



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2021

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 2021

Les établissements de santé - édition 2021

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Manuella Baraton, Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Hélène Chaput, Simon Delage, Aurélie Delaporte, Christophe Dixte, Khadija Jabri, Candice Legris, Edouard Maugendre, Sandrine Morin, Diane Naouri, Jehanne Richet, Charline Sterchele, Fabien Toutlemonde, Annick Vilain, Albert Vuagnat

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial

Sabine Boulanger

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. Comme l'édition précédente, l'édition 2021 a été préparée dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. La publication de cet ouvrage a été maintenue dans le cadre du plan de continuité d'activité de la DREES, pour partager le plus largement les éléments statistiques les plus à jour décrivant le paysage hospitalier français.

Cette édition présente les données de l'année 2019, dernière année complète disponible, relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe¹, Guyane, La Réunion et Mayotte). Elle fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. L'ouvrage 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 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 de manière pédagogique à travers 32 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. L'édition 2021 comporte deux nouvelles fiches, la première consacrée à l'évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 2003, la seconde aux capacités d'accueil en soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue).

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). Les données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées, 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 2021

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	17
Données de cadrage	19
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	20
Fiche 02 • Les capacités d'accueil à l'hôpital	24
Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle	29
Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières	35
Fiche 05 • Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier	39
Fiche 06 • Les postes de personnel médical : médecins, odontologistes, pharmaciens, internes et sages-femmes	44
Fiche 07 • Les postes de personnel non médical salarié	50
Fiche 08 • Les salaires dans les établissements de santé	54
Fiche 09 • Les établissements de santé dans les DROM	60
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	67
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités	68
Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle	73
Fiche 12 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours	76
Fiche 13 • Les capacités d'accueil en soins critiques	80
Les autres disciplines hospitalières	85
Fiche 14 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	86
Fiche 15 • Les patients suivis en psychiatrie	92
Fiche 16 • Les établissements d'hospitalisation à domicile	97
Fiche 17 • Les patients hospitalisés à domicile	103
Fiche 18 • Les établissements de soins de suite et de réadaptation	108
Fiche 19 • La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation	113
Fiche 20 • Les parcours de soins hospitaliers	118
Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	123
Fiche 21 • Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie	124
Fiche 22 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	127
Fiche 23 • La naissance : les maternités	131

Fiche 24 • La naissance : caractéristiques des accouchements	135
Fiche 25 • La médecine d'urgence	139
Fiche 26 • Les interruptions volontaires de grossesse.....	143
Fiche 27 • La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé.....	148
La situation économique du secteur.....	155
Fiche 28 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux	156
Fiche 29 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins.....	160
Fiche 30 • La situation économique et financière des cliniques privées	164
Fiche 31 • La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif.....	170
Fiche 32 • La situation économique et financière des hôpitaux publics	175

Annexes

181

Annexe 1 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé.....	182
Annexe 2 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé.....	199
Annexe 3 • Glossaire.....	208



Vue d'ensemble ◀
Fiches thématiques
Annexes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, mais il a diminué de nouveau ces dernières années (-2 300 lits entre 2016 et 2019, soit 55 000 lits en 2019). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 en 2003 à 105 000 en 2019.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

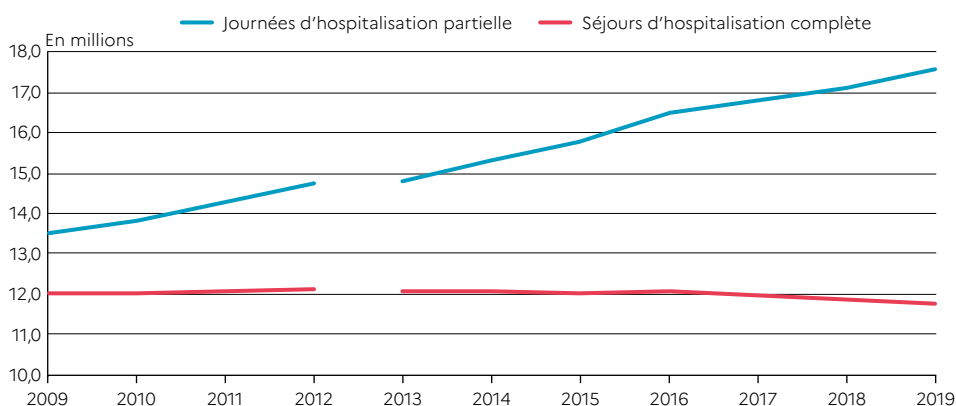
d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2019, notamment dans les 4 800 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

n.d. : non déterminé.

Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les Espic) et ceux à but lucratif (cliniques privées).

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis).

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

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



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

La meilleure rentabilité des établissements privés favorise leur désendettement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Données de cadrage

En France métropolitaine et dans les DROM, 3 008 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 393 000 lits d'hospitalisation complète et 79 000 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.

3 008 structures hospitalières offrent 393 000 lits et 79 000 places

Au 31 décembre 2019, 3 008 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DROM, 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 393 000 lits et 79 000 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. En 2019, 111 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 621 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. Au 1^{er} juillet 2016, ces dernières ont dû se rattacher à l'un des 135 GHT pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques durant l'année 2017 (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Le nombre d'établissements de santé recensés en 2019 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé¹. 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 2013 et 2019

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.

(-117 entités géographiques en six ans, soit -3,7 %). Cette diminution concerne surtout les hôpitaux publics (-66 entités en six ans, soit -4,6 %), et principalement des établissements de soins de longue durée ainsi que d'anciens hôpitaux locaux. Le nombre de structures de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-37 entités en six ans, soit -3,6 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a connu une baisse importante (-56 entités en six ans), le nombre de cliniques privées de lutte contre les maladies mentales ou de SSR a progressé

(+16 entités en six ans). Pour sa part, le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé plus modestement (-14 entités en six ans, soit -2,0 %).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 354 établissements publics, trois types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 179 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 ; 945 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2019

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Secteur public	1 420	1 354	257 073	241 345	41 784	43 210
CHR/CHU ¹	183	179	73 608	70 272	9 808	10 885
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	723	134 870	131 074	16 705	18 193
CH, anciens hôpitaux locaux	261	222	10 661	9 446	175	68
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 904	21 935	14 648	13 602
Autres établissements publics	158	138	12 030	8 618	448	462
Secteur privé non lucratif	685	671	58 261	56 385	12 961	14 753
CLCC ²	21	20	2 887	2 738	891	688
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	133	19 423	18 919	2 611	2 879
Établissements de soins de SSR	368	360	25 387	25 184	4 071	5 208
Autres établissements à but non lucratif	140	158	10 564	9 544	5 388	5 978
Secteur privé à but lucratif	1 020	983	98 269	94 863	17 164	20 757
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	478	58 152	51 073	13 296	14 076
Établissements de soins de SSR	335	343	27 044	29 316	2 671	4 517
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	153	12 571	14 076	1 197	2 105
Autres établissements à but lucratif	6	9	502	398	0	59
Ensemble	3 125	3 008	413 603	392 593	71 909	78 720

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. Après l'incendie du CHU de Guadeloupe, deux sites géographiques, à la même adresse que les cliniques privées prenant en charge leurs patients, ont été créés fictivement. Pour éviter un double-compte, ces deux établissements ne sont pas comptabilisés en 2019.

2. Deux CLCC n'apparaissent pas dans ce tableau car, en 2019, 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 multisisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les 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. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2019, traitements DREES.

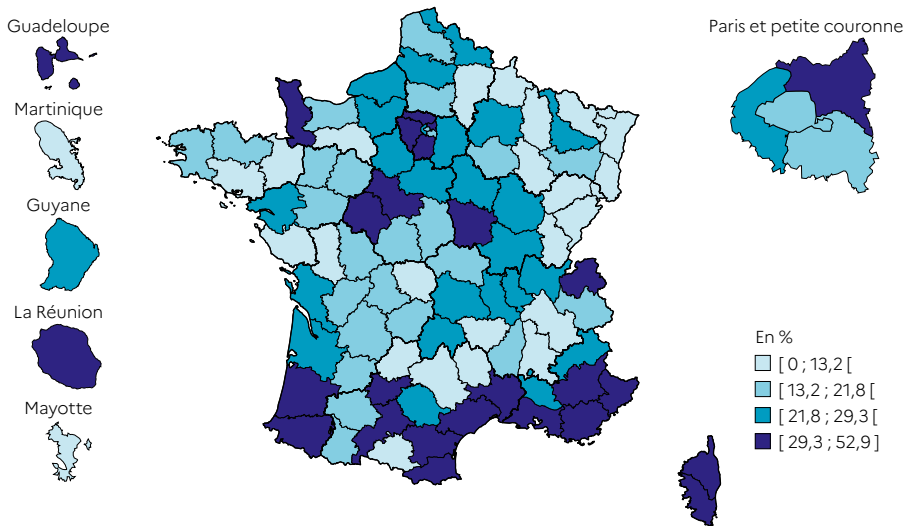
d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 92 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau 1). Enfin, les 138 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de soins de longue durée. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif (au nombre de 983), et les établissements privés à but non lucratif (671 au total). Ces derniers regroupent les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 651 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 onze 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 en 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 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 à l'exception d'un zoom sur la situation financière des Espic (voir fiche 31, « La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif »). 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).

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en 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 ? 5^e édition.

En 2019, 393 000 lits d'hospitalisation complète ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, service de santé des armées (SSA) compris, soit une diminution de 76 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. *A contrario*, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 79 000 places en 2019, soit une hausse de 29 000 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

Entre 2003 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 393 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris (*graphique 1*). Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre, ou de contraintes de personnel empêchant de maintenir les lits. 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. La fermeture 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).

Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) a ainsi diminué tout au long de la période (-34 000 lits en 16 ans). Mais ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 lits en 2019, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)¹. Elle a été particulièrement forte

en 2009 et 2010, mais depuis 2012, le nombre de lits se maintient entre 31 000 et 32 000.

En psychiatrie, dès les années 1970, des alternatives à l'hospitalisation ont été développées. Entre 2003 et 2019, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 4 600. Après s'être stabilisé autour de 57 000 lits de 2007 à 2016, il recule lentement depuis 2016.

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 7 400 lits dans les établissements publics entre 2003 et 2019, elle augmente de 4 000 lits dans les établissements privés à but lucratif, où elle représente 26 % de la capacité d'accueil en 2019.

De leur côté, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) progressent régulièrement, le nombre de lits passant de 92 000 en 2003 à 105 000 en 2019 (*graphique 1*). Cette progression est due principalement à la forte augmentation des capacités d'accueil des établissements privés à but lucratif (+12 300 lits depuis 2003). Leurs capacités d'accueil représentent 33 % de la capacité totale en SSR en 2019, contre 24 % en 2013.

Une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle

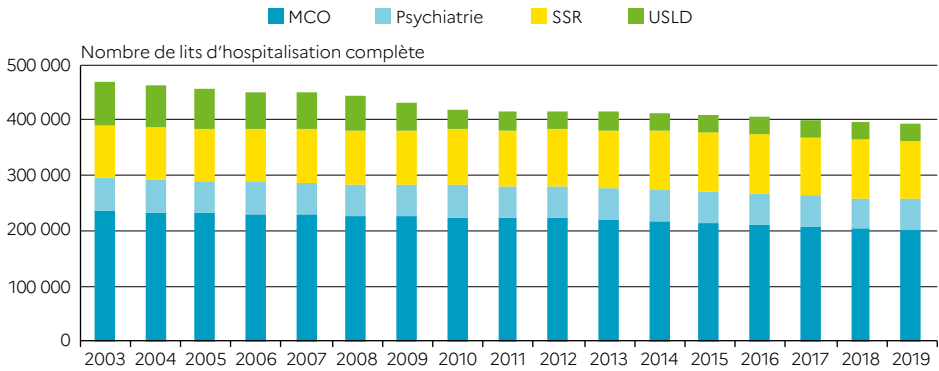
Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations technologiques médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de

1. 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.

l'hospitalisation partielle. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont depuis effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 79 000 places en 2019, soit 29 000 de plus qu'en 2003. En MCO, 14 000 places d'hospitalisation partielle ont été créées entre 2003 et 2013, venant compléter les 18 000 places existantes, ce qui représente une progression de 6,0 % par an en

moyenne (graphique 2). Depuis 2013, le nombre de places en MCO a progressé à un rythme plus modeste, notamment avec une hausse de 1,6 % en 2019 (+2,1 % en 2018). En psychiatrie, le nombre de places a augmenté lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 400 places, soit une hausse moyenne de 0,8 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation partielle est plus rapide : 10 000 places ont été créées en 16 ans, soit une capacité d'accueil multipliée par trois.

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

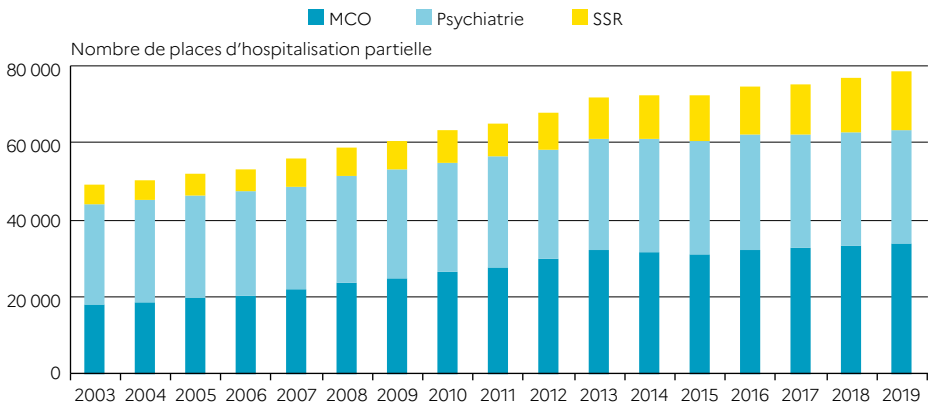


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2019, traitements DREES.

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



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

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2019, traitements DREES.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2019, 39 % des places d'hospitalisation partielle en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 60 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 38 % 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.

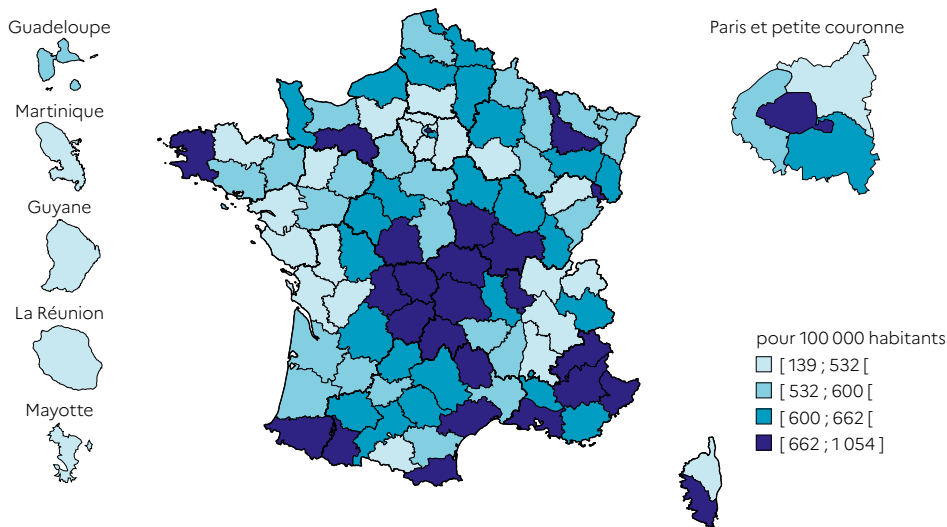
Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, la densité de lits et de places varie fortement selon les départements. Toutes disciplines confondues,

le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie de 139 à Mayotte à 900 ou plus dans le Cantal et les Hautes-Alpes (carte 1), cette hiérarchie n'étant pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue durée. Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 19 à Mayotte, à 186 en Haute-Vienne et 217 à Paris (carte 2).

Trois départements de la Nouvelle-Aquitaine, deux de la Bourgogne-Franche-Comté et trois de la région Paca se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation [CV]² de 24 %, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 28 % et de 35 %, hors Mayotte). ■

Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète en 2019 par département



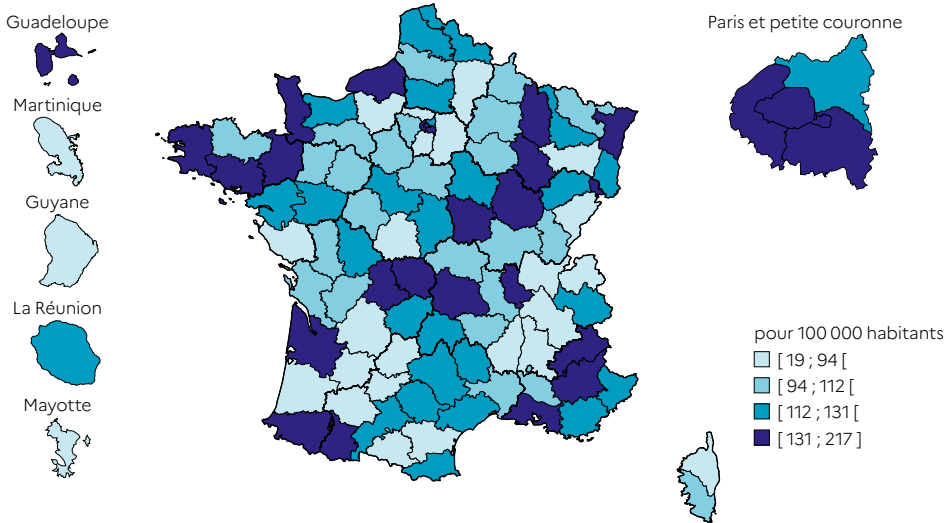
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

2. Le coefficient de variation de la densité de lits et de places d'hospitalisation par département est une mesure de la dispersion rapportant l'écart-type sur la moyenne, il s'avère d'autant plus élevé que la dispersion est importante.

