiques au 31 décembre 2020

	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue		Ensemble soins critiques
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neuro-vasculaire	Autres	Adultes	Enfants	
Nombre de lits	5 849	363	2 746	928	2 310	7 240	874	20 310
Nombre total de patients	**238 661**	**14 787**	**236 620**	**86 112**	**63 150**	**400 992**	**48 969**	**1 089 291**
dont patients avec diagnostic principal de Covid-19	*27 337*	*253*	*1 752*	*184*	*3 836*	*18 475*	*411*	*52 248*
dont patients avec diagnostic associé de Covid-19	*6 333*	*215*	*2 660*	*961*	*915*	*4 799*	*835*	*16 718*
Nombre total de séjours[1]	**260 465**	**16 324**	**265 079**	**90 827**	**71 979**	**448 971**	**58 611**	**1 212 256**
dont séjours avec diagnostic principal de Covid-19[1]	*29 525*	*256*	*1 759*	*184*	*4 001*	*19 038*	*429*	*55 192*
dont séjours avec diagnostic associé de Covid-19[1]	*6 498*	*219*	*2 701*	*969*	*1 003*	*4 853*	*911*	*17 154*
Nombre de journées[2]	**1 863 160**	**96 169**	**798 818**	**282 656**	**350 029**	**1 907 057**	**234 516**	**5 532 405**
dont journées de séjours avec diagnostic principal de Covid-19[2]	*393 697*	*2 782*	*6 923*	*801*	*21 617*	*121 045*	*1 631*	*548 496*
dont journées de séjours avec diagnostic associé de Covid-19[2]	*78 539*	*1 417*	*11 810*	*4 326*	*7 495*	*35 180*	*3 333*	*142 100*
Durée moyenne de séjour en soins critiques[1]	**7,2**	**5,9**	**3,0**	**3,1**	**4,9**	**4,2**	**4,0**	**4,6**
dont patients avec diagnostic principal de Covid-19	*13,3*	*10,9*	*3,9*	*4,4*	*5,4*	*6,4*	*3,8*	*9,9*
dont patients avec diagnostic associé de Covid-19	*12,1*	*6,5*	*4,4*	*4,5*	*7,5*	*7,2*	*3,7*	*8,3*
dont autres patients	*6,2*	*5,8*	*3,0*	*3,1*	*4,8*	*4,1*	*4,0*	*4,2*

1. Comprend uniquement les séjours terminés en 2020. Les séjours commencés fin 2020 (durant la 2e vague notamment), mais terminés début 2021 ne sont pas comptabilisés.
2. Comprend toutes les journées des séjours terminés en 2020 : sont incluses les journées de 2019 pour les séjours commencés fin 2019 et terminés début 2020 ; sont exclues les journées de 2020 des séjours commencés fin 2020 mais terminés début 2021.

Note > Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonatals, destinés aux nouveau-nés.

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

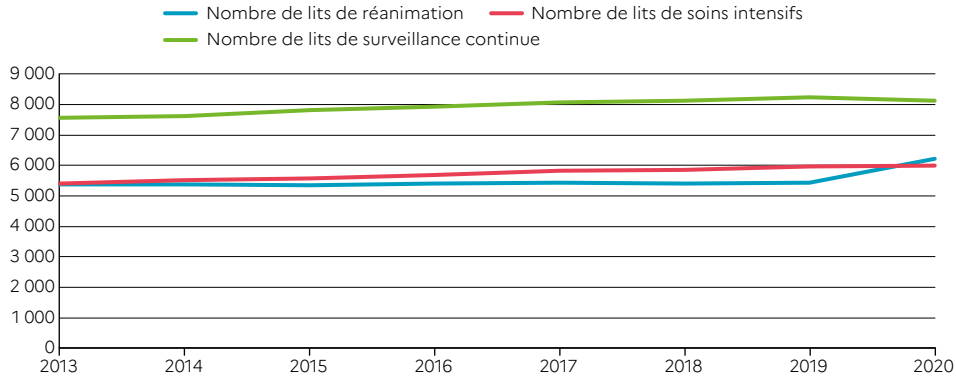
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

L'activité en réanimation a augmenté de 13,5 % entre 2019 et 2020

Entre 2013 et 2019, le nombre de journées en soins critiques[2] a progressé de 6,9 %. Dans le détail, le nombre de journées a augmenté en soins intensifs (+8,7 %) et en surveillance continue (+11,9 %), mais il a légèrement reculé en réanimation (-0,5 %) *[graphique 2]*.

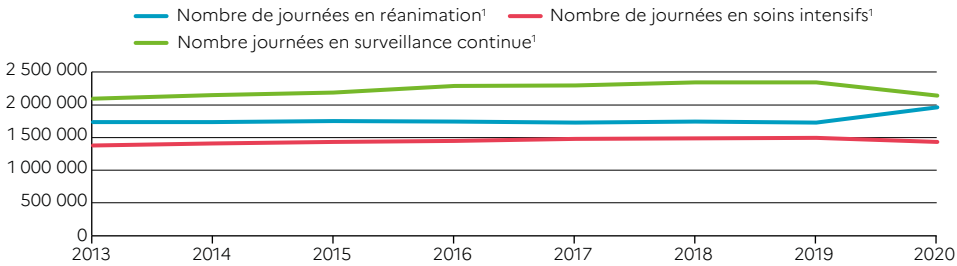
En 2020, avec les deux vagues épidémiques de Covid-19, le nombre de journées en soins critiques enregistre une baisse (-0,6 %). Cette dernière est très importante en surveillance continue (-8,6 %) et en soins intensifs (-4,2 %), du fait notamment des nombreuses déprogrammations de soins. En revanche, le nombre de journées augmente de 13,5 % en réanimation. Cette hausse s'explique par la prise en charge en réanimation de patients atteints de Covid-19. Ils représentent un quart de l'ensemble des journées en réanimation en 2020, soit 396 000 journées avec un diagnostic

Graphique 1 Évolution du nombre de lits de soins critiques au 31 décembre depuis 2013



Note > Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonatals, destinés aux nouveau-nés.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2020, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre annuel de journées de soins critiques depuis 2013



1. Comprend toutes les journées des séjours terminés en 2020 : sont incluses les journées de 2019 pour les séjours commencés fin 2019 et terminés début 2020 ; sont exclues les journées de 2020 des séjours commencés fin 2020 mais terminés début 2021.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013-2020, traitements DREES.

2. Par souci de comparabilité avec les éditions précédentes de cet ouvrage, le nombre de journées présenté concerne uniquement les journées des séjours terminés en 2020. Les séjours commencés fin 2020 et terminés en 2021 ne sont pas pris en compte.

principal de Covid-19 et 80 000 journées avec un diagnostic associé de Covid-19[3].

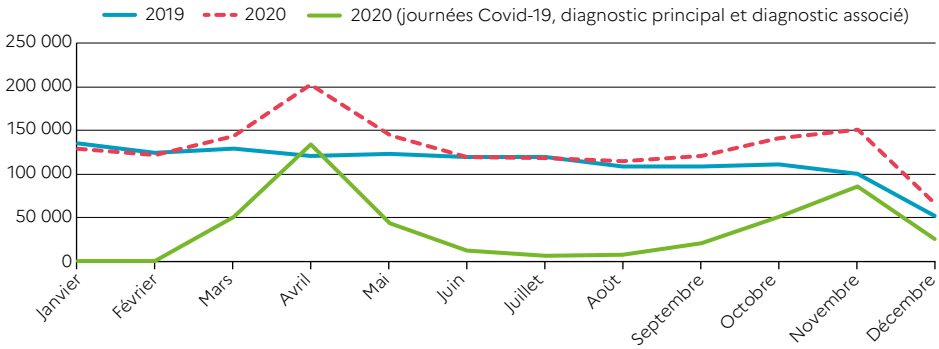
Les évolutions constatées entre 2019 et 2020 masquent de fortes variations mensuelles *(graphique 3)*. Ainsi, le nombre de journées en réanimation a augmenté de 17,9 %, entre février et mars 2020, puis de 40,5 % entre mars et avril, en raison de l'apparition d'un fort volume de journées de patients atteints de Covid-19. En parallèle, le nombre de journées « hors Covid-19 »[4] a baissé de 23,5 % puis de 26,2 % durant les mêmes périodes. Au cours de la première semaine d'avril 2020, le nombre de journées en réanimation a ainsi atteint son point culminant avec 53 500 journées, dont 39 900 journées de patients atteints de Covid-19 (soit 74,6 % du total des journées de réanimation de cette semaine).

Enfin, l'évolution de l'activité en réanimation ne tient compte que d'une partie de l'effet de la deuxième vague. La plupart des séjours commencés au mois de décembre 2020 se sont terminés en 2021 et ne sont donc pas comptabilisés dans cette fiche. En tenant compte de l'ensemble des séjours ayant donné lieu à un passage en réanimation en 2020, y compris ceux terminés en 2021, le nombre de journées en réanimation a augmenté de 16,9 % par rapport à 2019.

Les capacités en réanimation et soins critiques diffèrent selon les régions

En 2020, la densité de lits en réanimation pour la France entière est de 9,3 lits pour 100 000 habitants, en nette progression par rapport à 2019 (8,1 lits). Cette densité diffère fortement[5] entre les régions. Ainsi, quatre régions françaises ont une densité de lits plus importante qu'au niveau national : le Grand Est (10,1), la Guyane (10,7), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,1) et l'Île-de-France (11,3) *[carte 1]*. À l'inverse, quatre régions ont une densité de lits en réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,3), la Corse (5,2), les Pays de la Loire (6,2) et la Bretagne (6,5).

Graphique 3 **Nombre mensuel de journées en réanimation en 2019 et 2020**



Note > Ne sont pas comptabilisées les journées des séjours non terminés dans l'année. Ceci conduit à ne pas prendre en compte une partie des journées de la deuxième vague de l'année 2020, celles dont les séjours ont commencé fin 2020 mais se sont terminés en 2021.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019 et 2020, traitements DREES.

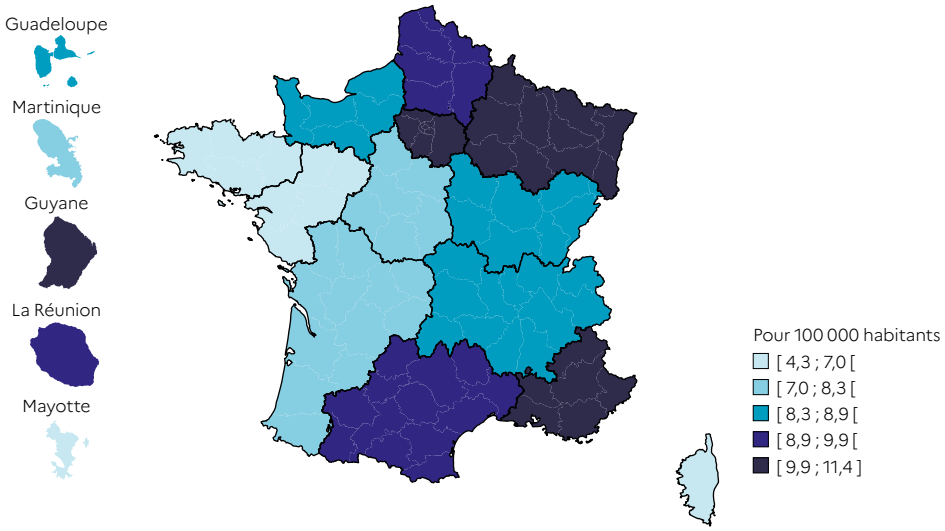
3. Théoriquement, un diagnostic principal de Covid-19 indique que le motif médical de prise en charge est le traitement du Covid-19, tandis qu'un diagnostic associé de Covid-19 indique que le séjour n'a pas pour finalité médicale le traitement du Covid-19. Toutefois, en soins critiques, les habitudes de codage du diagnostic principal peuvent varier d'un établissement à l'autre : il peut indiquer la pathologie d'origine (comme le Covid-19) conduisant à une défaillance d'organe, ou bien plutôt la défaillance d'organe elle-même (détresse respiratoire aiguë par exemple) justifiant le passage en soins critiques. Pour plus de précisions, voir l'encadré Sources et méthodes.
4. Hors diagnostic principal, relié et associé de Covid-19.
5. Le coefficient de variation de la densité de lits en réanimation par région (mesure de dispersion rapportant l'écart-type sur la moyenne et qui s'avère d'autant plus élevée que la dispersion est importante) est supérieur à celui de la densité de lits en médecine, chirurgie, obstétrique, et odontologie (MCO) [0,23 contre 0,16].

À l'exception de la Corse et de Mayotte, le nombre de lits en réanimation par habitant a augmenté dans toutes les régions entre fin 2019 et fin 2020. Les quatre régions où il a le plus augmenté en 2020 sont la Guyane (+133 %), la Bretagne (+27 %), les Pays de la Loire (+19 %) et l'Occitanie (+18 %). Avec la crise sanitaire, les disparités de densité de lits en réanimation entre régions se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2020[6].

Les DROM ont connu les plus grandes évolutions de densité de lits en réanimation entre 2013 et 2020, avec des améliorations permettant, pour la plupart d'entre eux, d'atteindre un niveau proche de celui de la métropole. La densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Martinique (+73 %), à La Réunion (+44 %, dans un contexte où la population augmente de 3 %) et en Guadeloupe (+41 %). En Guyane, la densité de lits en réanimation, qui avait reculé de 20 % entre 2013 et 2019 alors que la population augmentait sur cette période (+16 %), a plus que doublé durant la crise sanitaire pour atteindre un des niveaux les plus élevés de France (10,7 lits pour 100 000 habitants).

En 2020, la densité de lits en soins critiques pour la France entière est de 30,3 lits pour 100 000 habitants. Cette densité est étroitement corrélée à celle des lits en réanimation. Elle varie fortement selon les régions. Pour sept régions, la densité de lits en soins critiques est supérieure au niveau national : le Centre-Val de Loire (30,6), le Grand Est (31,9), les Hauts-de-France (32,8), l'Occitanie (33,5), la Bourgogne-Franche-Comté (33,7), l'Île-de-France (33,8) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (36,0) *[carte 2]*. Pour trois régions, en revanche, la densité de lits en soins critiques est inférieure à 18 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit de Mayotte (5,7), la Guyane (14,4) et la Corse (17,7). À l'exception de la Corse et de Mayotte, le nombre de lits en soins critiques par habitant a augmenté dans toutes les

Carte 1 Densité des capacités en réanimation par région en 2020

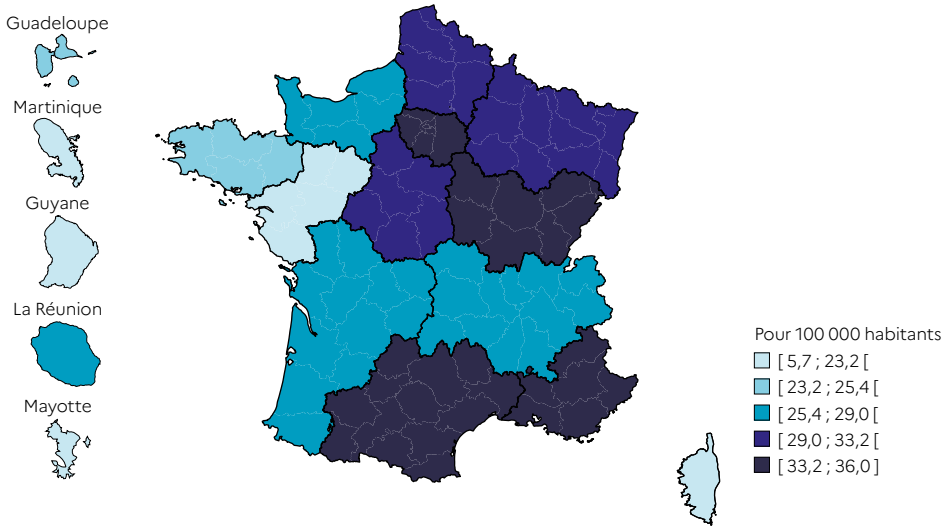


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de réanimation néonatale, destinés aux nouveau-nés.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

6. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation est de 0,23 en 2013 comme en 2019, et baisse à 0,20 en 2020.

régions entre 2019 et 2020. Les quatre régions où il a le plus progressé en 2020 sont la Guyane (+28 %), la Guadeloupe (+16 %), les Hauts-de-France (+6 %) et la Bretagne (+6 %). La dispersion de la densité de lits de soins critiques entre régions reste stable entre fin 2019 et fin 2020[7]. ■

Carte 2 Densité des capacités en soins critiques par région en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonatale, destinés aux nouveau-nés.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Encadré 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 d'au moins un lit de soins critiques en hospitalisation complète.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle. Les chiffres de cette fiche ont été revus par rapport à la publication de l'*Études et Résultats* n° 1208, sur les premiers résultats de la SAE 2021 (Boisguérin *et al.*, 2021). 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 pour chaque séjour réalisé. L'activité hospitalière pour la prise en charge du Covid-19 a aussi fait l'objet d'un suivi quotidien dans la source SI-VIC, en particulier pour les soins critiques. Pour une comparaison des résultats PMSI et SI-VIC, voir l'encadré 1 de la synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020. ●●●

7. Le coefficient de variation de la densité de lits de soins critiques passe de 0,28 en 2013 à 0,30 en 2019, puis reste à ce niveau en 2020.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé :** elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Capacités en soins critiques :** elles incluent les lits de réanimation (hors réanimation néonatale), de soins intensifs (hors soins intensifs néonatals) et de surveillance continue, hors traitement des grands brûlés. Ces unités sont définies aux articles R. 6123-33 à 38 et D. 6124-104 à 116 du Code de la santé publique.

> **Séjours en soins critiques :** ils incluent l'ensemble des séjours terminés dans l'année (définition homogène à celle retenue pour le décompte des séjours de MCO des autres fiches de l'ouvrage) pour lesquels il y a eu au moins un passage dans une unité médicale de soins critiques. Un séjour se terminant en janvier 2020 pour lequel il y a eu un passage en soins intensifs en 2019 est ainsi comptabilisé comme un séjour en soins critique de 2020. Autre conséquence pour 2020 : une partie des séjours de soins critiques commencés en novembre et décembre (durant la deuxième vague de l'épidémie de Covid-19) n'est pas comptabilisée, lorsque ces séjours se sont terminés début 2021.

> **Journées en soins critiques :** elles incluent l'ensemble des journées passées dans une unité médicale de soins critiques dont le séjour s'est terminé dans l'année. Ainsi, les journées en soins critiques de 2019 des séjours se terminant en 2020 sont comptabilisées en 2020, contrairement aux journées en soins critiques de 2020 des séjours se terminant en 2021.

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR), pour l'ensemble du séjour ou pour le passage en unité médicale de soins critiques, 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).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19 :** séjours 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, ces séjours 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.

Pour en savoir plus

> **Boisguérin, B., Delaporte, A., Vacher, T.** (2021, septembre). Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. DREES, *Études et Résultats*, 1208.
> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.
> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
> **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.

Les « autres » disciplines hospitalières

12 L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales par une faible place des actes techniques dans les soins, des prises en charge récurrentes et diversifiées et de nombreuses structures extrahospitalières. Dans les établissements de santé, l'offre de soins est majoritairement publique et s'organise autour de trois types de prises en charge : le temps complet, reposant essentiellement sur les 53 700 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 200 places en hôpital de jour ou de nuit ; et l'ambulatoire, réalisé majoritairement dans l'un des 3 100 centres médico-psychologiques. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 s'est traduite par une nette baisse de l'activité pour ces trois grands types de prises en charge.

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

En 2020, 611 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Près de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public, qui dispose de 66 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire de psychiatrie *(tableau 1)*[1]. L'autre moitié des établissements ayant répondu à la SAE se répartit à parts égales entre les cliniques privées, qui, pour l'essentiel, prennent en charge une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif.
62 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont autorisés uniquement dans cette discipline (monodisciplinaires). C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements publics sont en grande majorité pluridisciplinaires (67 %).

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié cette structuration de l'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé.

En 2020, une baisse notable de l'activité ambulatoire, surtout dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

En 2020, plus de 20 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires, en particulier dans les 6 800 lieux[2] de prise en charge que constituent les 1 900 unités de consultation des services, les 3 100 centres médico-psychologiques (CMP)[3] et les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Toutefois, les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux. Ainsi, 7 % des actes sont réalisés à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique, 2 % en établissements sociaux et médico-sociaux et 0,3 % en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

---

1. En psychiatrie, il existe trois types de prises en charge. La prise en charge à temps complet regroupe l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile et l'accueil en centre de crise. La prise en charge à temps partiel comprend l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit, ainsi que les ateliers thérapeutiques. La prise en charge ambulatoire mobilise principalement les centres médico-psychologiques, les unités de consultation des services et les centres d'accueil thérapeutique.
2. Contrairement à ce qui était indiqué dans l'édition 2021 de cet ouvrage, il y avait 6 700 lieux de prise en charge ambulatoire en 2019, dont 1 800 unités de consultation des services, 3 100 centres médico-psychologiques et 1 800 CATTP.
3. En regroupant les CMP ouverts moins de 5 jours par semaine (17 % des structures) et ceux ouverts 5 jours ou plus par semaine (83 % des structures).

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2020

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	30 870	6 461	14 124	**51 455**	1 563	411	270	**2 244**	**53 699**
Nombre de journées	9 569 505	1 882 136	4 635 447	**16 087 088**	335 950	84 427	84 111	**504 488**	**16 591 576**
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	2 219	169	-	**2 388**	682	49	15	**746**	**3 134**
Nombre de journées	541 055	38 326	-	**579 381**	90 623	5 154	2897	**98 674**	**678 055**
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	581	658	450	**1 689**	-	-	-	**-**	**1 689**
Nombre de journées	156 030	162 577	147 483	**466 090**	-	-	-	**-**	**466 090**
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	813	215	-	**1 028**	-	-		**-**	**1 028**
Nombre de journées	186 048	52 313	-	**238 361**	-	-		**-**	**238 361**
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	339	42	15	**396**	28	-	-	**28**	**424**
Nombre de journées	7 135	7 422	5 049	**84 006**	8 117	-	-	**8 117**	**92 123**
Accueil en centre de crise[1]									
Nombre de places	496	34	40	**570**	56	8	-	**64**	**634**
Nombre de journées	113 903	7 503	12 031	**133 437**	11 211	1 907	-	**13 118**	**146 555**
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 470	3 428	1 926	**18 824**	7 389	1 715	197	**9 301**	**28 125**
Nombre de journées	1 259 821	355 399	507 041	**2 122 261**	568 950	202 247	33 000	**804 197**	**2 926 458**
Hôpital de nuit									
Nombre de places	588	188	176	**952**	84	30	7	**121**	**1 073**
Nombre de nuitées	34 671	37 500	16 333	**88 504**	1 838	955	50	**2 843**	**91 347**
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	173	13	2	**188**	77	2	-	**79**	**267**
Nombre de journées	82 112	22 078	2225	**106 415**	17 930	1 661	-	**19 591**	**126 006**
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 517	208	-	**1 725**	1 175	167	-	**1 342**	**3 067**
Nombre d'actes	8 219 129	1 020 151	-	**9 239 280**	3 409 193	498 682	-	**3 907 875**	**13 147 155**
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 242	133	1	**1 376**	498	47	-	**545**	**1 921**
Nombre d'actes	1 571 401	207 897	2 000	**1 781 298**	495 809	43 808	-	**539 617**	**2 320 915**
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	996	120	-	**1 116**	638	57	-	**695**	**1 811**
Nombre d'actes	1 250 965	185 537	-	**1 436 502**	483 182	51 295	-	**534 477**	**1 970 979**
Autres formes de prise en charge ambulatoire[2]									
Nombre d'actes	2 297 632	321 920	-	**2 619 552**	293 779	56 763	-	**350 542**	**2 970 094**

1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.
2. Sont comptabilisés les actes réalisés à domicile ou en institutions substitutives au domicile, en unités d'hospitalisation somatique, en établissements sociaux ou médico-sociaux, en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA , hors secteur pénitentiaire.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

La pandémie de Covid-19 a entraîné, lors du premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020), la quasi-fermeture des hôpitaux de jour et de nuit ainsi que des structures ambulatoires. Le nombre total d'actes ambulatoires a ainsi diminué de plus de 1 million par rapport à 2019 (-4,8 %), principalement au sein des CATTP où la baisse atteint 34,9 %. En revanche, l'activité ambulatoire est restée stable dans les CMP et a augmenté de 9,1 % dans les unités de consultation des services de psychiatrie.

Durant la crise sanitaire, un important recul des prises en charge à temps partiel

En 2020, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 200 places en hôpital de jour et de nuit, auxquelles il convient d'ajouter l'activité des 267 ateliers thérapeutiques. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 75 % des capacités d'accueil en hospitalisation (lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile, et seulement 26 % en psychiatrie générale. Au total, en 2020, les prises en charge à temps partiel comptabilisent 3,1 millions de journées (dont 3,0 millions en hôpital de jour et de nuit), contre 4,8 millions de journées enregistrées en 2019. Durant la crise sanitaire, les différents confinements, les jauges et le renoncement aux soins de certains patients par peur de contracter le Covid-19 ont entraîné une baisse significative des prises en charge à temps partiel. Le nombre total de journées en hôpital de jour et de nuit recule ainsi de 34,9 %. Cette baisse est plus prononcée pour la psychiatrie générale (-37,2 %) que pour la psychiatrie infanto-juvénile (-27,7 %).
Les prises en charge à temps partiel restent majoritaires dans l'ensemble des prises en charge (temps complet et temps partiel) pour la psychiatrie infanto-juvénile. Toutefois, leur part recule plus nettement en 2020 (56,9 %, après 63,7 % en 2019) que pour la psychiatrie générale (11,6 %, après 16,5 % en 2019).

Des prises en charge à temps complet en baisse en 2020, sauf pour les centres de postcure et les prises en charge à domicile

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué. Cette baisse est toutefois plus modeste depuis plusieurs années et le nombre de lits installés s'établit à 53 700 au 31 décembre 2020 (contre 54 430 au 31 décembre 2019). Le volume d'activité pour la prise en charge à temps complet a nettement reculé sous l'effet de l'épidémie de Covid-19, pour atteindre 16,6 millions de journées, après 17,6 millions en 2019 (-5,7 %). La prise en charge à temps complet s'est adaptée et a été réorganisée afin de maintenir une offre pour les situations les plus critiques.
Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, fin 2020, les établissements de santé déclarent disposer de 6 900 lits en accueil familial thérapeutique (AFT), centres de postcure, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,6 million de journées de prises en charge ont été réalisées (8,9 % de l'activité à temps complet en psychiatrie), un niveau stable par rapport à 2019. La progression des prises en charge à domicile (+5,2 % pour le nombre de journées) et en centres de postcure (+13,4 %) a, en effet, compensé le recul du nombre de journées en AFT (-4,7 %) et centres de crise (-8,4 %).

Des taux d'équipement variables selon les départements

La densité nationale moyenne d'équipement en lits et places pour la prise en charge à temps complet ou partiel, hors ateliers thérapeutiques, est de 133 pour 100 000 habitants en 2020 (135 pour 100 000 habitants en 2019). Elle varie de 4 places ou lits pour 100 000 habitants à Mayotte, à 263 places ou lits pour 100 000 habitants dans l'Allier *(carte 1)*.
L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales, de 1 structure pour 100 000 habitants à Mayotte, à 29 structures pour 100 000 habitants en Lozère *(carte 2)*.

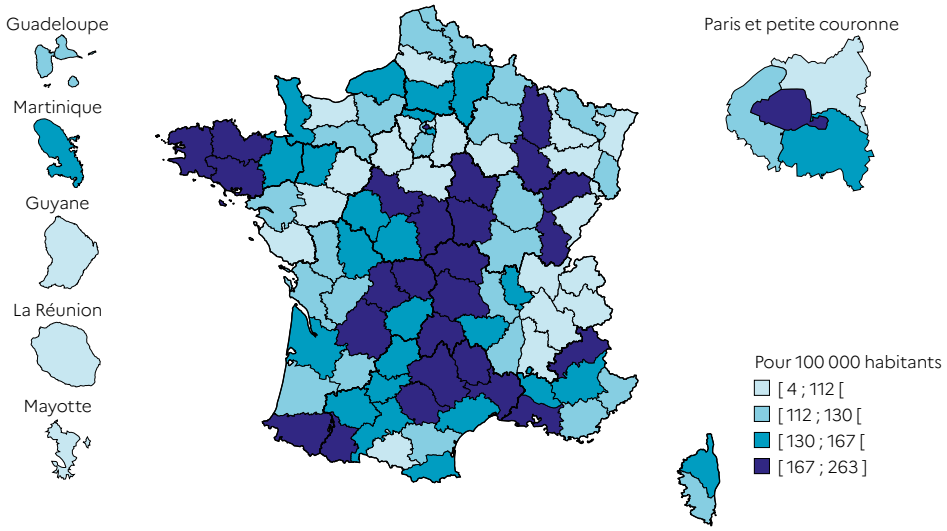
La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans une unité sanitaire au sein d'un établissement pénitentiaire. 161 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dispensent ainsi des

soins ambulatoires, parmi elles 110 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2020. Les détenus peuvent aussi bénéficier d'une hospitalisation de jour dans l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

En cas de nécessité, la prise en charge à temps complet en psychiatrie se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Dans le cadre de l'article D398[4] du Code de procédure pénale, l'hospitalisation peut aussi avoir lieu dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie, notamment dans l'attente d'un transfert vers une UHSA. Au total, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie sont de 444 lits fin 2020, dont 92 % se trouvent au sein des 9 UHSA *(tableau 2)*. ■

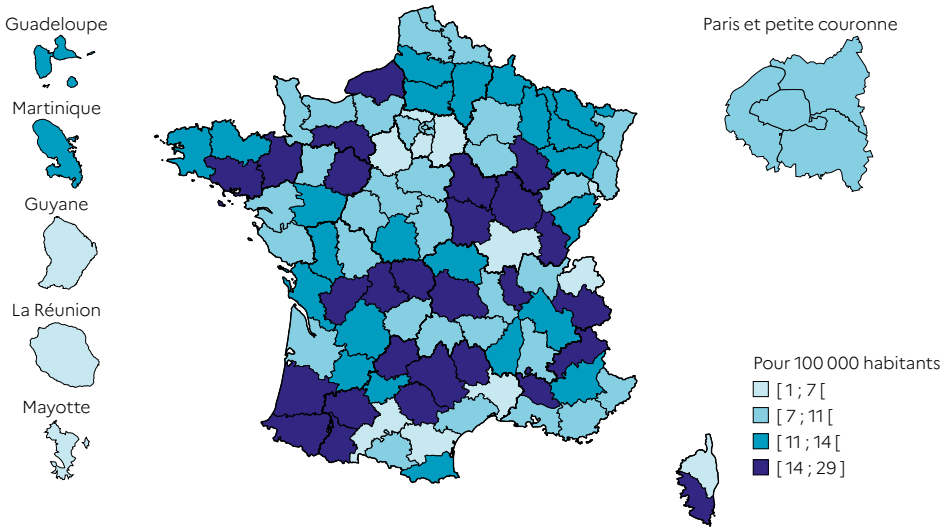
Carte 1 Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel en psychiatrie au 31 décembre 2020



Notes > Les capacités comptabilisées ici sont : l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile, l'accueil en centre de crise, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

4. Lorsqu'une personne détenue requiert des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le représentant de l'État du département où se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce son admission en soins psychiatriques. Cette admission effectuée par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, prend la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement de santé habilité.