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle en 2019 par département

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Définitions

Les capacités sont classées selon l'autorisation 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 2019, 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 ».

En France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier a pris en charge, en 2019, 11,7 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,6 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue, lui, de diminuer en 2019. Les portefeuilles d'activités des établissements de santé selon les modes de prise en charge et les grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement pris en charge par les établissements publics.

Les modes de prise en charge évoluent vers davantage d'hospitalisation partielle

Au cours de l'année 2019, les établissements de santé ont pris en charge 11,7 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,6 millions de journées en hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. Selon le mode de prise en charge, la répartition entre les grandes disciplines médicales varie fortement. En hospitalisation complète, 86 % des séjours¹ concernent la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 9 % les soins de suite et de réadaptation (SSR) et 5 % la psychiatrie. En hospitalisation partielle, 27 % des journées relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970. Les soins de courte durée représentent, pour leur part, 47 % des journées et le moyen séjour 26 %.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en 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. Dans le même temps, les prises en charge à temps partiel se sont développées, avec toutefois des disparités selon le statut juridique des établissements de santé et la discipline.

En 2019, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 2,6 %, les cliniques privées à but lucratif contribuant pour 75 % à cette progression. Dans les

établissements publics, l'activité partielle ne progresse que très légèrement (+0,1 %). Tous statuts d'établissements confondus, la hausse de l'hospitalisation partielle atteint 5,6 % en moyen séjour (SSR) et 3,7 % en court séjour (MCO). En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation partielle diminue à nouveau en psychiatrie (-1,8 %, après -1,9 % en 2018), en raison notamment de la baisse marquée observée dans les établissements publics.

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue de diminuer en 2019 (-1,1 %, après -1,0 % en 2018). En 2019, c'est en SSR que cette diminution est la plus marquée (-1,3 %), en particulier dans les hôpitaux publics (-3,0 %), tandis que dans les cliniques privées le nombre de journées d'hospitalisation complète de SSR poursuit sa progression (+0,4 %). En MCO et en psychiatrie, la diminution est de -0,9 %, avec des évolutions contrastées suivant le statut des établissements. En MCO, le recul est nettement plus marqué dans les cliniques privées (-2,8 %). En psychiatrie, comme en 2018, le nombre de journées d'hospitalisation complète baisse dans les hôpitaux publics (-2,0 %) alors qu'il progresse dans les cliniques privées (+2,1 %). Ces évolutions contribuent à accentuer la spécialisation existante des établissements par statut juridique (voir *infra*).

1. Hors séjours de soins de longue durée.

L'activité de soins de longue durée (SLD), mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, continue de reculer en 2019 (-2,1 %, après -1,3 %, en 2018), et s'élève à 10,5 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité dans cette discipline baisse depuis quinze ans, en raison de la transformation d'un

grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Stabilité des taux d'occupation des lits d'hospitalisation depuis 2013

En 2019, le taux d'occupation des lits est de 82,5 %, après 82,7 % en 2017 et 82,8 % en 2018.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2019

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 657 767	0,1	3 311 930	3,1	6 617 813	5,4	17 587 510	2,6
MCO ¹	3 396 428	4,2	756 629	6,9	4 050 530	2,7	8 203 587	3,7
Psychiatrie ²	3 220 363	-4,1	912 532	-2,0	658 440	11,8	4 791 335	-1,8
SSR	1 040 976	1,0	1 642 769	4,5	1 908 843	9,3	4 592 588	5,6
Séjours en hospitalisation complète³	7 763 832	-0,8	1 200 222	0,8	2 778 716	-1,9	11 742 770	-0,9
MCO ¹	6 949 336	-0,6	854 703	1,6	2 301 748	-2,2	10 105 787	-0,8
Psychiatrie	403 065	-3,8	67 640	-1,9	128 457	0,8	599 162	-2,6
SSR ⁴	411 431	-2,2	277 879	-1,0	348 511	-1,4	1 037 821	-1,6
Journées en hospitalisation complète	74 226 737	-1,4	16 007 471	-0,8	26 622 432	-0,5	116 856 640	-1,1
MCO ¹	41 530 045	-0,6	4 616 095	0,6	9 669 671	-2,8	55 815 811	-0,9
Psychiatrie	10 576 459	-2,0	2 101 977	-2,7	5 051 725	2,1	17 730 161	-0,9
SSR ⁴	12 697 850	-3,0	8 401 668	-1,1	11 689 847	0,4	32 789 365	-1,3
SLD	9 422 383	-2,2	887 731	-1,2	211 189	0,6	10 521 303	-2,1

Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)⁵

Séjours en hospitalisation complète	455 155	-0,1	56 200	0,0	136 787	-3,4	648 142	-0,8
Journées en hospitalisation complète	1 652 758	-0,6	204 179	-0,4	502 678	-3,6	2 359 615	-1,3

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. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

3. Non compris les séjours de soins de longue durée.

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

5. 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. Le nombre de journées diminue plus rapidement que le nombre de séjours, du fait de la baisse légère mais régulière de la durée moyenne de séjour pour ces bébés.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018-2019, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2018-2019, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

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

Selon le statut juridique des établissements, le taux d'occupation des lits en SSR et en psychiatrie 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.

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

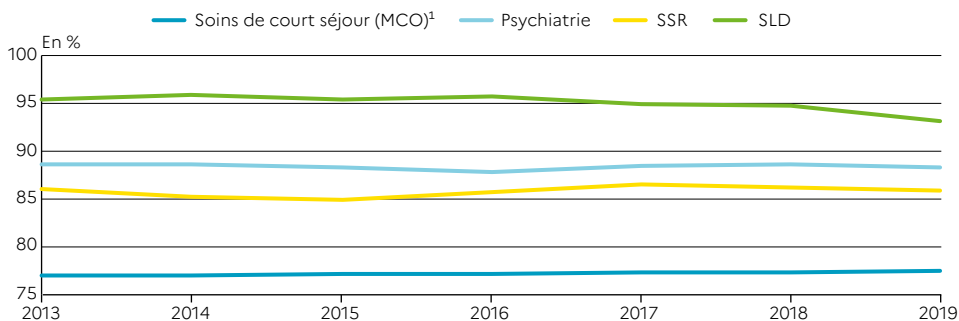
En MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 12,7 % dans les DROM et à 15,1 % en métropole (carte 1). Les taux métropolitains les plus bas se situent dans l'Ouest (12,6 % en Ile-et-Vilaine et

12,3 % en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France. Ils atteignent 19 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse, la Nièvre et en Saône-et-Loire. Dans ces départements ruraux, l'éloignement des établissements de santé ne favorise pas la prise en charge de certaines interventions en ambulatoire. De plus, la proportion d'habitants âgés de 65 ans ou plus y dépasse 25 %. Or c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

Spécialisation des activités selon le statut des établissements

La structure des activités des établissements de santé, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon leur statut juridique (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 privées réalisent 49 % des séjours d'hospitalisation partielle.

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

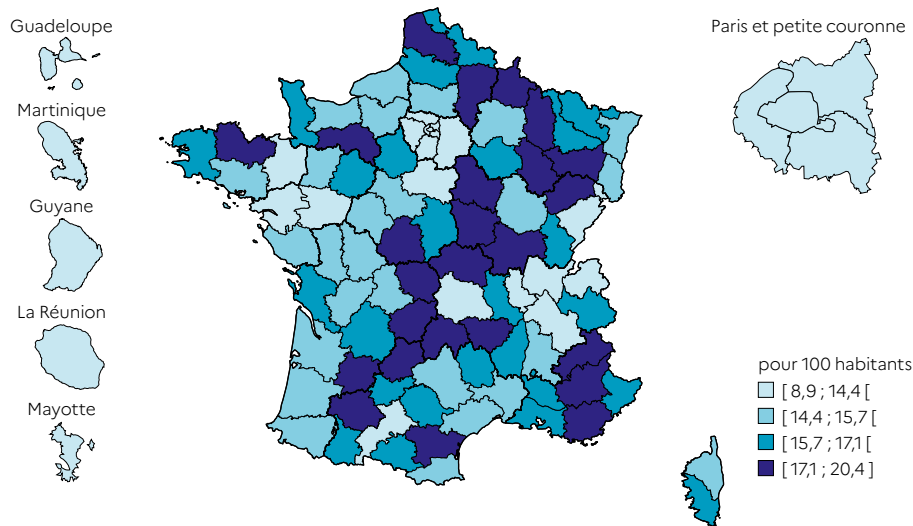
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013 à 2019, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2013 à 2019, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

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

Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques à temps complet (67 %) et des journées d'hospitalisation partielle (67 %). En complément, 21 % 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.

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète en 2019 par département



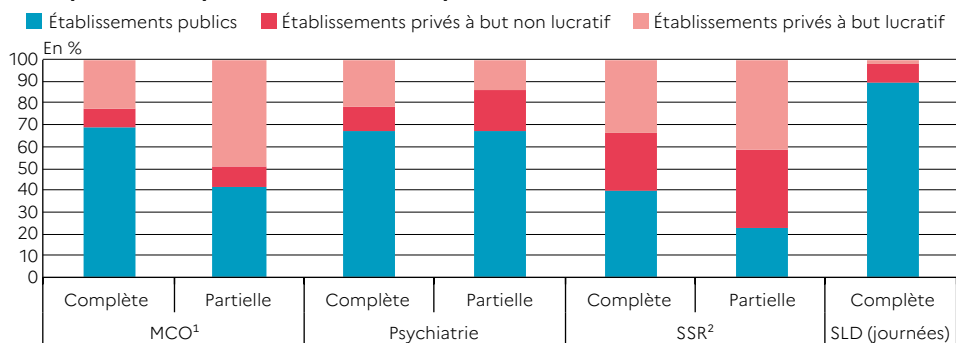
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2019



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 complète et de journées pour l'hospitalisation partielle. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

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 42 % 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 médicaux³.

Les nouveau-nés restés auprès de leur mère

En 2019, 650 000 séjours de médecine et 2,4 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 informations sur cette activité seront désormais publiées chaque année par la DREES à titre d'information complémentaire, car elle n'est pas comptabilisée dans l'activité de MCO du tableau 1 de cette fiche, comme dans l'ensemble de cet ouvrage. Les agrégats habituels sur le MCO ne prennent en compte que l'activité d'hospitalisation relative aux nouveau-nés accueillis en néonatalogie, en soins intensifs ou en réanimation néonatale.

En 2019, le nombre de séjours de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue de 0,8 %, compte tenu notamment de la baisse des naissances. La baisse est un peu plus forte (-1,3 %) pour le nombre de journées d'hospitalisation complète associées, en raison du recul lent mais régulier de la durée moyenne de séjours de ces nouveau-nés. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2019, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 en hospitalisation complète, journées en 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

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 ●●●

3. Voir tableaux complémentaires disponibles en ligne.



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 ».

En 2019, les établissements de santé ont réalisé 17,6 millions de journées en hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total de près de 79 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 14,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que 6,0 millions de journées d'hospitalisation à domicile. Près de 276 000 patients bénéficient également de consultations mémoire dans les 558 entités réparties sur le territoire. Les unités de soins palliatifs (USP) fournissent 1 880 lits, auxquels s'ajoutent 5 600 lits dédiés à ces soins et situés hors de ces unités.

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent de se développer

La fermeture de lits d'hospitalisation complète traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue progressivement depuis la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger. Cette transformation a été rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Grâce à elles, le nombre de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation a progressivement augmenté. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création 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 »).

En 2019, 47 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour (dont plus de la moitié en médecine), 27 % en psychiatrie et 26 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [tableau 1]. L'hospitalisation partielle continue

de progresser en court séjour (+3,7 %, après +2,8 % en 2018) et en SSR (+5,6 % en 2019, après +5,4 % en 2018). Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir fiches 16 et 17, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile »).

La hausse des traitements ambulatoires se poursuit avec 14,2 millions de séances

En France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires sont également comptabilisés, en particulier 7,2 millions de séances de dialyse, 4,1 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie (tableau 2). Comme le nombre de journées en hospitalisation partielle, celui des séances progresse régulièrement depuis plusieurs années. En 2019, le nombre total de séances augmente ainsi de 2,4 %.

La grande majorité 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. Les 26 sites de centres de lutte contre le cancer (CLCC)¹ prennent en charge, relativement à leur nombre, une grande partie de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont pratiqué 14 % des séances

1. Il s'agit du nombre total de sites, qu'ils disposent ou non des 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.

de chimiothérapie et 21 % de celles de radiothérapie en 2019. Enfin, environ 530 000 personnes ont été transfusées (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2020). 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.).

Le nombre de patients pris en charge par les consultations mémoire augmente

Le plan Alzheimer 2008-2012 préconisait de renforcer l'équipement en consultations mémoire. En 2019, 558 entités déclarent disposer d'une

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2019

	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	2 291	10 591	441	1 577	1 989	1 473	4 721	13 641
chirurgie	889	5 634	304	1 873	2 026	11 464	3 219	18 971
gynéco-obstétrique	216	1 002	12	77	36	101	263	1 180
Total MCO¹	3 396	17 227	757	3 527	4 051	13 038	8 204	33 792
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie²	3 220	22 140	913	5 438	658	2 189	4 791	29 767
Hospitalisation partielle en SSR	1 041	3 843	1 643	5 788	1 909	5 530	4 593	15 161
Total	7 658	43 210	3 312	14 753	6 618	20 757	17 588	78 720
HAD ³	1 461	4 569	3 473	11 127	1 054	3 601	5 988	19 297

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.

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 2019, 8,2 millions de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées en MCO, en mobilisant 33 792 places.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2019, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2019, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2019 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	1 521 684	600 455	737 860	2 859 999
Radiothérapie	1 014 872	1 138 576	1 963 881	4 117 329
Séances sur malades ambulatoires	997 147	1 117 340	1 942 789	4 057 276
Séances sur malades hospitalisés	17 725	21 236	21 092	60 053
Dialyse	1 702 305	2 822 238	2 656 944	7 181 487
Total	4 238 861	4 561 269	5 358 685	14 158 815

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 3). Il s'agit, dans 87 % des cas, d'établissements publics (dont 67 % de centres hospitaliers et 13 % de CHR), d'établissements privés à but non lucratif dans 8 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 276 000 patients différents au cours de l'année 2019. Il s'agit de la file active² la plus nombreuse des cinq dernières années et, comme chaque année, elle comporte 49 % de nouveaux patients. Ce sont des consultations labellisées³ pour 79 % des patients. Des groupes de parole destinés aux aidants ont été mis en place par 204 unités.

Les capacités d'accueil en soins palliatifs continuent de se développer

En France métropolitaine et dans les DROM, 160 unités de soins palliatifs (USP) sont dénombrées en 2019 (après 157 en 2017 et 139 en 2015). Celles-ci totalisent 1 880 lits, leurs capacités d'accueil sont en progression régulière ces dernières

années (1 765 lits en 2017 et 1 550 lits en 2015). Elles sont présentes en MCO ou en moyen séjour. Par ailleurs, 5 600 lits sont identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors des USP. Ces capacités sont également en hausse par rapport au dernier relevé (5 200 lits en 2017). Enfin, 417 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au chevet des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures (421 en 2017). Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne prodiguent pas de soins.

Le nombre de passages aux urgences ralentit

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 22,0 millions de passages en 2019. Entre 2016 et 2019, leur nombre a augmenté de 1,5 % par an en moyenne, contre 3,7 % entre 2013 et 2016, indiquant pour la première fois des signes de ralentissement. 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 2019

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	484	45	29	558
consultation mémoire labellisée	376	33	13	422
File active, dont :	248 152	18 738	9 634	276 524
nouveaux patients	122 744	8 369	4 458	135 571
Groupe de parole destiné aux aidants	181	14	9	204

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

2. La file active correspond au nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation au cours de l'année.

3. 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 2019 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 en hospitalisation complète, journées en 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

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 R6121-4 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 soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On compte 26 sites de CLCC sur le territoire métropolitain.

Pour en savoir plus

- > **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2020, juillet). Rapport d'activité hémovigilance 2019.
- > **Baubeau, D., Carrasco, V., Mermilliod, C.** (2005, mars). L'activité de radiothérapie en 2002. DREES, *Études et Résultats*, 387.
- > **Baubeau, D., Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.

Entre fin 2003 et fin 2018, les effectifs salariés du secteur hospitalier ont progressé de 13 %, passant de 1,20 million à 1,36 million de salariés. Le personnel médical en représente une part croissante. Le rythme de progression des effectifs salariés hospitaliers fléchit depuis 2010. En 2018, les effectifs salariés hospitaliers sont même en recul pour la deuxième année consécutive (-0,4 %, après -0,3 % en 2017). Cette baisse concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé. En 2019, les effectifs salariés du secteur hospitalier public connaissent un léger rebond et progressent de 0,2 %.

Entre fin 2003 et fin 2018, les effectifs salariés du secteur hospitalier ont progressé de 13 % (soit 0,8 % par an en moyenne), passant de 1,20 million de salariés à 1,36 million de salariés (*graphique 1*). La part des effectifs du secteur privé a également progressé au cours de la même période, passant de 21,7 % à 22,8 %, reflet d'une progression de ces effectifs plus rapide (+19 %) que dans le secteur public (+12 %).

Le personnel médical représente une part croissante des effectifs salariés hospitaliers

C'est pour le personnel médical au sens large (médecins et assimilés, internes et sages-femmes) que la progression est la plus forte entre fin 2003 et fin 2018. Sa part dans les effectifs salariés hospitaliers est passée de 10,2 % à 11,9 % 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 a progressé de 21 %, celui des internes et faisant fonction d'internes (FFI) de 80 % et celui des sages-femmes de 34 %. La tendance s'est cependant inversée pour les sages-femmes du secteur hospitalier privé depuis quelques années. Leur nombre recule désormais (-3,5 % entre fin 2013 et fin 2018), dans un contexte où le secteur privé réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé (voir fiche 23, « La naissance : les maternités »). Dans le secteur public, en revanche, le nombre

de sages-femmes continue de progresser (+3,8 % entre fin 2013 et fin 2018).