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie au 31 décembre 2020



Notes > Les prises en charge ambulatoires considérées ici sont celles des centres médico-psychologiques, des unités de consultation et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes détenues en 2020

Formes de prise en charge à temps complet	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)	Durée moyenne de séjour (en journées)
Hospitalisation à temps plein, dont :	**15**	**444**	**117 627**	**29**
UHSA	9	408	111 087	30
autres formes ponctuelles	6	36	6 540	15

Note > UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; autres formes ponctuelles : unités transitoires d'accueil avant admission dans une UHSA ou un retour en détention, en services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités pour malades difficiles (UMD) ou unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés exerçant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, ayant fonctionné en 2020 en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur pénitentiaire est dissocié des autres secteurs de psychiatrie.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation à temps plein, journées d'hospitalisation partielle, et soins pratiqués en ambulatoire) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). •••

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie :** les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Ainsi, 611 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total près de 4 866 entités géographiques. Certaines de ces entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prise en charge (hospitalisation à temps plein, ateliers thérapeutiques, unités de consultation, etc.). On dénombre ainsi 7 619 lieux de prise en charge en psychiatrie.

> **Journées et venues :** les nombres de journées de prise en charge à temps partiel publiés ici ne peuvent être utilisés pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à 2009. En effet, les concepts de la SAE ont évolué. Désormais, les venues en psychiatrie ne sont plus égales aux journées, une venue comptant pour une journée ou une demi-journée selon la durée de prise en charge.

Définitions

> **Psychiatrie générale :** prise en charge des adultes de plus de 16 ans.

> **Psychiatrie infanto-juvénile :** prise en charge des enfants et adolescents.

> **Psychiatrie pénitentiaire :** prise en charge des détenus de 16 ans ou plus.

Pour en savoir plus

> **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
> **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
> **Coldefy, M., Le Neindre, C.** (2014, décembre). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Rapport. Irdes, 558.
> **Coldefy, M.** (2005, septembre). La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003. DREES, *Études et Résultats*, 427.
> **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). Rapport d'analyse, des retours d'expériences de la crise COVID-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.
> Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site atlasanté : https://www.atlasante.fr/accueil
> Glossaire des structures sur le site Psycom, rubrique Soins, accompagnement et entraide.

13 Les patients suivis en psychiatrie

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur en santé publique. En 2020, avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre de prises en charge a nettement reculé. Une très grande majorité de patients (2,0 millions) ont été pris en charge en ambulatoire (-5,3 % par rapport à 2019) et 390 000 à temps complet ou partiel dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie (-7,0 % par rapport à 2019). L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et la persistance de disparités géographiques.

Durant la crise sanitaire, des patients principalement pris en charge en ambulatoire

En 2020, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la très grande majorité (2,0 millions, après 2,1 millions en 2019) bénéficient d'une prise en charge ambulatoire (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Avec la crise sanitaire, le nombre de patients pris en charge a reculé plus fortement pour le temps complet ou partiel (-7,0 %) que pour l'ambulatoire (-5,3 %). Le taux de recours aux soins psychiatriques des établissements de santé a ainsi globalement reculé. Il reste cinq fois plus élevé en ambulatoire (2 980 patients pour 100 000 habitants, après 3 159 en 2019) qu'à temps complet ou partiel (582 patients pour 100 000 habitants, après 629 en 2019).

Le taux de recours présente toujours de fortes disparités départementales, du même ordre que l'année précédente[1]. En Guyane, le taux de recours en ambulatoire est particulièrement atypique et bas, avec 268 patients pour 100 000 habitants (414 en 2019), et 52 patients pour 100 000 habitants pour les prises en charge à temps complet ou partiel (51 en 2019). Hors Guyane, les taux de recours en ambulatoire sont compris entre 1 458 patients pour 100 000 habitants en Haute-Corse (1 740 en 2019) et 4 674 dans la Manche (4 972 en 2019). Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel varie de 335 pour 100 000 habitants dans le Val-d'Oise à 982 pour 100 000 habitants dans le Finistère *(cartes 1 et 2)*[2].

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Parmi les 390 000 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2020 (420 000 en 2019), il y a autant de femmes que d'hommes *(tableau 1)*. L'âge moyen des patients est de 41,8 ans. Il varie selon le type de prise en charge : 44,1 ans pour une prise en charge à temps complet, contre 37,3 ans à temps partiel. Ces paramètres ont peu évolué durant la crise sanitaire. Seule la durée moyenne d'hospitalisation à temps complet a augmenté de 2 jours, passant de 56,3 journées en moyenne en 2019 à 58,3 journées en 2020. Deux types de prises en charge à temps complet ont notamment connu un allongement de leur durée moyenne en 2020 : les prises en charge d'hospitalisation à domicile pour les patients de moins de 16 ans et l'accueil familial thérapeutique pour les patients de plus de 16 ans.

La prise en charge à temps complet concerne 303 000 patients pour un total de 17,7 millions de journées en 2020, soit une baisse de près d'un

1. Hors Mayotte (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).
2. Les cartes présentent les taux de recours des patients d'un département, c'est-à-dire le nombre de patients résidant dans un département ayant eu recours à un type de prise en charge au cours de l'année, rapporté à la population totale du département de résidence. En 2020, 2 723 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel et 32 557 pris en charge en ambulatoire n'ont pas de lieu de résidence mentionné. Ce phénomène s'observe principalement dans le département des Côtes-d'Armor.

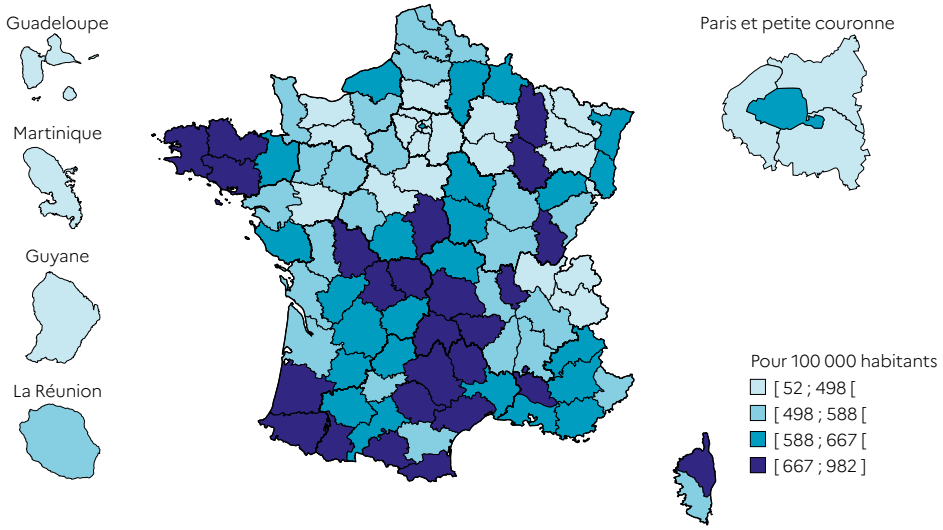
million de journées (-5,3 %) et de 30 000 patients par rapport à 2019. La quasi-totalité du volume d'activité (92 %) relève ainsi des hospitalisations à temps plein (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), dont la durée moyenne d'hospitalisation est de 56 jours en 2020 (55 jours en 2019). Lors du premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020), les structures d'hospitalisation de jour et de nuit (prises en charge à temps partiel) ont quasiment toutes fermé, ce qui a eu un impact sur le nombre de patients accueillis, passé de 129 000 en 2019 à 118 000 en 2020[3] (-8,5 %).

Les patients pris en charge à temps complet ou partiel arrivent en majorité de leur domicile. Toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre résulte d'un passage aux urgences, en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de psychiatrie. Parmi les séjours terminés en 2020, 89 % se clôturent par un retour au domicile, 4 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 4 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

Hausse des actes en centre médico-psychologique, mais baisse en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : près de 23 % ont moins de 16 ans, un peu moins qu'en 2019 (25 %), et un patient sur deux a moins de 39 ans. Près de trois quarts des actes réalisés en ambulatoire sont des entretiens. En 2020, l'épidémie de Covid-19 a entraîné la quasi-fermeture de nombreuses structures ambulatoires durant le premier confinement. Le volume d'activité en ambulatoire a principalement diminué au sein des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), tandis qu'il est resté stable dans les centres médico-psychologiques (CMP)

Carte 1 **Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie en 2020**



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2020, le département de résidence du patient est inconnu pour 2 723 patients, soit 0,7 % des patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2020. Les départements d'hospitalisation de ces patients dont le département de résidence est inconnu sont inégalement répartis. En particulier, près de 30 % de ces patients étaient hospitalisés dans les Côtes-d'Armor.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, RIM-P 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

3. La somme des patients pris en charge à temps partiel et des patients pris en charge à temps complet est supérieure au nombre total de patients (390 000 en 2020), car un patient peut être pris en charge à la fois à temps complet et à temps partiel au cours de l'année.

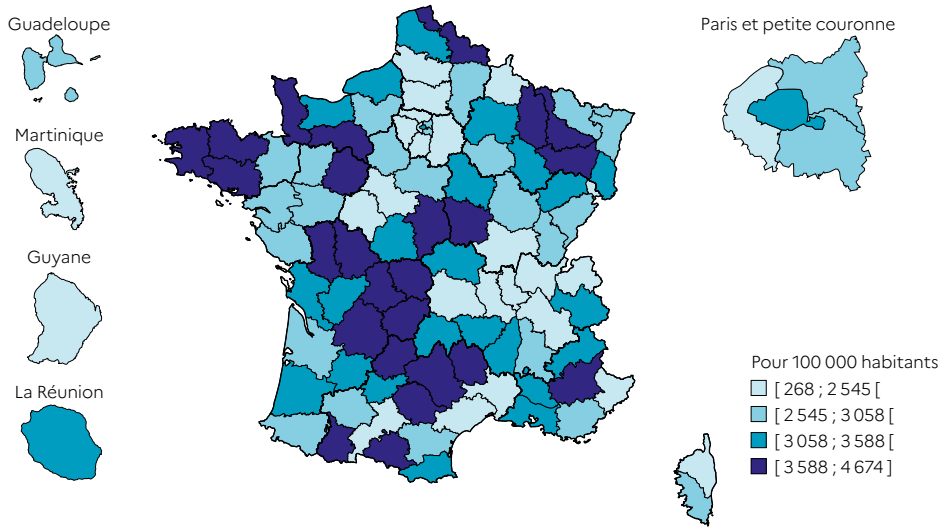
[voir fiche 12, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »]. En effet, les prises en charge en CATTP sont davantage organisées autour d'activités de groupe, ce qui explique que les obligations de distanciation sociale liées à la crise sanitaire aient eu un impact plus important sur les CATTP que sur les CMP.

De ce fait, la part des actes en ambulatoire effectués en CMP augmente en 2020 et atteint 63 %, après 59 % en 2019. Dans le même temps, la part des actes en ambulatoire réalisés en CATTP recule pour s'établir à 9 %, soit 4 points de moins qu'en 2019. Les actes en ambulatoire peuvent également avoir lieu au domicile du patient[4] (7 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) [5 %], en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (14 %)[5]. Un patient en ambulatoire bénéficie en moyenne de 11 actes, dont 41 % sont réalisés par des infirmiers, 22 % par des médecins et 16 % par des psychologues.

Les effets de la crise sanitaire sur la répartition des patients par motif médical, selon le sexe et le type de prise en charge

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM 10)[6], les principales causes de prise en charge à temps complet ou partiel sont les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques (F4) *[graphique 1]*.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie en 2020



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2020, le département de résidence du patient est inconnu pour 32 557 patients, soit 1,6 % des patients pris en charge en ambulatoire dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2020. Les départements d'hospitalisation de ces patients dont le département de résidence est inconnu sont inégalement répartis. En particulier, 14,4 % de ces patients étaient hospitalisés dans les Côtes-d'Armor. En 2020, une anomalie a été constatée dans le département de Corse-du-Sud (2A) pour la prise en charge ambulatoire. Pour pallier ce problème, un redressement en évolution a été effectué en prenant comme référence le RIM-P 2019 et en y appliquant l'évolution constatée dans la SAE. 4 659 personnes ont été rajoutées.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, RIM-P 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020; SAE 2019 et 2020, traitements DREES.

4. Y compris les institutions substitutives au domicile que sont les appartements protégés et les placements familiaux non sanitaires.
5. Une différence peut être constatée par rapport à la fiche 12 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », due principalement au champ sélectionné (voir encadré Sources et méthodes).
6. Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision. Les troubles mentaux sont codés de F00 à F99.

Le diagnostic de schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes (26 %), tandis que les femmes sont davantage prises en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur (38 %). En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et sont davantage associés à des diagnostics relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé (dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales).

Avec la crise sanitaire, la répartition des patients par motif médical et par prise en charge a connu des évolutions sensibles, qui n'étaient pas observées les années précédentes. Le nombre de patients a diminué par rapport à 2019 pour tous les motifs psychiatriques. Parmi eux, c'est le diagnostic de schizophrénie (F2) qui enregistre la baisse du nombre de patients la plus faible : -4,0 % pour la prise en charge à temps complet ou partiel et -1,5 % pour la prise en charge ambulatoire. À l'opposé, la baisse la plus importante concerne les troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F0), aussi bien pour la prise en charge à temps complet ou partiel (-14,8 %) que pour la prise en charge ambulatoire (-12,5 %). Une forte baisse est aussi observée pour la prise en charge à temps complet ou partiel des autres troubles mentaux sans précision (F99 : -29,2 %), mais cette catégorie rassemble moins de patients et peut connaître des évolutions volatiles *(tableau 2)*.

Une distinction s'observe entre les femmes et les hommes pour la prise en charge à temps complet ou partiel, principalement pour les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2020

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans)[1]	Psychiatrie adulte (>16 ans)[1]
Prise en charge à temps complet ou à temps partiel[2]			
Nombre de patients	**390 299[3]**	43 371	349 393
Proportion d'hommes (en %)	**51**	62	49
Nombre de journées	**20 665 743**	1 287 486	19 378 257
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	**14**	56	11
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	**58,3**	38,4	59,2
Prise en charge ambulatoire[5]			
Nombre de patients	**1 997 654[4]**	429 502	1 578 493
Proportion d'hommes (en %)	**50**	61	47
Nombre d'actes ambulatoires	**21 381 541**	5 058 750	16 322 192
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	**63**	74	59
Nombre moyen d'actes	**10,7**	11,7	10,3

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie pénitentiaire).
2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.
3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2020, 2 465 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en hospitalisation.
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2020, 10 341 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en ambulatoire.
5. En 2020, une anomalie a été constatée dans le département de Corse-du-Sud (2A) pour la prise en charge ambulatoire. Pour pallier ce problème, un redressement en évolution a été effectué en prenant comme référence le RIM-P 2019 et en y appliquant l'évolution constatée dans la SAE. 4 659 personnes ont été rajoutées ainsi que 72 925 actes ambulatoires.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2020, traitements DREES ; SAE 2019 et 2020, traitements DREES.

Le nombre d'hommes concernés diminue de 10,7 % alors que le nombre de femmes recule seulement de 2,9 %.

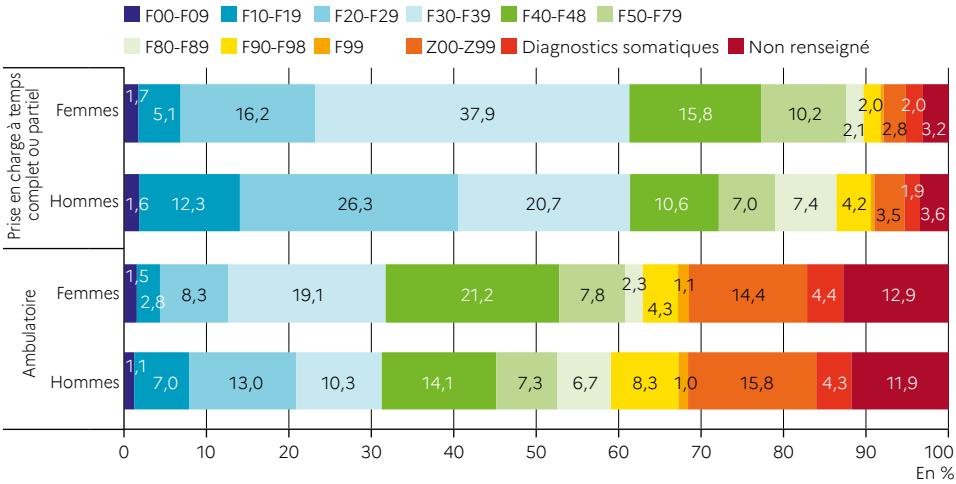
En 2020, peu de patients atteints de Covid-19 enregistrés en psychiatrie

En 2020, parmi les 390 000 patients pris en charge en psychiatrie à temps complet ou partiel, 2 380 ont un diagnostic associé (DA) de Covid-19, soit 0,6 % (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Par ailleurs, 5 900 patients ont un DA codé U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie Covid-19), soit 1,5 % de l'ensemble des patients.
Parmi les patients ayant un DA de Covid-19[7], 52 % sont des femmes, elles ont en moyenne 54 ans, contre 49 ans pour les hommes. Le motif médical le plus répandu chez ces patients atteints de Covid-19 est la prise en charge pour troubles liés à l'humeur pour les femmes (42 % à temps complet ou partiel) et pour troubles liés à la schizophrénie pour les hommes (36 % pour le temps complet ou partiel). 1 % des patients suivis en psychiatrie ayant un diagnostic associé de Covid-19 en sont décédés, ce sont majoritairement des hommes, leur âge moyen est de 76 ans.

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et les adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. En 2020, les établissements

Graphique 1 Répartition des patients, par sexe, selon les diagnostics principaux et la nature de la prise en charge en 2020



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ; F20-F29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ; F30-F39 : troubles de l'humeur ; F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ; F70-F79 : retard mental ; F80-F89 : troubles du développement psychologique ; F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ; F99 : autres troubles mentaux sans précision ; Z00-Z99 : facteurs influant sur l'état de santé.
Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale. En 2020, le codage d'un diagnostic principal relatif au Covid-19 est très rare (169 patients, soit 0,04% de l'ensemble des patients). Ce cas n'est donc pas représenté ici.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2020, traitements DREES.

7. Hors code diagnostic U07.13.

ont pris en charge 43 000 enfants et adolescents à temps partiel ou à temps complet (-6,3 % par rapport à 2019) et 430 000 en ambulatoire (-7,9 % par rapport à 2019), solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (61 %). Ils ont bénéficié de 5,0 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues, des médecins psychiatres ou des pédopsychiatres et des personnels de rééducation, en CMP dans 74 % des cas. Les troubles du comportement et les troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (F9).

Pour les enfants et les adolescents, 56 % des journées relèvent d'une prise en charge à temps partiel, contre 11 % en psychiatrie adulte. Avec la fermeture des établissements de jour et de nuit durant le premier confinement, la part de prises en charge à temps partiel a baissé en 2020, plus nettement pour les enfants et les adolescents (-7 points par rapport à 2019) que pour la psychiatrie adulte (-6 points).

Pour les enfants et les adolescents, ces journées de prise en charge à temps partiel sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (F8). ■

Tableau 2 Taux d'évolution du nombre de patients entre 2019 et 2020, par sexe et type de prise en charge, selon les diagnostics principaux

		Évolution 2019-2020 des prises en charge à temps complet ou partiel (en %)			Évolution 2019-2020 des prises en charge ambulatoires (en %)		
		Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	-16,1	-13,5	-14,8	-12,4	-12,6	-12,5
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	-10,1	-10,8	-10,6	-7,7	-7,9	-7,8
F20-F29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	-4,1	-3,9	-4,0	-1,5	-1,4	-1,5
F30-F39	Troubles de l'humeur	-7,2	-6,8	-7,1	-6,3	-6,9	-6,6
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	-4,4	-5,5	-4,9	-3,6	-4,8	-4,2
F50-F79	Autres troubles psychiatriques	-3,0	-10,5	-6,2	-3,7	-5,4	-4,6
F80-F89	Troubles du développement psychologique	-6,0	-5,4	-5,5	-3,2	-3,8	-3,5
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	-12,7	-10,9	-11,5	-10,3	-11,2	-10,8
F99	Autres troubles mentaux, sans précision	-28,4	-29,9	-29,2	-8,4	-8,5	-8,4
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé	1,2	-1,3	-0,3	-5,7	-7,7	-6,7
Diagnostics somatiques	Diagnostics somatiques	-5,9	-5,2	-5,6	-2,4	-1,7	-2,0
Non renseigné	Non renseigné	-20,9	-22,3	-21,7	-5,8	-6,2	-6,0

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.
Lecture > Entre 2019 et 2020, le nombre de patients avec un diagnostic de troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, pris en charge à temps complet a diminué de 14,8 %.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte) y compris le service de santé des armées (SSA), tous âges confondus. Seuls les patients pour lesquels la clé de chaînage permettant de faire le lien entre les différentes hospitalisations (numéro anonyme attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro d'assuré social, de sa date de naissance et de son sexe) ne contient pas d'erreur sont comptabilisés ici. Ainsi, 2,9 % des séjours ne sont pas pris en compte, en raison d'une erreur dans la clé de chaînage dans le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Cela représente 4,0 % des séquences de séjours.

Sources

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité présentés ici et calculés à partir du RIM-P sont différents de ceux présentés dans la fiche 12 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », qui mobilise comme source la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ainsi, le RIM-P conduit à comptabiliser 893 229 journées de moins qu'avec la SAE pour les prises en charge à temps complet et partiel, et 288 510 actes ambulatoires de plus. La moindre couverture du volume d'hospitalisations par le RIM-P s'explique non seulement par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clé de chaînage, mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet. En effet, ce recueil ne sert pas à la facturation, la psychiatrie n'étant pas soumise à la tarification à l'activité.

Définitions

> **Nature des prises en charge :** le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) distingue trois natures de prise en charge :

– **ambulatoire :** consultation en centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), visite à domicile, en établissement social ou médico-social, en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), en milieu scolaire ou en unité d'hospitalisation somatique (y compris le service d'urgence). Ces dernières renvoient au cumul de deux modalités de lieu de prise en charge du RIM-P : d'une part les unités d'hospitalisation de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD); d'autre part les unités d'accueil des urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison aux urgences.

– **à temps complet :** hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de postcure.

– **à temps partiel :** hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique.

> **Durée moyenne d'hospitalisation :** nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

> **Motif de recours principal :** diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Celui-ci peut évoluer durant un séjour.

> **Séquence de séjours :** en psychiatrie, tout séjour hospitalier peut être décomposé en plusieurs séquences de séjours. Par exemple, un patient peut être pris en charge en hospitalisation à temps plein et connaître durant son séjour d'autres modalités de prise en charge adaptées à son traitement.

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le RIM-P, ces séjours sont repérés 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. •••

•••

Selon les consignes de codage du RIM-P, le Covid-19 ne doit pas faire l'objet d'un codage en diagnostic principal (DP), mais uniquement en DA. Toutefois, quelques codages résiduels en DP existent dans le RIM-P 2020 (198 patients, soit 0,06 % de l'ensemble); ils ne sont pas analysés ici.

Pour en savoir plus

> **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
> **Bourdillon, F., Fourcade, N., Lennep (von), F. *et al.* (dir.)** (2017). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris, France : DREES - Santé publique France.
> **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
> **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). Rapport d'analyse, des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie.
> Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site Atlasanté : http://santementale.atlasante.fr/

14 Les établissements d'hospitalisation à domicile

En 2020, 292 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 21 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 6,6 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 257 600 séjours pour 6,6 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. Contrairement aux autres disciplines de court et moyen séjour, l'HAD a augmenté durant la crise sanitaire, aussi bien concernant les capacités d'accueil (+10,5 %) que le nombre de séjours (+15,8 %). L'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 14 % des capacités de prise en charge et 16 % des journées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, dans le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent de 10,5 % entre fin 2019 et fin 2020

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important à partir du début des années 2000, après que son périmètre et son champ d'application ont été clarifiés. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que triplé entre 2001 et 2020.

Stable entre 2013 et 2016, le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD en France diminue de 2017 à 2019. Cette baisse n'est pas la conséquence d'une fermeture de structures, mais reflète leur réorganisation. En effet, dans plusieurs territoires, les agences régionales de santé (ARS) ont décidé de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements, notamment en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). En 2020, ils sont 292 (contre 293 en 2019).

La capacité de prise en charge en HAD augmente régulièrement. Entre fin 2019 et fin 2020, elle bondit de 10,5 % (+6,7 % l'année précédente). Au 31 décembre 2020, ces établissements peuvent ainsi accueillir simultanément[1] 21 300 patients, contre 19 300 patients fin 2019 *(tableau 1)*. La part de l'HAD dans les capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour disponibles sur le territoire progresse aussi et passe de 5,9 % fin 2019 à 6,6 % fin 2020.

Les établissements associatifs offrent la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 119 établissements du secteur public, dont

1. Pour caractériser l'offre d'HAD, le terme « places » a été abandonné au profit de la notion de « nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ».

105 sont des centres hospitaliers, représentent 23 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi les 112 établissements du secteur privé à but non lucratif, qui représentent la moitié des capacités en HAD, 91 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation *(tableau 1)*. Mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2019, passant de 56 % à 49 %. En 2020, leur part remonte toutefois légèrement à 50 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 61 établissements, reste minoritaire mais progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2019, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur a triplé, passant de 6 % à 19 %. Cette part est restée stable en 2020.

Les séjours sont plus longs dans le secteur privé à but lucratif

En 2020, 257 600 séjours en HAD sont réalisés pour 6,6 millions de journées *(tableau 1)*, soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. Contrairement aux autres

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2020

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément[1]	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés[2] en 2020	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences[3] (en journées)
Secteur public	**119**	**4 966**	**75,7**	**1 546**	**21**	**14**
CHR	14	1 484	33,1	494	15	10
CH (et autres)	105	3 482	42,5	1 052	26	18
Secteur privé à but non lucratif	**112**	**12 275**	**145,4**	**3 827**	**27**	**19**
CLCC	3	252	8,6	95	11	8
Structure associative d'HAD	91	10 652	119,9	3 303	28	20
Autres	18	1 371	17,0	429	26	18
Secteur privé à but lucratif	**61**	**4 091**	**36,5**	**1 246**	**35**	**23**
Ensemble	**292**	**21 332**	**257,6**	**6 618**	**26**	**18**
dont séjours avec un DP de Covid-19	**-**	**-**	**16,4**	**222**	**13**	**12**
dont séjours avec un DP ou un DA de Covid-19	**-**	**-**	**17,4**	**249**	**14**	**12**

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé auparavant, a été abandonné pour éviter la confusion avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.
2. Environ 239 000 séjours terminés en 2020, soit 93 % des séjours d'HAD.
3. Environ 176 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2020, soit 68 % des séjours d'HAD.
Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins de suite et de réadaptation (SSR), hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 ainsi que ceux terminés ou non en 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2020 ; DREES, SAE 2020, traitements DREES.

grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD voient leur activité progresser nettement en 2020, durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 : le nombre de séjours augmente de 15,8 % et le nombre de journées de 10,5 %.

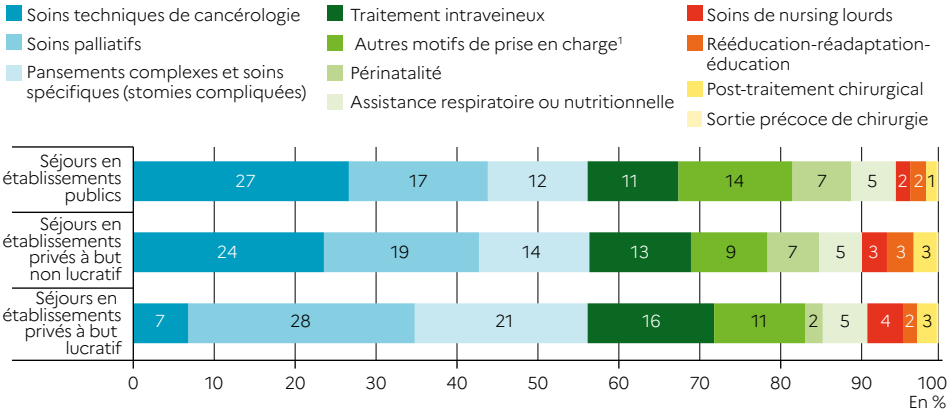
Le secteur privé à but non lucratif a un poids plus important en matière d'activité qu'en matière de capacités. Il prend en charge 56 % des séjours (contre 30 % dans le secteur public et 14 % dans le secteur privé à but lucratif) et réalise 57 % des journées (contre 24 % dans le secteur public et 19 % dans le secteur privé à but lucratif). Cette répartition est assez stable dans le temps, même si le secteur privé à but lucratif gagne progressivement du terrain.

On observe une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 14 et 19 jours en moyenne pour les séjours monoséquences[2]) que dans le secteur privé à but lucratif (23 jours) *[tableau 1]*. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 15, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif *(graphique 1)*. À l'inverse, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, sont un peu plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 26 jours pour les séjours terminés en 2020 et de 18 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

Le Covid-19 concerne 6,8 % des séjours en HAD en 2020

En 2020, 17 400 séjours en HAD comportent un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année.