Les effectifs d'infirmiers ont augmenté de 23 % entre fin 2003 et fin 2018. Leur part dans les effectifs salariés a également progressé, passant de 24,1 % à 26,1 % au cours de la même période. La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (21,1 % fin 2018) et du personnel administratif (10,8 % fin 2018) est restée globalement stable depuis quinze ans.

La part des « autres personnels soignants » (agents de service hospitalier, personnel de rééducation et cadres infirmiers notamment) a reculé ces dernières années, passant de 16,5 % fin 2013 à 15,4 % fin 2018. Cette situation reflète la baisse sensible des effectifs salariés de cette catégorie dans le secteur hospitalier public (-8,2 % entre fin 2013 et fin 2018), 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 soignants sont moins dépendants des contrats aidés et ont continué d'augmenter jusqu'en 2017.

En 2018, les effectifs salariés hospitaliers diminuent pour la deuxième année consécutive

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de 1,6 % fin 2010 à 0,3 % fin 2016. En 2017,

ils diminuent de 0,3 %, pour la première fois depuis quinze ans, recul qui se confirme en 2018 (-0,4 % fin 2018). Cette baisse est observée aussi bien dans le secteur hospitalier public que privé (tableau 1).

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers reculent de 0,3 % en 2018 (-2 900 salariés). Cette baisse concerne presque uniquement les « autres personnels soignants », dont le nombre de salariés continue de se replier en 2018 (-2,7 %, soit -4 200 salariés), en raison notamment de la baisse du nombre de contrats aidés dans la FPH. Les effectifs d'aides-soignants diminuent aussi, de 0,2 %. En parallèle, les effectifs de personnel médical du secteur public continuent d'augmenter en 2018 (+0,8 %, soit +1 000 salariés), plus fortement que les effectifs salariés d'infirmiers (+0,1 %) et de personnels non soignants (+0,2 %).

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

administrative (-1,1 %) et, plus modestement, dans la catégorie des infirmiers (-0,2 %). Le nombre de sages-femmes du secteur privé continue de reculer (-2,1 % fin 2018). En revanche, les effectifs salariés des autres catégories de personnel médical (médecins et assimilés, internes et FFI) connaissent une nouvelle progression en 2018, un peu plus rapide que celle observée dans le public.

En 2019, les effectifs salariés du secteur hospitalier public connaissent un léger rebond

Les données utilisées pour calculer l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier permettent de fournir une estimation à fin 2019 uniquement pour le secteur public (voir encadré Sources et méthodes). Ces données indiquent qu'en 2019, les effectifs salariés du secteur hospitalier public connaissent un léger rebond et progressent de 0,2 % (+2 100 salariés).

Comme le nombre de contrats aidés dans la FPH cesse progressivement de baisser, le nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » diminue plus doucement en 2019 (-0,4 %, après -2,7 % en 2018). Ce contexte favorise la quasi-stabilisation des effectifs de

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 métropolitaine et DROM (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy, incluant Mayotte), 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	Évolution 2013-2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2018-2019
Salariés du secteur hospitalier public	1 046 984	1 053 661	1 054 546	1 053 194	1 051 282	1 048 366	1 050 427	0,1%	-0,3%	0,2%
Personnel médical	128 888	130 830	132 941	133 571	135 301	136 318	138 736	5,8%	0,8%	1,8%
Médecins et assimilés	88 788	89 221	89 713	89 865	90 709	90 877	92 168	2,4%	0,2%	1,4%
Internes et FFI	27 422	28 719	30 274	30 769	31 532	32 284	33 279	17,7%	2,4%	3,1%
Sages-femmes	12 678	12 890	12 954	12 937	13 060	13 157	13 289	3,8%	0,7%	1,0%
Personnel non médical soignant	645 100	648 916	648 065	646 997	643 032	638 606	638 208	-1,0%	-0,7%	-0,1%
Infirmiers	257 978	260 262	260 952	262 756	262 839	263 105	263 247	2,0%	0,1%	0,1%
Aides-soignants	225 091	226 562	227 079	226 705	227 269	226 741	226 748	0,7%	-0,2%	0,0%
Autres personnels soignants	162 031	162 092	160 034	157 536	152 924	148 760	148 213	-8,2%	-2,7%	-0,4%
Personnel non médical non soignant	272 996	273 915	273 540	272 626	272 949	273 442	273 483	0,2%	0,2%	0,0%
Filière administrative	105 844	106 189	106 278	105 468	105 394	105 450	105 371	-0,4%	0,1%	-0,1%
Autres personnels non soignants	167 152	167 726	167 262	167 158	167 555	167 992	168 112	0,5%	0,3%	0,1%
Salariés du secteur hospitalier privé	303 107	307 001	308 753	313 784	311 438	309 277	n.d.	2,0%	-0,7%	n.d.
Personnel médical	22 904	23 499	23 856	24 687	24 812	25 020	n.d.	9,2%	0,8%	n.d.
Médecins et assimilés	16 726	17 141	17 469	18 196	18 323	18 583	n.d.	11,1%	1,4%	n.d.
Internes et FFI	2 201	2 365	2 434	2 512	2 570	2 599	n.d.	18,1%	1,1%	n.d.
Sages-femmes	3 977	3 993	3 953	3 979	3 919	3 838	n.d.	-3,5%	-2,1%	n.d.
Personnel non médical soignant	208 459	210 498	211 631	214 540	213 414	211 332	n.d.	1,4%	-1,0%	n.d.
Infirmiers	86 945	88 491	89 412	91 091	90 866	90 677	n.d.	4,3%	-0,2%	n.d.
Aides-soignants	60 268	60 620	60 648	61 260	59 899	59 840	n.d.	-0,7%	-0,1%	n.d.
Autres personnels soignants	61 246	61 387	61 571	62 189	62 649	60 815	n.d.	-0,7%	-2,9%	n.d.
Personnel non médical non soignant	71 744	73 004	73 266	74 557	73 212	72 925	n.d.	1,6%	-0,4%	n.d.
Filière administrative	40 678	41 268	41 287	42 100	42 246	41 775	n.d.	2,7%	-1,1%	n.d.
Autres personnels non soignants	31 066	31 736	31 979	32 457	30 966	31 150	n.d.	0,3%	0,6%	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	1 350 091	1 360 662	1 363 299	1 366 978	1 362 720	1 357 643	n.d.	0,6%	-0,4%	n.d.
Personnel médical	151 792	154 329	156 797	158 258	160 113	161 338	n.d.	6,3%	0,8%	n.d.
Personnel non médical soignant	853 559	859 414	859 696	861 537	856 446	849 938	n.d.	-0,4%	-0,8%	n.d.
Personnel non médical non soignant	344 740	346 919	346 806	347 183	346 161	346 367	n.d.	0,5%	0,1%	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 métropolitaine et DROM (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy, incluant Mayotte), y compris le SSA.

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

personnel soignant non médical (-0,1 % en 2019, après -0,7 % en 2018). La levée de ce frein explique l'essentiel du rebond des effectifs salariés hospitaliers du public.

Dans le même temps, la progression des effectifs salariés de personnel médical du secteur

hospitalier public s'accroît et atteint 1,8 % en 2019 (après +0,8 % en 2018). Cette accélération concerne les trois catégories de personnel médical suivies ici (tableau 1). Enfin, les effectifs salariés de personnel non soignant sont stables en 2019 dans le secteur hospitalier public. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Effectifs salariés, en personnes physiques, rémunérés au 31 décembre par les établissements du secteur hospitalier en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte, hors Saint-Martin, 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 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 de santé (SAE), mais en étant un peu plus large en raison de la maille utilisée qui est le Siret. Il peut ainsi 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.

Source

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 FFI, 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 pour « 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 pouvoir 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 pour 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, juillet). *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** (2020, décembre). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2020.

> **Donzeau N., Pons Y.** (2021, mars). En 2019, l'emploi augmente dans les trois versants de la fonction publique. Insee, *Insee Première*, 1842.

Fin 2019, les établissements de santé comptent 212 000 postes de personnel médical (médecins, odontologistes, pharmaciens, internes ou sages-femmes). Ces postes se trouvent essentiellement dans les établissements publics : c'est le cas de 93 % des postes d'internes et faisant fonction d'internes et de 77 % des postes de sages-femmes. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes, 83 % des postes de salariés se trouvent à l'hôpital public, alors que les postes de libéraux sont concentrés à hauteur de 84 % dans les établissements privés à but lucratif.

Plus des deux tiers des postes de personnel médical relèvent des hôpitaux publics

Fin 2019, les établissements de santé comptent 212 000 postes de personnel médical : 118 000 postes de médecins, odontologistes et pharmaciens¹ salariés, 42 000 postes de médecins libéraux, 36 000 postes d'internes et faisant fonction d'internes (FFI) et 17 000 postes de sages-femmes (*tableau 1*). Plus des deux tiers de ces postes de personnel médical relèvent des hôpitaux publics, 20 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Au sein des établissements publics, les médecins occupent essentiellement des postes salariés (98 %). Il s'agit principalement de postes de praticiens hospitaliers, qui représentent 58 % des équivalents temps plein (ETP) de médecins des établissements publics (*tableau 2*). Les postes d'attachés, assistants et praticiens hospitalo-universitaires titulaires représentent respectivement 11 %, 8 % et 4 % des ETP de médecins dans les hôpitaux publics. Ces établissements comptent également près de 2 000 postes de praticiens libéraux (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », sur les différents statuts des personnels des établissements de santé).

Dans les établissements privés à but non lucratif, 75 % des postes de médecins sont salariés au 31 décembre 2019. Dans les cliniques privées,

en revanche, les libéraux sont largement majoritaires (84 % des postes fin 2019).

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent 61 % des postes de praticiens salariés

Parmi les postes de médecins salariés ou libéraux dans les établissements de santé, 61 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (y compris anesthésie-réanimation et pédiatrie, mais hors psychiatrie) (*tableau 3*). La part des postes relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 62 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Ces dernières se consacrent davantage à la chirurgie. La moindre proportion de postes de praticiens dédiés à la biologie médicale dans le secteur privé (à but lucratif ou non) traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

Le troisième cycle des études de médecine s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat, ce qui n'est pas forcément le cas pour les études de pharmacie et d'odontologie. De ce fait, parmi les postes d'internes occupés fin 2019, plus de neuf étudiants sur dix (93 %) sont inscrits en médecine (*tableau 1*). La répartition des internes reflète toutefois celle des professions,

1. Dans la suite de cette fiche, par souci de simplification, le terme « médecins » regroupe les médecins, les odontologistes et les pharmaciens.

si bien que le nombre de postes d'internes pour un poste de praticien est aussi élevé en médecine qu'en pharmacie (0,3 poste d'interne pour un poste de praticien). Fin 2019, les postes de

FFI représentent 12 % de l'ensemble des postes d'internes et FFI, une proportion qui continue d'augmenter régulièrement depuis 2013, date à laquelle elle était de 7 %.

Tableau 1 Nombre de postes de personnel médical dans les établissements de santé au 31 décembre 2019

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens	99 519	19 443	40 587	159 549
Salariés	97 713	14 569	5 600	117 882
Libéraux	1 806	4 874	34 987	41 667
Internes et FFI	33 279	2 393	252	35 924
Internes	29 190	2 137	249	31 576
Médecine (médecine générale et spécialités médicales)	27 189	2 027	240	29 456
Pharmacie	1 673	110	8	1 791
Odontologie	328	-	1	329
Faisant fonction d'internes (FFI)	4 089	256	3	4 348
Sages-femmes	13 020	1 328	2 572	16 920
Total	145 818	23 164	43 411	212 393

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des postes de personnel médical salarié dans les établissements de santé en 2019

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des postes de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés	72 203	10 056	3 716
ETP des hospitalo-universitaires titulaires ¹	3 183	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers	42 188	n.d.	n.d.
ETP des assistants	5 944	n.d.	n.d.
ETP des hospitalo-universitaires non titulaires	2 158	n.d.	n.d.
ETP des attachés	7 786	n.d.	n.d.
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	10 943	n.d.	n.d.
ETP des postes d'internes et FFI	31 994	1 903	229,12
ETP des postes de sages-femmes	11 817	1 090	2 108
ETP des postes de titulaires et de stagiaires de la fonction publique	9 364	-	-
ETP des postes en CDI	460	916	1 782
ETP des postes en CDD	1 993	174	326

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; FFI : faisant fonction d'interne ; n.d. : non disponible.

1. Par convention, les postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.

Note > La répartition par statut des praticiens salariés n'est demandée que pour le secteur public.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Les postes d'internes et FFI sont concentrés dans le public et en court séjour

Au 31 décembre 2019, 93 % des postes d'internes et FFI (soit 33 000 postes) se trouvent dans les établissements publics, dont ils représentent 23 % des postes de personnel médical. Ils sont principalement présents en CHU (56,5 % de l'ensemble des postes d'internes et FFI) et en centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) [24,1 %], où se concentrent la majorité des services agréés pour l'accueil des étudiants de troisième cycle des études de médecine (tableau 4). Le nombre de postes d'internes et FFI par poste de praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,49 poste d'interne et FFI pour un poste de praticien en CHU, contre 0,29 en grand CH). Toutes disciplines confondues dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,68 interne et FFI pour 100 séjours fin 2019, contre 0,37 en

moyenne pour l'ensemble des établissements de santé.

Les postes d'internes et FFI sont au nombre de 2 400 dans les établissements privés à but non lucratif à fin 2019, contre moins de 300 dans les cliniques privées.

La majorité des postes d'internes et FFI (86 % des ETP) se trouvent dans les services de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), reflet de la forte proportion (85 % des ETP) de médecins salariés travaillant en MCO (tableau 5). C'est en psychiatrie que le volume d'ETP de postes d'internes et FFI par praticien salarié est le plus faible (0,32). Les internes et FFI de ces services travaillent majoritairement dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS). Néanmoins, rapporté au nombre de séjours en hospitalisation complète, le nombre de postes d'internes et FFI est nettement plus élevé dans les services de psychiatrie des CHU (2,2 postes pour 100 séjours) que dans les CHS (0,38 poste pour 100 séjours).

Tableau 3 Postes de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé au 31 décembre 2019, selon la spécialité

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Spécialités médicales					
Médecine générale ¹	12 445	2 586	2 908	17 939	11,2
Médecine d'urgence ¹	5 521	341	809	6 671	4,2
Anesthésie-réanimation	7 884	1 358	3 915	13 157	8,2
Pédiatrie	4 723	531	596	5 850	3,7
Autres spécialités médicales	31 530	7 781	15 030	54 341	34,1
Spécialités non médicales					
Gynécologie-obstétrique	3 888	663	1 625	6 176	3,9
Spécialités chirurgicales	11 448	2 681	11 994	26 123	16,4
Biologie médicale	3 437	188	431	4 056	2,5
Psychiatrie	8 356	1 410	1 389	11 155	7,0
Pharmacie	5 763	1 336	1 358	8 457	5,3
Autres	4 524	568	532	5 624	3,5
Total	99 519	19 443	40 587	159 549	100

1. À la suite de la création du diplôme DES de médecine d'urgence, les praticiens en médecine d'urgence ne sont plus comptabilisés en médecine générale, contrairement aux années antérieures à 2018.

Lecture > 11,2 % des postes de personnel médical (hors postes d'internes et de sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2019.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Les trois quarts des postes de sages-femmes relèvent de l'hôpital public

Au 31 décembre 2019, 77 % des postes de sages-femmes sont concentrés dans les établissements publics, dont ils constituent 9 % des postes de

personnel médical (tableau 1). Dans ces hôpitaux, les postes de titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière² représentent 79 % en ETP des postes de la profession, tandis que la part des CDD est de 17 % (tableau 2).

Tableau 4 Postes d'internes et faisant fonction d'internes en établissement de santé au 31 décembre 2019, selon la catégorie d'établissements

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHU	CH de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS)				
Internes (nombre de postes)	18 882	6 738	3 570	2 137	831	249	31 576
Internes (%)	59,8	21,3	11,3	6,8	2,6	0,8	100
FFI (nombre de postes)	1 423	1 928	738	256	53	3	4 348
FFI (%)	32,7	44,3	17,0	5,9	1,2	0,1	100
Total internes et FFI (nombre de postes)	20 305	8 666	4 308	2 393	884	252	35 924
Total internes et FFI (%)	56,5	24,1	12,0	6,7	2,5	0,7	100
Total du personnel médical¹ (nombre de postes)	41 630	30 006	23 057	12 101	2 746	7 853	114 647
Total du personnel médical¹ (%)	36,3	26,2	20,1	10,6	2,4	6,8	100
Séjours en hospitalisation complète ² (nombre)	2 970 224	3 111 054	2 032 050	886 232	142 647	654 043	9 653 603
Séjours en hospitalisation complète ² (%)	30,8	32,2	21,0	9,2	1,5	6,8	100
Ratio internes et FFI/personnel médical	0,49	0,29	0,19	0,20	0,32	0,03	0,31
Ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,68	0,28	0,21	0,27	0,62	0,04	0,37

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; FFI : faisant fonction d'internes ; HAD : hospitalisation à domicile ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

1. Le personnel médical, hors sages-femmes, comprend les postes salariés et libéraux des établissements accueillant des internes ou des FFI.

2. Les séjours en hospitalisation complète sont uniquement ceux des établissements accueillant des internes ou des FFI (en MCO, psychiatrie, SSR, USLD ou HAD).

Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes et de FFI que les autres établissements de santé : ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète de, respectivement, 0,68 et 0,62, contre moins de 0,28 dans les autres établissements.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

2. Dans les hôpitaux publics, les sages-femmes peuvent relever du statut de la fonction publique hospitalière, contrairement à d'autres catégories de personnel médical comme les praticiens hospitaliers (PH) ou les personnels non titulaires.