Graphique 1 Répartition des séjours en HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2020



1. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

Notes > Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.
Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 81 % des séjours en HAD en 2020. En 2020, 3 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître leur mode de prise en charge principal.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 27 % des séjours des établissements publics, 24 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 7 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

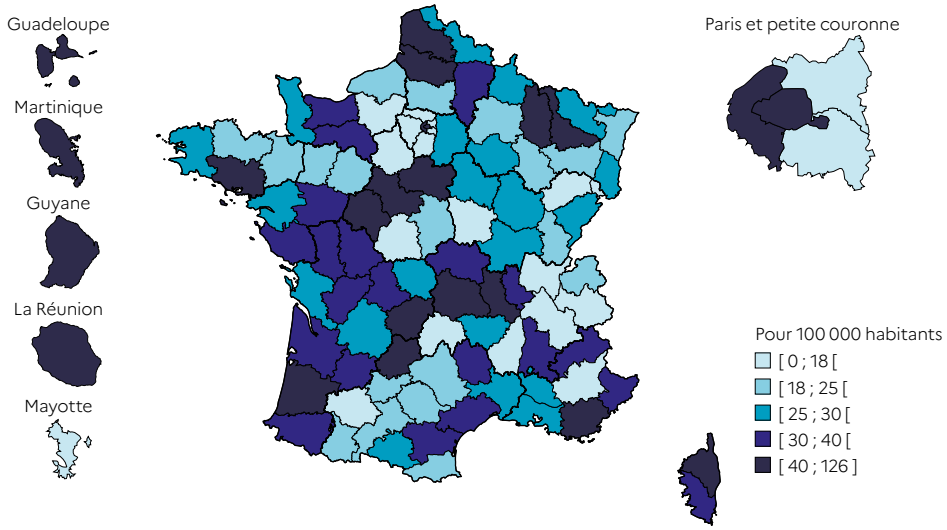
2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

En excluant ces séjours, l'évolution du nombre de séjours en HAD « hors Covid-19 » atteint +8,0 % en 2020, ce qui correspond davantage au rythme de progression enregistré les années précédentes.
Le fait que l'activité en HAD n'ait pas fléchi durant la crise sanitaire peut s'expliquer par un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. En raison du risque de contagion en établissement 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. Interrogés sur ce point dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020), près de la moitié des établissements de HAD ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue de soulager les services de MCO.
La durée moyenne de séjour en HAD des patients atteints de Covid-19 est inférieure à celle de l'ensemble des séjours en HAD en 2020 (14 jours contre 26 jours).

L'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire

En 2020, parmi les 21 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, 3 700 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 3 000 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux départements représentent 14 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 81 pour 100 000 habitants *(carte 1)*, soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (32 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique, les deux premiers établissements d'HAD créés en France à la fin des années 1950 l'ont été au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la fondation Santé-Service d'Île-de-France. Du point de vue de l'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 60 100 séjours (23 % des séjours) et 1 319 000 journées (16 % des journées) en 2020.

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme la Haute-Corse ou le Puy-de-Dôme, avec des densités départementales supérieures à 80 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit presque deux fois plus que la moyenne nationale.

Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités trois à quatre fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse de lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés concernant les capacités de prise en charge en HAD. Les départements restants d'Île-de-France (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, le Cantal, l'Isère et la Haute-Saône affichent ainsi des densités départementales inférieures à 14 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

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 des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu renseigner les informations liées à certains séjours avec retard. La base du PMSI-HAD utilisée dans cette fiche pour l'année 2019 a été consolidée par l'ATIH au 25 avril 2020, il est possible que certains séjours affectés par cette rétention de données n'aient pas été remontés dans cette base. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire de 2006 rappelle son caractère polyvalent et généraliste. En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013 indique que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire. Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 » conforte, lui aussi, la place de l'HAD en fixant des objectifs de prescription pour développer cette prise en charge particulière à tous les établissements de santé.

Définitions

> **Établissement d'HAD :** il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjour traditionnels.

> **Activité réalisée :** elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées.

> **Capacités de prise en charge :** en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Ce terme est abandonné depuis 2017 par la DREES, en raison des limites de cette analogie : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SSR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en personnel soignant ou en personnel coordinateur.

> **Durée moyenne de séjour :** elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés monoséquences, c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou relié (DR) 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).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours 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. Ces séjours codés en U07.13 (1 000 séjours avec 19 200 journées) concernent des personnes contacts ou coexposées, avec un diagnostic de Covid-19 non retenu cliniquement ou radiologiquement, prélèvement non effectué, non conclusif ou négatif, ainsi que les cas possibles secondairement infirmés.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, septembre). Analyse de l'activité hospitalière 2020. Rapport annuel.
> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, décembre). L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable. Rapport d'activité 2019-2020.
> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

15 Les patients hospitalisés à domicile

En 2020, 154 000 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 258 000 séjours. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont quatre des cinq principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours) en HAD. Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (58 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. En 2020, 6,8 % des séjours en HAD comportent un diagnostic de Covid-19. Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients n'étant pas atteints de Covid-19 d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement : la part de trajectoires de soins domicile-HAD-domicile atteint 30 %, après 25 % en 2019.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives ou instables – qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète.

L'HAD s'adapte à des prises en charge variées, dont la durée est liée au degré de dépendance des patients

En 2020, 154 000 patients sont pris en charge en HAD, pour 258 000 séjours *(tableau 1)*. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques, ainsi que les traitements intraveineux représentent quatre des cinq principaux motifs d'admission des patients en HAD, soit 66 % des séjours (voir fiche 14, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1). En 2020, le nombre de séjours pour « autres motifs de prise en charge » – dont notamment la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs – progresse nettement et devient le troisième mode de prise en charge (14 % des séjours, après 8,6 % en 2019).

La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds[1], les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, les soins palliatifs et la rééducation, réadaptation, éducation donnent lieu à des séjours bien plus longs, qui s'adressent à des patients plus dépendants. S'agissant des séjours terminés et monoséquences[2], les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 58 jours (55 jours en 2019), contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD (20 jours en 2019). Ils sont quatre fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (12 jours) et dix fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (53 %), la surveillance des grossesses à risque (31 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (79 %), le reste relevant de la surveillance post chimiothérapie.

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement en fonction du mode de prise en charge et explique, pour partie, la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie,

1. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.
2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

les patients sont autonomes ou faiblement dépendants (95 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 93 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants *(tableau 1)*. Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 64 % et 77 % moyennement à fortement dépendants).

Plus de la moitié des séjours en HAD accueillent des personnes âgées

Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est de plus en plus importante *(graphique 1)*. En 2020, les patients de 65 ans ou

Tableau 1 Répartition des séjours en HAD selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2020

Modes de prises en charge principaux regroupés[1]	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2020[3]	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission				Part des séjours codés avec un DP ou un DA de Covid-19 (en %)
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)	
Soins techniques de cancérologie	57	405	5	58	37	4	1	0
Soins palliatifs	51	1 732	25	2	22	36	41	4
Autres motifs de prise en charge[2]	37	611	11	13	30	24	32	35
Pansements complexes et soins spécifiques	33	1 614	45	17	43	25	15	1
Traitements intraveineux	29	492	11	27	45	17	11	2
Périnatalité	16	205	12	48	41	0	10	1
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	655	37	3	33	33	31	3
Soins de nursing lourds	7	513	58	0	7	46	47	5
Rééducation, réadaptation, éducation	7	220	26	7	46	29	18	2
Post-traitement chirurgical	6	169	19	25	55	17	4	1
Sortie précoce de chirurgie	0	3	7	43	35	21	1	-
Ensemble	**258**	**6 618**	**18**	**24**	**34**	**21**	**20**	**7**

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
1. Les modes de prises en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.
2. Les autres motifs de prises en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.
3. Environ 239 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2020, soit 93 % des séjours d'HAD, et 176 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 68 % des séjours en HAD.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

plus totalisent ainsi 59 % des séjours (dont 29 % pour les 80 ans ou plus). En 2015, cette part n'était que de 50 % pour les plus de 65 ans et de 22 % pour les plus de 80 ans. Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 6 % des séjours, dont 3 % pour les nourrissons.
Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (22 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, passe désormais en cinquième position (11 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (87 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

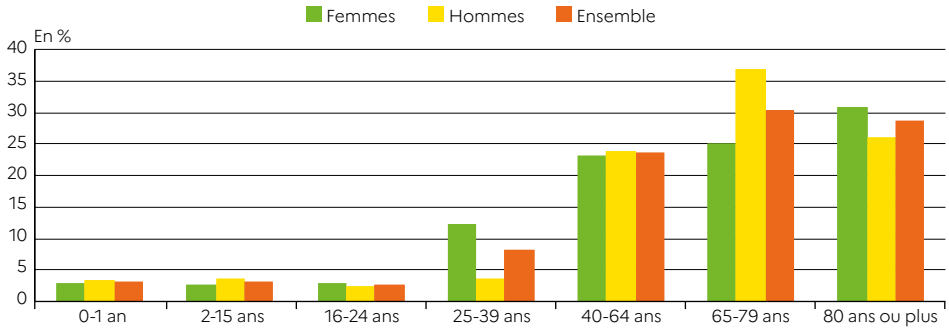
Le Covid-19 concerne 6,8 % des séjours en HAD en 2020

En 2020, 17 400 séjours en HAD comportent un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année. Cette proportion est très variable d'un mode de prise en charge à l'autre. La proportion la plus élevée, et de très loin, concerne la catégorie « autres motifs de prise en charge », qui regroupe notamment la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs (35,4 % de séjours Covid-19).
La prise en charge du Covid-19 au sein des « autres motifs de prise en charge » explique qu'en 2020, le nombre de séjours de cette catégorie connaît une forte hausse. Hors Covid-19, il ne représente que 10,0 % des séjours en HAD (14,4 % y compris Covid-19) et se classe, comme en 2019, au cinquième rang des modes de recours.
Par ailleurs, dans l'ensemble des séjours, les « autres motifs de prise en charge » sont les seuls pour lesquels la proportion de patients moyennement ou fortement dépendants évolue de façon significative en 2020, passant de 44 % à 56 %. Pour les autres modes de prises en charge, cette proportion reste globalement stable.

Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.
En 2020, pour 44 % des séjours d'HAD (37 % en 2019), les patients sont admis directement depuis

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2020



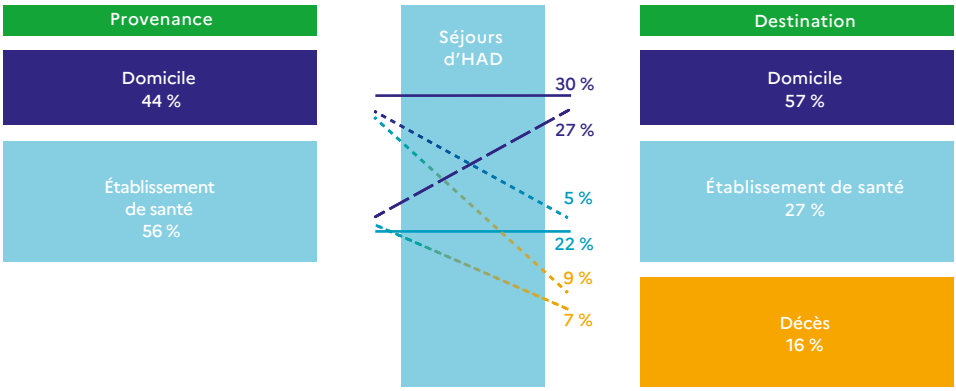
Lecture > En 2020, les séjours des patients âgés de 25 à 39 ans représentent 12 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

leur domicile *(schéma 1)*. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 30 % de ces séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients n'étant pas atteints de Covid-19 d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque la part de trajectoires de soins domicile-HAD-domicile atteint 30 % en 2020, après 25 % en 2019. Cela peut s'expliquer par un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) vers l'HAD. En raison du risque de contagion en établissement de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients sont pris en charge à domicile plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle. Interrogés sur ce point dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2020), près de la moitié des établissements d'HAD déclarent avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients n'étant pas atteints de Covid-19, en vue de soulager les services de MCO.

Par ailleurs, 56 % des séjours en HAD concernent des patients admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux écourtent une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (27 % des séjours), tandis que pour d'autres (22 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 16 % des patients sont décédés en HAD en 2020 ; ils étaient 13 % en 2019. ■

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2020



Note > En 2020, 5 700 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître la provenance ni la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.
Lecture > En 2020, 56 % des séjours en HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 57 % des séjours en HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 30 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.
Champ > Les 234 000 séjours en HAD terminés en 2020 en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (98 % des séjours terminés).
Source > ATIH, PMSI-HAD 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 (les journées antérieures à 2020 sont exclues pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

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 des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> **Mode de prise en charge :** il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prises en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

> **Degré de dépendance :** il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) comprenant six dimensions (habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication). La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou relié (DR) 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).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-HAD, ces séjours 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 Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes. Ces séjours codés en U07.13 (1 000 séjours avec 19 200 journées) concernent des personnes contacts ou coexposées, avec un diagnostic de Covid-19 non retenu cliniquement ou radiologiquement, prélèvement non effectué, non conclusif ou négatif, ainsi que les cas possibles secondairement infirmés.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, septembre). Analyse de l'activité hospitalière 2020. Rapport annuel.
> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, décembre). L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable. Rapport d'activité 2019-2020.
> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) : un essor important. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

16 Les établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2020, 1 816 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France. Ils disposent de 120 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,2 million de séjours et 32,7 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2020. L'hospitalisation complète reste prédominante (87 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé à but non lucratif (17 % des capacités). L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 s'est traduite par une forte baisse de l'activité, en hospitalisation complète et partielle.

37 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 816 établissements en France métropolitaine et dans les DROM *(tableau 1)*. Environ un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif. En 2020, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 120 000 lits et places, soit des capacités d'accueil stables par rapport à 2019. Elles sont réparties pour 37 % dans le secteur public, 29 % dans le secteur privé à but non lucratif et 34 % dans le privé à but lucratif. Ces 120 000 lits et places représentent 26 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

En matière d'activité, 1,2 million de séjours, soit 32,7 millions de journées, ont été réalisés en SSR, ce qui représente 27 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du secteur privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées (26 %) qu'en nombre de lits et de places (29 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (91 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (13 % des journées, contre 11 % dans le secteur privé à but lucratif et seulement 5 % dans le secteur public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir fiche 17, « La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation »). La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié cette structuration de l'offre de soins.

Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif : elle y atteint 39,9 jours, contre 35,1 jours dans les établissements publics et 36,1 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

En 2020, 5,2 % des séjours de SSR concernent des patients atteints de Covid-19

Comme dans les autres disciplines d'équipement, le Covid-19 a fortement pesé sur l'activité de SSR en 2020. Afin de limiter les risques de contagion, un grand nombre d'hospitalisations ont été déprogrammées et 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. L'activité de SSR a ainsi connu un recul sans précédent en 2020, de 17,6 % des séjours et de 12,5 % des journées, par rapport à 2019.

Les établissements de SSR ont enregistré 63 000 séjours codés avec un diagnostic principal ou

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2020

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements[1]	896	450	470	**1 816**
Nombre de lits et places, dont :	44 009	34 955	40 870	**119 834**
hospitalisation partielle (part en %)	3 773 (9 %)	5 952 (17 %)	6 149 (15 %)	15 874 (13 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	468	352	393	**1 213**
hospitalisation partielle (part en %)	116 (25 %)	124 (35 %)	93 (24 %)	333 (27 %)
séjours avec DP de Covid-19 (part en %)	20,4 (4,5 %)	8,3 (2,4 %)	9,8 (2,5 %)	38,5 (3,2 %)
séjours avec DP ou DA de Covid-19 (part en %)	31,6 (6,8 %)	13,2 (3,8 %)	17,8 (4,5 %)	62,7 (5,2 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	11 964	8 637	12 110	**32 711**
hospitalisation partielle (part en %)	617 (5 %)	1 097 (13 %)	1 376 (11 %)	3 091 (9 %)
journées avec DP de Covid-19 (part en %)	577 (4,8 %)	256 (3,0 %)	374 (3,1 %)	1 206 (3,7 %)
journées avec DP ou DA de Covid-19 (part en %)	1083 (9,0 %)	494 (5,7 %)	832 (6,9 %)	2 409 (7,4 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés[2] en 2020 (en journées), dont :	35,1	36,1	39,9	**36,7**
séjours sans aucun diagnostic de Covid-19	35,1	36,0	38,5	**36,5**
séjours avec DP ou DA de Covid-19	34,5	37,9	47,1	**38,8**
Ratio moyen de personnel aide soignant (ETP par lit)	0,5	0,3	0,2	**0,4**
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	**0,3**
Ratio moyen de personnel de rééducation[3] (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	**0,1**
Ratio moyen d'autres types de personnel[4] (ETP par lit)	0,2	0,3	0,2	**0,2**

SSR : soins de suite et de réadaptation ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé ; ETP : équivalent temps plein.
1. Les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.
2. 880 044 séjours d'hospitalisation complète terminés sont comptabilisés en 2020, soit 73 % des séjours de SSR à temps complet. En général, le jour de sortie d'hospitalisation n'est plus compté comme un jour de présence depuis 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle des années antérieures.
3. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.
4. Les autres types de personnel sont les psychologues, les personnels éducatifs, les assistants de service social et le personnel administratif, technique et médico-technique.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Sources > ATIH : PMSI-SSR 2020 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2020 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

associé de Covid-19[1], ce qui représente 5,2 % de l'ensemble des séjours de SSR en 2020[2]. 61 % des séjours Covid-19 des établissements de SSR sont codés avec un diagnostic principal concernant cette pathologie : il s'agirait de séjours destinés à traiter directement le Covid-19 ou ses suites[3], contrairement aux autres qui concernaient des patients pris en charge pour d'autres motifs initiaux, mais atteints par ailleurs de Covid-19.

La durée moyenne de séjour (DMS) a augmenté avec l'épidémie, passant de 34,7 jours en 2019 à 36,7 jours en 2020. Ce phénomène est dû, en partie, à une durée moyenne des séjours Covid-19 (38,8 jours) plus élevée que celle des autres séjours (36,5 jours). Mais la DMS des séjours hors Covid-19 est aussi plus élevée qu'en 2019. Cette augmentation concerne toutes les grandes catégories de morbidité principale à l'admission, avec une hausse particulièrement marquée pour les maladies du système nerveux. Par ailleurs, la structure des séjours par pathologie a aussi évolué, comprenant une proportion plus importante de séjours avec des prises en charge avec une DMS longue (voir fiche 17, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »).

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 1 ETP par lit : 0,4 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnels (personnel administratif, technique et médico-technique, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) *[tableau 1]*.

Les établissements publics allouent en moyenne plus de deux fois plus d'aides-soignants (0,5 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres. Ils sont relativement peu nombreux comparativement au personnel non médical (0,05 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements). Ces éléments sur la configuration du personnel en établissements de santé n'ont pas été modifiés de façon significative durant la crise sanitaire.

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 449 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus[4]. Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse *(tableau 2)*. Pour la région Paca, le taux d'hospitalisation standardisé est également plus élevé que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la France métropolitaine en SSR, et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles. Dans les DROM, la Guadeloupe et La Réunion font partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est bien moins pourvue que les départements de France métropolitaine. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années (Charavel, Mauro, Seimandi, 2018).

---

1. La méthode de repérage de ces « séjours Covid-19 » est détaillée dans l'encadré Sources et méthodes.
2. Par ailleurs, 57 000 séjours ont un diagnostic codé en U07.13 « autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie Covid-19 », soit 4,7 % de l'ensemble des séjours de SSR.
3. En 2020, une dizaine d'établissements de santé, autorisés uniquement en SSR, ont reçu une autorisation dérogatoire de médecine, en vue de soigner explicitement le Covid-19. Certains séjours Covid-19 observés en SSR sont donc plutôt des séjours de « médecine », dans des établissements mobilisés en dehors de leur périmètre habituel de soins pour renforcer les capacités de prise en charge hospitalière durant l'épidémie.
4. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR. Cette densité n'a pas varié durant la crise sanitaire, les capacités d'accueil étant restées stables entre 2019 et 2020.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite des patients. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non-résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne-Franche-Comté, mais aussi de la Corse, des DROM (hormis la Réunion), des Pays de la Loire et du Centre-Val de Loire. À l'opposé, les régions Occitanie et Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale.

Toutefois, l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse : dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène, quand dans d'autres, de fortes disparités départementales existent *(carte 1)*. Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 532 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 5 autres ont des densités inférieures à 403 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2020 selon la région d'hospitalisation

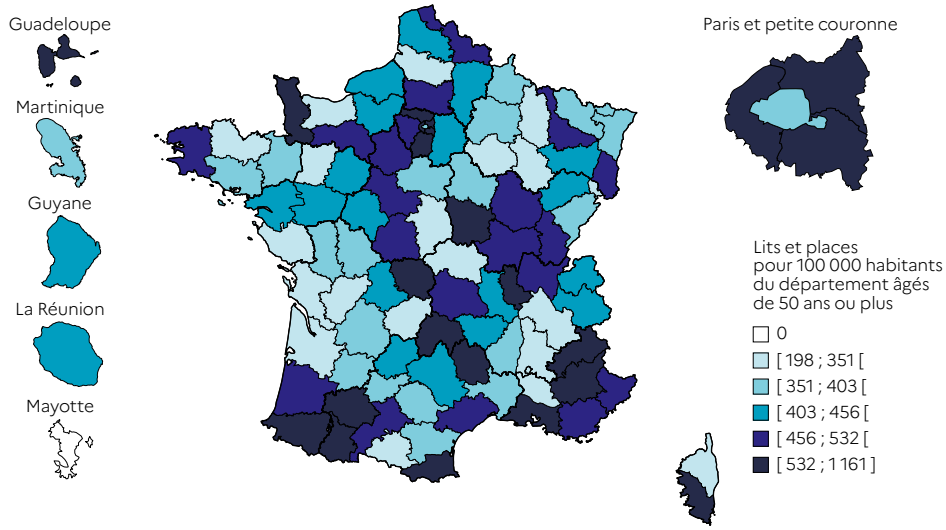
	Densité de lits et de places[1]	Solde sur l'ensemble de l'activité[2]	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national[3]
Paca	533	2,2	1,11
Île-de-France	498	-0,2	1,02
Occitanie	478	2,5	1,01
Corse	455	-10,9	0,97
Hauts-de-France	437	0,4	1,02
Bourgogne-Franche-Comté	435	-2,3	0,97
Auvergne-Rhône-Alpes	432	-0,6	1,02
Normandie	424	-0,9	1,02
Centre-Val de Loire	422	-2,0	0,88
Grand Est	400	0,0	1,01
Bretagne	384	0,5	1,05
Nouvelle-Aquitaine	379	1,3	0,93
Pays de la Loire	361	-1,3	0,84
Guadeloupe	560	-3,6	2,14
La Réunion	424	0,7	1,16
Guyane	377	-20,7	0,75
Martinique	347	-3,4	0,87
Mayotte	0	-	-
France entière	**449**	**-**	**1,00**

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy confondus.

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2020, traitements DREES ; DREES : SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimations de la population au 1er janvier 2020.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR au 31 décembre 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles, hors Mayotte qui n'a pas de capacité en SSR.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Sources > DREES : SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimations de la population au 1er janvier 2020.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires exerçant une activité de SSR en 2020. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 ; les journées antérieures à 2020 pour les séjours déjà commencés sont exclues.

Sources

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 des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> Taux d'entrée : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.

> Taux de fuite : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.

> Taux d'hospitalisation standardisé : la standardisation du taux d'hospitalisation régional (rapport du nombre de patients résidents hospitalisés à la population de la région) consiste à affecter aux taux d'hospitalisation par sexe et âge de chaque région, la structure par sexe et âge de la France entière. •••

•••

> **Séjours avec un diagnostic principal de Covid-19 :** dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) est codée 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.

> **Séjours avec un diagnostic associé de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic associé (DA) de Covid-19 apparaît, sans manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE) de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-SSR, il s'agit des DA codés 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.

Pour en savoir plus

> **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.

17 La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2020, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,2 million de séjours, soit 32,7 millions de journées d'hospitalisation, pour 880 000 patients. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre d'hospitalisations a nettement baissé, sans toutefois modifier les principales caractéristiques de la patientèle. Les patients en SSR sont âgés (la moitié ont 72 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins s'effectuent plus fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (poses de prothèses).

La patientèle en SSR reste plutôt âgée et féminine en 2020

En 2020, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,2 million de séjours *(tableau 1)* et 32,7 millions de journées (voir fiche 16, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation partielle augmente légèrement chaque année, pour atteindre 29 % des séjours en 2019 (contre 19 % en 2010). En 2020, avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, l'activité hospitalière a fortement chuté, en SSR comme dans les autres disciplines. La baisse a été moindre en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle, où la part de cette dernière s'établit à 27 %.

Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (54 %), notamment en hospitalisation complète (56 %). Toutefois, les séjours de SSR à temps partiel sont plus souvent effectués par des hommes (54 %). Les patients de SSR sont plutôt âgés : l'âge moyen des patients à leur admission est de 66 ans et l'âge médian de 72 ans. L'âge moyen des femmes admises en SSR est plus élevé que celui des hommes (70 ans, contre 63 ans), notamment en hospitalisation complète (76 ans, contre 67 ans).

En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 36,7 jours (voir fiche 16). Elle augmente avec l'âge pour atteindre 37,4 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (71 ans en moyenne, contre 69 ans dans le secteur privé à but lucratif et 57 ans dans le secteur privé à but non lucratif).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours d'hospitalisation partielle présentent moins fréquemment de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) [voir Définitions, dans l'encadré Sources et méthodes]. Ainsi, pour 88 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission (contre 46 % des séjours d'hospitalisation complète) *[graphique 1]*. La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose surtout sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est, en général, plus fort qu'en hospitalisation à temps partiel, en raison notamment du moindre degré de dépendance à l'admission.

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (17 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (15 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants), ou encore des affections du système nerveux (14 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire

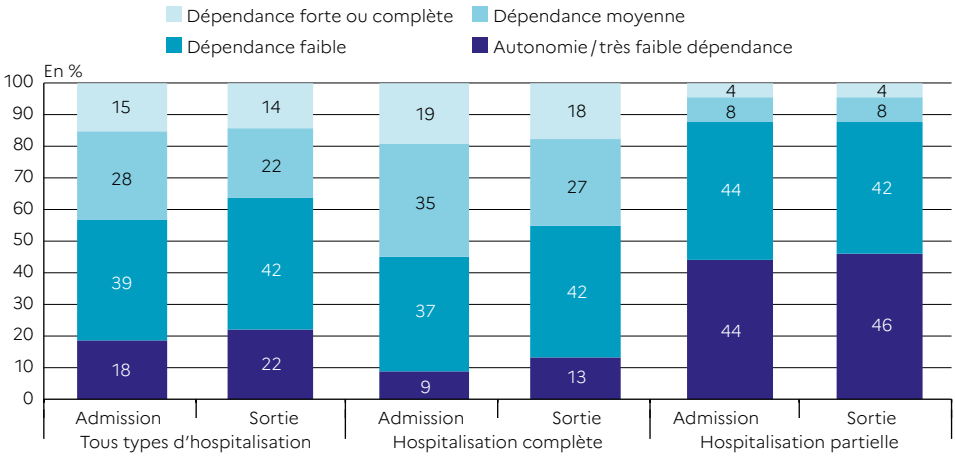
(12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques). Les troubles de la marche (7 %), les démences et les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux substances psychoactives (5 %), ainsi que l'obésité (4 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge *(tableau 2)*.

Tableau 1 Nombre de séjours, âge moyen et âge médian à l'admission par sexe et type de séjour en 2020

	Ensemble des séjours				Séjours d'hospitalisation complète			Séjours d'hospitalisation partielle		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Âge médian (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)
Femmes	**650**	**54**	**70**	**76**	**496**	**56**	**76**	**154**	**46**	**52**
dont séjours avec DP de Covid-19	20	3	81	85	20	4	82	1	0	59
dont séjours avec DP ou DA de Covid-19	35	5	81	84	34	7	82	1	1	58
Hommes	**563**	**46**	**63**	**67**	**384**	**44**	**68**	**179**	**54**	**51**
dont séjours avec DP de Covid-19	18	3	75	78	17	4	76	1	1	61
dont séjours avec DP ou DA de Covid-19	28	5	75	77	27	7	76	1	1	60
Ensemble	**1 213**	**100**	**66**	**72**	**880**	**100**	**72**	**333**	**100**	**51**

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2020, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et le type d'hospitalisation, en 2020



Note > L'état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 3,1 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2020, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2020, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)					
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	**144**	**12**	**0**	**2**	**16**	**12**	**10**
cardiopathies ischémiques	60	5	0	1	10	4	1
insuffisance cardiaque	28	2	0	1	2	2	5
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	14	1	0	0	2	2	0
Affections de l'appareil respiratoire	**46**	**4**	**3**	**1**	**4**	**4**	**4**
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	**87**	**7**	**17**	**11**	**10**	**5**	**4**
diabète	11	1	3	0	1	1	0
obésité et autres excès d'apport	48	4	13	9	7	1	0
Covid-19	**22**	**2**	**0**	**0**	**1**	**2**	**3**
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	**183**	**15**	**9**	**18**	**9**	**16**	**25**
lésions traumatiques	160	13	4	17	7	14	24
Maladies du système nerveux, dont :	**167**	**14**	**23**	**23**	**18**	**11**	**6**
maladies cérébrovasculaires[1]	13	1	0	0	1	1	2
paralysies cérébrales et autres syndrômes paralytiques	117	10	16	18	14	7	3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	**203**	**17**	**18**	**20**	**19**	**19**	**9**
arthropathies	110	9	5	9	9	13	5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	**159**	**13**	**10**	**9**	**9**	**14**	**21**
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	90	7	4	3	4	8	14
Troubles mentaux, dont :	**91**	**7**	**10**	**10**	**8**	**6**	**8**
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	28	2	0	0	0	4	5
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	31	3	0	7	6	0	0
Tumeurs malignes, dont :	**53**	**4**	**1**	**1**	**4**	**6**	**4**
organes digestifs	14	1	0	0	1	2	1
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	8	1	0	0	1	1	0
organes respiratoires et intrathoraciques	8	1	0	0	1	1	0
Autres pathologies[2]	**57**	**5**	**9**	**5**	**4**	**5**	**6**
Non précisé	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total	**1 213**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Total hors Covid-19	1 191	98	0	0	99	98	100

1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.
2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2020, traitements DREES.

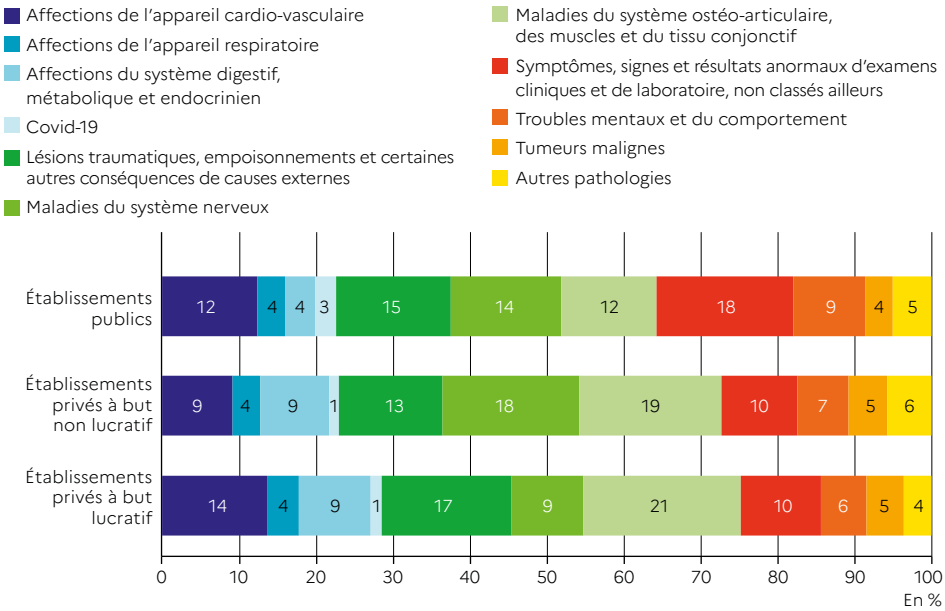
La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans concernent davantage la prise en charge de l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les motifs principaux sont les lésions traumatiques (genou), dorsalgies, paralysies d'origine traumatique, mais aussi les maladies cérébrovasculaires et l'obésité. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie par accidents vasculaires cérébraux ou les cardiopathies ischémiques.

Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs légèrement différents *(graphique 2)*. Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but lucratif. Comparativement aux autres secteurs, le secteur privé à but non lucratif prend plus souvent en charge des séjours pour suites de maladies du système nerveux, et le secteur public les séjours liés aux troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers, dont chutes et anomalies de la démarche et de la motilité.

Le Covid-19 en SSR concerne des patients plus âgés et hospitalisés à temps complet

Le Covid-19, apparu en 2020, constitue un nouveau type de morbidité en SSR, enregistré dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dès l'admission (56 % des cas) ou durant le reste du séjour *(tableau 3)*. Les établissements de SSR ont, en effet, contribué à prendre en charge des patients dont le motif médical principal d'hospitalisation était le Covid-19. En 2020, près d'une centaine d'établissements pourtant uniquement autorisés en SSR ont ainsi obtenu une autorisation de soins dérogatoire en médecine, de manière à pouvoir ouvrir une unité Covid-19 en dehors de leur périmètre habituel de soins (voir fiche 16). À ces 39 000 séjours

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR en 2020



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2020, traitements DREES.

Tableau 3 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2020 et des diagnostics de Covid-19, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part des séjours d'hospitalisation complète (en %)	Nombre de séjours avec une MMP ou une AE codée en Covid-19 (en milliers)	Nombre de séjours avec uniquement un DA de Covid-19 (en milliers)
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	**144**	**61**	**1**	**2**
cardiopathies ischémiques	60	36	0	0
insuffisance cardiaque	28	80	0	1
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	14	76	0	0
Affections de l'appareil respiratoire	**46**	**85**	**5**	**1**
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	**87**	**65**	**0**	**1**
diabète	11	74	0	0
obésité et autres excès d'apport	48	45	0	0
Covid-19	**22**	**97**	**22**	**0**
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	**183**	**87**	**1**	**5**
lésions traumatiques	160	89	1	5
Maladies du système nerveux, dont :	**167**	**56**	**2**	**3**
maladies cérébrovasculaires[1]	13	87	0	0
paralysies cérébrales et autres syndrômes paralytiques	117	52	1	2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	**203**	**67**	**1**	**3**
arthropathies	110	76	0	1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	**159**	**77**	**5**	**5**
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	90	79	2	3
Troubles mentaux, dont :	**91**	**77**	**1**	**2**
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	28	80	0	1
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	31	84	0	0
Tumeurs malignes, dont :	**53**	**96**	**0**	**2**
organes digestifs	14	99	0	0
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	8	99	0	0
organes respiratoires et intrathoraciques	8	96	0	0
Autres pathologies[2]	**57**	**72**	**1**	**1**
Non précisé	**1**	**89**	**0**	**0**
Total	**1 213**	**73**	**39**	**24**
Total hors Covid-19	1 191	72	-	-

MMP : manifestation morbide principale ; AE : affection étiologique ; DA : diagnostic associé.
1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.
2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2020, traitements DREES.

motivés par le traitement direct du Covid-19 ou de ses suites, il convient également d'ajouter les 24 000 séjours de patients atteints également de Covid-19, mais hospitalisés initialement pour un autre motif médical[1].

Comme pour les autres motifs de prise en charge en SSR, les séjours de SSR ayant un codage relatif au Covid-19 concernent majoritairement des femmes (54 %). En revanche, ils se distinguent des autres séjours en plusieurs domaines : ils sont presque toujours réalisés à temps complet (96 % des cas, contre 72 % pour les autres séjours de SSR) et avec des patients significativement plus âgés, aussi bien chez les femmes (81 ans en moyenne, contre 70 ans pour l'ensemble des patientes de SSR) que chez les hommes (75 ans, contre 63 ans pour l'ensemble des patients de SSR). Cette situation se traduit directement par une élévation de l'âge médian de l'ensemble des patients hospitalisés en SSR, qui passe de 70 ans en 2019 à 72 ans en 2020. La proportion de séjours Covid-19 est plus élevée dans les établissements publics (3 %) que dans les établissements privés à but non lucratifs et lucratifs (1 % chacun).

Ce relèvement de l'âge médian des patients à l'admission ne reflète pas uniquement l'arrivée du Covid-19 en 2020. Il peut aussi refléter l'évolution de la structure de la patientèle de SSR durant la crise sanitaire. En effet, l'épidémie de Covid-19 a conduit à déprogrammer ou différer les hospitalisations les moins lourdes, qui concernent généralement des patients un peu plus jeunes. Si le nombre de séjours a globalement diminué de 17,6 % par rapport à 2019, la baisse a ainsi été plus marquée pour les séjours pour affection du système digestif, métabolique ou endocrinien (-27 %) et ceux pour maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (-26 %). Le nombre de séjours pour maladies du système nerveux ou pour lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes a moins baissé (-13 %).

Ces effets de la crise sanitaire (arrivée de nouveaux patients atteints de Covid-19 et évolution de la structure par pathologie de la patientèle) se traduisent aussi par une augmentation de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, qui passe de 34,7 jours en 2019 à 36,7 jours en 2020. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2020. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 ; les journées antérieures à 2020 pour les séjours déjà commencés sont exclues.

Sources

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 des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). ●●●

1. La méthode de repérage de ces « séjours Covid-19 » est détaillée dans l'encadré Sources et méthodes. Par ailleurs, 57 000 séjours ont un diagnostic codé en U07.13 « autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid- 19 », soit 4,7 % de l'ensemble des séjours de SSR.

•••

Définitions

Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale :** elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance :** il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

> **Séjours avec un diagnostic principal de Covid-19 :** dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) est codée 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.

> **Séjours avec un diagnostic associé de Covid-19 :** séjours d'hospitalisation pour lesquels seul un diagnostic associé de Covid-19 apparaît, sans manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE) de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-SSR, il s'agit des diagnostics associés codés 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.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2019 – édition 2020. Note et rapport d'analyse.
> **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES : *Les Dossiers de la DREES*, 30.
> **Coquelet, F.** (2015, décembre). Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES : *Études et Résultats*, 943.
> **Coquelet, F., Valdelièvre, H.** (2011). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. DREES : *Dossiers Solidarité et Santé*, 23.
> **Peretti (de), C., Woimant, F., Schnitzler, A.** (2019, novembre). Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux. DREES : *Les Dossiers de la DREES*, 44.

18 Les parcours de soins hospitaliers

En 2020, 11,6 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises en France. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation relève d'un épisode unique au cours de l'année. Celui-ci peut néanmoins correspondre à une seule ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières, notamment d'affections du sang ou de tumeurs.

11,6 millions de patients ont été hospitalisés en France en 2020

En 2020, 11 620 000 patients ont été hospitalisés dans l'un des 2 815[1] établissements de santé, publics ou privés, de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). 739 000 y sont nés, 391 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court et de moyen séjour.

71 % des patients sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

En 2020, deux tiers des patients (67 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour *(tableau 1)*. Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a comporté plusieurs séjours consécutifs tout en constituant un épisode de soins unique au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements ou dépendant de différentes disciplines, par exemple en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD).

29 % des patients (3 384 000) ont connu au moins une nouvelle hospitalisation à distance du premier séjour ou épisode. Pour 43 % des patients, la durée entre deux épisodes d'hospitalisation est comprise entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 15 % entre un et trois mois, pour 8 %, entre trois et six mois et, pour 4 %, elle excède six mois.

Il convient de distinguer trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO. Parmi les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode de soins hospitaliers unique, la moitié (soit 239 000 patients) ont commencé par un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR, alors que 37 % ont effectué deux séjours en MCO dans deux établissements distincts.

Enfin, pour les parcours constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions ont lieu principalement en MCO (78 %). C'est aussi le cas pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie (50 %). En revanche, les réadmissions ont rarement lieu au sein du SSR (21 %) et de l'HAD (5 %).

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie, de façon variable selon l'âge et le sexe

Les patients sont âgés en moyenne de 49 ans (médiane à 53 ans) : 15 % ont moins de 18 ans, 26 % entre 18 et 44 ans, 40 % entre 45 et 74 ans et 19 % ont 75 ans ou plus. La proportion de femmes s'élève à 55 %. Elle est naturellement plus élevée, en raison des maternités, dans la

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements (à savoir 2 989) indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

tranche des 18 et 44 ans, mais aussi des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur. Les patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises ou ayant eu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (respectivement 58 ans et 65 ans, contre 45 ans pour ceux ayant connu un séjour unique d'hospitalisation).

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2020

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Séjour hospitalier unique	Patients (en %)	Épisode de soins hospitaliers unique	Patients (en %)	Plusieurs hospitalisations dans l'année	Patients (en %)
Nombre de patients	**11 619 500**	100,0	7 739 136	100,0	496 432	100,0	3 383 932	100,0
Âge moyen, écart-type	**49,4 +/- 26,3**	-	44,6 +/- 26,4	-	65,3 +/- 24,7	-	58,0 +/- 23,1	-
Femmes/ Hommes (en %)	**54,8 / 45,2**	-	55,5 / 44,5	-	56,8 / 43,2	-	52,7 / 47,3	-
Nombre de naissances	**739 078**	6,4	650 802	8,4	12 309	2,5	75 967	2,2
Nombre de décès	**390 742**	3,4	135 089	1,7	55 441	11,2	200 212	5,9
Nombre de séjours en 2020, médiane, p75, p90[1]	**1 / 2 / 3**	-	1 / 1 / 1	-	2 / 2 / 3	-	3 / 4 / 10	-
Admission exclusivement en MCO[2]	**10 244 777**	88,2	7 424 048	95,9	185 922	37,5	2 634 807	77,9
Admission exclusivement en SSR	**176 171**	1,5	139 001	1,8	756	0,2	36 414	1,1
Admission exclusivement en HAD	**24 600**	0,2	22 783	0,3	177	0,0	1 640	0,0
Admission exclusivement en psychiatrie	**225 537**	1,9	153 753	2,0	6 147	1,2	65 637	1,9
Séjour avec DP de Covid-19	**240 124**	2,1	97 353	1,3	35 202	7,1	107 569	3,2
Séjour avec DA de Covid-19 (sans DP)	**62 561**	0,5	18 305	0,2	10 302	2,1	33 954	1,0

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile ; DP : diagnostic princial ; DA : diagnostic associé.
1. p75 et p90 signifient 75e et 90e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont été hospitalisés au cours de 4 séjours ou moins et 90 % l'ont été au cours de 10 séjours ou moins dans l'année.
2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie.
Notes > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers. Pour les épisodes de soins hospitaliers uniques au cours de l'année, ceux-ci ne se font pas exclusivement dans le même champ sanitaire.
Lecture > En 2020, 186 000 patients ayant connu un épisode hospitalier unique avec admission exclusive en MCO ont été dénombrés. Il s'agit des séjours en MCO commencés dans un premier établissement avec transfert vers un autre établissement de MCO. Ils représentent 37,5 % de l'ensemble des épisodes hospitaliers uniques.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2020, traitements DREES.

Hors maternité, l'âge moyen des patients hospitalisés à plusieurs reprises s'élève à 61 ans, et celui des patients ayant eu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours à 68 ans, tandis que celui des patients ayant connu un séjour unique s'élève à 51 ans.

La prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,2 % des patients, en SSR pour 1,5 % d'entre eux, en HAD pour 0,2 % et en psychiatrie pour 1,9 %. Près d'un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires.

Les patients souffrant d'affections du sang ou de tumeurs sont plus souvent hospitalisés plusieurs fois dans l'année

En 2020, 29,9 millions de séjours ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge *(tableau 2)*. Les affections du sang et les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent, après les pathologies à traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), le groupe de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale fait majoritairement l'objet d'une unique hospitalisation (88,9 %).

Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 42 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 19 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus.

2,6 % des patients hospitalisés en 2020 ont un diagnostic de Covid-19

En 2020, 303 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 2,6 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année. Dans le détail, 240 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic principal (DP) de Covid-19, tandis que pour 63 000 autres, l'infection n'était mentionnée qu'en diagnostic associé (DA).

Les hospitalisations avec un DP de Covid-19 figurent principalement dans trois groupes médicaux : les affections respiratoires, les maladies infectieuses et les autres affections *(tableau 3)*. Cette situation est cohérente avec ce qui est connu de cette affection : en cas d'hospitalisation du patient, il l'est fréquemment pour une atteinte respiratoire ; par ailleurs, le niveau de sévérité de cette atteinte n'est pas identique pour tous les patients, il s'étend de « modérée » à « très forte », ce qui oriente dans les différents groupes ; enfin l'atteinte respiratoire peut être associée à d'autres atteintes ou encore à des pathologies préexistantes. Cette dernière situation est plus fréquente pour les patients ayant un parcours hospitalier composé de plusieurs séjours. Les hospitalisations avec un DA de Covid-19 se répartissent dans tous les groupes de prise en charge de manière plus homogène.

En proportion comme en nombre, les décès en établissement de santé ont été plus importants en 2020 par comparaison avec l'année précédente. Une part de ces décès est associée au Covid-19, notamment lors des deux vagues épidémiques, au printemps et à l'automne 2020. Par ailleurs, le nombre de naissances a été moins important en fin d'année, apparente conséquence du confinement à domicile de la population entre la mi-mars et la mi-mai 2020.

Enfin, si le profil général des parcours de soins apparaît relativement stable en 2020 par rapport à 2019, la déprogrammation de l'activité dans les établissements de santé pour libérer des possibilités d'accueil des patients lors des deux vagues épidémiques, associée à une orientation non systématiquement hospitalo-centrée des patients, se traduit par une diminution du nombre de patients pris en charge en 2020 dans les établissements de santé, de 9,8 % par rapport à 2019. ■

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers en 2020

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	%	Âge[1]	Nombre de patients	%	Âge[1]	Nombre de patients	%	Âge[1]
Affections du système nerveux	1 340 184	406 307	43,9	54,0	74 426	8,0	71,5	444 437	48,0	58,8
Affections de l'œil	949 945	295 783	44,7	66,0	2 985	0,5	64,9	363 171	54,9	71,7
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	678 623	496 710	77,8	27,1	7 272	1,1	45,5	134 790	21,1	45,9
Affections de l'appareil respiratoire	1 121 955	322 460	40,3	54,7	73 869	9,2	70,2	404 475	50,5	63,8
Affections de l'appareil circulatoire	1 828 917	516 304	40,6	64,0	69 564	5,5	73,4	684 591	53,9	68,6
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	2 921 542	1 483 771	63,2	54,2	47 689	2,0	63,7	816 467	34,8	60,5
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 182 389	947 917	57,4	51,4	151 906	9,2	74,8	552 150	33,4	61,2
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	793 204	402 538	58,8	46,4	19 129	2,8	66,9	262 975	38,4	59,5
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	479 684	173 738	44,4	47,7	17 159	4,4	63,2	200 351	51,2	52,1
Affections génito-urinaires	1 433 174	594 872	54,5	45,8	28 165	2,6	67,4	467 644	42,9	60,3
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 127 421	718 789	76,6	30,4	19 259	2,1	30,7	199 767	21,3	30,3
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	766 537	654 682	88,9	0,0	11 891	1,6	0,0	70 180	9,5	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	501 942	61 520	21,8	56,5	9 476	3,4	69,6	210 654	74,8	60,2
Maladies infectieuses et parasitaires	163 690	44 633	32,6	41,7	11 878	8,7	67,4	80 200	58,7	57,1
Maladies et troubles mentaux	1 015 031	218 944	39,1	45,1	56 864	10,2	52,8	283 777	50,7	45,5
Traumatismes, allergies et empoisonnements	391 274	111 761	42,3	39,5	23 713	9,0	47,5	128 560	48,7	47,6
Autres affections ou prises en charge	1 031 543	250 745	32,6	51,2	59 044	7,7	72,7	459 951	59,8	59,5
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	11 091 551	30 712	4,7	53,7	5 559	0,8	65,4	618 828	94,5	64,5
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	59 288	7 399	31,1	37,1	2 757	11,6	46,9	13 601	57,3	57,4

1. Âge moyen des patients.
Notes > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques et d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical. Pour les patients ayant connu plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. Par conséquent, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.
Lecture > Pour les épisodes hospitaliers uniques au cours de l'année, 693 000 patients sont décomptés à travers les différents groupes alors que ce type de parcours de soins hospitaliers a concerné 496 000 personnes.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2020, traitements DREES.

Tableau 3 Proportion des patients ayant un code diagnostic Covid-19 (principal ou associé) en 2020, selon le type de parcours et la prise en charge

	Hospitalisation unique		Épisode hospitalier unique		Plusieurs hospitalisations	
	DP de Covid-19 (en %)	DA de Covid-19 (en %)	DP de Covid-19 (en %)	DA de Covid-19 (en %)	DP de Covid-19 (en %)	DA de Covid-19 (en %)
Affections du système nerveux	0,1	0,4	5,0	3,1	3,8	1,6
Affections de l'œil	0,0	0,0	2,0	1,5	1,3	0,3
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	0,0	0,1	1,7	1,3	1,9	0,8
Affections de l'appareil respiratoire	24,4	1,1	40,1	2,0	22,0	2,0
Affections de l'appareil circulatoire	0,1	0,4	3,5	2,3	3,6	1,5
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	0,0	0,1	2,7	2,1	2,4	1,1
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	0,0	0,2	2,8	2,8	3,2	1,5
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	0,0	0,1	3,5	2,4	2,7	1,2
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	0,1	0,3	4,2	2,5	3,4	1,5
Affections génito-urinaires	0,0	0,1	3,6	2,5	2,9	1,2
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	0,0	0,3	1,1	0,6	0,8	0,8
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	0,0	0,0	0,1	0,2	1,1	0,6
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	0,1	0,5	4,6	3,1	3,6	1,8
Maladies infectieuses et parasitaires	15,8	0,8	27,8	2,3	17,0	2,3
Maladies et troubles mentaux	0,0	0,4	2,3	1,6	2,9	1,5
Traumatismes, allergies et empoisonnements	0,0	0,2	1,0	1,2	1,8	1,3
Autres affections ou prises en charge	3,7	0,6	9,3	2,4	5,4	1,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	0,0	0,1	0,8	1,1	2,2	1,0
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	0,1	0,1	2,9	1,0	2,2	1,5

DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé (sans DP).
Lecture > Pour les hospitalisations uniques au cours de l'année, 24,4 % des patients hospitalisés pour affection respiratoire ont un diagnostic principal de Covid-19.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète, partielle et de séances des établissements de santé, publics ou privés. Ce champ prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, afin de décrire le plus complètement possible les parcours hospitaliers ; il est plus étendu que celui d'autres fiches, notamment la fiche 3 « L'activité en hospitalisation complète et partielle ». •••

•••

L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) – incluant l'ensemble des nouveau-nés –, en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie, ainsi que certains anciens hôpitaux locaux, n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Source

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 des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent, pour chaque séjour, une description normalisée de la prise en charge médicale (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définitions

> **Patients distincts :** ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations sources n'indiquent pas d'erreur (voir *supra*, rubrique Méthodologie).

> **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.

> **Épisodes de soins hospitaliers :** lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2020 ont été pris en compte ; certains de ces séjours se poursuivent en 2021. Cette modalité de décompte est propre à cette fiche sur les parcours de soins hospitaliers.

> **Groupes médicaux de prise en charge :** ils ont été constitués ici à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou de chaque semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

> **Diagnostic Covid-19 :** pour identifier les séjours avec diagnostic principal ou associé de Covid-19, les codes de la classification internationale des maladies dans la 10e révision (CIM 10) mobilisés sont ceux des 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. Sur l'ensemble du parcours hospitalier des patients en 2020, les situations où ces codes figurent en tant que diagnostic principal sont distinguées de celles où ces codes ne figurent qu'en diagnostic associé.

Pour en savoir plus

> Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rubrique Accès aux données / Bases de données / Documentation technique / Aide à l'utilisation des informations de chaînage.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

19 Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie

7 374 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 945 établissements de santé publics ou privés en France en 2020. Les cliniques y ont recours plus fréquemment, sachant que la chirurgie ambulatoire y est davantage pratiquée. L'organisation de l'activité d'anesthésie est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologies interventionnelles, etc. L'utilisation de ces salles varie selon le statut, public ou privé, de l'établissement. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie a chuté de 15 %.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2020, en France, 7 374 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 945 établissements de santé *(tableau 1)*. Le nombre de salles de chirurgie classique a baissé de 0,6 % par rapport à 2019 (-41 salles), principalement du fait d'une diminution légèrement accrue dans les cliniques privées à but lucratif (-41 salles en 2020, après -15 salles en 2019). Le nombre de salles de chirurgie ambulatoire, lui, poursuit sa progression avec 33 salles supplémentaires. 46 % d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées, alors que ces dernières enregistrent 55 % des séjours chirurgicaux, les interventions par salle y étant plus nombreuses que dans les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part plus importante de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif. Cette activité est réalisée au cours d'une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 65 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, la chirurgie ORL, l'arthroscopie, etc.), les établissements publics, eux, prennent en charge des actes plus complexes exigeant des temps d'intervention plus longs. Les établissements publics disposent également plus souvent de structures d'urgence et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Avec la crise sanitaire, le nombre d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie chute de 15 %

5,6 millions d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie sont recensés en 2020, ce qui représente une diminution de 15 % par rapport à 2019. Celle-ci provient principalement de la baisse d'activité liée à la crise sanitaire (Naouri, 2021), qui a conduit à déprogrammer de nombreuses interventions chirurgicales. Cette baisse d'activité est un peu moins prononcée dans les cliniques privées (-13 %) que dans les établissements publics ou privés à but non lucratif (-17 %).

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale, mais elle ne s'y limite pas. Des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou des radiologies interventionnelles et des actes d'obstétrique (hors salles de travail) sont aussi pratiqués sous anesthésie. En 2020, 1 467 salles dédiées aux endoscopies, 825 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 596 salles destinées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail) et 396 salles à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, 3 284 salles sont destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie, un nombre en baisse de 1,4 % par rapport à 2019 (-48 salles). Ces salles, ainsi que les salles d'intervention chirurgicale, sont réparties en différents lieux au sein des établissements, en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés.

Après toute intervention sous anesthésie, une surveillance en continu des patients dans une salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI) est obligatoire. Le nombre de ces SSPI s'élève à 1 640, pour 14 745 postes de réveil *(tableau 2)*, soit neuf postes par salle en moyenne. 46,0 % des salles de surveillance se situent dans des établissements publics, 42,9 % dans des cliniques privées et 11,1 % dans des établissements privés à but non lucratif. ■

Tableau 1 Les plateaux techniques de chirurgie en 2020

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale[1]	**101**	**329**	**100**	**415**	**945**
Nombre de salles d'intervention chirurgicale[1], dont :	**1 543**	**1 717**	**711**	**3 403**	**7 374**
nombre de salles destinées à la chirurgie classique[2]	1 447	1 580	688	3 121	6 836
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	**780 561**	**977 594**	**456 763**	**2 706 790**	**4 921 708**

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.
1. Hors obstétrique.
2. Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Tableau 2 L'activité d'anesthésie en 2020

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre de salles de surveillance postinterventionnelle, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	323	431	182	704	1 640
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 711	3 502	1 433	7 099	14 745

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

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). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. •••

••• 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 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Statuts juridiques des établissements et grandes disciplines d'équipement :** voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Séjours chirurgicaux :** les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) sont classés en fonction du calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (GHM) du séjour. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

> **Surveillance postinterventionnelle et postes de réveil :** le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, relatif à la pratique de l'anesthésie, a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention. Elle se pratique dans les salles de surveillance postinterventionnelle (SSPI) à proximité des sites où sont réalisées les anesthésies. Une SSPI comprend au minimum quatre postes de réveil.

> **Endoscopie :** elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope) dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

> **Radiologie interventionnelle :** elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

Pour en savoir plus

> **D'Autume, C., Dupays, S., Perlbarg, J., *et al.*** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France.* Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).
> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

20 L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Les appareils d'imagerie sont une composante importante des plateaux techniques des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils, plus performants, sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Dans les cliniques privées à but lucratif, ces équipements sont plus difficiles à recenser. La répartition de ces appareils est très inégale selon les départements.

801 scanners et 637 IRM recensés dans les établissements publics et privés à but non lucratif

En 2020, 2 235 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont réparties dans 793 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France, service de santé des armées (SSA)[1] compris *(tableau 1)*. Il existe également 348 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties dans 176 établissements.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie, tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou les caméras à scintillation, sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS). 544 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 801 appareils – dont 746 exploités par l'établissement lui-même[2]. 87 % de ces équipements se trouvent dans le secteur public, dont 26 % dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) et 4 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 403 établissements possèdent au moins une IRM, soit 637 appareils (dont 579 exploités par l'établissement), situés pour 85 % d'entre eux dans le secteur public (dont 29 % en CHR et 56 % en centres hospitaliers [CH]) et pour 4 % en CLCC.

Le nombre d'actes de scanner réalisés dans des établissements publics et privés à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements est estimé à 3,1 millions en 2020 (un nombre stable par rapport à 2019), et le nombre d'actes pour des patients externes à 4,2 millions (4,4 millions en 2019), hors activité libérale pratiquée dans les établissements publics[3]. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,6 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements (comme en 2019) et à 2,0 millions pour les patients externes (2,2 millions en 2019). Enfin, 124 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 283 gamma-caméras (dont 268 sont exploitées par les établissements eux-mêmes) situées pour 44 % en CHR. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent accéder à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Des équipements plus difficiles à quantifier dans les cliniques privées à but lucratif

Les cliniques privées à but lucratif disposent également d'équipements d'imagerie, mais leur comptabilisation dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) n'est pas exhaustive. En effet, la gestion de propriété est différente selon les statuts juridiques des établissements : deux personnes morales peuvent ainsi coexister au sein des cliniques privées, l'une

1. Dans ces salles de radiologie, les appareils de mammographie, au nombre de 358, ne sont pas comptabilisés.
2. Les autres appareils sont installés sur le site d'un établissement de santé mais détenus et exploités par des cabinets libéraux.
3. Les radiologues exerçant dans les établissements du secteur public ont la possibilité de pratiquer une partie de leur activité en tant qu'activité libérale, rémunérée comme telle.

correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Par ailleurs, les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. Par conséquent, si 233 scanners et 196 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées en 2020 (respectivement 220 et 178 en 2019), ces chiffres constituent vraisemblablement une estimation inférieure à la réalité des faits *(tableau 2)*.

Une répartition inégale des équipements selon les départements

Le nombre total d'appareils présents dans l'ensemble des établissements de santé est probablement plus élevé que la somme des appareils déclarés dans la SAE. Cependant, cette somme permet d'approcher au minimum l'équipement situé en établissement de santé dans chaque département.