23 % des postes de sages-femmes relèvent du secteur privé. Ils sont deux fois plus nombreux dans les cliniques privées (2 600 postes fin 2019) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 300 postes), reflétant notamment la répartition

des maternités et des capacités d'accueil en obstétrique entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. Dans les établissements privés, les postes de sages-femmes en CDI représentent 84 % des ETP (tableau 2). ■

Tableau 5 Répartition, en ETP, des postes d'internes et faisant fonction d'internes en établissement de santé en 2019, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Postes d'internes et faisant fonction d'internes		Postes de personnel médical salarié ¹		Ratio postes d'internes/postes de personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 714	5,0	1 377	1,8	1,24
MCO	29 211	85,6	64 059	85,1	0,46
Psychiatrie	2 434	7,1	7 697	10,2	0,32
HAD	50	0,1	99	0,1	0,50
SSR	669	2,0	1 965	2,6	0,34
SLD	49	0,1	117	0,2	0,42
Ensemble des disciplines	34 126	100	75 316	100	0,45

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein annuel moyen rémunéré.

1. Dans ce tableau, contrairement au tableau 4, les ETP des postes d'internes sont rapportés aux ETP des seuls postes de médecins salariés (hors sages-femmes), car la répartition des postes de libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.

2. L'administration gère, entre autres, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et accueille beaucoup d'internes de santé publique, même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel médical, y compris internes, faisant fonction d'internes et sages-femmes, des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), occupés au 31 décembre 2019. Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE. ●●●



Définitions

- > **Personnel médical** : il est composé des médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), en formation, ainsi que les sages-femmes.
- > **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, mais ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009.
- > **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond, en général, à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.
- > **Statuts à l'hôpital public** : le personnel médical du secteur public a principalement le titre de praticien hospitalier (PH). Il occupe des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps plein ou à temps partiel (1 à 10 vacations hebdomadaires maximum) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.
- > **Faisant fonction d'internes (FFI)** : ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquiescer une spécialisation ou un diplôme complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de faisant fonction d'internes. L'exercice en France de ces médecins est conditionné par une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.
- > **Équivalent temps plein (ETP)** : il correspond ici à l'équivalent temps plein annuel moyen rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., Millien, C., et al.** (2018, mai). 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1061.
- > **Anguis, M.** (2017, mars). En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES, *Études et Résultats*, 1006.
- > **Barlet, M. et Marbot, C. (dir.)** (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Fin 2019, les postes de personnel non médical salarié, soignant ou non, représentent plus de 1,1 million de postes salariés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, service de santé des armées compris. Près des trois quarts d'entre eux se trouvent dans des établissements publics et près de six sur dix sont occupés par des titulaires ou des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des postes de personnel non médical se concentrent dans les hôpitaux publics

Les postes de personnel non médical salarié dans les établissements de santé sont au nombre de 1,1 million au 31 décembre 2019. Près des trois quarts de ces postes se concentrent dans les hôpitaux publics (815 000 postes). Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (respectivement 144 000 et 151 000 postes) [tableau 1].

Les postes de personnel soignant non médical (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, etc.) représentent 69 % de l'ensemble des postes de personnel non médical fin 2019, soit 766 000 postes. Les hôpitaux publics concentrent 72 % de ces postes, les cliniques privées 15 % et les établissements privés à but non lucratif 13 %.

Parmi les postes de personnel soignant, ceux d'infirmiers et d'aides-soignants sont majoritaires (respectivement 45 % et 32 % des postes fin 2019). Ceux de rééducateurs et psychologues occupent une part plus modeste (7 % des postes de personnel non médical soignant à eux deux). Ils sont relativement plus présents dans les établissements privés à but non lucratif que dans les autres établissements : leur part dans l'ensemble des postes de personnel non médical soignant y atteint 11 %, contre 6 % dans les hôpitaux publics et les cliniques privées (tableau 1). Cela reflète, en partie, la prépondérance du secteur privé à but non lucratif dans les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) [voir fiche 18, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »].

76 % des postes de personnel non soignant se trouvent dans les hôpitaux publics, et 11 % dans les cliniques privées. Les postes techniques et médico-techniques sont très concentrés dans les établissements publics (82 %). C'est également le cas des postes de personnel éducatif et social (70 %), mais dans une moindre mesure, car les établissements privés à but non lucratif en rassemblent un nombre important (22 % des postes de ce type).

Considérés en équivalents temps plein (ETP), 66 % des postes non médicaux de la section hôpital (c'est-à-dire hors administration) sont mobilisés dans des unités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [tableau 2]. Les postes non médicaux en psychiatrie et en SSR représentent, quant à eux, respectivement 15 % et 14 % des ETP. Cette répartition est très stable depuis 2013.

Les titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière occupent 58 % des postes de personnel non médical

Fin 2019, sur plus de 1,1 million de postes de personnel non médical des établissements de santé, 58 % d'entre eux, soit 646 000, sont des postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière, 321 000 sont des contrats à durée indéterminée (CDI) et 143 000 des contrats à durée déterminée (CDD) [tableau 3].

Pour le personnel non médical soignant, la répartition par statut des postes est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical. Toutefois, cette répartition varie pour certaines catégories. Ainsi, les postes de rééducateurs et de psychologues sont plus souvent des CDI (48 %) et moins

fréquemment des postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière (36 %) que l'ensemble du personnel non médical soignant (respectivement 28 % et 59 %). Il en va de même pour les postes d'agents de services hospitaliers et des autres personnels des services médicaux, dont 33 % sont des CDI et 44 % des

postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Parmi les postes de personnel non soignant, 35 % des postes administratifs et 36 % des postes de personnel éducatif et social sont en CDI, une proportion un peu plus élevée que pour les autres catégories du personnel non soignant. ■

Tableau 1 Les postes de personnel non médical des établissements de santé au 31 décembre 2019

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Postes de personnel non médical soignant	553 373	97 023	115 163	765 559
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 364	3 891	3 395	24 650
Infirmiers ¹ diplômés d'État	250 222	41 879	53 374	345 475
Aides-soignants	185 560	27 071	32 596	245 227
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	66 949	13 210	18 930	99 089
Rééducateurs	19 226	7 754	5 202	32 182
Psychologues	14 052	3 218	1 666	18 936
Poste de personnel non médical non soignant	261 477	46 523	36 232	344 232
Personnel administratif	101 914	23 709	21 776	147 399
Personnel éducatif et social	13 649	4 349	1 521	19 519
Personnel médico-technique	45 331	8 107	5 525	58 963
Personnel technique	100 583	10 358	7 410	118 351
Ensemble des postes	814 850	143 546	151 395	1 109 791

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique, ainsi que les infirmiers en pratiques avancés (IPA).

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des postes de personnel non médical des établissements de santé en 2019

Disciplines	ETP	%
Administration	232 405	22,9
Section hôpital	783 721	77,1
MCO	518 722	51,0
Psychiatrie	117 645	11,6
HAD	9 757	1,0
SSR	109 551	10,8
SLD	28 047	2,8
Ensemble des postes	1 016 126	100,0
Ensemble des postes (hors unités de soins de longue durée)	988 079	97,2

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

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 3 Les postes de personnel non médical des établissements de santé au 31 décembre 2019, selon la spécialité et le contrat

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble des personnels des établissements de santé
Postes de personnel non médical soignant	216 869	96 040	452 650	765 559
Personnel d'encadrement du personnel soignant	7 512	231	16 907	24 650
Infirmiers ¹ diplômés d'État	94 008	33 001	218 466	345 475
Aides-soignants	57 862	31 659	155 706	245 227
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	33 137	22 729	43 223	99 089
Rééducateurs	15 715	4 682	11 785	32 182
Psychologues	8 635	3 738	6 563	18 936
Postes de personnel non médical non soignant	103 860	47 246	193 126	344 232
Personnel administratif	51 992	18 617	76 790	147 399
Personnel éducatif et social	6 975	2 631	9 913	19 519
Personnel médico-technique	15 126	6 611	37 226	58 963
Personnel technique	29 767	19 387	69 197	118 351
Ensemble des postes	320 729	143 286	645 776	1 109 791

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique, ainsi que les infirmiers en pratiques avancés (IPA).

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel non médical salarié des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), occupés au 31 décembre 2019. Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel non médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel non médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE.





Méthodologie

Les personnels sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade pour lequel ils ont été recrutés et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du service) dans laquelle ils travaillent. Par exemple, un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs du personnel des services de soins.

Définitions

> **Personnel non médical** : il s'agit ici des postes de salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2019 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les postes d'élèves rémunérés, ceux des agents en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les postes d'apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés.

> **Équivalent temps plein** : il correspond ici à l'équivalent temps plein annuel moyen rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

> **Barlet, M. et Marbot, C. (dir.)** (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Barlet, M. et Cavillon, M.** (2011, mai). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES, *Études et Résultats*, 759.

> **Cavillon, M.** (2012, mars). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES, *Études et Résultats*, 791.

> **Kranklader, E., Minodier, C. et Fourcade, N.** (2013, juillet). Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé. DREES, *Études et Résultats*, 846.

En 2018, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élevait en moyenne à 2 327 euros. En un an, il a augmenté de 1,1 % en euros courants, après une hausse de 1,4 % en 2017. 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 lucratif, toutes professions confondues. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés et qu'ils augmentent le plus avec l'âge.

Hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier en 2017 et 2018

Dans le secteur hospitalier, entre 2017 et 2018¹, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 1,1 % en euros courants, passant de 2 302 euros à 2 327 euros (tableau 1). Cela correspond cependant à une baisse de 0,8 % en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. Entre 2016 et 2017, cette augmentation était de 1,4 % en euros courants, soit une hausse de 0,4 % en euros constants.

En 2018, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes) perçoit un salaire mensuel net moyen en équivalent temps plein de 5 315 euros (dont 2 730 euros pour les sages-femmes et 5 753 euros pour les autres professions), en hausse de 2,1 % en euros courants, soit une progression deux fois plus rapide que l'année précédente. La rémunération moyenne du personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élevait à 2 050 euros en moyenne (+0,5 % en 2018, après +1,2 % en 2017). La rémunération du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) s'établit à 2 261 euros en moyenne, celle du personnel administratif à 2 030 euros et celle du personnel technique et ouvrier à 1 956 euros.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2018, le salaire mensuel net en EQTP s'élevait en moyenne à 2 373 euros dans le secteur public, à 2 341 euros dans le secteur privé non lucratif et à 2 039 euros dans le secteur privé lucratif. Entre 2017 et 2018, il a augmenté en moyenne de 0,9 % en euros courants dans les hôpitaux publics, soit près de trois fois moins que dans le privé non lucratif et deux fois moins que dans le privé lucratif (après une hausse homogène entre les secteurs entre 2016 et 2017, comprise entre 1,4 % et 1,6 %). Ces écarts de salaire s'observent notamment pour les personnels soignant et médico-technique. En revanche, les salaires sont plus élevés dans le secteur privé non lucratif que dans le secteur public pour les autres personnels non médicaux. Le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel médical est également moins élevé dans le secteur public (5 279 euros) que dans le secteur privé non lucratif (6 081 euros), mais davantage que dans le secteur privé lucratif (4 387 euros). Toutefois, les comparaisons de salaires moyens des médecins en fonction des 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. Ainsi, les données de salaire du personnel médical ne reflètent qu'une partie de la situation

1. La présente fiche sur les salaires dans les établissements de santé a bénéficié de plusieurs modifications par rapport aux précédentes éditions de l'ouvrage. Les données relatives au secteur privé distinguent secteur non lucratif et secteur lucratif et les statistiques concernant les sages-femmes sont regroupées dans la rubrique des personnels médicaux. Pour tenir compte de ces changements, les données pour 2017 ainsi que les données révisées pour 2016 sont disponibles dans des tableaux complémentaires sur le site <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.

Tableau 1 Les salaires mensuels nets en EQTP moyens en 2018 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Salaire 2018	Évolution 2017-2018 (% en euros courants)	Salaire 2018	Évolution 2017-2018 (% en euros courants)	Salaire 2018	Évolution 2017-2018 (% en euros courants)	Salaire 2018	Évolution 2017-2018 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 031	0,4	2 150	1,6	1 916	1,5	2 030	0,7
Cadres de gestion et de direction	4 542	3,2	3 697	1,9	3 820	1,6	4 160	2,2
Professions intermédiaires	2 133	0,0	1 913	-0,8	2 122	0,5	2 097	-0,3
Employés	1 622	-0,2	1 697	0,7	1 606	1,3	1 627	0,2
Personnel soignant	2 093	0,3	1 967	1,9	1 908	1,6	2 050	0,5
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 082	0,0	3 112	1,9	3 269	1,0	3 104	0,4
Infirmiers	2 339	0,5	2 192	1,4	2 155	1,3	2 292	0,6
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 805	0,2	1 618	2,3	1 569	1,8	1 750	0,4
Rééducateurs	2 159	1,0	2 164	1,6	2 158	1,5	2 160	1,2
Psychologues	2 312	0,3	2 416	1,1	2 257	1,2	2 323	0,5
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 007	-0,2	2 098	2,6	1 842	2,2	2 019	0,6
Personnel médico-technique	2 305	0,3	2 100	0,7	2 090	0,9	2 261	0,2
Professions intermédiaires	2 308	0,3	2 115	0,7	2 082	0,6	2 267	0,2
Employés	1 840	-0,6	1 653	5,1	2 273	5,6	1 872	3,3
Personnel technique et ouvrier	1 945	0,5	2 073	1,9	2 032	2,3	1 956	0,7
Cadres	3 230	0,6	3 384	-1,7	3 112	0,9	3 241	0,4
Professions intermédiaires	2 320	0,3	2 148	2,2	2 203	-0,3	2 301	0,4
Ouvriers	1 712	0,1	1 681	2,2	1 811	2,3	1 714	0,3
Personnel médical	5 279	1,7	6 081	3,5	4 387	4,2	5 315	2,1
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...	5 665	1,8	6 406	3,5	5 478	3,5	5 753	2,1
Sages-femmes	2 780	0,8	2 625	3,1	2 549	1,8	2 730	1,1
Contrats aidés	1 313	3,1	1 349	5,8	1 204	-1,1	1 316	3,4
Femmes	2 236	0,8	2 167	2,6	1 971	1,9	2 191	1,0
Hommes	2 841	1,2	2 977	2,8	2 365	2,0	2 810	1,4
Ensemble¹	2 373	0,9	2 341	2,6	2 039	2,0	2 327	1,1
Ensemble (hors personnel médical)¹	2 074	0,6	2 013	2,1	1 928	1,6	2 047	0,8
Ensemble (hors contrats aidés)¹	2 377	0,6	2 350	2,3	2 041	2,0	2 331	0,8

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 métropolitaine et des DROM (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, DADS-DSN 2017, Siasp 2017-2018, traitements DREES.

du personnel médical intervenant dans le secteur hospitalier privé.

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

En 2018, le rapport interdécile² (tableau 2) est de 2,3 dans les secteurs public et privé lucratif,

contre 2,7 dans le secteur privé non lucratif. Ces trois rapports interdéciles sont légèrement plus élevés que ceux de 2017. 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 3,7 chez les salariés des

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en EQTP moyens en 2018 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	1 373	1 736	2 628	1 328	1 800	3 358	1 212	1 576	2 813
Cadres de gestion et de direction	2 131	3 726	7 950	2 183	3 207	5 704	2 074	3 265	5 691
Professions intermédiaires	1 554	2 020	2 632	1 415	1 802	2 419	1 356	1 884	2 821
Employés	1 337	1 558	1 974	1 237	1 612	2 130	1 176	1 486	2 004
Personnel soignant	1 536	1 973	2 815	1 279	1 865	2 628	1 216	1 764	2 561
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 496	3 039	3 697	2 213	3 031	4 322	2 251	3 130	4 412
Infirmiers	1 752	2 258	2 949	1 626	2 103	2 734	1 511	2 044	2 733
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 453	1 774	2 189	1 146	1 565	1 977	1 112	1 480	1 927
Rééducateurs	1 541	2 110	2 747	1 612	2 086	2 725	1 532	2 043	2 677
Psychologues	1 565	2 192	3 399	1 802	2 547	3 239	1 819	2 500	3 240
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	1 421	1 958	2 612	1 456	1 911	2 540	1 311	1 707	2 249
Personnel médico-technique	1 559	2 272	2 951	1 509	2 005	2 683	1 373	1 870	2 845
Professions intermédiaires	1 559	2 277	2 953	1 542	2 016	2 686	1 418	1 884	2 835
Employés	1 589	1 809	2 091	1 163	1 600	2 501	1 272	1 640	2 955
Personnel technique et ouvrier	1 412	1 753	2 703	1 294	1 826	3 196	1 279	1 748	2 954
Cadres	1 864	3 055	4 778	2 063	3 107	4 882	1 951	2 864	4 422
Professions intermédiaires	1 644	2 215	3 143	1 513	2 073	2 900	1 465	2 109	3 075
Ouvriers	1 387	1 657	2 084	1 194	1 630	2 146	1 218	1 576	2 154
Personnel médical	2 584	5 122	7 991	2 206	5 692	9 089	1 558	3 294	7 624
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...	3 090	5 535	8 172	2 482	5 921	9 247	1 408	4 649	8 363
Sages-femmes	1 950	2 746	3 513	1 802	2 547	3 239	1 819	2 500	3 240
Contrats aidés	1 156	1 259	1 418	962	1 261	1 663	847	1 139	1 584
Ensemble¹	1 492	1 988	3 390	1 300	1 903	3 458	1 221	1 760	2 783

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 métropolitaine et des DROM (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, Siasp 2018, traitements DREES.

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).

hôpitaux publics et de 2,6 à 2,7³ chez ceux des cliniques privées⁴. Pour les aides-soignants et agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 dans le secteur public et de 1,7 dans le secteur privé, lucratif ou non. Hormis pour le personnel médical, ces dispersions s'avèrent globalement stables d'une année à l'autre.