Le nombre de scanners rapporté à la population s'établit ainsi à 3,1 scanners pour 200 000 habitants pour la France entière. Ce rapport varie de 0,7 à Mayotte, à 4,8 dans les Alpes-de-Haute-Provence et la Haute-Vienne et 5,2 dans les Hautes-Pyrénées *(carte 1)*. Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,5 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,7 à Mayotte à 4,4 à Paris *(carte 2)*. Ces éléments sur les densités départementales en équipement d'imagerie sont restés globalement stables entre 2019 et 2020. ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2020

Équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	Nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement
Scanners	544	801	746
IRM	403	637	579
Caméras à scintillation	124	283	268
Tomographes à émission/caméras à positons	94	124	117
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non[1]	793	2 235	2 149
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	176	348	336

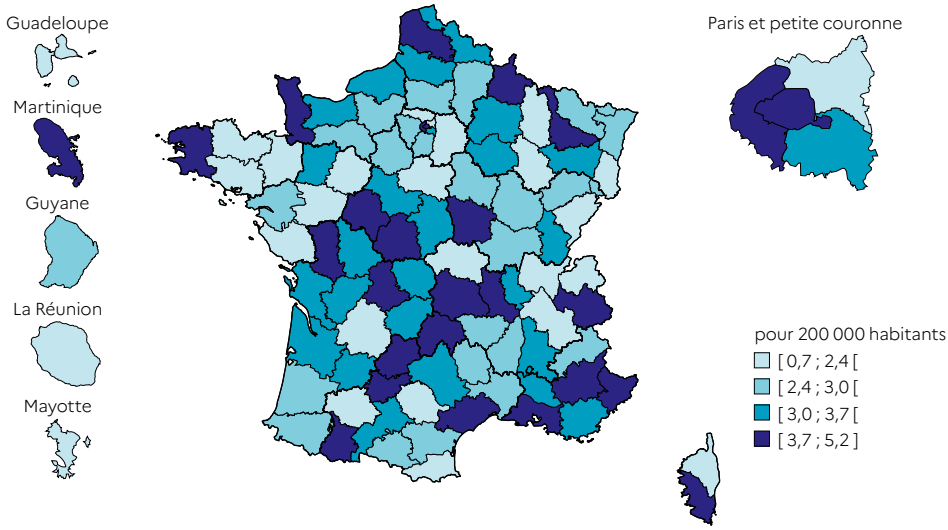
1. Non compris les appareils de mammographie.
Champ > Établissements publics et privés à but non lucratif de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2020

Équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	184	233
IRM	136	196
Caméras à scintillation	33	68
Tomographes à émission/caméras à positons	19	19
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non[1]	252	587
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	72	146

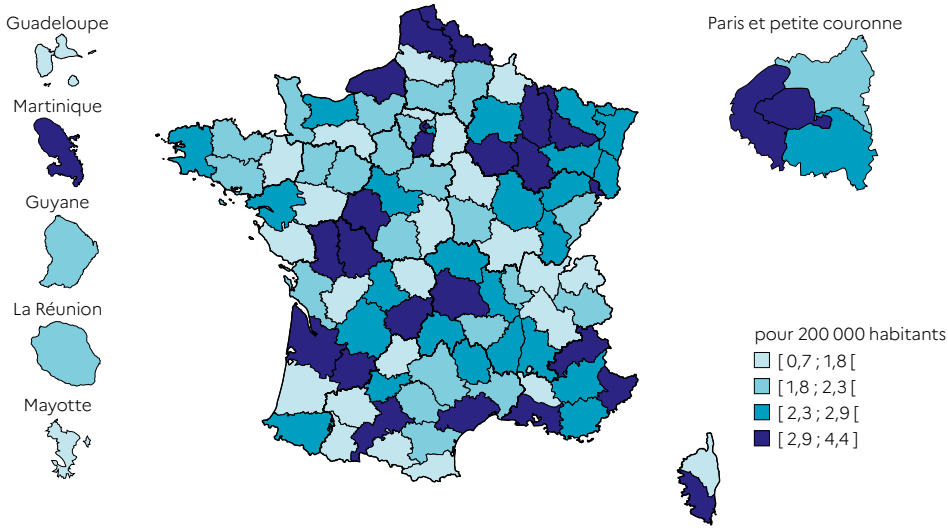
1. Non compris les appareils de mammographie.
Champ > Établissements privés à but lucratif de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners pour 200000 habitants du département en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Carte 2 Nombre d'IRM pour 200 000 habitants du département en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées, auquel cas ils sont normalement recensés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). L'équipement des cliniques privées à but lucratif est donné à titre indicatif en raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements.

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

> Radiologie : cette technique est fondée sur l'utilisation des rayons X.

> Radiologie numérisée : elle représente une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle, en raison de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.

> Radiologie vasculaire et coronarographie : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent aussi être réalisées dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.

> Scanner ou tomodensitomètre : il utilise également les rayons X, mais permet de visualiser des tranches d'épaisseurs variables.

> Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) : elle utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence, sous forme d'images, les contrastes entre différents tissus tels que les os, les muscles ou les tendons.

> Caméra à scintillation ou gamma-caméra : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels, iode, technétium, fluor, etc.).

> Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons : ces équipements sont fondés sur le même principe que la gamma-caméra.

21 La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités qui se poursuit avec la diminution constante de leur nombre et une augmentation de leur taille moyenne. En 2020, 478 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM.

Un cadre juridique en deux étapes

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent de manière réglementaire trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités de type 1 s'est poursuivie entre 1996 et 2020 au profit des maternités de types 2 et 3. En France métropolitaine, le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 458 en 2020, hors service de santé des armées (SSA)[1].

Dans les maternités, le nombre total de lits a été divisé par deux depuis 1975 : il est passé de 32 000 à 14 000 fin 2020. Au cours de la même période, le nombre de naissances a fluctué entre 700 000 et 800 000 par an pour la France métropolitaine (hors SSA). Depuis 2014, il diminue de façon continue, pour atteindre 697 000 en 2020 *(graphique 1)*. Le taux d'utilisation des lits des maternités a fortement augmenté durant cette période. Il est passé de 23 à 49 accouchements annuels par lit, en moyenne, entre 1975 et 2020. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2019 et 4,4 jours en 2020. Son raccourcissement plus marqué en 2020 reflète probablement, au moins pour partie, la volonté de réduire les séjours en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19.

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

Au 31 décembre 2020, 478 maternités sont dénombrées en France, y compris le SSA : 182 maternités de type 1, 141 de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3 (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Elles totalisent 14 800 lits

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.

d'obstétrique et ont réalisé 722 000 accouchements[2]. En raison de la baisse de la natalité, le nombre annuel d'accouchements a diminué de 99 000 entre 2010 et 2020 pour la France entière. Au cours de cette période, la proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé, passant de 65 % en 2010 à 71 % en 2020, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en clinique privée à but lucratif, de 27 % à 21 %.

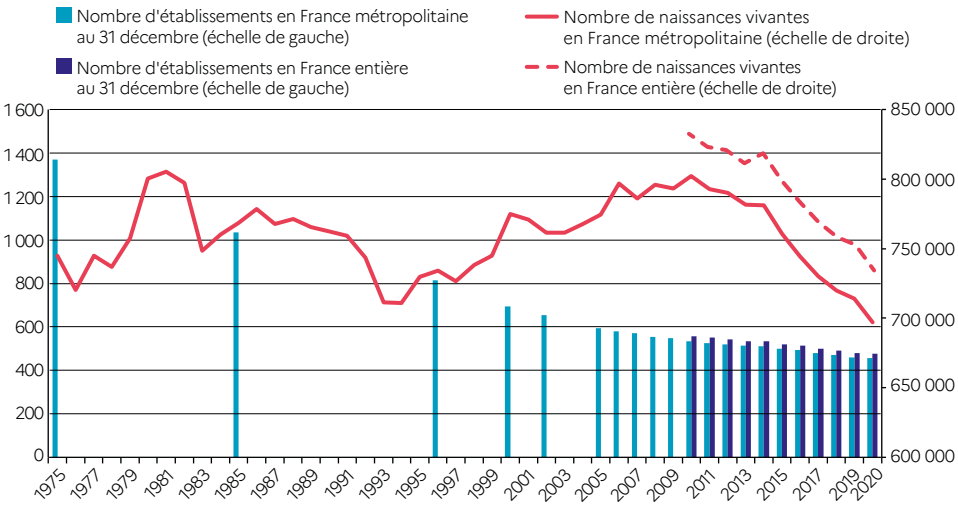
Les maternités disposant d'un service de néonatologie, de soins intensifs néonatals ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 62 % des 478 maternités de France (y compris SSA). Elles sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de type 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 76 % des lits et 81 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités de types 2 ou 3 en France métropolitaine s'élevait à 43 % *(tableau 1)*.

Quant aux maternités de type 1, 63 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2020, contre la moitié en 2000.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2020, en France métropolitaine, hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 774 accouchements par an, une maternité de type 2a, 1 410, une maternité de type 2b, 1 961, et une maternité de type 3, 3 142. La restructuration des maternités conduit donc à une concentration vers des maternités plus spécialisées et plus grandes. En 2020, 37 % des maternités métropolitaines[3] accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 *(graphique 2)*.

À l'opposé, 3 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, alors que cette proportion était de 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Hautes-Alpes, Savoie, Corse) ou ruraux (Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze, Dordogne). ■

Graphique 1 Évolution du nombre de maternités et de naissances vivantes depuis 1975



Champ > France métropolitaine hors SSA, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA à partir de 2010.
Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2020, traitements DREES.

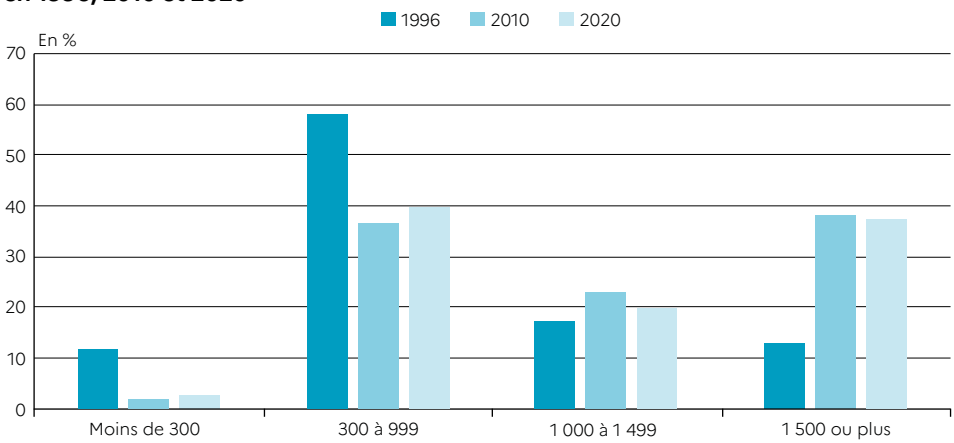
2. Non compris les 400 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2020 et les 4 500 accouchements hors établissement et suivis d'une hospitalisation en maternité.
3. Entre 2010 et 2020, la baisse tendancielle du nombre de naissances se traduit par une diminution de 1,5 point de la proportion de maternités réalisant 1 500 accouchements ou plus. Entre 2019 et 2020, la diminution est de 0,4 point, essentiellement due aux effets de seuil des classes de taille.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de maternité d'accueil en 1996, 2010 et 2020

	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			**814**
	2010	260	133	80	60	**533**
	2020	176	137	85	60	**458**
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			**725 337**
	2010	232 843	229 984	152 074	181 492	**796 393**
	2020	136 184	193 204	166 672	188 500	**684 560**
Part d'accouchements (en %)	1996	57	43			**100**
	2010	29	29	19	23	**100**
	2020	20	28	24	28	**100**

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié *et al.*, 1998).
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2010 et 2020, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2010 et 2020



Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2010 et 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France entière, incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi que Mayotte depuis 2011, y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnatals de proximité (sauf indication contraire).

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 nombre de naissances vivantes provient des données Insee issues de l'état civil. •••

•••

Définitions

> **Maternités :** les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2020 et ayant comptabilisé au moins un accouchement dans l'année.

> **Type de maternité :** les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatologie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonatals et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale, sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatologie et soins intensifs néonatals).

> **Naissances :** en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit un critère de viabilité, qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant au moins 500 grammes. En 2008, la notion d'enfant sans vie est redéfinie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

> **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Baillot, A. et Evain, F.** (2012, octobre). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES, *Études et Résultats*, 814.

> **Baubeau, D., Morais, S., Ruffié, A.** (1999, juillet). Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Études et Résultats*, 21.

> **Blondel, B., *et al.*** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction.*

> **Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). *Enquête nationale périnatale. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.* Rapport 2016. Inserm-DREES.

> **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.

> **Cour des comptes** (2015, janvier). *Les maternités*. Rapport.

> **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

> **Papon, S., Beaumel, C.** (2021, mars). Bilan démographique 2020. Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages. Insee, *Insee Première*, 1846.

> **Ruffié, A., Deville, A., Baubeau, D.** (1998). État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, 27/2.

22 La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à une meilleure adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %. Les durées moyennes des séjours (4,4 jours en 2020) diminuent dans le secteur privé comme dans le secteur public.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2b et 3 prennent en charge plus de la moitié des accouchements, bien qu'elles représentent moins d'un tiers des maternités (32 % des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2020). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) en 2020, 74 % des naissances multiples, 71 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 72 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2b ou 3 *(graphique 1)*.

Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2020, 500 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 2b et 1 700 vers une maternité de type 3[1].

Un taux de césariennes stable depuis plus de dix ans

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %. Depuis, il s'est stabilisé autour de 20 % : il s'établit à 20,4 % en 2020, en hausse par rapport à 2019 (20,3 %) *[graphique 2]*. À titre de comparaison, en 2017, la France a le 9e taux global de césarienne le plus bas de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), hors Japon et Grèce[2].

Les taux de césariennes varient peu entre les différents types de maternités. Si les maternités de type 2b enregistrent le taux le plus bas (19,4 % en 2020), ce dernier est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (21,4 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles et de très grands prématurés pour lesquels l'accouchement se fait très fréquemment par césarienne.

Parmi ces accouchements par césarienne, 68 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32 % sont programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 38 % (contre respectivement 30 % et 34 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

---

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, dans un autre établissement de MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO, mais il n'est pas possible de savoir si le transfert s'effectue vers une structure de type supérieur. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. En 2017, l'OCDE comptait 36 pays ; la France était au 9e rang sur 34 pays (hors Japon et Grèce).

Au total, 6,5 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2020 sont des césariennes programmées. En se limitant aux seuls accouchements à terme[3], ce ratio s'établit également à 6,5 %[4]. Il varie de 5,9 % dans les hôpitaux publics à 8,5 % au sein des cliniques privées.

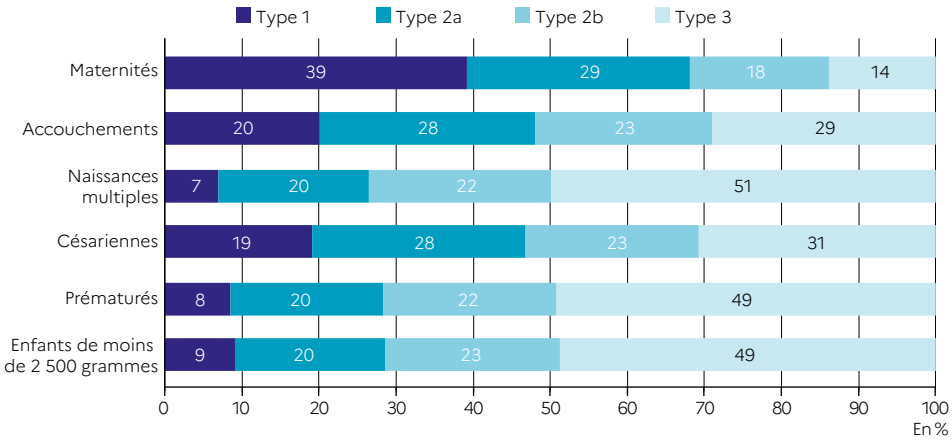
Une stabilisation du nombre de naissances multiples ces dernières années

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2015, et s'avère relativement stable depuis. Elle représentait 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997 et s'établit à 1,6 % en 2020. L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Cependant, les progrès réalisés, au cours des dernières années, dans les prises en charge en AMP ont abouti à la mise en place de nouveaux protocoles permettant désormais de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux de réussite d'obtention d'une grossesse, malgré la poursuite du développement de l'AMP.

Des séjours plus courts

En 2020, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,4 jours, soit une baisse de plus d'une journée par rapport à 2003 *(tableau 1)*. Cette diminution s'applique aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Par ailleurs, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence notable de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 5,9 jours en 2020, contre 4,0 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne dans le secteur public est supérieure de presque 1 jour (6,2 jours en 2020) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (5,2 jours dans les deux cas). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

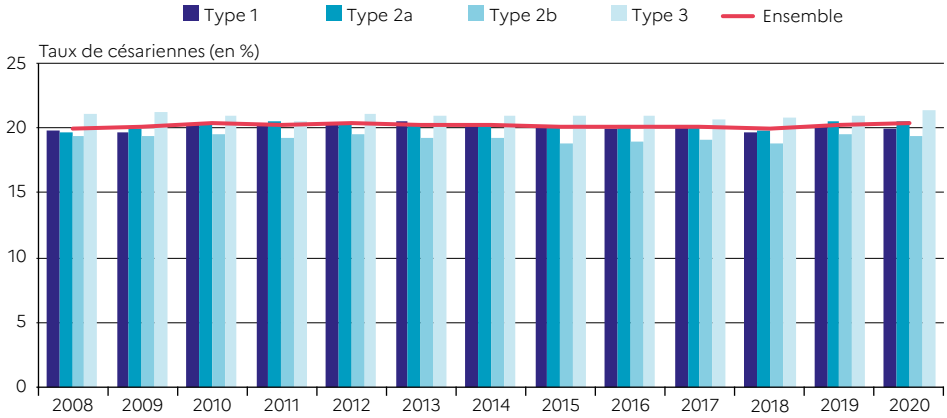
Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2020



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2020.
Champ > Ensemble des naissances en France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2020 ; ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

3. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.
4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2020.
Champ > Ensemble des accouchements en France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy, et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2008-2020, traitements DREES.

Tableau 1 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

En jours

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif			Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	2003	2019	2020	2003	2019	2020	2003	2019	2020	2003	2019	2020
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,1	4,9	4,0	3,9	5,0	4,1	3,8	4,9	4,2	4,0
Accouchements par césarienne	8,3	6,5	6,2	7,8	5,5	5,2	7,6	5,6	5,2	8,0	6,2	5,9
Ensemble des accouchements	**5,5**	**4,7**	**4,5**	**5,5**	**4,3**	**4,1**	**5,5**	**4,4**	**4,1**	**5,5**	**4,6**	**4,4**

Champ > Accouchements en France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2019 et 2020), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003, 2019 et 2020, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors centres périnatals de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 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, 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). •••

•••

Définitions

> Maternités : sont recensés ici les établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2020, et ce, même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2020.

> Type de maternité : les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatologie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonatals et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatologie et soins intensifs néonatals).

> Accouchements : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

Pour en savoir plus

> **Arnault, S., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Baubeau, D., Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.

> **Blondel, B., *et al.*** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*.

> **Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). *Enquête nationale périnatale. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010*. (Rapport 2016). Inserm, DREES.

> **Bourdillon, F., Fourcade, N., Lennep (von), F. *et al.* (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. Paris, France : DREES – Santé publique France.

> **Coulm, B., Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction,* 42/1.

> **Fresson, J., Rey, S. *et al.*** (2022, février). Prématurité : une légère baisse pendant le premier confinement de 2020 dans les départements de moindre circulation du virus. DREES, *Études et Résultats*, 1221.

> **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

> **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2019, décembre). *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : OCDE.

> Indicateurs de santé périnatale 2020 disponibles sur le site Open Data de la DREES.

23 La médecine d'urgence

En 2020, en France métropolitaine et dans les DROM, 691 structures des urgences situées dans 623 établissements de santé ont traité 18,1 millions de passages, soit 17,3 % de moins qu'en 2019. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 explique cette baisse historique, en rupture avec la croissance continue et dynamique observée depuis 1996. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu et 388 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Plus des trois quarts des structures d'urgence relèvent du secteur public.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est effectuée par les services d'aide médicale urgente (Samu). Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR, exceptés ceux admis directement dans une structure spécialisée (comme les unités neuro-vasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux), sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état. Dans certains territoires où 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 sur place en utilisant une voiture simple dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2020, en France, 623 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 691 structures (un établissement peut avoir une autorisation d'urgences générales et pédiatriques), service de santé des armées (SSA) compris. À ces établissements s'ajoutent 388 SMUR et 100 Samu, avec une logique proche d'un Samu par département *(tableau 1)*. La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures en 2020, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (99 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont, eux, exclusivement publics. Ces éléments de répartition des structures par statut juridique sont stables entre 2019 et 2020.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 12 % des 691 structures[1] des urgences et 6 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Les structures d'urgences générales peuvent prendre en charge des patients de moins de 18 ans : ces derniers représentent 17 % de leurs passages en 2020 (21 % en 2019). Le cas échéant, leur prise en charge est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec les services de pédiatrie de l'établissement et, au besoin, avec une structure

1. En 2019, 696 structures étaient comptabilisées. La baisse du nombre de structures en 2020 est due à la caducité des autorisations d'urgences de 4 établissements.

d'urgences pédiatriques. Par ailleurs, si 25 % des structures des urgences générales relèvent du secteur privé, à but lucratif ou non, c'est le cas de 5 % seulement de celles autorisées en pédiatrie, en 2019 comme en 2020.

Un nombre annuel de passages en forte baisse en raison des mesures sanitaires liées au Covid-19

En 2020, les 691 structures des urgences de France, y compris le SSA, ont pris en charge 18,1 millions de passages, soit une diminution de 17,3 % par rapport à 2019 *(tableau 2)*. Cette baisse interrompt de façon inédite la tendance à la hausse observée depuis 1996. Le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996 pour la France métropolitaine, hors SSA. Il a augmenté de manière continue, d'abord fortement entre 1996 et 2016 (3,5 % par an en moyenne), puis sur un rythme plus ralenti entre 2016 et 2019 (1,6 % par an en moyenne) *[graphique 1]*.

Les différentes mesures mises en place pour limiter la circulation du virus et protéger le système de santé, parmi lesquelles les recommandations

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences au 31 décembre 2020 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	388	30	122	540
Structure générale et pédiatrique[1]	65	3	0	68
Structure pédiatrique	14	1	0	15
Ensemble	**467**	**34**	**122**	**623**
SMUR				
SMUR général	358	5	1	364
SMUR général et pédiatrique	15	0	0	15
SMUR pédiatrique	9	0	0	9
Ensemble	**382**	**5**	**1**	**388**
Samu	**100**	**0**	**0**	**100**

1. Les 68 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 136 structures d'urgences.
Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 68 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2020 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
Structures générales	**10 180 294**	**-16,6**	**740 581**	**-15,3**	**2 538 351**	**-15,8**	**13 459 226**	**-16,4**
Structures pédiatriques	**482 347**	**-25,8**	**43 013**	**-30,3**	**0**	**-**	**525 360**	**-26,2**
Structures générales et pédiatriques	**4 008 907**	**-19,0**	**155 840**	**-21,6**	**0**	**-**	**4 164 747**	**-19,1**
dont urgences générales	2 943 575	-13,4	109 405	-14,4	0	-	3 052 980	-13,5
dont urgences pédiatriques	1 065 332	-31,1	46 435	-34,7	0	-	1 111 767	-31,3
Ensemble	**14 671 548**	**-17,6**	**939 434**	**-17,3**	**2 538 351**	**-15,8**	**18 149 333**	**-17,3**

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2019-2020, traitements DREES.

des autorités sanitaires[2] d'une part, et les confinements d'autre part (du 17 mars au 11 mai 2020, puis du 30 octobre au 15 décembre 2020), ont eu pour conséquence une baisse globale de l'activité des services d'urgence. La diminution importante des accidents de la route et des activités sportives et de loisirs pendant les périodes de confinement a ainsi entraîné une forte baisse du recours aux urgences pour traumatismes (Meurice, Vilain, Maillard *et al.*, 2021). La crainte de la contagion a également contribué à réduire le recours des patients aux urgences.

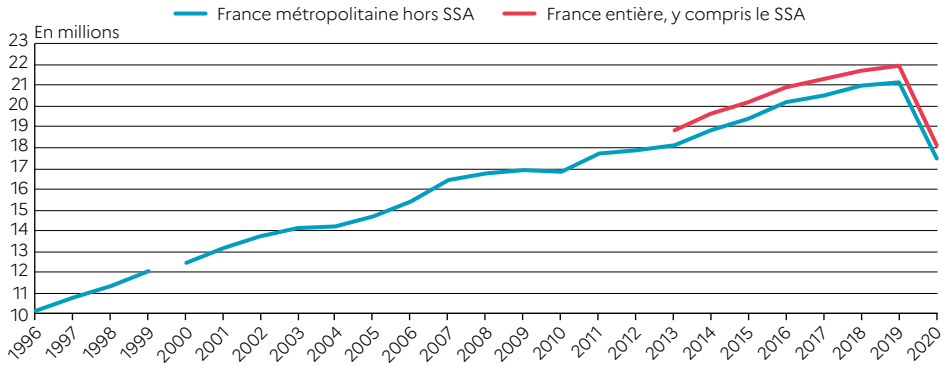
La baisse d'activité durant la crise sanitaire est presque deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques (-29,7 %) que pour les urgences générales (-15,9 %). Ces structures à destination des enfants étant uniquement localisées dans des établissements publics ou privés à but non lucratif, ces deux secteurs connaissent une baisse du nombre de passages aux urgences en 2020 plus marquée (respectivement -17,6 % et -17,3 %) que celle des cliniques privées (-15,8 %). Aux urgences générales également, la proportion d'enfants de moins de 18 ans diminue nettement durant la crise sanitaire (17 %, après 21 % en 2019). Cette baisse est observée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non.

En 2020, deux structures sur trois reçoivent moins de 30 000 passages par an

En 2020, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 26 265 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (19 724 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (27 158 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille (20 810 passages annuels en moyenne) que celles des établissements publics (28 970 passages annuels en moyenne). Ces nombres moyens de passages par structure sont en fort recul par rapport à 2019, du fait de la baisse globale de l'activité.

Tous secteurs confondus, les services d'urgences recevant moins de 15 000 passages par an constituent 28 % du total des structures, ceux en recevant moins de 30 000, 68 %. À l'opposé, 17 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 36 % de l'ensemble des passages. ■

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Les évolutions de début de période sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2020, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2020.
Sources > DREES, SAE 1996-2020, traitements DREES.

2. Dans sa déclaration du 4 mars 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé, M. Olivier Véran, a indiqué les recommandations suivantes : « appeler le 15 en cas de symptômes, ne pas se rendre chez son médecin généraliste, ne pas se rendre soi-même aux urgences ».

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements publics et privés de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris Mayotte à partir de 2011 et le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2020 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 à R. 6123-32 du Code de la santé publique).

Sources
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues des bordereaux « structures des urgences » et « Samu SMUR » de la SAE rénovée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définition
> Nombre de passages aux urgences pour l'année : il inclut l'ensemble des arrivées aux urgences, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Seuls les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant une autorisation de soins pour les activités d'urgences générales ou pédiatriques sont pris en compte. Les passages déclarés par les établissements sans autorisation ou les structures d'urgence spécialisées ne sont pas comptabilisés.

Pour en savoir plus

> **Baubeau, D., Carrasco, V.** (2003, janvier). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, *Études et Résultats*, 212.
> **Boisguérin, B.** (2019, octobre). Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1128.
> **Boisguérin, B., Toutlemonde, F., Vuagnat, A.** (2018, mai). Caractéristiques de la prise en charge des patients aux urgences. *Soins*, vol. 63 (n° 825), p. 16-19.
> **Boisguérin, B., Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.
> **Lennep (von), F. (dir.)** (2015, juin). Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 63.
> **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*, vol. 33.
> **Ricroch, L., Seimandi, T.** (2020, août). 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. DREES, *Études et Résultats*, 1157.
> **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
> **Ricroch, L.** (2016, septembre). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DREES, *Études et Résultats*, 973.
> **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.
> **Ricroch, L.** (2015, mars). Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.
> **Seimandi, T.** (2019, décembre). Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. DREES, *Études et Résultats*, 1136.
> **Vuagnat, A.** (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans B. Boisguérin et G. Brilhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé, édition 2013* (p. 11-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

24 Les interruptions volontaires de grossesse

222 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG), y compris médicamenteuses, ont été réalisées en France en 2020, dont 154 300 en établissements de santé, 60 500 en cabinets privés, 6 600 en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale et 700 par téléconsultation. L'indice conjoncturel, qui représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme au terme de sa vie féconde selon les taux de recours par âge de l'année 2020, vaut 0,55 pour un taux de recours de 15,4 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Du fait d'une baisse marquée du nombre d'IVG pratiquées en établissement de santé en 2020, la part de celles réalisées hors établissement de santé a particulièrement augmenté, elle atteint 30,5 % de l'ensemble des IVG en 2020.

En 2020, 154 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissements de santé en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy). S'ajoutent à cela les 61 200 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinets privés ou par téléconsultation et les 6 600 IVG réalisées en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), autorisées depuis mai 2009. Le total représente 222 100 IVG, un nombre en baisse de 4,8 % par rapport à 2019 (-10 700). L'évolution mensuelle montre que le nombre d'IVG a surtout baissé en mai, juin, et de façon moins nette en juillet 2020 *(graphique 1)*. Les IVG de cette période concernent des conceptions survenues durant le premier confinement, de mi-mars à début mai, le décalage de 8 semaines correspondant à l'âge gestationnel moyen pour une IVG. L'impact du premier confinement a été également très net sur le nombre de naissances observées neuf mois plus tard, de novembre 2020 à février 2021.

Le taux de recours à l'IVG diminue en 2020

En France, le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est de 15,4 en 2020, *versus* 16,1 en 2019. S'il a baissé dans toutes les régions métropolitaines, il varie encore fortement d'un département à l'autre : de moins de 9 en Mayenne à plus de 22 dans le Var. Dans les DROM, il atteint 39,3 pour 1 000 en Guadeloupe et 42,4 en Guyane *(carte 1)*. En métropole, le Sud-Est, l'Occitanie et l'Île-de-France se distinguent toujours par des taux de recours bien supérieurs à la moyenne des autres régions.

La baisse du taux de recours à l'IVG en 2020 marque une rupture par rapport à la tendance générale à la hausse observée depuis 1995 *(graphique 2)*. L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, diminue à 0,55 en 2020 (0,58 en 2019). Son évolution suit celle des taux de recours, de façon un peu atténuée.

Depuis l'autorisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinets privés en 2004, puis en centres de santé et en CPEF en 2009, le nombre d'IVG diminue en milieu hospitalier en raison d'un report de la pratique vers la médecine libérale. La période de confinement strict du 17 mars au 11 mai 2020, liée à l'épidémie de Covid-19, et la mise en place de trois mesures dérogatoires exceptionnelles dans le cadre de l'urgence sanitaire – à savoir le recours à la téléconsultation, le retrait du médicament abortif en pharmacie et la prolongation de deux semaines du délai pour les IVG en ville – ont accentué ce report. Le nombre d'IVG a ainsi continué à croître au même rythme que les années précédentes en milieu libéral, alors qu'il a fortement diminué en milieu hospitalier. Au total, en ville ou en établissements, 72 % des

IVG en 2020 sont médicamenteuses, elles étaient 47 % en 2006 et 30 % en 2001.

Un peu plus de 30 % des IVG sont pratiquées hors structure hospitalière

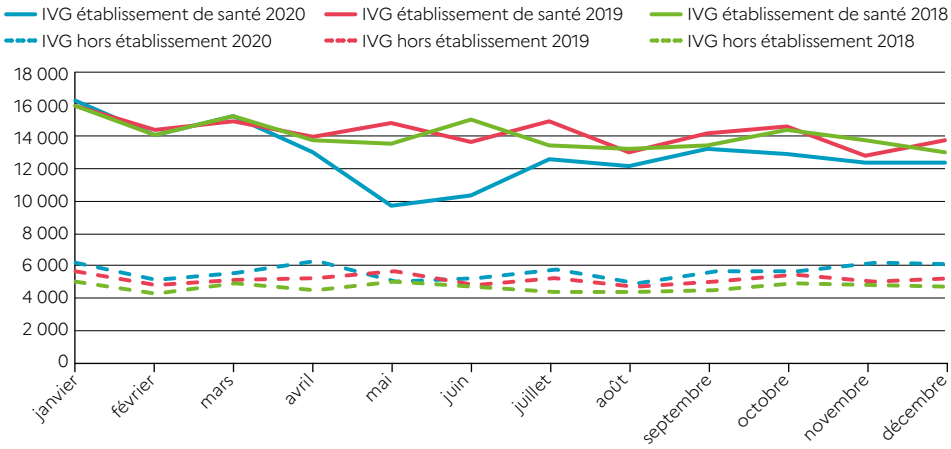
En 2020, 61 200 IVG ont été pratiquées en cabinets privés ou par téléconsultations et 6 600 en centres de santé ou en CPEF. Ces IVG hors structure hospitalière, obligatoirement médicamenteuses, représentent 30,5 % du total des IVG. Cette part a fortement augmenté en 2020, mais demeure très inégale selon les régions : de 3,5 % en Mayenne à 58,6 % dans les Hautes-Alpes ou encore 60,0 % en Guyane *(carte 2)*. Les IVG en centres de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 3,0 % du total des IVG en 2020. 45,0 % d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

La prise en charge des 154 300 IVG hospitalières a été assurée sur 561 sites géographiques ayant réalisé plus d'une IVG, ce qui correspond à 511 entités juridiques[1], dont plus des deux tiers sont publiques[2]. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissements continue de croître. En 2020, 88,5 % des IVG hospitalières sont pratiquées dans le secteur public, contre 60,0 % en 1990.

2 115 praticiens conventionnés réalisent des IVG dans leur cabinet

Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) répertorient 884 gynécologues, 713 omnipraticiens, quelques rares autres spécialistes et 515 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet privé en 2020[3]. Si le nombre de praticiens libéraux augmente (+6 % de gynécologues, +14 % d'omnipraticiens et +22 % de sages-femmes), le nombre de centres de santé ou CPEF ayant été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG diminue en 2020, il passe à 164 (soit 4 de moins qu'en 2019), dont la moitié en ont pratiqué moins de 20. ■

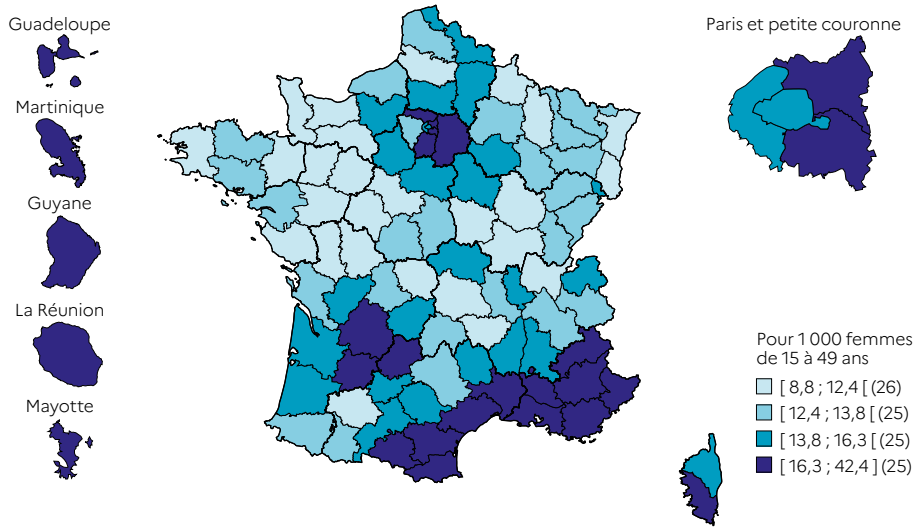
Graphique 1 Évolution mensuelle du nombre d'IVG en 2018, 2019 et 2020



Lecture > En janvier 2020, 16 234 IVG ont été réalisées dans un établissement de santé et 6 222 hors établissement.
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE, ATIH,PMSI-MCO ; CNAM (DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés), traitements DREES.

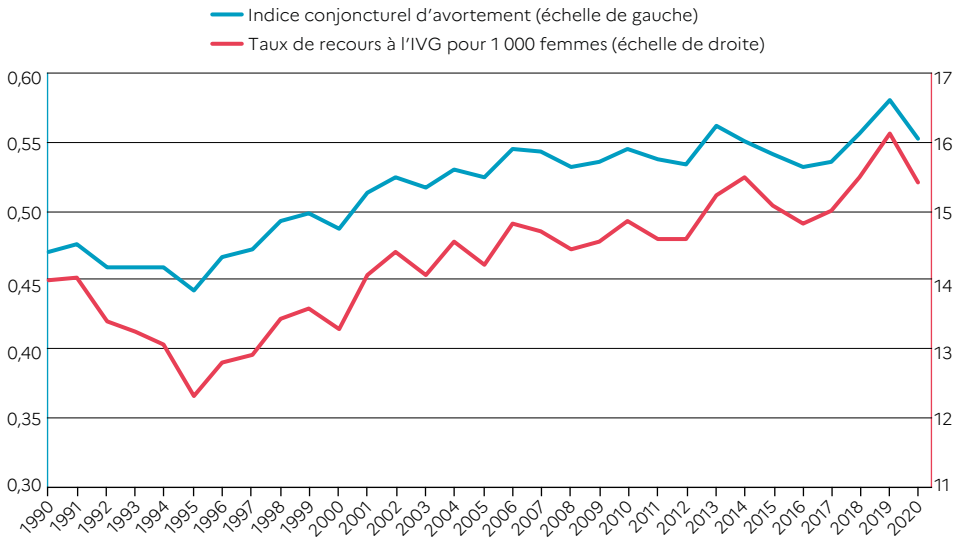
1. Dans le PMSI depuis mars 2019, une IVG correspond aux séjours avec un diagnostic principal ayant un code d'extension en O04.-, alors que dans la SAE, les établissements peuvent fournir un autre nombre d'IVG s'ils considèrent que le nombre ainsi estimé ne correspond pas au nombre d'IVG réalisées. La SAE recense 500 établissements juridiques ayant réalisé plus d'une IVG, contre 511 pour le PMSI.
2. En 2019, la définition d'une IVG était légèrement différente, en prenant le groupe homogène de malades (GHM) d'IVG, d'où une légère évolution, concernant des établissements réalisant très peu d'IVG.
3. Sur un total d'environ 5 000 gynécologues, 66 600 généralistes et 7 600 sages-femmes en cabinet en 2020.

Carte 1 Taux de recours à l'IVG en 2020



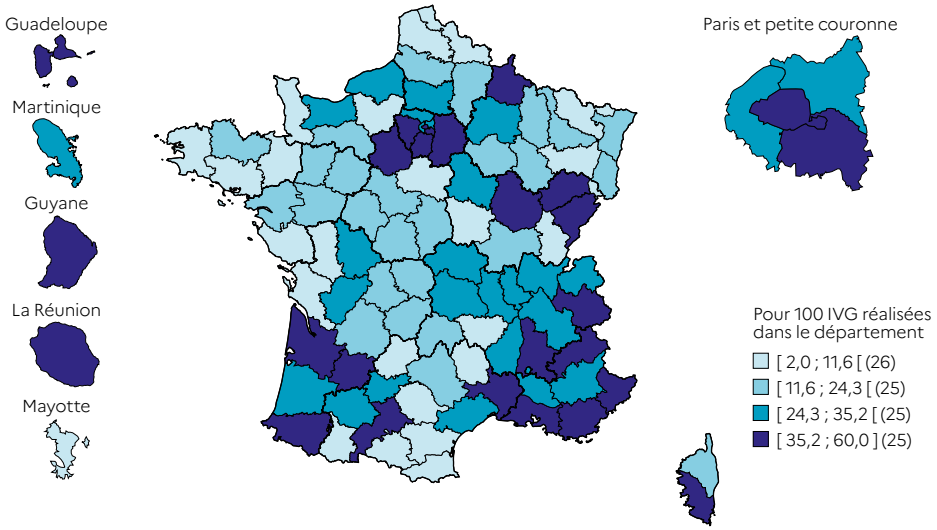
Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.
Lecture > Le taux de recours à l'IVG est de 11,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans parmi les résidentes de l'Ain.
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, 2020, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2020.

Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA) depuis 1990



Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte à partir de 2014), y compris le SSA, mais non compris la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) jusqu'en 2009.
Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population.

Carte 2 Part des IVG réalisées hors établissement de santé en 2020



Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.
Lecture > 28,0 % des IVG concernant des femmes de l'Ain sont réalisées hors structure hospitalière en 2020.
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Depuis 2014, les données sur les IVG sont issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), qui précise notamment l'âge de la femme et son lieu de domicile. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), *via* le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinets privés, centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, pour tous les régimes depuis 2010.

Cadrage

La pratique de l'IVG est autorisée depuis 1975 et la loi du 4 juillet 2001 a porté le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissements depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1er avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016. L'arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, puis l'arrêté du 7 novembre 2020 (modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020), ont prolongé de deux semaines le délai légal pour les IVG en ville et permis de réaliser l'IVG médicamenteuse (avec délivrance du médicament par un pharmacien) en téléconsultation de façon dérogatoire.

Pour en savoir plus

> **Bourdillon, F., Fourcade, N., Von Lennep, F. *et al.* (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France.* Rapport. Paris, France : DREES - Santé publique France, p. 166.
> **Collectif** (2011, janvier-mars). Dossier thématique : l'interruption volontaire de grossesse. *La Revue française des affaires sociales*, 2011/1.
> **Vilain, A.** (2021, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. DREES, *Études et Résultats,* 1207.
> **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats*, 712.
> Consulter le site de l'Insee www.insee.fr, rubrique Statistiques et études / Les naissance en 2020.

25 La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition des indicateurs de structure, de processus et de résultats pour évaluer la qualité et la sécurité des soins du patient dans les établissements de santé, en vue de les améliorer. Comme l'année précédente, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, seuls les indicateurs issus du PMSI et ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients ont été recueillis de manière obligatoire pour l'année 2020. Les autres recueils d'indicateurs ont été réalisés sur la base du volontariat des établissements de santé et ont concerné les données 2019.

La Haute Autorité de santé (HAS) met en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), réalisé en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Parce que la qualité des soins est une notion multidimensionnelle (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), son évaluation s'appuie sur trois grandes catégories d'indicateurs, complémentaires entre eux : les indicateurs de structure, de processus et de résultats *(tableau 1)*. Actuellement, 49 des 57 IQSS utilisés sont des indicateurs de processus. Le calcul des 7 indicateurs de résultats est annuel, tandis que les autres ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

En raison de la crise sanitaire, qui a un fort impact sur les établissements de santé depuis 2020, la HAS a adapté son programme de travail concernant le recueil des IQSS. Elle a ainsi décidé de ne pas mesurer les indicateurs de processus et de structure sur l'année 2020. Seuls les résultats des IQSS issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des questionnaires complétés par les patients sont donc disponibles pour cette année.

Les indicateurs de résultats sur les complications orthopédiques ont évolué pour plus de pertinence clinique

Pour l'année 2020, le thème de la sécurité des soins au cours d'une hospitalisation est suivi par quatre indicateurs de résultats mesurés à partir du PMSI en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) *[tableau 2]*. Ils résultent d'une déclinaison plus fine, en deux sous-catégories distinctes, des deux indicateurs mis en place l'année précédente. En effet, les complications de la chirurgie orthopédique, à savoir les événements thromboemboliques et les infections du site opératoire, font maintenant l'objet d'un calcul en distinguant explicitement la localisation de la prothèse (hanche ou genou), de sorte que les résultats aient plus de sens cliniquement et permettent aux professionnels de santé concernés par chacune des interventions de disposer d'informations plus pertinentes pour leur pratique.

Le premier indicateur concerne les événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche (PTH). Parmi les 684 établissements étudiés, 17 ont des résultats moins bons que le nombre de complications attendu[1] en 2020 (2,5 % des établissements), sachant que le taux national brut d'événements thromboemboliques après pose de PTH est de 10 ‰.

1. C'est-à-dire que le taux observé d'événements thromboemboliques dans ces établissements est supérieur au taux attendu. Le nombre « attendu » d'événements prend en compte les facteurs associés au risque de l'intervention, indépendants de la qualité des soins, qui sont identifiables dans le PMSI. Il est calculé en utilisant un modèle de régression réalisé sur l'ensemble de la population de référence (séjours des patients cibles, issus du PMSI France entière).

Le deuxième indicateur cible les événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de genou (PTG). Sur les 681 établissements concernés en 2020, 25 présentent des résultats atypiques, significativement supérieurs au nombre de complications attendu (3,7 % des établissements). Le taux national brut d'événements thromboemboliques après pose de PTG est de 8 ‰.

Les axes d'amélioration pour réduire les complications thromboemboliques, dans les établissements dont le résultat est supérieur au taux national, demeurent inchangés depuis 2018 : les causes de leur survenue doivent être analysées, l'écho-doppler diagnostic ne doit pas être utilisé de manière systématique et le codage dans le PMSI des événements et des actes doit respecter les consignes en vigueur.

Tableau 1 Typologie 2021 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé des domaines	Nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins			
	Structure	Processus	Résultats	Ensemble
Coordination[1]				
Coordination au cours du séjour	0	3	0	3
Coordination hôpital-ville	0	4	0	4
Sécurité au cours d'une hospitalisation[2]	1	2	4	7
Éléments de prise en charge spécifique[1]				
Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO, SSR et en PSY	0	3	0	3
Dépistage des troubles nutritionnels en HAD	0	1	0	1
Évaluation du risque d'escarres en HAD	0	1	0	1
Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes en PSY (temps plein)	0	1	0	1
Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes en PSY (ambulatoire)	0	1	0	1
Évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes en PSY (temps plein)	0	1	0	1
Évaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes en PSY (temps plein et ambulatoire)	0	1	0	1
Parcours de prise en charge[1]				
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	0	3	0	3
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	0	6	0	6
Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en SSR	0	6	0	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	0	5	0	5
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	0	5	0	5
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire[1]	0	6	0	6
Expérience et satisfaction du patient (e-Satis)	0	0	3	3
Ensemble des domaines	**1**	**49**	**7**	**57**

HAS : Haute Autorité de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; PSY : psychiatrie.
1. Indicateurs non recueillis sur les données 2020.
2. Dont prévention des infections associées aux soins (IAS), indicateurs de processus non recueillis sur les données 2020.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Tableau 2 Indicateurs de résultats pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé

Indicateurs de résultats recueillis en 2020	2016	2017	2018	2019	2020
Dispositif e-Satis : expérience et satisfaction des patients					
Indicateur e-Satis 48h MCO : expérience et satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO[1]					
Score national de satisfaction globale et d'expérience	72,7/100	73,2/100	73,3/100	73,4/100	73,6/100
Pour information, note par sous-dimension :					
Accueil du patient	72,7/100	73,1/100	73,4/100	73,4/100	72,7/100
Chambre	71,3/100	71,7/100	71,7/100	72,1/100	73,1/100
Repas	57,2/100	58,1/100	58,1/100	57,9/100	58,7/100
Prise en charge - médecin	79,9/100	80,3/100	80,5/100	80,6/100	80,9/100
Prise en charge - infirmier	80,5/100	81,0/100	81,1/100	81,2/100	81,6/100
Organisation de la sortie	62,6/100	63,0/100	63,4/100	63,6/100	63,7/100
Nombre d'établissements concernés	1 493	1 465	1 113	1 123	836
Nombre de patients ayant répondu	56 759 (6 mois)	124 628 (12 mois)	190 470 (12 mois)	338 515 (12 mois)	332 840 (12 mois)
Indicateur e-Satis MCO-CA : expérience et satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire[1]					
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	-	76,4/100	76,4/100	77,6/100
Pour information, note par sous-dimension :					
Organisation avant l'hospitalisation			80,4/100	79,5/100	81,6/100
Accueil du patient	-	-	79,9/100	80,0/100	80,7/100
Prise en charge du patient (médicale et paramédicale)			83,1/100	83,1/100	84,2/100
Chambre et collation	-	-	72,5/100	72,4/100	73,6/100
Organisation de la sortie et retour à domicile	-	-	68,0/100	68,6/100	69,7/100
Nombre d'établissements concernés	-	-	814	906	788
Nombre de patients ayant répondu	-	-	137 331 (6 mois)	429 120 (12 mois)	400 098 (12 mois)
Sécurité au cours de l'hospitalisation					
Indicateur ETE-ORTHO : événements thromboemboliques après pose de PTH ou PTG[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	54	47	46	36	-
Taux national brut d'événements thromboemboliques après pose de PTH ou PTG (‰)	10,68	8,88	7,47	6,00	-
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	754	740	749	728	-
Indicateur ETE-PTH : événements thromboemboliques après pose de PTH[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	-	-	-	-	17
Taux national brut d'événements thromboemboliques après pose de PTH (‰)	-	-	-	-	10,0
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	-	684
Indicateur ETE-PTG : événements thromboemboliques après pose de PTG[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	-	-	-	-	25
Taux national brut d'événements thromboemboliques après pose de PTG (‰)	-	-	-	-	8,0
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	-	681
Indicateur ISO-ORTHO : infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH ou PTG[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	-	-	-	13	-
Taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH ou PTG (‰)	-	-	-	9,4	-
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	726	-
Indicateur ISO-PTH : infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	-	-	-	-	10
Taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH (‰)	-	-	-	-	2,5
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	-	660
Indicateur ISO-PTG : infections du site opératoire 3 mois après pose de PTG[2]					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	-	-	-	-	5
Taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après pose de PTG (‰)	-	-	-	-	8,1
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	-	665

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture) ;
PTG : prothèse totale de genou.
1. Le champ est limité aux patients qui possèdent une adresse e-mail.
2. Calculé à partir du PMSI-MCO. Taux donné pour 1 000 patients.
3. Les ratio ETE-PTH, ETE-PTG, ISO-PTH et ISO-PTG rapportent le taux observé de l'établissement à son taux attendu. Il est supérieur à la limite lorsqu'il dépasse de trois fois l'écart-type sa valeur de référence (égale à 1).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, avec l'appui de l'ATIH, PMSI-MCO.

Le troisième indicateur de résultat concerne les infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH. En 2020, 10 établissements présentent des résultats moins bons que le nombre attendu de complications, parmi les 660 établissements de santé concernés (1,5 %). Le taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après pose de PTH est de 2,5 ‰.

Enfin, le quatrième indicateur porte sur les infections du site opératoire 3 mois après pose de PTG. En 2020, 5 établissements présentent des résultats moins bons qu'attendus parmi les 665 établissements concernés (0,8 %). Le taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après pose de PTG est de 8,1 ‰.

Les infections du site opératoire (ISO) détectées dans la population cible sont repérées à 97 % lors des réhospitalisations et en moyenne dans les 30 jours suivant la pose. Cela conforte la pertinence du suivi à 3 mois pour la mesure de cette complication majeure. Les pistes d'amélioration identifiées par la HAS pour réduire le taux d'ISO sont l'analyse des causes de leur survenue, la réalisation de programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et la remise au patient de la lettre de liaison à la sortie précisant les informations sur le traitement antibiotique, le risque infectieux (notamment d'infection du site opératoire) et les signes devant motiver une hospitalisation en urgence.

La mesure de la qualité des soins perçue par les patients en MCO a été maintenue

Recueillir le point de vue des patients est incontournable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients (dispositif e-Satis), indicateur de résultat, permet de compléter les autres indicateurs de qualité centrés sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles. Malgré le contexte sanitaire et les difficultés rencontrées, il est important de souligner que la participation des établissements de santé au dispositif e-Satis a été maintenue en 2020.

Pour évaluer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO, les établissements ont permis l'envoi de plus de 971 000 questionnaires pendant l'année. Plus de 332 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire, soit un taux de réponse de 34,5 %, comparable à celui de l'année précédant la crise (34,8 %). La note moyenne donnée par les patients au niveau national est de 73,6/100. 9 patients sur 10 jugent l'ensemble de leur prise en charge « bonne » à « excellente » *(tableau 2)*.

De façon plus détaillée, près de 9 patients sur 10 pensent que l'accueil réservé par le personnel administratif ou dans les services de soins est « bon » ou « excellent ». En outre, 88,3 % des patients déclarent bénéficier « souvent » ou « toujours » d'une écoute attentive de la part des infirmiers ou aides-soignants, et 83,5 % de la part des médecins ou chirurgiens. Il faut cependant souligner qu'un patient sur cinq juge l'organisation de sa sortie (annonce de la date de sortie, destination à la sortie) « moyenne » à « mauvaise ». Sur la base de ces constats, la HAS préconise donc à nouveau d'améliorer l'organisation de la sortie d'hospitalisation de courte durée, en particulier concernant la précision des informations données aux patients. En outre, les patients continuent d'émettre une opinion moins favorable sur les repas (note moyenne de 58,7/100 en 2020) si bien que la HAS préconise aussi de porter plus d'attention à leur qualité.

Pour mesurer la satisfaction et l'expérience des patients après une chirurgie ambulatoire, 1,4 million de questionnaires ont été envoyés. Un peu plus de 400 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire, soit un taux de réponse de 28,1 %, comparable à celui de l'année précédant la crise (27,4 %). La note moyenne nationale est de 77,6/100. 9 patients sur 10 jugent « bonne » à « excellente » l'ensemble de leur prise en charge en chirurgie ambulatoire, tout comme pour l'hospitalisation de courte durée. Cependant, 1 patient sur 4 n'a reçu aucun document à sa sortie relatif à son intervention et à son suivi (lettre de liaison) et seuls 57 % des patients sont contactés entre 1 et 3 jours après leur sortie. La HAS estime donc que les suites à donner après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire restent à améliorer : il faut systématiquement réaliser la transmission des informations à la sortie pour assurer

la continuité des soins et prendre contact avec le patient entre 1 et 3 jours après sa sortie.
À partir de 2021, la mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient a été étendue à celle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (e-Satis SSR). Les résultats de ce nouvel indicateur seront communiqués dans la prochaine édition de cet ouvrage. Par ailleurs, un questionnaire spécifique aux patients hospitalisés à domicile a été testé (e-Satis HAD). Les résultats de sa validation sont attendus en 2022. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements de santé, publics et privés, de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de cette fiche sont développés par la Haute Autorité de santé (HAS) et utilisent plusieurs sources de données différentes : les dossiers des patients et des questionnaires *ad hoc* à destination des établissements ou des patients pour des recueils spécifiques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est aussi mobilisé pour calculer certains indicateurs.

Définitions
> **Qualité des soins :** l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité des soins est donc une notion multidimensionnelle.

> **Indicateurs de structure :** ils mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins.

> **Indicateurs de processus :** ils mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles.

> **Indicateurs de résultats :** ils mesurent directement, à l'issue des soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en matière d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

Méthodologie
Pour la HAS, un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doit mesurer une ou plusieurs dimension(s) de la qualité des soins. Son lien avec la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il est validé sur l'ensemble des points suivants : il doit faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et pour l'amélioration de la qualité des soins (marges d'amélioration et caractère discriminant), avoir de bonnes qualités métrologiques (fiabilité et fidélité), permettre la comparaison entre les établissements, être collecté de manière simple et reproductible et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

Réalisés par la HAS en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les IQSS commentés dans cette fiche concernent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie. Actuellement au nombre de 57, ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé. Depuis 2018, le recueil de tous les indicateurs est effectué au niveau des établissements géographiques, et non plus au niveau des entités juridiques.

Les résultats des indicateurs de processus sur la qualité et la sécurité des soins se présentent sous deux formes : soit sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ; soit sous la forme de proportions ou pourcentages pour les variables binaires, une proportion pouvant être considérée comme un cas particulier de moyenne d'une variable binaire prenant pour valeur 0 ou 1. •••

•••

La diffusion publique des résultats des IQSS, fixée annuellement par arrêté ministériel, est assurée par les établissements de santé et par l'Open Data (www.data.gouv.fr). En raison de la large utilisation des IQSS, un contrôle qualité annuel de leur recueil est effectué dans le cadre d'une orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) menée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dont les résultats conduisent à valider ou à modifier le recueil.

La HAS met en œuvre le recueil national des IQSS afin que l'ensemble des établissements pilotent, notamment avec ces outils, leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs sont utilisés en particulier dans la certification pour la qualité des soins en établissements de santé, pour l'information des usagers et dans des dispositifs de financement à la qualité menés par le ministère en charge des solidarités et de la santé. Tous les établissements ont à leur disposition leurs résultats détaillés pour l'ensemble des IQSS. Pour ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients, ils disposent également du *verbatim* des patients.

Pour en savoir plus

> **Duhamel, G. et Minvielle, E.** (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Dans P.-L. Bras, G. de Pourourville, D. Tabuteau (dir.). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Presses de la FNSP, p. 307-314.
> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2021, janvier). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2020.
> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2019, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2019.
> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). *La HAS affine ses indicateurs pour mesurer le résultat au bénéfice du patient*. Dossier de presse.
> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2012, septembre). *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins*.
> Site internet de la Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

La situation économique du secteur

26 Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux

En 2020, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux onéreux s'élève à 6,5 milliards d'euros. Ces derniers figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, dite « liste en sus ». Cette dépense a augmenté de 9,4 % par rapport à 2019, et de 36,7 % en cinq ans. Pour les médicaments, s'ajoutent également à cette dépense hors prestation de séjours les dépenses de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), qui s'élèvent à 311 millions d'euros en 2020.

Financement et montant des médicaments et dispositifs médicaux onéreux

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie couvre ces dépenses à hauteur des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS). Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale. En garantissant le financement de ces produits innovants et onéreux par l'Assurance maladie, ce dispositif favorise leur accès aux patients.

En 2020, la dépense des médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus s'élève à 6,5 milliards d'euros. Elle a augmenté de 9,4 % par rapport à 2019, et de 36,7 % depuis 2015, soit à un rythme plus rapide que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+11,5 % depuis 2015). Elle représente 6,4 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux. On recense 113 substances actives inscrites sur la liste en sus en 2020 au titre des médicaments, soit sept de plus qu'en 2019.

Les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) sont également pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. L'ATU porte sur des spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). À titre exceptionnel, elles peuvent cependant faire l'objet d'une ATU délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), si elles sont destinées à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée. Ces médicaments sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, qui en fixe librement le prix. Lorsque ces médicaments obtiennent une AMM, ils peuvent bénéficier du dispositif post-ATU selon des modalités de financement similaires, dans l'attente de modalités définitives consécutives à leur inscription sur une liste ouvrant droit à leur prise en charge. Les montants consacrés aux ATU peuvent donc être sujets à de fortes variations selon les années.

Dépense en hausse pour les médicaments de la liste en sus en 2020

En 2020, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] et hospitalisation à domicile [HAD] confondus) s'élève à 4,6 milliards d'euros, un montant en hausse de 18,9 % par rapport à 2019 *(graphique 1)*. Le nombre d'unités administrées[1] augmente de 4,8 % au cours de l'année 2020.

1. Une unité administrée fait référence à la codification en unité commune de dispensation (UCD). Cela correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon, etc.). Un même médicament peut être conditionné de différentes manières (taille du flacon, dosage du comprimé), ce qui donne lieu à des codes UCD différents.

Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif[2] totalisent 83,7 % de la dépense des médicaments de la liste en sus, le reste étant imputé aux établissements de santé privés à but lucratif.

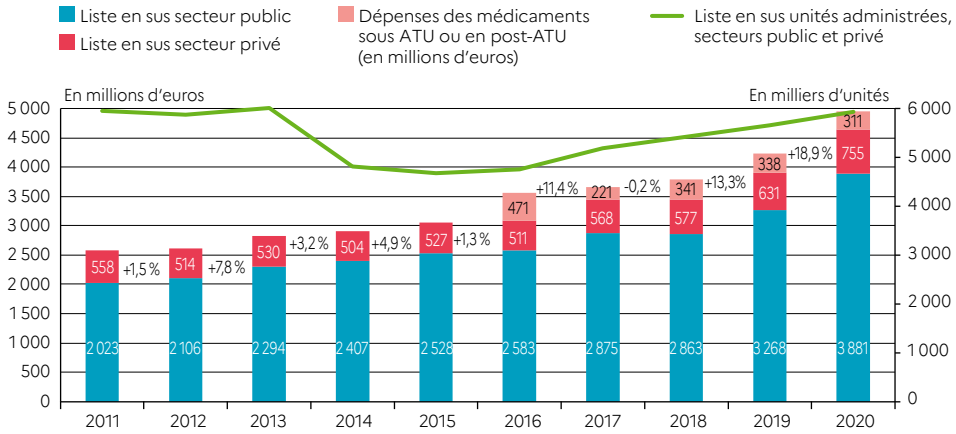
Les traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes représentent plus de 80 % des remboursements de la liste en sus

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 82 % de la dépense totale : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux) pour 68 %, et les immunosuppresseurs (L04, traitements des maladies auto-immunes) pour 14 %. En 2020, l'augmentation de la classe des antinéoplasiques se poursuit et s'accélère (+21 % sur l'année) pour atteindre 3,1 milliards d'euros. Elle est tirée par la progression du pembrolizumab (immunothérapie du mélanome avancé), dont la dépense associée a été multipliée par huit entre 2017 et 2020. La dépense associée aux immunosuppresseurs augmente, elle aussi, en 2020 (+16 %) et s'établit à 657 millions d'euros.