Des salaires qui augmentent avec l'âge

En 2018, hors personnel médical et hors contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 1 705 euros s'il a moins de 30 ans jusqu'à 2 588 euros s'il a 60 ans ou plus (tableau 3). Pour un salarié du secteur privé non lucratif, la moyenne des salaires passe de 1 774 euros pour les moins de 30 ans à 2 912 euros pour les 60 ans ou plus ; et de 1 768 à 2 634 euros dans le secteur privé lucratif. Si les écarts de salaires sont les plus importants à partir de 60 ans, cette part de

salariés représente moins de 6 % du personnel non médical hors contrats aidés.

Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 22 % à celui des hommes dans le secteur hospitalier (de 21 % dans les hôpitaux publics, de 27 % dans les cliniques privées non lucratives et de 17 % dans les cliniques privées lucratives). Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par une différence de moyenne d'âge (40,7 ans pour les femmes et 43,1 ans pour les hommes) et en partie par la nature des emplois occupés : en EQTP, 16,8 % des hommes occupent des postes de la filière médicale, la mieux rémunérée, contre 6,3 % des femmes seulement. Ces dernières exercent plus souvent des emplois de la filière soignante : 29,8 % d'entre elles sont infirmières et 34,8 % sont aides-soignantes ou agentes des services hospitaliers, contre respectivement 16,9 % et 20,9 % des hommes. ■

Tableau 3 Structure des emplois et salaires nets mensuels en EQTP moyens par tranche d'âge pour le personnel non médical, en 2018

Tranche d'âge	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif	
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)
Moins de 30 ans	15,8	1 705	19,1	1 774	22,8	1 768
30 à 39 ans	26,1	1 939	25,9	1 953	26,4	1 904
40 à 49 ans	27,1	2 136	23,6	2 079	22,6	1 974
50 à 59 ans	26,6	2 288	25,2	2 208	22,4	2 043
60 ans ou plus	4,5	2 588	6,3	2 912	5,9	2 634
Ensemble	100,0	2 077	100,0	2 019	100,0	1 929

EQTP : équivalent temps plein.

Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés.

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

Sources > Insee, DSN 2018, Siasp 2018, traitements DREES.

3. Ces rapports interdécales étaient respectivement de 2,6 et 2,2 en 2017 dans les secteurs privés non lucratif et lucratif, et respectivement de 2,6 et 2,8 en 2016. Ces données corrigent l'édition précédente de cette fiche, qui indiquait pour cette profession un rapport interdécale plus élevé, proche de celui observé dans le secteur public.

4. 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] et que, parmi le 1 % des rémunérations les plus élevées en France (salariés du secteur public, du secteur privé et non-salariés), on compte 42 % de non-salariés, principalement des médecins libéraux (exerçant en ville ou en clinique privée) et des avocats [Berger, Bonnet, 2020].

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (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 rév. 2. 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 rév. 2. 9601A) ou les services de restauration (Code Naf rév. 2. 5629B) sont également pris en compte.

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 impossible les comparaisons directes des données de salaire d'un millésime à un autre. À la différence de l'Insee, qui recalcule les données en niveau chaque année, la DREES a choisi une autre méthode, permettant d'obtenir une série longue en niveau avec des évolutions cohérentes au cours de la période. Celle-ci consiste 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.

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 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.

Définitions

> **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 *pro rata* 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

- > **Berger, E., Bour, R., Dixte, C., Laffeter, Q.** (2020, septembre). En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 1819.
- > **Dixte, C., Laffeter, Q., Berger, E., Bour, R.** (2020, septembre). En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1165.
- > **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.
- > **Insee.** (2021, mars). En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique est stable en euros constants. Insee, *Informations rapides*, 080.
- > **Ministère de l'Action et des Comptes publics** (2020). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2020. Disponible sur le site internet de la fonction publique.
- > **Sanchez Gonzalez, J., Sueur, E.** (2020, décembre). En 2018, le salaire net moyen dans le secteur privé augmente de 0,4 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 1828.

L'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) revêt une grande diversité. La Guadeloupe et la Martinique ont une capacité d'accueil et une activité d'hospitalisation complète comparables à celles de la métropole. À l'opposé, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées. Pour l'hospitalisation partielle, la Guadeloupe ainsi que La Réunion se rapprochent de la métropole.

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. De plus, si, en Martinique et en Guadeloupe, la structure d'âge est proche de celle de la métropole, la population est nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane. En 2019, 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 métropole, 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.

Une capacité d'accueil hospitalier en Guadeloupe comparable à celle de la métropole

En nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour 100 000 habitants, la Guadeloupe est le DROM qui se rapproche le plus de la métropole en 2019 (-10 % d'écart), suivi par la Guyane et la Martinique (-16 %) et La Réunion (-18 %) [tableaux 2 et 3]. Pour Mayotte, l'écart reste toujours nettement plus important (-55 %). Pour l'hospitalisation partielle de MCO, la Guadeloupe se distingue par

un nombre de places pour 100 000 habitants supérieur à celui de la métropole (58 contre 51). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement en hospitalisation partielle est nettement inférieur.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète en Guadeloupe et en Martinique, rapporté à leur population, est proche de celui de la métropole (83 lits pour 100 000 habitants). La Réunion et la Guyane ont des taux d'équipement plus faibles, tandis qu'à Mayotte il est quasi nul. Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement plus bas qu'en métropole, sauf 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 métropole (158 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (169) et la Martinique (146) et, d'autre part, La Réunion (92 lits pour 100 000 habitants), la Guyane (51) 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 métropole. En Martinique, la capacité d'accueil en hospitalisation partielle de moyen séjour par habitant est beaucoup plus faible, et elle s'avère inexistante à Mayotte.

MCO : des taux d'hospitalisation plus proches de celui de la métropole à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe

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 15,2 séjours pour 100 habitants. La Réunion (14,2), la Martinique (12,1) et la Guadeloupe (12,0) sont les DROM dont le taux d'hospitalisation complète en MCO se rapproche le plus de celui de la métropole, tandis qu'il est plus faible en Guyane (11,5) et à Mayotte (8,1) [tableau 4].

En 2019, la durée moyenne de séjour est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,5 jours) à Mayotte, en Martinique et en Guyane (respectivement 6,0 jours, 5,9 jours et 7,0 jours) [tableau 5]. En revanche, elle s'avère proche en

Guadeloupe (5,5 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. La part de l'hospitalisation partielle (nombre de journées en hospitalisation partielle rapporté à la somme des séjours en hospitalisation complète et des journées en hospitalisation partielle) est de 27 % en Guyane et de 19 % à Mayotte, alors qu'elle s'élève à 46 % en Guadeloupe, 38 % en Martinique et 39 % à La Réunion, parts comparables à celle de la métropole (45 %).

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissement en 2019

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	11	14	3	10	1	1 315
CHR/CHU ²	2	5	0	6	0	166
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	3	3	1	922
CHS	1	1	0	1	0	89
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	138
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	667
CLCC ³	0	0	0	0	0	20
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	647
Établissements privés à but lucratif⁴	12	3	4	18	0	946
Établissements de SSR	4	1	1	10	0	327
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	3	6	0	459
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	151
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	2
Total	23	18	7	31	1	2 928

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non plus uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisites comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

2. Le CHU de Pointe-à-Pitre a un nouveau site en 2019.

3. En 2019, deux CLCC n'ont pas de capacité d'hospitalisation partielle ou complète, pour cette raison ils n'apparaissent pas dans ce tableau.

4. Dans l'édition 2020 de cet ouvrage, pour les établissements privés à but lucratif, les lignes correspondant au nombre d'établissements de SSR et au nombre d'établissements de MCO ou pluridisciplinaires ont été inversées.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 2019 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 2019, traitements DREES.

Psychiatrie : des taux d'hospitalisation partielle bien inférieurs à ceux de la métropole

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. En hospitalisation complète de psychiatrie, le nombre de séjours rapporté à la population en Guadeloupe et en Martinique est nettement inférieur à celui de la métropole, alors que leurs capacités d'accueil sont proches. Pour la Martinique, cela s'explique par une durée moyenne de séjour nettement plus élevée qu'en métropole (52 jours, contre 30 jours). Pour la Guadeloupe, le moindre taux d'hospitalisation reflète un plus faible

taux d'occupation des lits (75 %, contre 89 % en métropole).

Pour La Réunion et la Guyane, les taux d'hospitalisation de psychiatrie plus bas sont liés à leurs taux d'équipement plus faibles en lits, la durée moyenne de séjour y étant proche de celle de la métropole (respectivement 30 et 34 jours). Enfin, à Mayotte, l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie est très faible (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 métropole. La Guadeloupe est le département où cette activité est la plus développée

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2019

		Guadeloupe ¹	Martinique ²	Guyane ¹	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 164	923	719	2 131	364	196 670
	Psychiatrie	284	303	105	424	10	53 865
	SSR	723	529	145	792	0	102 492
	SLD	165	135	30	95	0	30 525
Places	MCO	248	133	88	314	51	32 958
	Psychiatrie	199	90	43	212	0	29 223
	SSR	176	67	75	479	0	14 364
Population en 2019 (en milliers)		427	363	284	858	269	64 822

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
1. Le nombre de lits de MCO de la Guadeloupe et celui de la Guyane ont été corrigés. En 2018, ils étaient respectivement de 1 113 et 695.

2. Le nombre de lits de psychiatrie de la Martinique a été corrigé. En 2018, il était de 293.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2019

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	273	254	254	248	135	303
	Psychiatrie	67	83	37	49	4	83
	SSR	169	146	51	92	0	158
	SLD	39	37	11	11	0	47
Places	MCO	58	37	31	37	19	51
	Psychiatrie	47	25	15	25	0	45
	SSR	41	18	26	56	0	22

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

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

(4,6 journées pour 100 habitants en 2019), devant la Martinique, La Réunion, et la Guyane (respectivement 3,9, 3,5 et 1,5 journées), en raison de son taux d'équipement en places plus élevé que dans les autres DROM. 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 1,6 pour 100 habitants. Il est supérieur en Guadeloupe (2,8), tandis qu'il en est proche en Martinique (1,3). L'hospitalisation en SSR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,8 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 (16,8 journées pour 100 habitants, contre 6,8). Elle l'est également davantage en Guadeloupe et en Guyane (respectivement 9,1 journées et 7,4 journées pour 100 habitants), les taux d'équipement en places étant plus élevés. En revanche, l'activité d'hospitalisation partielle en SSR 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 nettement moins développée dans les DROM (hors Antilles) qu'en métropole, 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 4 Activité des établissements de santé pour 100 habitants en 2019

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours en hospitalisation complète	MCO ¹	12,0	12,1	11,5	14,2	8,1	15,2
	Psychiatrie	0,6	0,5	0,3	0,6	0,1	0,9
	SSR ²	2,8	1,3	0,3	0,8	0,0	1,6
Journées en hospitalisation partielle	MCO	10,3	7,5	4,3	9,1	2,0	12,4
	Psychiatrie	4,6	3,9	1,5	3,5	0,0	7,3
	SSR	9,1	3,2	7,4	16,8	0,0	6,8

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 métropole apparaissent dans la colonne France métropolitaine.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Tableau 5 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2019

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO ¹	5,5	5,9	7,0	5,1	6,0	5,5
Psychiatrie	30,4	52,4	33,5	29,5	8,9	29,5
SSR ²	21,5	29,7	50,2	37,7	-	31,7

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 2019.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

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 ».

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**

Entre 2008 et 2019, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de 24 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées (plus de 10 000 places supplémentaires). Entre 2018 et 2019, l'activité d'hospitalisation complète se replie, tandis que l'hospitalisation partielle continue d'augmenter. Les durées moyennes de séjours restent stables.

Entre 2008 et 2019, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de 24 000, pour atteindre 202 000 lits en 2019. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -8 % pour les établissements publics, contre -19 % pour les cliniques privées et -5 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2019, les établissements publics concentrent 69 % du total des lits en MCO, contre 67 % en 2008.

34 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2019

Le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important en MCO. En 2019, 34 000 places sont destinées à ce mode de prise en charge, après 23 000 en 2008. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie situées dans les établissements privés à but lucratif, et un peu moins d'un tiers, des places de médecine situées dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

Une progression de l'hospitalisation partielle plus modérée que par le passé

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 2018, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. Sur longue période,

la progression de l'hospitalisation partielle concerne davantage les cliniques privées.

En 2019, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser à un rythme légèrement plus élevé qu'en 2018 (3,7 %, après 2,8 % en 2018), pour atteindre 8,2 millions de séjours (*tableau 2*). L'essor de la chirurgie ambulatoire (+4,0 % en 2019) est sensible dans tous les secteurs. En 2019, un peu moins des deux tiers des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées.

Les prises en charge ambulatoires en médecine progressent de 3,7 % en 2019, après 1,7 % en 2018. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 70,6 % de l'ensemble de leurs séjours (en hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (*graphique 1*).

Baisse du nombre de séjours en hospitalisation complète

Le nombre de séjours en hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 10,1 millions en 2019 (-0,8 %, après -1,2 % en 2018). Cette baisse concerne surtout les cliniques privées (-2,2 %), tandis que dans les établissements publics elle n'est que de -0,6 %. *A contrario*, le nombre de séjours en hospitalisation complète repart à la hausse dans les établissements privés à but non lucratif (1,6 %) [*tableau 2*].

Dans tous les établissements, la diminution du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète se poursuit en 2019. Elle reste plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-4,2 %) que dans les établissements publics (-1,7 %), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2019 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	98 440	10 642	10 811	1 577	14 896	1 473	124 147	13 692
Chirurgie	28 355	5 634	5 725	1 873	26 497	11 464	60 577	18 971
Gynécologie-obstétrique	12 128	1 002	1 187	77	3 959	101	17 274	1 180
Total	138 923	17 278	17 723	3 527	45 352	13 038	201 998	33 843

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2019 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	
	2019 (en milliers)	Évolution 2018-2019 (en %)	2019 (en milliers)	Évolution 2018-2019 (en %)	2019 (en milliers)	Évolution 2018-2019 (en %)	2019 (en milliers)	Évolution 2018-2019 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	5 010	-0,4	540	2,4	1 015	0,7	6 565	0,0
dont séjours de techniques peu invasives	415	2,2	77	5,5	285	3,6	777	3,0
Séjours classés en chirurgie	1 268	-1,7	243	-0,1	1 107	-4,2	2 618	-2,6
Séjours classés en obstétrique	672	0,2	71	1,1	180	-5,0	923	-0,8
Total	6 949	-0,6	855	1,6	2 302	-2,2	10 106	-0,8
Nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine)	455	-0,1	56	0,0	137	-3,4	648	-0,8
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 291	4,7	441	6,5	1 989	2,0	4 721	3,7
dont séjours de techniques peu invasives	679	1,4	259	3,9	1 722	0,8	2 660	1,2
Séjours classés en chirurgie	889	3,8	304	7,6	2 026	3,5	3 219	4,0
Séjours classés en obstétrique	216	0,8	12	9,0	36	-6,9	263	0,0
Total	3 396	4,2	757	6,9	4 051	2,7	8 204	3,7

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 3^e 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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2018-2019, traitements DREES.

complet sont plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la cinquième année consécutive. En médecine, l'hospitalisation complète est stable en 2019 (0,0 %) après -0,3 % en 2018. La légère baisse de l'activité (-0,4 %) dans les établissements publics, qui prennent en charge plus des trois quarts de ces séjours, est compensée par la hausse d'activité des établissements privés à but lucratif (+0,7 %) et du secteur non lucratif (+2,4 %). Cette progression des séjours d'hospitalisation complète en médecine dans les deux secteurs privés résulte essentiellement de celle des séjours de techniques peu invasives : ces séjours augmentent de 5,5 % pour le privé non lucratif et de 3,6 % pour le privé lucratif.

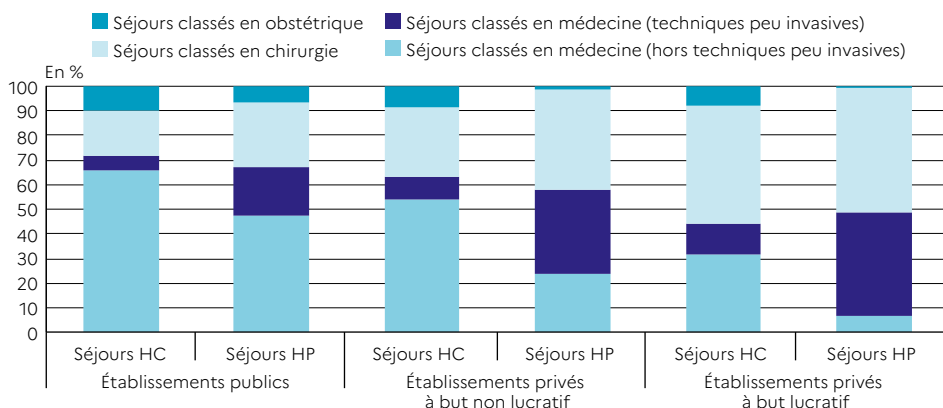
Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère¹ (classés en médecine) diminuent du fait de la baisse des accouchements. Ces séjours sont presque exclusivement des séjours d'hospitalisation complète, mais un retour à domicile quelques heures après l'accouchement

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).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

En 2019, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,5 jours, durée stable par rapport à 2018 (*graphique 2*). C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,0 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,2 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire (5,4 jours). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 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 : 4,3 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans le privé. ■

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2019



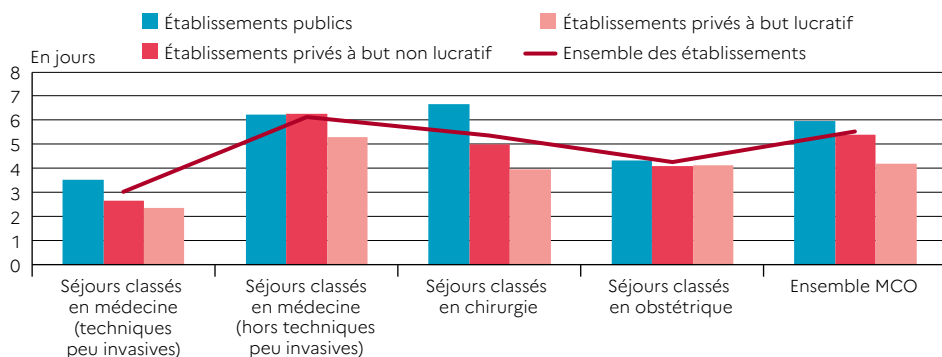
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

1. 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.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2019



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2019 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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). Pour la première fois, dans cette édition, les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours, y compris dans les chiffres de 2018 pour calculer les évolutions.

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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée. 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.

En 2019, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France est estimé à 11,7 millions. 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 touchés par des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). En moyenne, un patient est hospitalisé en MCO 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 particulièrement affectés par des hospitalisations plus fréquentes (*graphique 1*). En 2019, 349 100 séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) correspondent à des hospitalisations de nourrissons (hors nouveau-nés restés auprès de leur mère), soit 1,9 % des séjours en 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 : 41 % des séjours en MCO concernent des personnes de 65 ans ou plus. 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

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 2019, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France métropolitaine et dans les DROM a ainsi été évalué à 11,7 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,5 millions de femmes et 5,2 millions d'hommes. Parmi l'ensemble de la population française, 17 % sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, les 83 %

restants n'étant pas hospitalisés ou hospitalisés ailleurs qu'en MCO. En 2019, un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. En effet, si la majorité des patients (71 %) ne sont hospitalisés qu'une seule fois en MCO, 18 % le sont deux fois et 11 % trois fois ou plus.

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 (*graphique 2*). Au-delà de 70 ans, ce chiffre s'élève à 1,8 hospitalisation en moyenne.

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

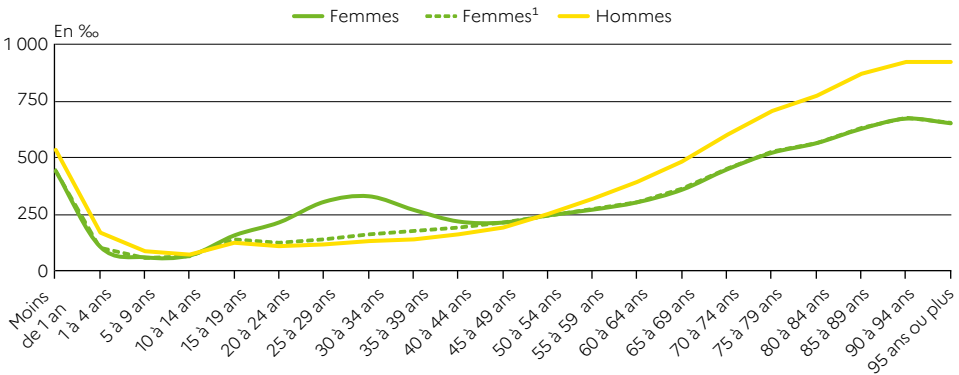
Parmi les 3,2 millions d'hospitalisations réalisées en Île-de-France en 2019, 7,9 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes. Ainsi, 1,8 % des patients viennent des Hauts-de-France (58 000 patients), 1,6 % de la région Centre-Val de Loire (51 000 patients) et 0,9 % de Normandie (30 000 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, 6,7 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (69 000 patients) ne résident pas dans cette région. Les établissements de la Sarthe s'avèrent, en effet, particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et de l'Eure-et-Loir, et ceux du Maine-et-Loire pour les habitants des Deux-Sèvres.

Les nourrissons et les personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastro-entérites et des affections du tube digestif constitue un exemple de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour ces pathologies, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont reçus

par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 57 % pour les patients de 25 à 84 ans. Pour cette même tranche d'âge, les cliniques privées à but lucratif accueillent moins d'un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de ces pathologies augmente de nouveau. Cette répartition,

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé en 2019



MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

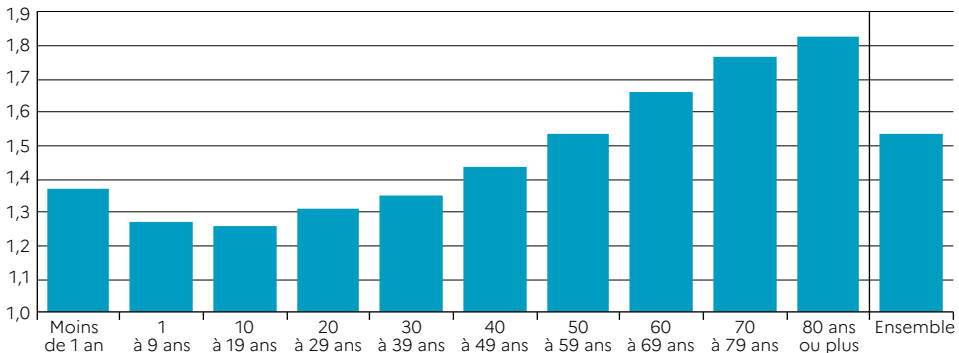
1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES ; Insee, estimation au 1^{er} janvier 2019.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées en 2019, par classe d'âge



Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus.

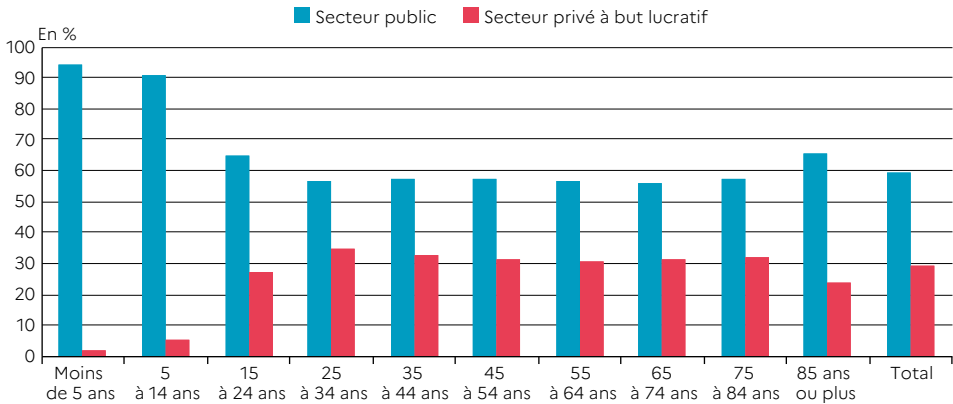
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme en analysant l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies

confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public s'élève à 80 % (89 % pour les moins de 1 an) et celle des personnes de 85 ans ou plus à 70 %, alors qu'elle n'est que de 57 % toutes classes d'âges confondues. ■

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2019, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 94,4 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,8 % par le secteur privé à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2019 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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. Pour la première fois, dans cette édition, 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

Définitions

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 ».

En France en 2019, selon la classification internationale des maladies (10^e 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 par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe.

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

Avant 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil respiratoire (18 %) [graphique 1]. Viennent ensuite les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (9 %), les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (9 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %), les séjours pour symptômes ou résultats anormaux d'examen non classés ailleurs (8 %) et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et de l'appareil digestif, sont les affections périnatales (10 %), les séjours pour symptômes et signes mal définis (9 %) et les recours pour lésions traumatiques et empoisonnements (8 %).

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 (9 %), les affections périnatales (8 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

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 38 % des séjours féminins, soit 25 % pour l'ensemble de la classe d'âge.

Si l'on exclut ces séjours liés à la fécondité, les recours les plus nombreux relèvent des maladies

de l'appareil digestif (22 %), dont 27 % pour dents incluses (particulièrement les dents de sagesse). Suivent les lésions dues aux traumatismes et empoisonnements (10 %), puis les séjours pour autres motifs (surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé) [10 %] et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (9 %).

La part des recours pour maladie de l'appareil digestif est similaire pour les hommes et les femmes (22 %). Pour ces dernières, les maladies de l'appareil génito-urinaire représentent le troisième motif de recours hors maternité (12 %), juste après les recours pour autres motifs (12 %). Pour les hommes, les deuxième et troisième motifs de recours sont les traumatismes et empoisonnements (15 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

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

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés aux maladies de l'appareil digestif (15 %) et aux tumeurs (15 %), puis à celles de l'appareil circulatoire (11 %), du système ostéo-articulaire (9 %) et aux symptômes et signes mal définis (7 %).

Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents sont les pathologies digestives (15 %) et tumorales (14 %), suivies des maladies du système ostéo-articulaire (10 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (8 %), pour autres motifs (8 %), pour

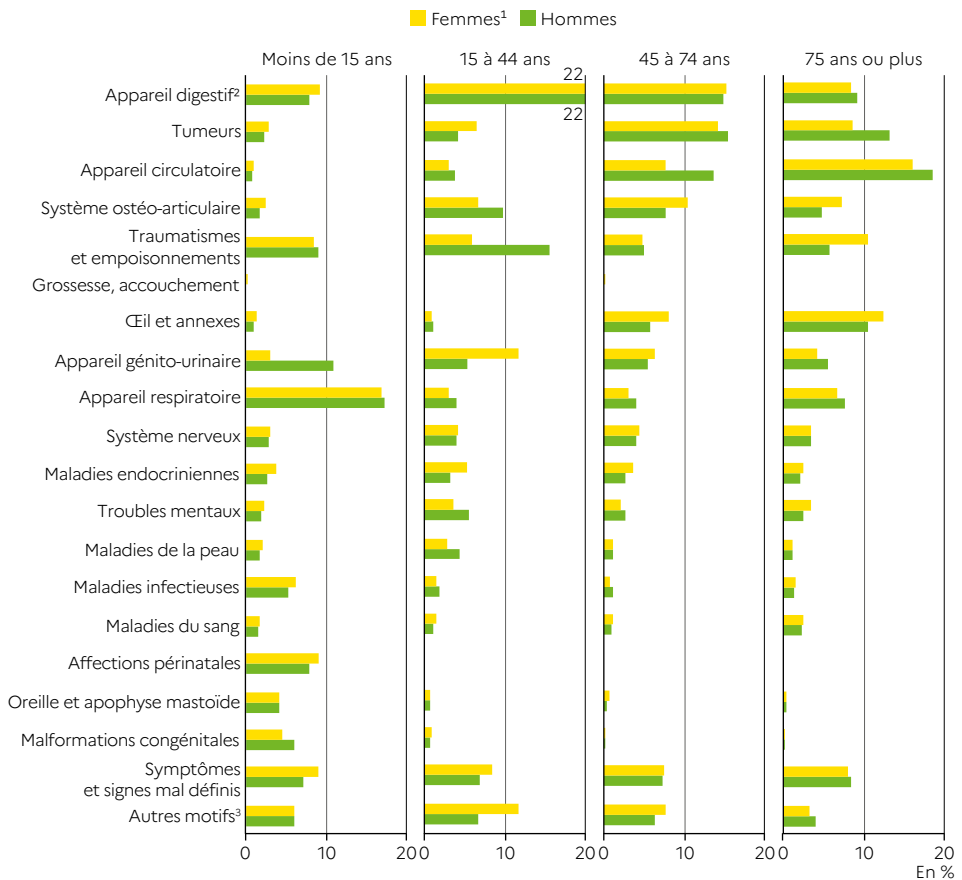
symptômes et signes mal définis (8 %) et pour maladies de l'appareil circulatoire (7 %).

Pour les hommes, les tumeurs sont le premier motif de recours (15 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil circulatoire (14 %), du système ostéo-articulaire (8 %), et par les symptômes et signes mal définis (7 %).

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

Chez les plus âgés, 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 représentent le deuxième motif de

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 2019



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, excepté 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), 10^e 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 les SSA ; patients résidant en France métropolitaine ou dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

recours à l'hospitalisation (12 %), juste devant les tumeurs (11 %). Elles sont suivies par les recours pour maladies de l'appareil digestif (9 %), pour lésions traumatiques et empoisonnements (8 %), et pour symptômes et signes mal définis (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 16 % des recours et celles de l'œil, 12 %. Les lésions traumatiques

et empoisonnements arrivent en troisième place (11 %) suivis par les recours pour tumeurs (9 %) ou maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les hommes, les causes d'hospitalisations les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (19 %), devant les tumeurs (13 %), les motifs ophtalmologiques (11 %), digestifs (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 2019 dans l'ensemble des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances et séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

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 de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

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), 10^e 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'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ». 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.
- > **de Peretti C.** (2020, octobre). Motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. DREES, *Études et Résultats*, 1168.
- > **Fourcade, N., von Lennep, F., Bourdillon, F., et al. (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. Rapport. 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.

En 2019, le nombre de lits en soins critiques s'établit à 19 600. 28 % d'entre eux se trouvent en réanimation, 30 % en soins intensifs et 42 % en surveillance continue. Entre 2013 et 2019, les capacités en soins critiques ont augmenté de 6,9 %. Si le nombre de lits a légèrement progressé en réanimation (+1,2 %), la hausse des capacités est plus marquée pour la surveillance continue (+8,6 %) et surtout pour les soins intensifs (+10,3 %). La densité de lits en soins critiques en France est de 29,2 lits pour 100 000 habitants, mais varie fortement selon les régions.

En 2019, la France compte 19 600 lits en soins critiques

Au 31 décembre 2019, la France compte un peu plus de 19 600 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 pris en charge. 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.

En 2019, ces lits représentent 28 % des capacités en soins critiques, soit 5 400 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). En 2019, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 30 % des capacités en soins critiques, soit presque 6 000 lits. Enfin, la surveillance continue est dédiée à la prise en charge des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Ces lits représentent 42 % des capacités en soins critiques en 2019, soit 8 200 lits (*tableau 1*).

Les capacités en soins critiques ont progressé entre 2013 et 2019

Le nombre de lits en soins critiques a connu une augmentation de 6,9 % au cours de la période 2013-2019. Elle est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 %) et la surveillance continue (+8,6 %) que pour la réanimation (+1,2 %). En 2019, l'écart entre les capacités en soins intensifs et en réanimation est de plus de 500 lits, alors que les capacités étaient presque identiques en 2013. L'augmentation annuelle moyenne au cours de la période est ainsi de +0,2 % pour les capacités en réanimation, +1,6 % pour les soins intensifs et +1,4 % pour la surveillance continue. Entre 2018 et 2019, les capacités ont augmenté plus fortement que la tendance moyenne observée ces dernières années pour la réanimation (+0,8 %) et les soins intensifs (+1,9 %). À l'inverse, le nombre de lits de surveillance croît à un rythme plus faible (+1,2 %) que l'augmentation annuelle moyenne entre 2013 et 2019 (*graphique 1*).

Les capacités en réanimation et soins critiques varient selon les régions

En 2019, la densité de lits en réanimation pour la France entière est de 8,1 lits pour 100 000 habitants. Cette densité varie toutefois fortement¹ entre les régions. Ainsi, cinq régions françaises ont une densité de lits plus

1. Le coefficient de variation de la densité de lits en réanimation par région – qui est une mesure de la dispersion rapportant l'écart-type sur la moyenne et qui s'avère d'autant plus élevé 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].

importante qu'au niveau national : l'Occitanie (8,2), La Réunion (8,7), le Grand-Est (9,1), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,7) et l'Île-de-France (10,0). À l'inverse, cinq régions ont une densité de lits en réanimation inférieure à 7 pour 100 000 habitants : Mayotte (4,5), la Guyane (4,6), la Bretagne (5,1), les Pays de la Loire (5,2) et la Corse (5,3) [carte 1]. Les DROM hors Guyane² ont connu les plus grandes évolutions de leur densité de lits en réanimation entre 2013 et 2019, leur permettant d'atteindre un niveau similaire à celui de la métropole : la densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Martinique (+71 %³), à La Réunion (+30 %, malgré une augmentation de la population de 3 %) et

en Guadeloupe (+24 %⁴). À l'inverse, la densité de lits en réanimation pour 100 000 habitants en Guyane a reculé de 20 % entre 2013 et 2019, reflétant la hausse de la population sur cette période (+16 %). La dispersion de la densité de lits en réanimation entre régions est stable entre 2013 et 2019⁵.

La densité de lits en soins critiques pour la France entière est de 29,2 lits pour 100 000 habitants, en 2019. Cette densité est étroitement corrélée à celle des lits en réanimation (coefficient de corrélation de 0,81). 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 (30,0),

Tableau 1 Capacités en soins critiques au 31 décembre 2019

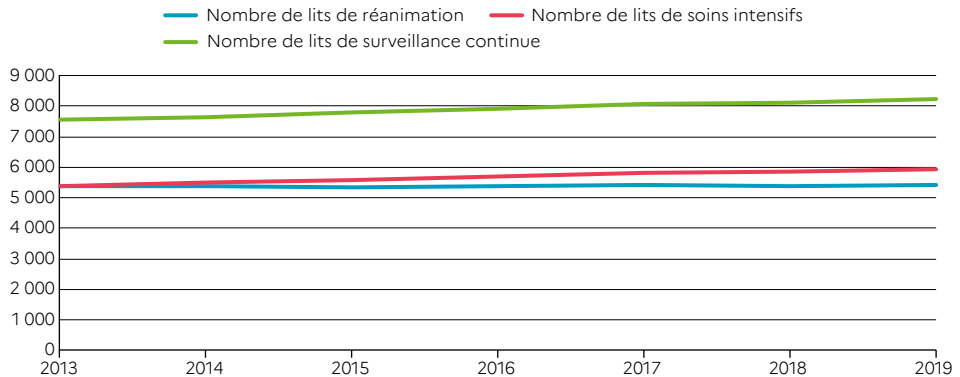
	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue	
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neuro-vasculaire	Autres	Adultes	Enfants
Nombre de lits	5 080	353	2 763	919	2 272	7 361	856

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

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Graphique 1 Évolution du nombre de lits en soins critiques au 31 décembre entre 2013 et 2019



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

Sources > DREES, SAE 2013-2019, traitements DREES.