Augmentation des dépenses pour le pembrolizumab et le nivolumab

Parmi les substances actives inscrites sur la liste en sus, les dix qui enregistrent les plus fortes dépenses représentent près des deux tiers de la dépense totale. Cette part atteint 80 % pour les 20 premiers médicaments et 90 % pour les 30 premiers. Au fil des années, la dépense demeure très concentrée sur un faible nombre de médicaments, bien que ceux-ci changent au gré des inscriptions, des radiations ou des évolutions de tarifs.

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2020 et dépenses de médicaments sous ATU ou en post-ATU



ATU : autorisation temporaire d'utilisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Dans les dépenses du secteur public (en bleu) sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Par ailleurs, le montant des dépenses des médicaments sous ATU ou en post-ATU en 2019 a été réévalué à 338 millions d'euros et non 333 millions comme publié dans l'édition 2021 de cet ouvrage.

Lecture > En 2020, le montant des dépenses pour les médicaments inscrits sur la liste en sus (hors dépenses de médicaments sous ATU ou en post-ATU), secteurs public et privé confondus, s'élève à 4,6 milliards d'euros pour 5,6 millions d'unités administrées. Il a augmenté de 18,9 % par rapport à 2019.

Champ > France entière (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus, sauf médicaments sous ATU ou en post-ATU en MCO uniquement.

Source > ATIH, données ScanSanté au 1er janvier de l'année suivante.

2. Les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public.

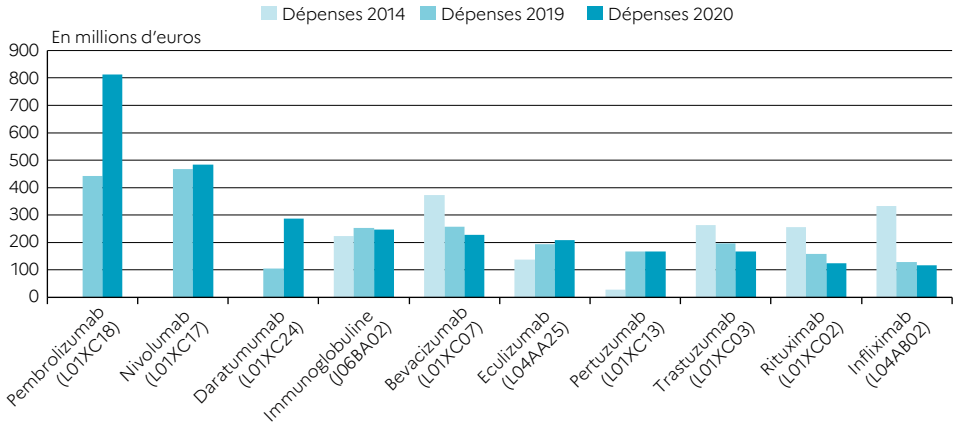
Les dix molécules les plus coûteuses de l'année 2020 sont les mêmes qu'en 2019, seul leur ordre diffère *(graphique 2)*. Le pembrolizumab (antinéoplasique) occupe le premier poste de dépenses en 2020, avec 813 millions d'euros, loin devant le nivolumab (autre antinéoplasique), avec 484 millions d'euros, qui le précédait en 2019. En 2014, le pembrolizumab était disponible sous ATU mais pas encore sur la liste en sus, tandis que le nivolumab n'était pas encore commercialisé en France. Passé des médicaments sous ATU à la liste en sus en 2019, le daratumumab (antinéoplasique) s'est hissé de la dernière à la troisième place du classement en 2020. Sa dépense (287 millions d'euros) a augmenté de 170 % par rapport à 2019.

En 2020, la dépense de trastuzumab (anticancéreux) poursuit sa baisse (-14,6 %) débutée en 2019, consécutive à l'apparition sur le marché de biosimilaires[3] (ogivri et ontruzant). La baisse des prix combinée à la diminution du nombre d'unités vendues entraîne une chute de la dépense en rituximab (antinéoplasique) de 21 %, en 2020.

Les médicaments sous ATU ou en post-ATU totalisent 311 millions d'euros

Les médicaments sous ATU ou en attente d'un financement définitif (post-ATU) représentent une dépense de 311 millions d'euros en 2020 (après 338 millions en 2019, soit une baisse de 8 % en un an[4], et 341 millions en 2018). Les dépenses des trois médicaments sous ATU ou en post-ATU les plus valorisés totalisent à elles seules 31 % de l'ensemble de ces médicaments pour un peu moins de 4 % du nombre d'unités administrées. Le premier d'entre eux est le tecentriq (traitement du cancer de la peau), dont la dépense s'élève à 33,8 millions d'euros, en hausse de 11 % par rapport à 2019. Vient ensuite l'onpattro (traitement de l'amylose héréditaire), qui représente 31,7 millions d'euros, puis le libtayo (traitement du cancer de la peau) avec 31,6 millions d'euros, en hausse de 5 % par rapport à 2019. Le zolgensma (traitement de l'amyotrophie spinale) a fait son apparition dans les médicaments sous ATU en 2020 pour un montant de 13,7 millions d'euros. Inscrit sur la liste en sus en 2019, le médicament yescarta (traitement du lymphome) ne fait plus partie des médicaments sous ATU en 2020.

Graphique 2 Dépenses en 2014, 2019 et 2020 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en MCO et HAD



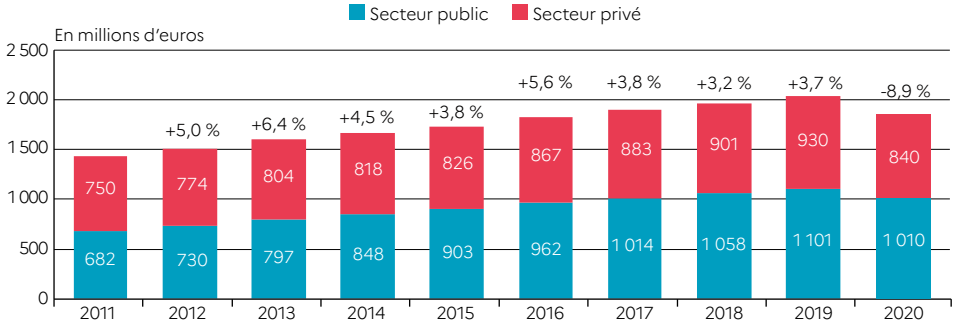
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.
Champ > France entière (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.
Source > ATIH, données ScanSanté au 1er janvier de l'année suivante.

3. Un biosimilaire est un médicament similaire à un médicament biologique de référence.
4. Révision du montant de 2019 : 338 millions d'euros au lieu de 333 millions d'euros, chiffre publié dans l'édition 2021 de cet ouvrage.

Augmentation des dispositifs médicaux de la liste en sus

Certains dispositifs médicaux (implants, orthèses, prothèses, etc.) sont également pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Ils représentent 1,85 milliard d'euros dans le champ MCO en 2020, soit une baisse de 8,9 % au cours de l'année *(graphique 3)*. Ce recul est plus prononcé dans le secteur privé que dans le secteur public (-9,6 % contre -8,2 %). Depuis 2012, le montant des dépenses des secteurs public et privé confondus ne cesse d'augmenter, entre 3,2 % et 6,4 % par an, suivant les années. ■

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus en MCO entre 2011 et 2020



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Note > Dans les dépenses du secteur public sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.
Lecture > Entre 2019 et 2020, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont baissé de 8,9 %, secteurs public et privé confondus.
Champ > France entière (non compris Mayotte), y compris le SSA, champ MCO.
Source > ATIH, données ScanSanté au 1er janvier de l'année suivante.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), pour la France entière, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité.

Les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO. Les chiffres de la dépense des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus et sous ATU portent sur des données en date de remboursement, et non en date de soins.

Sources

Données ScanSanté de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), issues de la remontée d'informations par les établissements de santé sur leurs achats de spécialités inscrites sur la liste en sus pour en obtenir le remboursement. Serveur sécurisé de l'ATIH pour les médicaments sous ATU ou en post-ATU.

Définitions

> **Groupe homogène de séjour (GHS) :** il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se base sur la classification en groupes homogènes de malades (GHM). ●●●

•••

> **Classe thérapeutique :** le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

> **Substance active :** elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Pour en savoir plus

> Autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Site du ministère des Solidarités et de la Santé, rubrique Soins et maladies, Médicaments, Professionnels de santé, Autorisations d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et prescription compassionnelle.
> Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) 2022, « Maladie » (2021). Site de la Sécurité sociale, rubrique La Sécu en détail, Gestion, pilotage et performance.

27 La part des établissements de santé dans la consommation de soins

En 2020, les dépenses de consommation de soins hospitaliers (secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élèvent à 100,5 milliards d'euros. Elles progressent de +3,7 % en valeur par rapport à 2019, malgré une forte baisse du volume des soins (-8,0 %). Cette baisse s'explique par la déprogrammation de soins non urgents lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, essentiellement durant la première vague épidémique. Le secteur public produit les trois quarts des soins hospitaliers (78 %) consommés en France. Le financement des soins hospitaliers (publics ou privés) est principalement supporté par l'Assurance maladie, à hauteur de 93 % en 2020.

Une accélération de la consommation de soins hospitaliers liée à la crise sanitaire

La consommation de soins de l'ensemble de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY]) s'élève à 100,5 milliards d'euros en 2020 *(tableau 1)*[1]. Ces soins hospitaliers représentent 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages *(graphique 1)*.

La dépense de consommation de soins hospitaliers augmente de 3,7 % en 2020, après +2,1 % en 2019. Cette accélération est portée par le secteur public, dont la production de soins augmente de +5,6 % en 2020, tandis que celle du secteur privé recule de 2,4 %. Sur l'ensemble des deux secteurs, la progression des dépenses résulte d'une hausse soutenue des prix (+12,7 % en 2020), alors que les volumes de soins s'effondrent (-8,0 %).

En 2020, 78 % de la consommation de soins hospitaliers dépend du secteur public

La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public, estimée par les coûts des facteurs de production, progresse en 2020 (+5,6 % après +2,0 % en 2019) pour atteindre 78,7 milliards d'euros *(tableau 1)*, soit 78 % de l'ensemble des soins hospitaliers. Cette forte hausse s'explique par une augmentation exceptionnelle de la rémunération des salariés, qui contribue à hauteur des deux tiers de la hausse globale *(graphique 2)*. Les salaires progressent, d'une part, avec les premiers effets de la mise en œuvre des mesures des accords du Ségur de la santé, qui ont octroyé des augmentations aux personnels de la fonction publique hospitalière et, d'autre part, avec le versement en 2020 par l'Assurance maladie d'une prime Covid-19 de 1 500 euros à l'ensemble des personnels de l'hôpital dans les départements les plus exposés à l'épidémie et de 500 euros dans les autres départements. Les consommations intermédiaires, soutenues par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.), contribuent pour un tiers à la hausse des dépenses.

À l'inverse, les volumes de soins hospitaliers du secteur public, évalués à partir du nombre de séjours pondérés par leurs tarifs, ralentissent fortement en 2020 (-9,9 %, après +0,0 % en 2019). La baisse des volumes de soins est notamment liée aux déprogrammations de soins non urgents intervenues lors de la première vague épidémique entre mars et mai 2020. L'activité hospitalière retrouve quasiment son niveau antérieur aux effets de la première vague entre juin et septembre 2020. Puis elle est de nouveau perturbée par l'arrivée de la deuxième vague épidémique en fin d'année.

La baisse de l'activité hospitalière s'explique aussi par d'autres effets. Le recul plus marqué des soins des enfants de 2 à 14 ans et des séjours liés à des

1. Ces résultats sont issus des comptes de la santé publiés en septembre 2021. Ils sont susceptibles d'être révisés lors de la prochaine publication des comptes de la santé, en septembre 2022, dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – édition 2022*. Paris, France, DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

motifs ORL, maladies infectieuses et maladies de l'appareil respiratoire est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Par ailleurs, la baisse du nombre de séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation) et à un moindre recours (par exemple, par peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgence).

La consommation de soins hospitaliers privés atteint 21,9 milliards d'euros en 2020

En 2020, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé s'élève à 21,9 milliards d'euros. Elle est principalement constituée des tarifications à l'activité et de prestations en sus, mais elle comprend également les honoraires perçus par les professionnels libéraux qui y exercent ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés se replie en 2020 (-2,4 %, après +2,5 % en 2019).

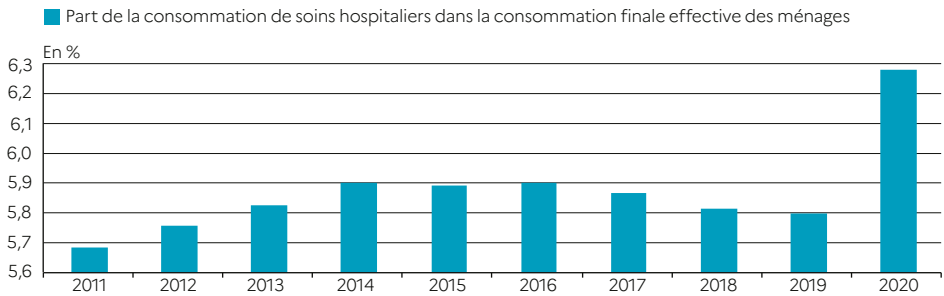
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers et part dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2011

En millions d'euros

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble		**82 317**	**84 410**	**86 589**	**88 812**	**90 162**	**92 048**	**93 602**	**94 909**	**96 921**	**100 536**
Évolution (en %)	Valeur	2,7	2,5	2,6	2,6	1,5	2,1	1,7	1,4	2,1	3,7
	Prix	0,1	0,2	1,3	0,3	-0,5	-0,2	0,7	0,3	1,5	12,7
	Volume	2,7	2,3	1,3	2,2	2,1	2,3	1,0	1,1	0,6	-8,0
Secteur public		**63 144**	**64 853**	**66 795**	**68 481**	**69 629**	**70 965**	**72 191**	**73 037**	**74 505**	**78 664**
Évolution (en %)	Valeur	2,6	2,7	3,0	2,5	1,7	1,9	1,7	1,2	2,0	5,6
	Prix	0,1	0,3	1,7	0,6	-0,4	0,1	1,3	0,7	2,0	17,1
	Volume	2,5	2,4	1,2	1,9	2,0	1,8	0,5	0,5	-0,0	-9,9
Secteur privé		**19 173**	**19 557**	**19 794**	**20 331**	**20 533**	**21 082**	**21 411**	**21 872**	**22 416**	**21 872**[1]
Évolution (en %)	Valeur	3,3	2,0	1,2	2,7	1,0	2,7	1,6	2,2	2,5	-2,4
	Prix	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-1,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7
	Volume	3,2	2,1	1,6	3,3	2,1	4,1	2,9	3,1	2,6	-1,7
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)		**45,9**	**46,1**	**46,4**	**46,5**	**46,5**	**46,5**	**46,5**	**46,5**	**46,5**	**48,1**

1. En 2020, la consommation de soins hospitaliers atteint 22,916 milliards d'euros dans le secteur privé, dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa) inclus (voir fiche 2 du panorama *Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021*).
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2011



Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, comptes de la santé; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

Ce recul des soins touche pratiquement tous les secteurs d'activité, à l'exception de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des dépenses de médicaments en sus.

Les établissements privés ont reçu 1,0 milliard d'euros au titre de la garantie de financement en 2020. Cette garantie, qui vise à assurer un niveau de ressources au moins équivalent à celui perçu en 2019, est considérée comme une subvention et n'est, par convention, pas incluse dans la consommation de soins de santé. En intégrant cette aide, les dépenses en clinique privée progresseraient alors de 2,2 % en 2020.

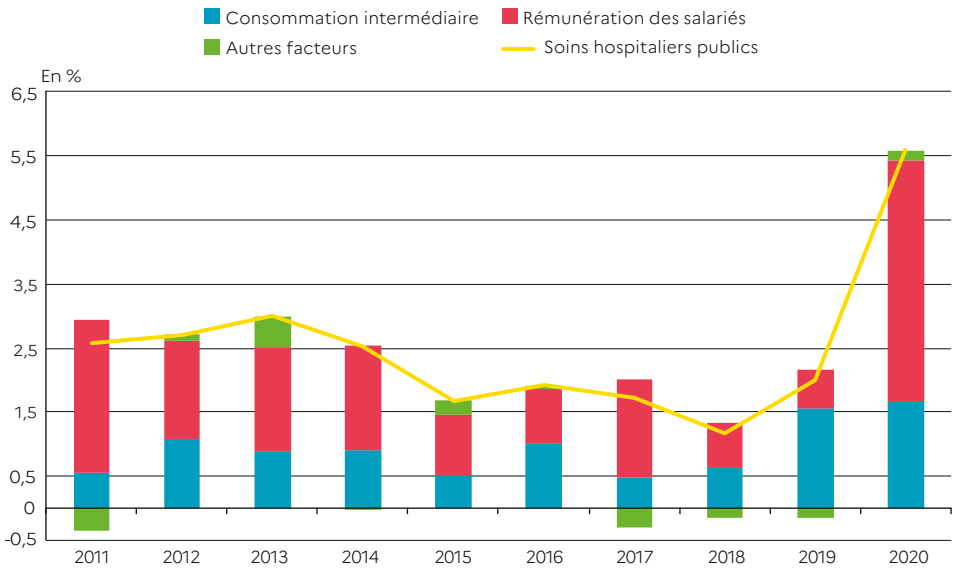
Pour la dixième année consécutive, les prix des soins en clinique diminuent (-0,7 % en 2020). Cette tendance s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires dans le secteur privé. Celles-ci seraient en partie amorties par les effets de nouveaux dispositifs fiscaux et sociaux (pacte de responsabilité, crédits d'impôt compétitivité emploi et crédits d'impôt sur la taxe sur les salaires).

Une hausse du financement par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante pour le financement de la consommation de soins hospitaliers (92,8 % en 2020). En comparaison, la Sécurité sociale ne finance que 79,8 % de la CSBM *(graphique 3)*. Depuis 2012, sa part dans le financement des soins hospitaliers augmente continûment, en raison notamment de l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). En 2020, la progression du financement par la Sécurité sociale est liée à la hausse des dotations versées aux secteurs hospitaliers public et privé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Les autres acteurs financent une part plus modeste : entre 4 % et 6 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, un peu plus de 1 %

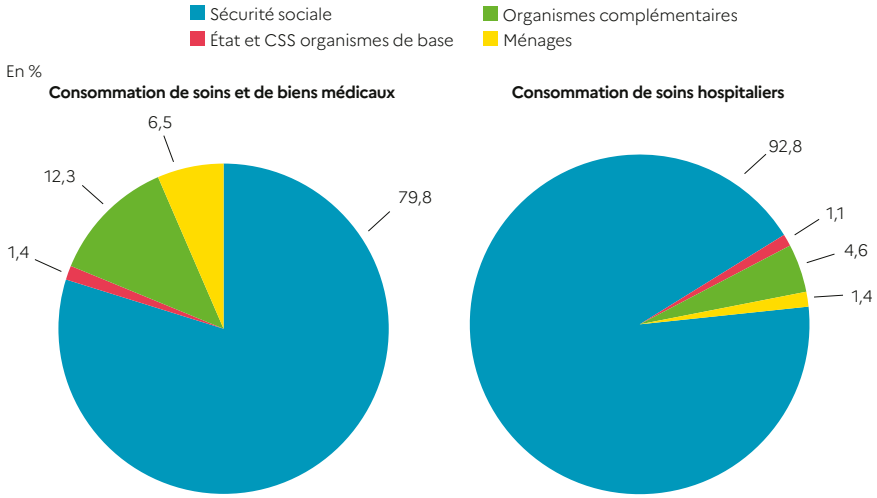
Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants depuis 2011



Note > Le poste « Autres facteurs » regroupe la consommation de capital fixe et les impôts nets des subventions à la production.
Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 5,6 % en 2020, dont 3,8 points s'expliquent par la hausse des rémunérations (salaires et cotisations).
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, comptes de la santé; Insee, retraitements DREES.

pour l'État (aide médicale de l'État [AME] et complémentaire santé solidaire [CSS] versées par les organismes de base). En 2020, le reste à charge des ménages représente 0,7 % de la dépense pour les soins hospitaliers publics et 4,0 % pour les soins hospitaliers privés. Cette part à la charge des ménages est stable dans le secteur privé et baisse de 0,6 point en 2020 dans le secteur public. ■

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2020



CSS : complémentaire santé solidaire.
Champ > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé, de France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (unités de soins de longue durée et soins en maisons de retraite) en sont exclues.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs (public et privé) ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement :

> Secteur public : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif. Dans les comptes de la santé, l'hôpital public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> Secteur privé : il regroupe principalement les établissements à but lucratif. Dans les comptes de la santé, le secteur privé est un secteur marchand. La consommation de soins est calculée à partir des recettes des cliniques hors subventions.

> Consommation de soins hospitaliers : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non). •••

•••

> Consommation intermédiaire : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. L'usure des actifs fixes mis en œuvre n'est pas prise en compte ; elle est enregistrée dans la consommation de capital fixe.

> Consommation de soins et de biens médicaux : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut, en revanche, diverses composantes de la dépense, liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international.

> Consommation finale effective des ménages : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidants pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M. et Portela, M. (dir.)** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – édition 2021.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

4

Vue d'ensemble
Synthèse Covid-19
Fiches thématiques

Annexes

Annexe 1
Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils se définissent *a minima* par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS). Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2022, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2020. De petites différences peuvent donc subsister entre le cadre législatif et réglementaire exposé dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. La présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif – est conservée dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer.

- Les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP).
- Lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 30 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP).
- Les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer « une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. [...] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3 du CSP).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but

lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie...).
Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est notamment le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP, qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :
- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.
Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la

sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2), d'imagerie, etc.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit une démarche de certification qui concerne tous les établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leur taille et leur activité. Dispositif d'évaluation externe, indépendant et obligatoire, cette démarche de certification a lieu tous les quatre à six ans, avec pour objectif de porter une appréciation sur le niveau de qualité des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration mise en œuvre par les établissements.

Enfin, depuis dix ans, la HAS propose aux médecins de s'engager de façon volontaire dans une démarche de gestion des risques : l'accréditation. Elle vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité du patient. La démarche d'accréditation peut s'envisager individuellement ou en équipe.

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS, sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) et surtout d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Le personnel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés *(tableau 1)*. Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par le décret

n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires[1] et comprennent :

- des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière (FPH), leurs statuts spécifiques sont régis par le CSP. Le décret n° 2021-134 du 5 février 2022 a fusionné les statuts

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Peu fréquent | Situation majoritaire | Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnel temporaire (PHU), personnel non titulaire (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1er du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien hospitalier, praticien contractuel, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 et suivants, R. 6152-401 et suivants, R. 6152-501 et suivants, R. 6152-601 et suivants et R. 6152-901 et suivants du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
	Assistant associé et praticien attaché associé, praticien associé	Articles R. 6152-538, R. 6152-632, R. 6152-901 et R. 6152-904 du Code de la santé publique		
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

1. Le nouveau décret statutaire abroge le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et le décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

de PH à temps plein et à temps partiel en un statut unique de praticien hospitalier, avec une quotité de temps variable. L'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est aussi régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Les établissements publics de santé peuvent également recruter, sous certaines conditions et jusqu'au 31 décembre 2022, des personnels médicaux associés, c'est-à-dire n'ayant pas le plein exercice et non inscrits à l'ordre. Il s'agit des assistants associés et des praticiens attachés associés. Un nouveau statut de praticien associé, créé par le décret n° 2021-365 du 29 mars 2021, viendra remplacer dès le 1er janvier 2023 les deux précédents statuts, qui disparaîtront alors. Enfin, avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2). Depuis la loi du 26 avril 2021, les médecins, sages-femmes et odontologistes peuvent aussi être admis à exercer à titre bénévole (dispositions réglementaires en cours de publication). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Le personnel hospitalo-universitaire, quant à lui, peut être affecté dans un établissement privé associé à son CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

L'exercice en qualité de praticien non titulaire a connu une réforme importante en février 2022. En effet, l'entrée en vigueur du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels se traduit par l'extinction des trois anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et clinicien à la date du 7 février 2022. Tout nouveau recrutement intervient désormais sous une unique forme de contrat de praticien contractuel, qui se

substitue aux trois précédents, selon les nouvelles règles prévues aux articles R. 6152-334 et suivants du CSP. L'enjeu de cette réforme est à la fois de simplifier le cadre de la gestion des ressources humaines médicales et de préciser les motifs et conditions de recours à l'emploi médical contractuel, complémentaire à l'exercice principal sous statut de praticien hospitalier.

Toutefois, les praticiens relevant des trois anciens statuts et sous contrat à la date du 7 février 2022 restent régis par les dispositions de leur statut et de leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Aucun renouvellement ni aucun avenant ne peuvent être conclus pour les contrats en cours, exception faite des praticiens attachés en contrat triennal qui, à la date du 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée. Ces derniers conservent ce droit, ils pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un CDI sur le statut de praticien attaché.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2e cycle, internes et docteurs junior pour le 3e cycle des études médicales), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir.

Depuis la loi HPST, les cliniques privées ont également la possibilité d'accueillir des internes. La loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Le personnel non médical

Le personnel non médical des établissements publics de santé relève de la fonction publique hospitalière (FPH), il est régi par le code général de la fonction publique. Environ 80 % du personnel non médical sont des fonctionnaires, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des hausses momentanées d'activité. Les établissements peuvent avoir recours à l'intérim pour assurer la continuité de service. Relèvent également de la FPH, les personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

Le personnel non médical des établissements de santé privés, quant à lui, est soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans son contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégiés des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune couvrant 90 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (54 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition

d'équipements innovants ou encore performance interne.
Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n° 2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés.
Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Ceux-ci sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.
La vocation mixte des GCS a tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé en 2016 et dont le dispositif légal et réglementaire a été récemment complété par l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2022, 136 GHT sont recensés. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cela permet, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement selon des filières de prise en charge. L'établissement support du groupement est compétent pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ainsi que la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion du personnel médical, pour le compte des autres établissements du GHT.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).
Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS). Elles organisent également la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la Défense ;
c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et veillent à leur évaluation.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé. L'objectif est de faire évoluer cette offre, pour qu'elle réponde aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la Défense et qu'elle garantisse l'efficacité du système de santé.

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs de santé : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées ou en situation de handicap et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé *(encadré 1)* et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2.

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel,

quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et les interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

h) Elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel, en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent.

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

j) Elles sont chargées d'organiser les dispositifs d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2).

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2022, selon l'article R. 6122-25 du CSP, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

1° médecine ;
2° chirurgie ;
3° gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale ;
4° psychiatrie ;
5° soins de suite et de réadaptation ;
7° soins de longue durée ;
8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
9° traitement des grands brûlés ;
10° chirurgie cardiaque ;
11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
12° neurochirurgie ;
13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en euroradiologie ;
14° médecine d'urgence ;
15° réanimation ;
16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
18° traitement du cancer ;
19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/ modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2022, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

> caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;

> appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;

> scanographe à utilisation médicale ;

> caisson hyperbare ;

> cyclotron à utilisation médicale.

formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels d'admission en 1e année du 2e cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

n) Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le PRS centré sur les évolutions à apporter au système de santé pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 à L. 1434-7 du CSP). Le PRS est constitué de trois documents :

a) Un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

b) Un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, mentionné à l'article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10).

c) Un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution[2], le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions à apporter aux organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, le SRS :

- indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux[3] ;
- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par

2. Il s'agit de la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte.
3. Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;
- définit l'offre d'examens de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP, qui concernent les professionnels de santé de ville.

Le PRS est soumis à concertation et consultation auprès notamment des instances de démocratie sanitaire. En effet, cette démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des représentants des acteurs de santé, des représentants de l'État, des élus et des usagers au sein d'instances, pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé. L'objectif de ces instances est de favoriser la concertation et le débat public, d'améliorer l'implication de tous et de promouvoir le respect des droits individuels et collectifs des usagers. Ces instances sont présentes à deux échelles :
- à l'échelle régionale, *via* la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA, article L. 1432-4 du CSP) ;
- à l'échelle territoriale, *via* les conseils territoriaux de santé (CTS) [articles L. 1434-10 et L. 1434-11 du CSP], installés par les ARS sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS) qu'elles ont arrêtés à l'échelle infrarégionale.

Le financement

Les modalités historiques de financement des établissements de santé

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est principalement fondé sur une tarification à l'activité (T2A). Celle-ci a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements antérieurement sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune.

Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1er janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1er janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive prenant fin en 2018.

Les activités de soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD), quant à elles, sont historiquement financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Une évolution progressive des modes de financement des établissements de santé portée par la stratégie de transformation du système de santé (STSS)

Les modalités de financement des établissements de santé ont fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années et continuent d'évoluer, notamment dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), lancée en février 2018 par le gouvernement. Dans ce cadre, un chantier spécifique a été mené sur la réforme du financement du système de santé. Piloté par la Task Force de réforme du financement, ce chantier a identifié certains leviers destinés à faire évoluer le financement du système de santé afin de mieux l'orienter vers les besoins des patients. L'ensemble des perspectives d'évolutions préconisées a donné lieu à un rapport publié en janvier 2019[4]. En 2020, ces mesures ont fait l'objet d'affinements et de compléments, notamment dans le cadre du « Ségur de la santé » en juillet 2020, dans le but d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors tarification à l'activité. Avec la crise sanitaire, un dispositif temporaire de garantie de financement a toutefois été mis en place *(encadré 2)*.

Le financement à la qualité

Afin de mieux tenir compte de la qualité des soins délivrés par les établissements de santé, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2020 : un dispositif de garantie de financement pour tenir compte des effets de la crise sanitaire liée au Covid-19

En raison des perturbations occasionnées par la crise sanitaire du Covid-19 sur l'activité et les ressources financières des établissements de santé (déprogrammations, recentrage temporaire sur la réanimation), l'ordonnance publiée le 26 mars 2020 crée un dispositif destiné à garantir le financement provenant de l'assurance maladie obligatoire des établissements de santé pour leur activité de mars à décembre 2020.