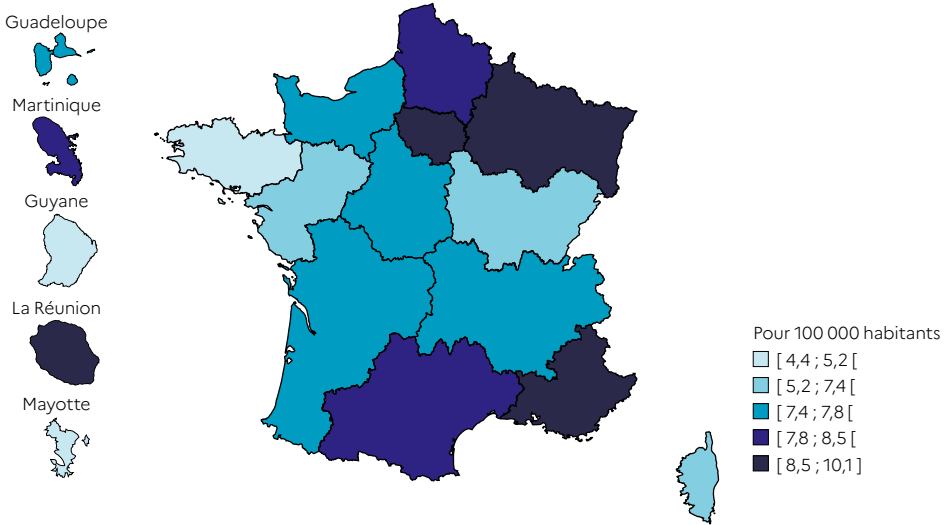
2. L'Insee ne communique pas la population de Mayotte en 2013, sa densité de lits de réanimation et de soins critiques n'est donc pas calculée.

3. La population de Martinique a diminué de 6 % entre 2013 et 2019.

4. La population de Guadeloupe a diminué de 5 % entre 2013 et 2019.

5. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation est de 0,23 en 2013 comme en 2019.

Carte 1 Densité des capacités en réanimation par région en 2019

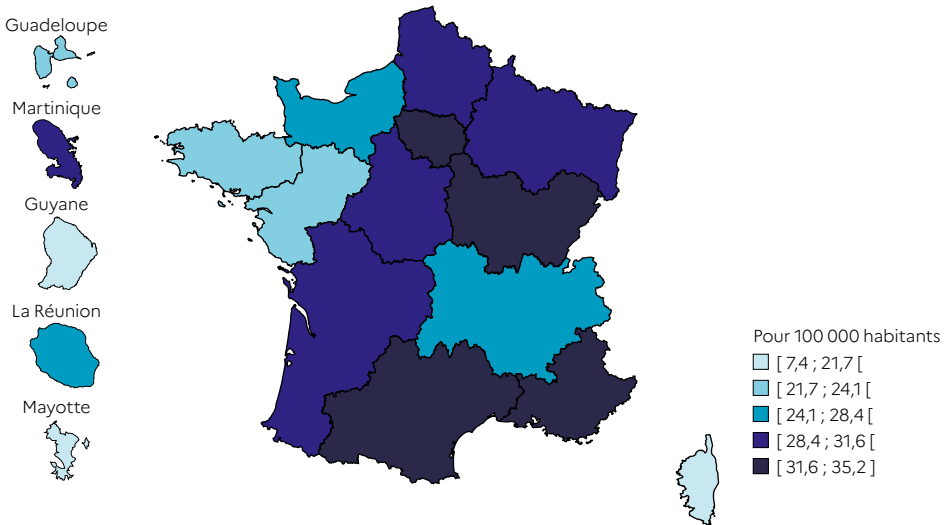


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Carte 2 Densité des capacités en soins critiques par région en 2019



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs, ni ceux de réanimation néonatale destinés aux nouveau-nés.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

les Hauts-de-France (30,9), le Grand-Est (31,0), l'Occitanie (32,1), la Bourgogne-Franche-Comté (32,1), l'Île-de-France (32,8) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (35,2). Pour quatre régions, en revanche, la densité de lits en soins critiques est inférieure à 22 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit de Mayotte (7,4), la Guyane (11,3), la Corse (18,2) et la Guadeloupe (21,3) [carte 2]. Seules deux régions connaissent une diminution de leur densité de lits en soins critiques entre

2013 et 2019 : la Corse (-13 %, reflétant en grande partie l'évolution de +8 % de la population au cours de la période) et le Grand-Est (-2 %⁶). La densité de soins critiques progresse le plus fortement dans les DROM⁷ entre 2013 et 2019 : Martinique (+58 %), Guadeloupe (+32 %), La Réunion (+30 %) et Guyane (+15 %). La dispersion de la densité de lits de soins critiques entre régions augmente légèrement entre 2013 et 2019⁸. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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.

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*, 1164, sur la SAE 2020 (Boisguérin, *et al.*, 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 néonataux) 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.

Pour en savoir plus

> Boisguérin, B., Delaporte, A., Gateaud, G., *et al.* (2020, septembre). En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. DREES, *Études et Résultats*, 1164.

6. La population de la région Grand-Est diminue de 1 % entre 2013 et 2019.

7. L'Insee ne communique pas la population de Mayotte en 2013, sa densité de lits de réanimation et de soins critiques n'est donc pas calculée.

8. Le coefficient de variation de la densité de lits de soins critiques passe de 0,28 en 2013 à 0,30 en 2019.

Les autres disciplines hospitalières

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques dans les soins, prises en charge récurrenentes et diversifiées, nombreuses structures extrahospitalières, etc. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé est majoritairement publique et s'organise autour de trois types de prise en charge : le temps complet, reposant essentiellement sur les 55 000 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit ; et l'ambulatoire, la prise en charge la plus courante, réalisée majoritairement dans l'un des 3 100 centres médico-psychologiques.

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

En 2019, 612 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Plus 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.

61 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont spécialisés en psychiatrie, c'est-à-dire 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 pluridisciplinaires sont en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge ambulatoire réalisée en grande partie dans les centres médico-psychologiques

En 2019, plus de 21 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires, en particulier dans les 4 900 lieux de prise en charge que constituent les 1 800 unités de consultation des services et les 3 100 centres médico-psychologiques (CMP)², considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Toutefois, les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 7 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique, 2 % en établissements sociaux et médico-sociaux, et 0,4 % en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important des hospitalisations à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

En 2019, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 000 places en hôpital de jour et de nuit, auquel il convient d'ajouter l'activité

1. En psychiatrie, il existe trois types de prise 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. En regroupant les centres médico-psychologiques ouverts moins de 5 jours par semaine (18 % des structures) et ceux ouverts 5 jours ou plus par semaine (82 % des structures).

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2019

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	31 652	6 523	14 153	52 328	1 586	366	255	2 207	54 535
Nombre de journées	10 100 647	2 021 676	4 962 059	17 084 382	349 317	80 301	89 666	519 284	17 603 666
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	2 309	183	-	2 492	671	49	-	720	3 212
Nombre de journées	562 602	41 607	-	604 209	102 339	5 190	-	107 529	711 738
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	581	658	307	1 546	-	-	-	-	1 546
Nombre de journées	144 703	159 331	106 884	410 918	-	-	-	-	410 918
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	831	221	-	1 052	-	-	-	-	1 052
Nombre de journées	195 689	53 184	-	248 873	-	-	-	-	248 873
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	327	42	15	384	22	-	-	22	406
Nombre de journées	65 328	10 217	5 536	81 081	6 505	-	-	6 505	87 586
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	428	34	40	502	47	8	-	55	557
Nombre de journées	117 271	8 498	21 018	146 787	11 115	2 008	-	13 123	159 910
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 598	3 467	1 852	18 917	7 445	1 704	149	9 298	28 215
Nombre de journées	2 224 987	589 379	603 292	3 417 658	855 852	277 308	29 536	1 162 696	4 580 354
Hôpital de nuit									
Nombre de places	631	193	181	1 005	84	30	7	121	1 126
Nombre de nuitées	52 260	41 005	25 451	118 716	3 328	2 190	161	5 679	124 395
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	181	14	1	196	72	1	-	73	269
Nombre de journées	124 312	26 151	344	150 807	23 663	1 289	-	24 952	175 759
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 511	214	-	1 725	1 170	166	-	1 336	3 061
Nombre d'actes	7 899 896	983 983	-	8 883 879	3 696 653	548 414	-	4 245 067	13 128 946
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 109	135	1	1 245	482	39	-	521	1 766
Nombre d'actes	1 467 663	170 631	1 520	1 639 814	457 574	30 747	-	488 321	2 128 135
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	1 002	131	-	1 133	641	61	-	702	1 835
Nombre d'actes	1 979 204	304 373	-	2 283 577	670 509	72 581	-	743 090	3 026 667
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes	2 491 404	328 557	-	2 819 961	302 834	33 180	-	336 014	3 155 975

1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.

2. Sont comptabilisés les actes réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social, en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA, hors secteur pénitentiaire.

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

des 269 ateliers thérapeutiques. Au total, les prises en charge à temps partiel comptabilisent 4,8 millions de journées, dont 4,7 millions en hôpitaux de jour et de nuit. Les prises en charge à temps partiel représentent 65 % des prises en charge à temps partiel ou à temps complet pour la psychiatrie infanto-juvénile, contre 17 % en psychiatrie générale. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 76 % des capacités d'accueil en hospitalisation (lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 26 % en psychiatrie générale.

Des prises en charge à temps complet réalisées principalement en hospitalisation à temps plein

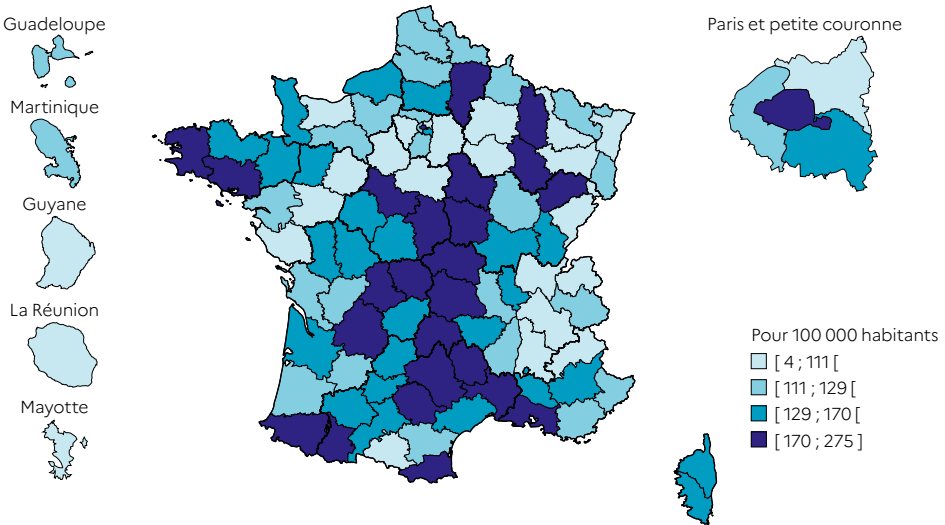
Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué. Cette baisse est toutefois plus modeste depuis 2007, et le nombre de lits installés s'établit à moins de 55 000 en 2019 pour 17,6 millions de journées (contre 17,8 millions de journées en 2018).

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, en 2019, les établissements de santé déclarent disposer de 7 000 lits ou places en accueil familial thérapeutique, 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, soit 8,4 % de l'activité à temps complet en psychiatrie.

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 135 pour 100 000 habitants en 2019. Elle varie de 4 places ou lits pour 100 000 habitants à Mayotte, à 275 places ou lits pour 100 000 habitants dans l'Allier (carte 1). Elle se concentre

Carte 1 Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel en psychiatrie en 2019



Note > 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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

principalement dans les départements ruraux du centre de la France.

L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales (carte 2). Elle varie de 2 structures pour 100 000 habitants à Mayotte, à 29 structures pour 100 000 habitants en Lozère.

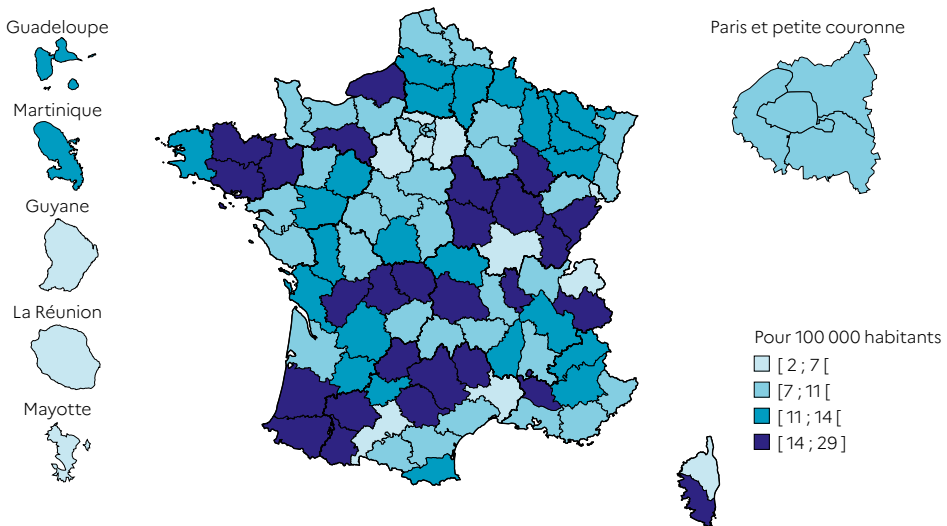
La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans une unité sanitaire au sein d'un établissement pénitentiaire. 164 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dispensent ainsi des soins ambulatoires, dont 114 ont effectué des consultations ou des actes en

psychiatrie en 2019. 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 D398³ 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 sont de 456 lits⁴ en 2019, dont 91 % se trouvent au sein des 9 UHSA (tableau 2). ■

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2019



Note > 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 métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

3. 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 par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement de santé habilité.

4. Contrairement à ce qui était indiqué dans l'édition 2020 de cet ouvrage, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein étaient également de 456 lits en 2018, dont 91 % au sein des UHSA.

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes détenues en 2019

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 :	16	456	126 495	28
UHSA	9	415	120 416	29
autres formes ponctuelles	7	41	6 079	14

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). Une différence peut être constatée au niveau des « autres formes ponctuelles » par rapport à l'édition 2020 de l'ouvrage. En effet, un établissement n'a pas été comptabilisé entièrement en 2018. Après correction, il y avait, en 2018, une capacité d'accueil de 41 lits, une activité de 6 438 journées et une durée moyenne de séjour de 16 jours (SAE, 2018).

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie générale ou en infanto-juvénile, ayant fonctionné en 2019 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur pénitentiaire est dissocié des autres secteurs de psychiatrie.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation à temps plein, journées en 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, 612 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total près de 4 788 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 7 576 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

- > **Bénomouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2016/2.
- > **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.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site atlasante : <https://www.atlasante.fr/accueil>
- > Glossaire des structures sur le site Psycom, rubrique Soins, accompagnement et entraide.

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur en santé publique. En 2019, une très grande majorité de patients, 2,1 millions, ont été pris en charge en ambulatoire et 420 000 à temps complet ou partiel dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et la persistance de disparités géographiques.

Des patients principalement pris en charge en ambulatoire

En 2019, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la très grande majorité (2,1 millions) bénéficient d'une prise en charge ambulatoire (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Le taux de recours aux soins ambulatoires (3 159 patients pour 100 000 habitants) est cinq fois plus élevé que pour les prises en charge à temps complet ou partiel (629 patients pour 100 000 habitants)

Néanmoins, le taux de recours présente de fortes disparités départementales¹. Ainsi, en ambulatoire, il est compris entre 414 pour 100 000 habitants en Guyane et 4 972 pour 100 000 habitants dans la Manche. Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel varie de 51 pour 100 000 habitants en Guyane à 1 056 pour 100 000 habitants dans la Creuse (cartes 1 et 2)².

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Parmi les 420 000 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2019, il y a autant d'hommes que de femmes (tableau 1). L'âge moyen des patients est de 42 ans. Il varie selon le type de prise en charge : 43,7 ans pour une prise en charge à temps complet, contre 37,7 ans à temps partiel.

La prise en charge à temps complet concerne 331 000 patients pour un total de 18,7 millions de journées³. Une large part de ce volume d'activité (92 %) relève des hospitalisations à temps plein (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), dont la durée moyenne d'hospitalisation est de 55 jours par an.

Les patients pris en charge à temps complet ou partiel proviennent 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 2019, 90 % se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % 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.

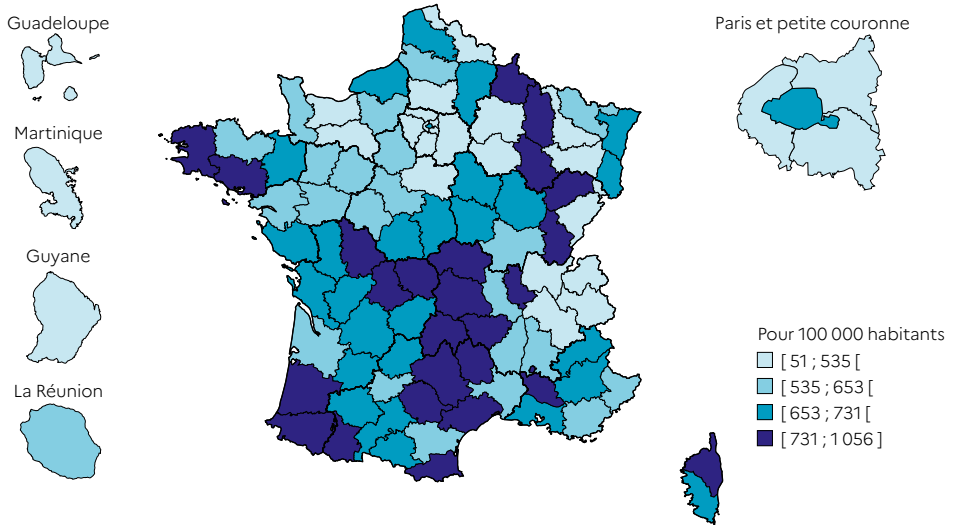
Des soins ambulatoires réalisés essentiellement en centre médico-psychologique (CMP)

Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : près d'un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 38 ans. En 2019, près de trois quarts des actes réalisés en ambulatoire sont des entretiens et 59 % des actes en ambulatoire sont effectués en

1. Hors Mayotte (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

2. Les cartes présentent des 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 2019, 4 345 patients n'ont pas de lieu de résidence mentionné ; un phénomène qui s'observe principalement dans le département des Côtes d'Armor, à la fois pour les prises en charge en ambulatoire et à temps complet ou partiel.