Le dispositif vise à sécuriser les recettes perçues à travers la tarification à l'activité ou les prix de journée en fixant un plancher de recettes fondé sur l'année 2019. À ce titre, les établissements sous dotation (DAF, DFG) ne sont pas concernés par le dispositif, dans la mesure où ils bénéficient, par ailleurs, de dotations garantissant leurs recettes indépendamment de leur éventuelle baisse d'activité.

L'arrêté du 6 mai 2020 précise le périmètre d'application et les modalités de calcul et de versement de la garantie.

Les modalités de mise en œuvre diffèrent selon le statut de l'établissement :

> pour les établissements ex-DG, dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes de l'année 2019, puis des régularisations sont effectuées au fur et à mesure afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une activité supérieure au niveau minimum ;

> pour les établissements ex-OQN et OQN, dont le financement repose sur la facturation au fur et à mesure, un système d'avances de trésorerie est mis en place sur la base des recettes de l'Assurance maladie 2019 (hors honoraires des praticiens libéraux), en complément de la continuité des facturations ; lesquelles sont comparées en fin de période garantie au niveau minimum calculé et font, le cas échéant, l'objet d'une régularisation compensatoire.

Le dispositif de garantie de financement mis en œuvre en 2020 a été reconduit en 2021 et au 1er semestre 2022 afin de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé toujours mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19.

4. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

d'une dimension consacrée à la qualité (et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, instaurée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile (HAD), et étendue en 2017 aux établissements de SSR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Le dispositif Ifaq a pris depuis une nouvelle ampleur. S'il faisait l'objet en 2018 d'une enveloppe de 50 millions d'euros, celle-ci a progressivement été portée à 200 millions d'euros en 2019 et 450 millions d'euros en 2021. À compter de 2022, l'enveloppe consacrée à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité est de 700 millions d'euros.

Les évolutions propres au champ du MCO

Les adaptations des modalités de financement sur le champ du MCO visent essentiellement à réduire la part de financement à l'activité des établissements et à mieux répondre aux besoins des patients. À ce titre, un forfait « activités isolées » (FAI) a été introduit par la LFSS pour 2014. Opérationnel depuis 2015, il permet de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour en équilibrer le financement. Il repose sur l'instauration de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement de l'établissement et il est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le Fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), adoptée en 2019, a redéfini le rôle de l'hôpital de proximité au travers des missions qu'il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a aussi vocation à constituer une ressource pour les professionnels de ville, afin de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus près de leur domicile. Ce cadre de définition s'accompagne d'une refonte du modèle de financement de ces établissements, adoptée en LFSS pour 2020, qui introduit la mise en place d'une garantie de financement pluriannuelle sur l'activité de médecine. S'ajoute enfin à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l'activité de consultations des hôpitaux de proximité, le soutien à l'exercice mixte des médecins libéraux et l'exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Le déploiement de la réforme a débuté au second semestre 2021 avec de premières labellisations en région et se poursuivra tout au long de l'année 2022, qui marque également la première année d'application du modèle de financement dérogatoire conçu pour ces établissements.

Par ailleurs, depuis le 1er octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été instauré concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5. L'objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de suivi autour du patient (en assurant notamment le financement de personnel paramédical ou socio-éducatif) et de développer une prise en charge tout au long de l'année dans une logique de parcours patient. Ceci devrait favoriser la prévention et limiter les complications liées à cette pathologie.

Enfin, l'article 57 de la loi de financement pour 2021 prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation d'une durée de cinq ans d'un financement des activités de médecine *via* trois compartiments : une dotation populationnelle, une dotation à la qualité et une part à l'activité. L'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif a été repoussée compte tenu de la poursuite de la crise sanitaire et du maintien en 2021 et en 2022 d'un dispositif de garantie de financement au bénéfice des établissements de santé.

Dans un premier temps, les établissements qui le souhaitent ont pu activer un droit d'option dès 2021 afin de bénéficier d'une dotation socle pour leur activité de médecine, en remplacement d'une partie de leur financement à l'activité, qui

se trouvera alors minoré à due concurrence. Ce mécanisme, qui préfigure l'expérimentation relative à une dotation populationnelle en médecine, vient sécuriser une part des recettes des établissements volontaires en « amortissant » les fluctuations des recettes T2A. À noter que ces deux dispositifs ne seront pas cumulables et qu'un établissement intégrant l'expérimentation ne pourra plus bénéficier de la dotation socle s'il avait initialement activé ce droit d'option.

Un nouveau modèle de financement pour les urgences

Depuis le 1er janvier 2021, le nouveau modèle de financement des structures des urgences et des SMUR est entré partiellement en vigueur. Il comprend trois compartiments : une dotation populationnelle, une dotation liée à la qualité de la prise en charge et une part liée à l'activité. Le montant de la dotation populationnelle déléguée aux ARS est déterminé en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. La répartition de cette dotation populationnelle entre les régions vise à réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales, dans le cadre d'un modèle de rattrapage. Le directeur général de l'ARS fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, sous la forme d'une dotation socle déterminée en fonction de critères définis au niveau régional.

Une partie des recettes liée à l'activité a été modifiée sur le périmètre des passages non suivis d'hospitalisation avec la mise en œuvre de nouveaux forfaits et suppléments au 1er janvier 2022, en raison de l'entrée en vigueur du Forfait patients urgences (FPU), issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021. Ce dernier réforme la participation du patient consécutive à son passage dans une structure des urgences autorisée, en passant d'une participation proportionnelle aux soins reçus à une participation forfaitaire. Par ailleurs, des baisses de tarifs en cas d'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont accompagnées, depuis 2021, par des transferts des montants correspondants dans la dotation populationnelle.

Enfin, la dotation complémentaire qualité voit la mise en œuvre progressive d'indicateurs qui concerneront, en 2022, l'exhaustivité des résumés de passages aux urgences, la bonne complétion du diagnostic dans ces derniers, ainsi que la présence d'un ambulancier dans les équipages des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Les indicateurs de durée de passage, dont les travaux de préparation sont encore en cours, seront calculés à blanc en 2022.

En parallèle, l'expérimentation du forfait de réorientation a démarré en mai 2021. Il vise à orienter vers une consultation de ville, les patients pour lesquels une prise en charge par le plateau technique de la structure des urgences n'est pas nécessaire. Cette expérimentation, d'une durée de deux ans, met en place une incitation financière pour les établissements de santé, dont l'objectif est de favoriser le lien ville-hôpital et d'apporter une réponse pertinente à la demande de soins de patients ne requérant pas une prise en charge de médecine d'urgence. 36 établissements expérimentateurs ont été sélectionnés, la liste des expérimentateurs ainsi que le cahier des charges de l'expérimentation ont été publiés par arrêté le 23 février 2021.

La réforme du financement des activités de SSR

L'article 78 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR). Les modalités de financement actuelles, distinctes selon les secteurs OQN et dotation annuelle de financement (DAF), constituent une des raisons principales des inégalités quantitatives et qualitatives de répartition de l'offre en SSR. L'objectif initial de la réforme engagée est de corriger ces effets négatifs historiques par l'harmonisation des règles de financement.

Le modèle cible, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA), composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés plusieurs compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à

la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses, ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté le 1er mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR a combiné anciennes et nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés, à but lucratif ou non, ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Néanmoins, ce modèle cible s'est avéré complexe à mettre en œuvre et de nature à freiner la transformation des organisations et le développement des prises en charge spécialisées en réponse aux besoins de la population. Dans le cadre de la LFSS pour 2020, ce modèle de financement a été simplifié. Il se compose désormais de modalités mixtes composées :

- d'une part à l'activité, valorisée sur la base de tarifs nationaux ;
- d'une part forfaitaire comprenant une dotation populationnelle, et visant à accompagner les transformations de l'offre de soins en SSR, en faveur du développement de l'ambulatoire notamment.

Ces modalités de financement entrent en vigueur au 1er janvier 2022.

La réforme du financement des activités de psychiatrie

Comme sur le champ du SSR, l'objectif initial de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs des modalités de financement historiques de ces activités, distincts selon les secteurs OQN et DAF et qui conduisent à de fortes inégalités dans l'allocation des ressources de psychiatrie, tant entre secteurs qu'entre régions.

Ainsi, la refonte du financement de la psychiatrie portée par l'article 34 de la LFSS pour 2020 rassemble les secteurs sous DAF et sous OQN dans un modèle de financement commun respectueux de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires. Pour ce faire, le nouveau modèle de financement introduit une dotation populationnelle, tenant compte notamment de la population et de la précarité sur le territoire. La mise en œuvre de cette dotation doit permettre de poursuivre la réduction des écarts dans l'allocation de ressources entre les régions débutée depuis 2018. En complément de la dotation populationnelle, d'autres dotations complémentaires seront mises en place pour tenir compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Ce nouveau modèle de financement entre en vigueur à partir du 1er janvier 2022. Dès lors, l'ensemble des établissements de psychiatrie sera financé principalement sur la base d'une dotation populationnelle et d'une dotation calculée en fonction des files actives réalisées.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2e et 3e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses qui relèvent des établissements de santé *(schéma 1 et tableau 2)*. Depuis 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

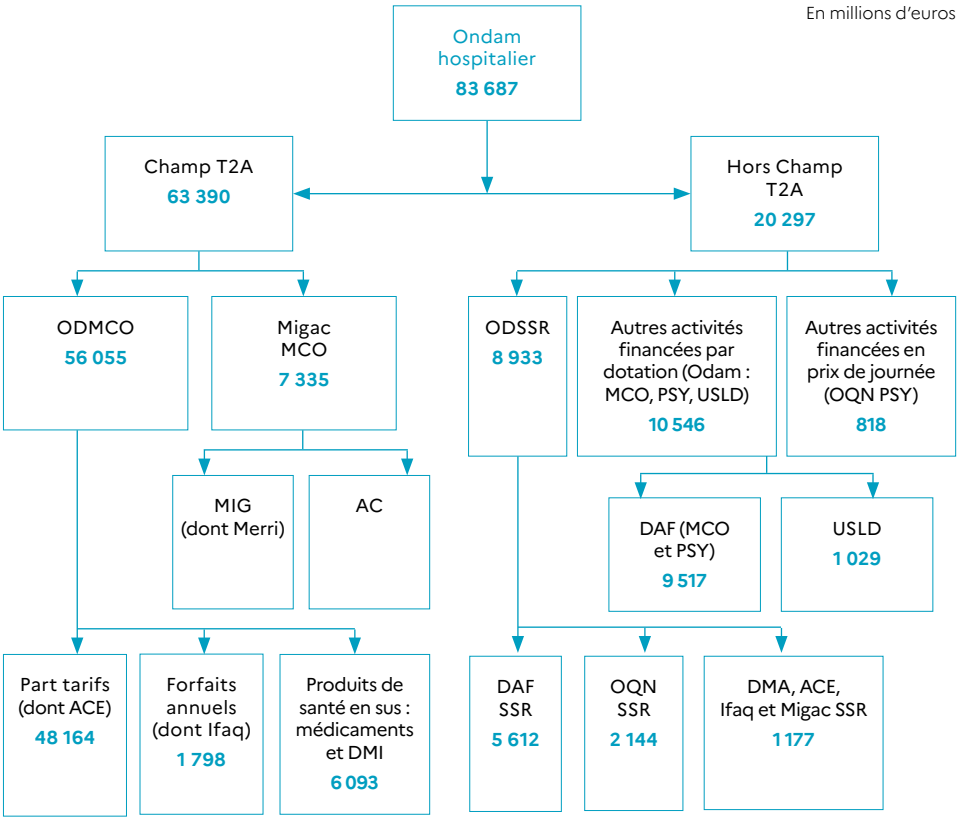
- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;
- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac[5]), dont l'objet est principalement de financer les

5. La liste des Migac est fixée par arrêté.

activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale) ;
- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous DAF ainsi que celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- l'OQN (objectif quantifié national), qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financées en prix de journée ;
- le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), devenu en 2021 le Fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2020

En millions d'euros



Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; ODSSR : objectif national de dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; OQN : objectif quantifié national (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; MIG : missions d'intérêt général ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; AC : aide à la contractualisation ; DAF : dotation annuelle de financement (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; Ifaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SSR) ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR).
Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2020, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.
Source > DGOS.

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam entre 2009 et 2021

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Ondam T2A : ODMCO + dotation Migac	Ondam T2A, partie ODMCO	Ondam T2A, partie dotation Migac
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012[1]	Dépenses constatées	73 295	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 496	19 076	55 420	49 525	5 895
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Dépenses constatées	78 338	19 360	58 978	52 262	6 716
2018	Dépenses constatées	79 689	19 486	60 203	53 122	7 081
2019	Objectifs initiaux	81 698	19 897	61 801	54 789	7 012
	Dépenses constatées	81 676	19 851	61 824	54 603	7 221
2020	Objectifs initiaux	83 687	20 297	63 390	56 055	7 335
	Dépenses constatées	89 239	20 791	68 448	55 607	12 840
2021	Objectifs initiaux	91 650	22 135	69 515	60 797	8 719

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.
1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Ondam à compter de 2014.
Champ > Données hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.
Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière ; objectifs initiaux 2019-2021 : DGOS.

Annexe 2
Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), notamment en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé qui y sont recueillies, afin d'alléger la charge de réponse des établissements.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et de bénéficier d'un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

– identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
– équipements et activité ;
– activités de soins soumises à autorisation ;
– personnel.

Les bordereaux concernant les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipements et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins[1]. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de la SAE en 2013, l'interrogation est réalisée au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (à l'exception des établissements psychiatriques et de soins de longue durée)[2], alors qu'elle s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. Depuis, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des programmes de médicalisation des systèmes d'information en médecine chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD), certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE et d'autres étant non modifiables. Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également préremplies à partir du PMSI-SSR.

---

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de prélèvement d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.
2. Il existe deux exceptions pour les modalités de collecte : pour tous les établissements de psychiatrie, l'interrogation est groupée sur un seul représentant par entité juridique, en général par département; pour les unités de soins de longue durée situées à la même adresse qu'une autre entité géographique déjà interrogée, et uniquement dans ce cas, l'interrogation est groupée avec celle de cette dernière.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site Open Data de la DREES sous forme de bases de données[3]. Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

En raison du contexte épidémique lié au Covid-19, très actif au moment de la collecte de la SAE 2020 (février à avril 2021), de nombreux établissements ont signalé leurs difficultés à répondre à certaines questions, notamment celles des cinq bordereaux relatifs au personnel rémunéré par l'entité répondante (effectifs au 31 décembre et équivalents temps plein moyens annuels rémunérés, bordereaux Q20 à Q24). Ces difficultés ont conduit plus du quart des établissements à demander des délais supplémentaires, souvent significatifs. Afin de modérer la charge de réponse des établissements, de sécuriser la collecte d'informations fiables, mais aussi de respecter le calendrier de diffusion prévu, **la DREES a décidé de ne pas rendre obligatoire le remplissage des bordereaux Q20 à Q24, ni celui du volet sur les ETP du bordereau COVID-19.**

Compte tenu de cet aménagement, les résultats de ces éléments du questionnaire n'ont pas été examinés suivant le processus habituel de validation (par les agences régionales de santé [ARS] et le prestataire de collecte de la DREES). Ils sont mis intégralement à disposition sur le site Open Data de la DREES[4], au sein des bases administratives, et alimenteront l'outil de visualisation SAE-Diffusion. Mais les utilisateurs des données de personnels concernés par ces consignes aménagées doivent les exploiter avec beaucoup de précautions et sous leur responsabilité, car elles n'ont fait l'objet d'aucune vérification.

Par conséquent, les données des bordereaux Q20 à Q24 n'ont pas été redressées par la DREES et ne sont pas présentes dans les bases statistiques diffusées pour la SAE 2020.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations issues du PMSI sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de MCO. En 1993, apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997, avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) est instauré à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible d'agréger également des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro de Sécurité sociale, de sa date de naissance, de son sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 13, « Les patients suivis en psychiatrie », et 18, « Les parcours de soins hospitaliers », de cet ouvrage se limitent aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille depuis 1997, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations, qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un

3. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/
4. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/707_bases-administratives-sae/information/

groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité, d'une part en matière de caractéristiques médicales, et d'autre part en matière de durée de séjour. Les nomenclatures en cours pour le codage sont celles de la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2020 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2020 comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur la base des séjours d'hospitalisation complète de plus de un jour hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogènes avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La refonte de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif d'harmoniser la mesure de l'activité entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus des agrégats totaux d'activité[5]. Toutefois, à partir de l'édition 2021 de cet ouvrage, les volumes d'activité liés aux séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont affichés « à part » pour les rendre davantage visibles.

Du fait de la nouvelle refonte de la SAE en 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur la mesure de l'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant, la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent entre la SAE et le PMSI-MCO sur les critères retenus pour la répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure

5. À l'exception de la fiche 18, qui prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, et inclut l'ensemble des nouveau-nés.

moins de un jour) et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle permet d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE.

Le critère retenu à partir du PMSI-MCO est de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors mesurée d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète. C'est ce critère qui a été retenu dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, et comme « médical » si le lit est recensé en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales du PMSI entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie.

Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

Les données du PMSI permettent de comparer les deux types de répartition de l'activité entre hospitalisation complète et partielle d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie d'autre part (le critère de la SAE étant la localisation de l'activité dans l'unité médicale) *[tableaux 1 et 2]*.

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins de suite et de réadaptation, et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. Les soins de suite ne sont plus distingués de ceux de rééducation et de réadaptation, mais sont fusionnés avec ces derniers, dans une modalité unique d'activité en SSR. Cette modalité unique se traduit par une autorisation de soins polyvalente, complétée parfois par des autorisations de soins plus spécialisées dans certaines prises en charge : appareil locomoteur, systèmes nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, etc. Les autorisations sont également déclinées en fonction des populations prises en charge (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation).

La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité.

La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le séjour est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc.

Les nomenclatures utilisées sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le codage des variables de morbidité, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation et de réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de l'activité réalisée en 2020

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (*via* le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	4 421	773	1 906	51
Médecine	355	5 018	1 012	40
Gynécologie-obstétrique	130	650	25	1 046
Dialyse	0	1	1	0
Urgence	16	1 294	7	4

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (4 421 milliers) ou d'un acte interventionnel (1 906 milliers), mais 773 milliers sont des séjours de médecine et 51 milliers des séjours d'obstétrique.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuitée) en 2020

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 133	8 821	1 312
Mixte (HC/HP)[1]	740	488	252
Hospitalisation partielle (HP)	5 879	43	5 836

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2020, la couverture du PMSI-SSR est exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

• Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE

Jusqu'en 2014, il existait des écarts au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Depuis 2005, le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération, qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. En 2020, la couverture du PMSI- HAD est quasi exhaustive, à un établissement près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. La refonte de la SAE en 2013 a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Mis en place en 2006, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), comparable au PMSI-MCO, permet de recueillir des informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et à leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences, qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) sont décrites à travers des actes, en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié

au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE [activité principale exercée], nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Le fichier statistique qui en est issu, appelé DADS - grand format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

La déclaration sociale nominative (DSN)

Cette nouvelle source de données mensuelle remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, et notamment les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Les données transmises dans la déclaration sociale nominative (DSN) sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. En complément, elle retrace les événements ayant eu un impact sur la paie (maladie, maternité, changement d'un élément du contrat de travail, fin du contrat de travail…) au cours du mois concerné. Ainsi, la DSN rassemble les informations liées à la vie du salarié dans l'entreprise (contrat de travail, rémunérations perçues, primes reçues, arrêts de travail…).

Avec la DSN, les entreprises transmettent trois fois moins de données que lorsqu'elles remplissaient leur déclaration annuelle de données sociales. La DSN limite, en effet, les données demandées aux seules informations élémentaires, qui ne peuvent être obtenues par un autre moyen. Par exemple, depuis janvier 2018, les entreprises n'ont plus l'obligation de fournir leur effectif salarié de fin de période, celui-ci pouvant être recalculé directement à partir des informations individuelles transmises sur les salariés.

Avant sa diffusion, des contrôles et autres traitements sont appliqués à la DSN afin de transformer ces déclarations brutes en une information statistique pertinente pour l'analyse économique (contrôle d'exhaustivité, vraisemblance des données, qualité des codages de la catégorie socio-professionnelle des salariés ou du lieu de travail).

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le Siasp intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant, les données relatives à la FPH étaient traitées de la même manière que les données du secteur privé. Depuis 2009, elles sont incluses dans le dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le Siasp est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grade et catégorie de la fonction publique hospitalière.

Les données de 2016 sont produites à partir des seules DADS, alors que celles de 2017 ont mobilisé essentiellement les déclarations sociales nominatives (DSN) sur le champ privé : les données utilisées pour 2017 sont donc issues pour partie de la DSN (environ 75 % des entreprises) et pour partie des DADS (25 % des entreprises). Pour 2018, 1 % des données du champ privé proviennent des DADS, elles ne représentent plus que 0,1 % pour 2019.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le Siasp

Poste (fiche 6 « Les salaires dans le secteur hospitalier ») : au sens des DADS - grand format et du Siasp, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de

poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents au 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre de postes de travail au sens de la SAE, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste des déclarations sociales est plus générale que la notion de poste de travail de la SAE, et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans les DADS - grand format ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul poste de travail présent au 31 décembre est recensé, celui du second établissement.

Le champ du Siasp et des DADS - grand format est plus large que celui de la SAE à compter de 2011, année à partir de laquelle le champ de la SAE se resserre sur les seules entités géographiques sanitaires, mais aussi sur les seuls postes de travail sanitaires. La SAE ne prend donc plus en compte les postes de travail médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires, alors que les données issues des déclarations sociales comptabilisent l'ensemble des postes de l'ensemble des établissements (sanitaires ou non) des entités juridiques sanitaires.

Effectifs salariés hospitaliers (fiche 5 « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier ») : les données issues des DADS - grand format et du Siasp sont aussi mobilisées pour dénombrer les effectifs salariés, en personnes physiques, des secteurs hospitaliers public et privé. Ces effectifs salariés correspondent au nombre de personnes physiques différentes occupant un poste au 31 décembre dans un établissement (identifié par son Siret) ayant pour activité principale le secteur des activités hospitalières. Dans le cas où un salarié occupe plusieurs postes dans ce champ, il n'est comptabilisé qu'une seule fois (seul son poste « principal » est retenu, à savoir le poste le plus rémunérateur).

Condition d'emploi (fiche 6 « Les salaires dans le secteur hospitalier ») : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net mensuel moyen (fiche 6) : il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée des DADS - grand format ou du Siasp, divisé par 12 pour correspondre à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au *prorata* de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de chaque poste. 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 net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer

la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI, et plus précisément du FichComp, fichier que tous les établissements de santé doivent produire et transmettre à l'ATIH. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Par ailleurs, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU délivrés par les établissements publics et les établissements privés sont directement facturés à l'Assurance maladie *via* le code PHX et sont renseignés dans les données du portail sécurisé de l'ATIH. Depuis 2022, ils ne sont plus remontés systématiquement dans l'outil Fichcomp du PMSI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments de la liste en sus et de DMI sont accessibles *via* le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Ce portail, en accès libre, met à disposition des informations financières, d'activité, de qualité et de performance des établissements publics et privés sur les différents champs d'activité : MCO, HAD, SSR et psychiatrie. Mis en place en 2015, il succède au système national d'information sur l'hospitalisation (Snatih).

Les sources des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

L'ensemble des données des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est collecté et restitué aux établissements sur des plateformes sécurisées de l'ATIH, pour le compte de la Haute Autorité de santé (HAS) à partir des spécifications de cette dernière. La communication et le support aux établissements sont assurés par la HAS.

Les indicateurs de processus calculés à partir de questionnaires établissement

Les données sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* hébergé sur la plateforme QualHAS[6]. Les établissements concernés y sont inscrits et ont pour obligation de s'y connecter et d'y saisir les données demandées. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme par l'ATIH.

Les indicateurs de processus calculés à partir de données du dossier patient

Les données issues de l'analyse des dossiers patients sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* (spécifique au thème étudié) hébergé sur la plateforme QualHAS. Les établissements concernés y sont inscrits et doivent y saisir les informations demandées. Un logiciel tire au sort les dossiers patients à partir de la base PMSI de l'établissement et transmet la liste sur QualHAS, verrouillant ainsi la liste des dossiers à analyser (contrôle *a priori*). Pour chaque dossier patient, un questionnaire est renseigné. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme QualHAS par l'ATIH.

Les indicateurs de résultat calculés à partir du PMSI

Les indicateurs de résultat sont calculés à partir de la base PMSI scellée. Un algorithme validé par la HAS est appliqué par l'ATIH pour le calcul contrôlé par la HAS, et les résultats sont restitués aux établissements sur QualHAS.

Les indicateurs de résultat calculés à partir d'un questionnaire patient

Les indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients sont collectés sur la plateforme e-Satis, selon la procédure suivante : les établissements inscrits sur la plateforme doivent collecter en continu les adresses e-mail des patients

6. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

concernés par les enquêtes en cours et les déposer au minimum mensuellement sur la plateforme e-Satis. Un e-mail est alors envoyé aux patients : il contient un lien qui leur permet de répondre directement au questionnaire *ad hoc* sur la plateforme e-Satis[7]. À date fixe, la base est figée et les indicateurs sont calculés et restitués sur la plateforme. ■

7. Ce type de recueil a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Annexe 3
Glossaire

A

AC : aide à la contractualisation
ACE : actes et consultations externes
AE : affection étiologique
AFT : accueil familial thérapeutique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affections de longue durée
AMM : autorisation de mise sur le marché
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APE (code) : activité principale exercée
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ASH : agent de service hospitalier
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU : autorisation temporaire d'utilisation
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CM : catégorie majeure (de diagnostic)
CMP : centre médico-psychologique
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL : Commission nationale relative à l'informatique et aux libertés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSP : Code de la santé publique
CTS : conseil territorial de santé
CV : coefficient de variation

D

DA : diagnostic associé
DADS : déclaration annuelle de données sociales
DADS-GF : déclaration annuelle de données sociales - grand format
DAF : dotation annuelle de financement
DCIR : datamart de consommation interrégime
DFG : dotation forfaitaire garantie
DG : dotation globale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositif médical implantable
DMS : durée moyenne de séjour
DP : diagnostic principal
DR : diagnostic relié

DROM : départements et régions d'outre-mer
DSN : déclaration sociale nominative

E

EBE : excédent brut d'exploitation
EG : entité géographique
EHIS : enquête santé européenne (*European Health Interview Survey*)
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJ : entité juridique
EML : équipement de matériel lourd
EQTP (salaire en) : équivalent temps plein
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETE : événements thromboemboliques
ETP : équivalent temps plein

F

FAI : forfait activités isolées
FFI : faisant fonction d'interne
Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : Fonds d'intervention régional
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMIS : Fonds de modernisation pour l'investissement en santé
Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPH : fonction publique hospitalière
FPPC : finalité principale de prise en charge
FPU : forfait patients urgences

G

GCS : groupement de coopération sanitaire
GCS-ES : groupement de coopération sanitaire-établissements de santé
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
GME : groupe médico-économique
GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HC : hospitalisation complète
HP : hospitalisation partielle
HP : hôpital public
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

I

IAS : infections associées aux soins
ICA : indice conjoncturel d'avortement
IDE : infirmier diplômé d'État
IESPE : indemnité d'engagement de service public exclusif
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
Igas : Inspection générale des affaires sociales
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institution sans but lucratif au service des ménages
ISO : infection du site opératoire
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCS : médecin correspondant du Samu
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
Merri : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG : mission d'intérêt général

Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MRC : maladie rénale chronique
MSA : Mutualité sociale agricole

N

Naf : nomenclature d'activités française
NEH : nomenclature des emplois hospitaliers
NET : nomenclature des emplois territoriaux
NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO : objectif national des dépenses de MCO
ODSSR : objectif national des dépenses de SSR
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
Onic : orientation nationale d'inspection-contrôle
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie
ORS : observatoires régionaux de la santé
Orsan : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
OTSS (loi relative à l') : organisation et à la transformation du système de santé

P

Paca (région) : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
PMA : procréation médicalement assistée
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : projet régional de santé
PTG : prothèse totale de genou
PTH : prothèse totale de hanche
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RAAC : récupération améliorée après chirurgie
REPSS : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RGME : racines de groupes médico-économiques
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : statistique annuelle des établissements de santé
Samu : service d'aide médicale urgente
SCD : soins de courte durée
Siasp : système d'information des agents du secteur public
Siren (numéro) : système d'identification du répertoire des entreprises
Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements
SI-VIC : système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles
SLD : soins de longue durée
SMPR : service médico-psychologique régional
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
Snatih : système national d'information sur l'hospitalisation
Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
SNS : stratégie nationale de santé
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
SSPI : salle de surveillance postinterventionnelle
SSR : soins de suite et de réadaptation
STSS : stratégie de transformation de notre système de santé

T

T2A : tarification à l'activité
TDS : territoire de démocratie sanitaire
TEP : tomographe à émission de positons

U

UCD : unité commune de dispensation
UFR : unité de formation et de recherche
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UM : unité médicale
UMD : unité pour malades difficiles
USLD : unité de soins de longue durée
USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine

PANORAMAS

Les établissements de santé

ÉDITION 2022

En 2020, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Ils ont été très affectés par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, qui s'est traduite par plusieurs ruptures majeures de tendances et une baisse sans précédent de l'activité hospitalière, dont une partie s'est reportée sur l'hospitalisation à domicile. La prise en charge hospitalière du Covid-19 a représenté 3,4 % des séjours d'hospitalisation complète et un quart des journées de réanimation en 2020. Elle a mobilisé d'importantes ressources et s'est notamment accompagnée d'un rebond des effectifs salariés dans les hôpitaux publics.

Dans son édition 2022, *Les établissements de santé* comprend exceptionnellement une synthèse consacrée aux effets du Covid-19 dans les établissements de santé, qui complète la vue d'ensemble. L'ouvrage détaille également, pour l'année 2020, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par discipline, les caractéristiques du personnel salarié (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire.

Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution du contexte juridique et institutionnel.

Dans la même collection SANTÉ

> La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
> Les dépenses de santé
> Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

ISBN : 978-2-11-162753-6 • ISSN (imprimé) : 2495-3687 • ISSN (en ligne) : 2553-1182 • Diffusion : S22-006