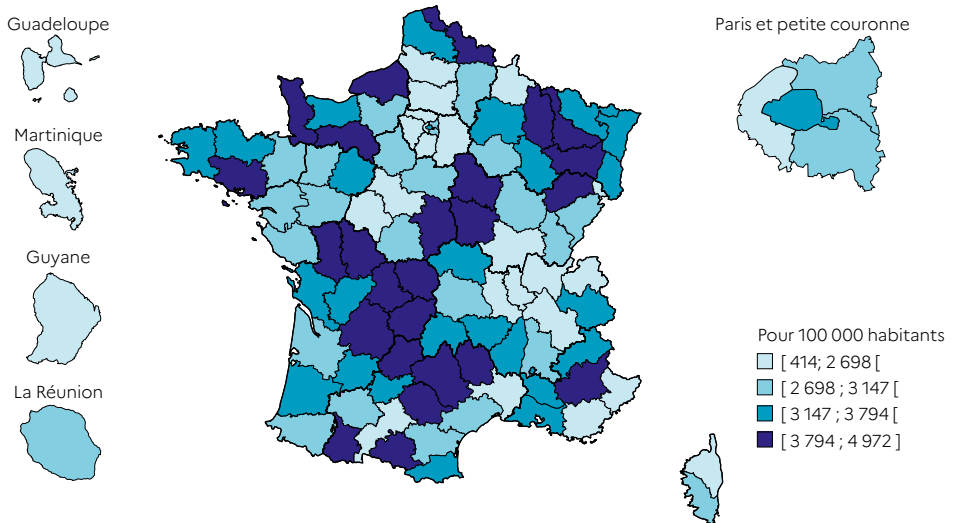
3. Contrairement à ce qui était indiqué dans l'édition 2020 de cet ouvrage, il y avait 18,9 millions de journées pour la prise en charge à temps complet.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie en 2019

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2019, le département de résidence du patient est inconnu pour 4 345 patients, soit 1 % des patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2019. Les départements d'hospitalisation de ces patients dont le département de résidence est inconnu sont inégalement répartis. En particulier, près de la moitié de ces patients étaient hospitalisés dans les Côtes d'Armor.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, RIM-P 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie en 2019

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2019, le département de résidence du patient est inconnu pour 34 268 patients, soit 1,6 % des patients pris en charge en ambulatoire dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2019. Les départements d'hospitalisation de ces patients dont le département de résidence est inconnu sont inégalement répartis. En particulier, près d'un tiers de ces patients étaient hospitalisés dans les Côtes-d'Armor.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, RIM-P 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP, 13 %), au domicile du patient⁴ (6 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 5 %), en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (13 %)⁵. Un patient bénéficie en moyenne de 11 actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 22 % par des médecins et 16 % par des psychologues.

Des motifs de prise en charge variables selon le sexe et le type de prise en charge

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM 10)⁶, 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) sont les principales causes de prises en charge à temps complet ou partiel (graphique 1).

Le diagnostic de la schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes (25 %), 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).

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2019

	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 partiel²			
Nombre de patients	419 794 ³	46 286	375 899
Proportion d'hommes (en %)	51	64	49
Nombre de journées	23 338 404	1 652 502	21 685 903
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	20	63	17
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	56,3	35,5	57,3
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 108 785 ⁴	466 269	1 653 186
Proportion d'hommes (en %)	51	61	47
Nombre d'actes ambulatoires	22 255 169	5 555 295	16 699 874
Part d'actes réalisés en centre médico-psychologique (en %)	59	73	55
Nombre moyen d'actes	10,5	11,9	10,1

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 de son numéro d'assuré social, de sa date de naissance et de son sexe) 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 2019, 2 391 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise 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 2019, 10 670 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en ambulatoire.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2019, 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 14 « 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 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. Les troubles mentaux sont codés de F00 à F99.

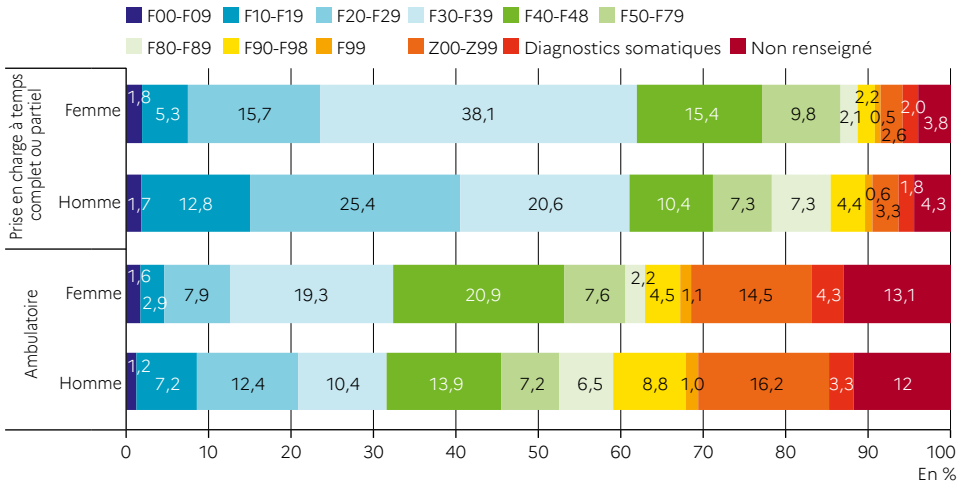
Des prises en charge spécifiques pour les enfants et adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. En 2019, les établissements ont pris en charge 46 000 enfants et adolescents à temps partiel ou à temps complet et 466 000 en ambulatoire, 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 5,6 millions d'actes, réalisés essentiellement par

des psychologues, médecins psychiatres ou pédopsychiatres et personnels de rééducation, en CMP dans 73 % des cas. Les troubles du comportement et 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, 63 % des journées relèvent d'une prise en charge à temps partiel, contre 17 % en psychiatrie adulte. Ces journées sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (F8). ■

Graphique 1 Répartition des patients, par sexe, selon les diagnostics principaux et la nature de la prise en charge en 2019



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, 10^e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Champ > France métropolitaine, DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, RIM-P 2019, 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 métropolitaine, dans les DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte) et dans 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, 2,8 % des séjours ne sont pas pris en compte, en raison d'une erreur dans la clé de chaînage dans le RIM-P qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Cela représente 3,5 % 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 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », qui mobilise comme source la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ainsi, ce sont près de 905 000 prises en charge à temps complet et partiel comptabilisées de moins qu'avec la SAE, et près de 80 500 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'information 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 unité d'hospitalisation somatique (y compris service d'urgence), en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), et en milieu scolaire.
- **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 prises en charge adaptées à son traitement.

Pour en savoir plus

- > **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2016/2.
- > **Bourdillon, F., Fourcade, N., von Lennep, 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.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site Atlasanté : <http://sante-mentale.atlasante.fr/>

En 2019, 293 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 19 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 5,9 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. Les 92 établissements associatifs proposant uniquement cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 50 % des journées). En matière d'activité, 222 400 séjours pour 6,0 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % des capacités de prise en charge et 17 % 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, au 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 »).

Une légère diminution du nombre d'établissements, mais une capacité de prise en charge en progression

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, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que triplé entre 2001 et 2019.

Stable de 2013 à 2016, le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD diminue à partir de 2017 : ils sont 293 en 2019, contre 296 en 2018. La capacité de prise en

charge, elle, poursuit sa progression. Ces établissements peuvent ainsi accueillir simultanément 19 300 patients en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*), contre 18 100 patients en 2018. La part de l'HAD dans les capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire est stable à 5,9 %.

Dans plusieurs secteurs territoriaux, les agences régionales de santé (ARS) ont, en effet, 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 »).

Cette baisse du nombre d'établissements n'est donc pas la conséquence d'une fermeture de structures, elle reflète une réorganisation de la coordination des soins. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément¹ continue d'ailleurs de progresser à un rythme soutenu (+6,7 % en 2019, après +3,4 % en 2018). Le nombre de journées augmente également en 2019 (+7,2 % après +7,8 % en 2018).

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 » par les établissements proposant de l'HAD.

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 106 sont des centres hospitaliers, représentent 24 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi les 116 établissements du secteur privé à but non lucratif, 92 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1).

Ces derniers disposent de près de la moitié des capacités de prise en charge en HAD en

France (9 400 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2019), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2019, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 58 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 %.

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

En 2019, parmi les 19 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2019

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 2019	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	119	4 569	66,6	1 461	23	15
CHR	13	1 336	29,6	462	16	10
CH (et autres)	106	3 233	37,0	999	29	20
Secteur privé à but non lucratif	116	11 127	126,9	3 473	29	21
CLCC	3	231	8,1	85	11	8
Structure associative d'HAD	92	9 436	104,2	2 983	30	22
Autres	21	1 460	14,6	405	29	20
Secteur privé à but lucratif	58	3 601	29,0	1 054	38	25
Ensemble	293	19 297	222,4	5 988	28	20

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

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 207 000 séjours terminés en 2019, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 152 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2019, soit 68 % des séjours d'HAD.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, 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 2019 ainsi que ceux terminés ou non en 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (les journées antérieures à 2019 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

En 2019, 188 séjours correspondant à 16 476 journées ont été exclus des calculs sur la durée moyenne de séjours, car il n'est pas possible de savoir si ces séjours sont terminés.

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

Sources > ATI, PMSI-HAD 2019 ; DREES, SAE 2019, traitements DREES.

territoire français, 3 500 se trouvent en Île-de-France, dont plus de 2 800 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux départements représentent 15 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 75 pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,6 fois plus que la moyenne nationale (29 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premiers établissements créés en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la fondation Santé-Service d'Île-de-France. Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme la Haute-Corse, les Landes, la Corrèze ou la Loire, avec des densités départementales supérieures à 55 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

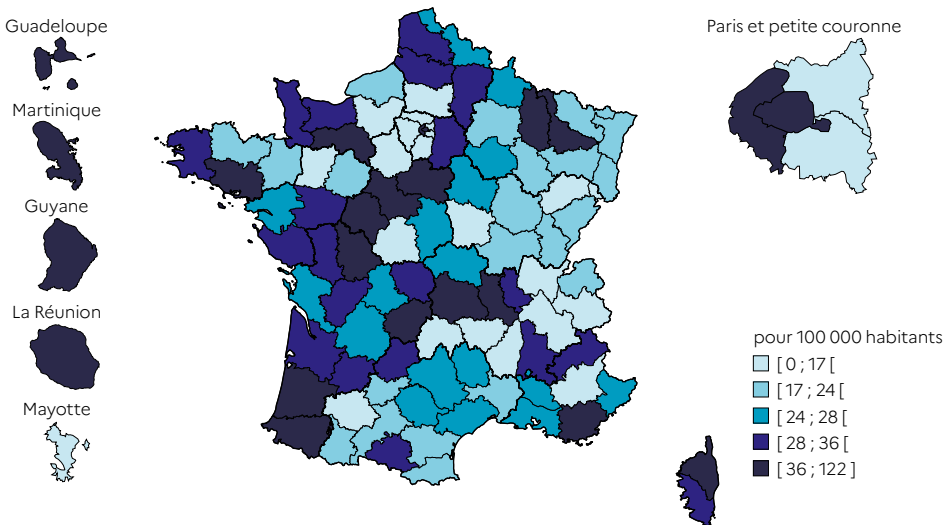
atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de 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.

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

En 2019, 222 400 séjours en HAD ont été réalisés pour 6,0 millions de journées (tableau 1), soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2019



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.

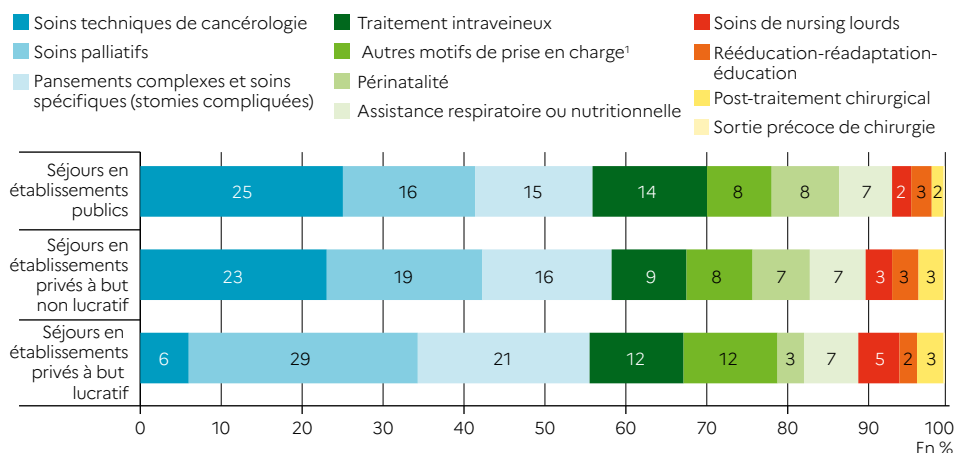
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 54 800 séjours (25 % des séjours) et 1 028 100 journées (17 % des journées) en 2019. 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 57 % des séjours (contre 30 % dans le public et 13 % dans le privé à but lucratif) et réalise 58 % des journées (contre 24 % dans le public et 18 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne progressivement du terrain. Il y a 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 15 et 21 jours en moyenne pour les séjours monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (25 jours) [tableau 1]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 17, « 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 28 jours pour les séjours terminés en 2019 et de 20 jours, si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2019



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 prise en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existant dans le recueil. Les six premiers modes de prise en charge principaux représentent 82 % des séjours d'HAD en 2019. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 25 % des séjours des établissements publics, 23 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

En 2019, 189 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de savoir leur mode de prise en charge principale.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2019, traitements DREES.

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

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 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 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (les journées antérieures à 2019 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 remonter les informations liées à certains séjours avec retard. La base du PMSI-HAD utilisée dans cette fiche 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.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2019. Rapport annuel.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, novembre). *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.

En 2019, 128 000 patients ont été pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 222 000 séjours. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont les quatre principaux motifs d'admission (plus de deux tiers des séjours) en HAD. Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (55 jours, contre 20 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. En 2019, plus de la moitié des patients admis en HAD sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 13 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Près des deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

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, activité multiforme, s'adapte à des prises en charge variées

En 2019, 128 000 patients ont été pris en charge en HAD, pour 222 000 séjours. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques ainsi que les traitements intraveineux sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD, puisqu'ils représentent 69 % des séjours (*tableau 1*) [voir fiche 16, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1].

La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds¹, 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. Si l'on considère les séjours terminés et monoséquences², les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 55 jours, contre 20 jours pour la moyenne des séjours en HAD. 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 (33 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (14 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (74 %), le reste relevant de la surveillance post chimiothérapie. Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique, pour partie, la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants (94 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing

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.

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 75 % moyennement à fortement dépendants).

Plus de la moitié des séjours d'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 2019, les patients de 65 ans ou plus totalisent ainsi 56 % des séjours (dont 26 % pour les 80 ans ou plus). En 2015, cette part n'était

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 2019

Modes de prise en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2019 ³	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	48	377	5	53	41	5	1
Soins palliatifs	44	1 452	26	2	23	36	38
Pansements complexes et soins spécifiques	36	1 665	42	18	42	25	15
Traitements intraveineux	24	427	11	27	45	17	11
Autres motifs de prise en charge ²	19	358	12	17	39	17	27
Périnatalité	16	202	12	48	42	1	10
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	15	652	34	2	34	32	32
Soins de nursing lourds	7	481	55	0	7	47	46
Rééducation, réadaptation, éducation	6	201	26	8	46	27	18
Post-traitement chirurgical	6	150	17	23	55	17	4
Sortie précoce de chirurgie	0	4	8	30	45	22	3
Ensemble⁴	222	5 972	20	24	37	21	19

1. Les modes de prise 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 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.

3. Environ 207 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2019, soit 93 % des séjours d'HAD, et 152 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 68 % des séjours d'HAD.

4. 189 séjours pour un total de 16 477 jours ont été exclus des données de ce tableau, car leurs modes de prise en charge principal n'ont pas été renseignés.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2019, traitements DREES.

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, pour leur part, 7 % 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 (21 % 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, est passée en quatrième position (13 % 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 (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

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

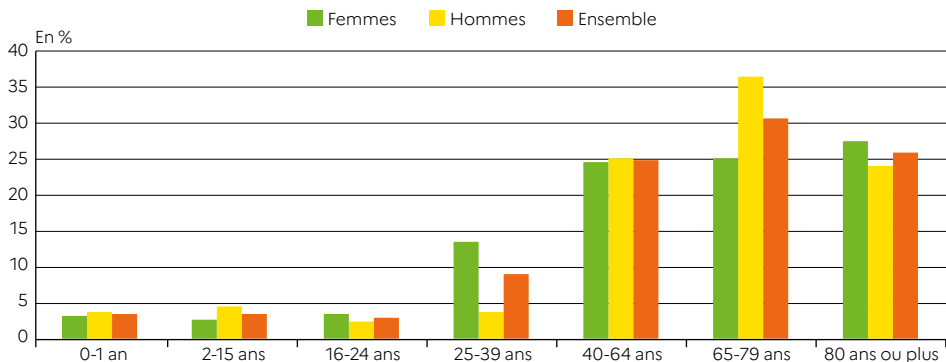
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, qui en fait une activité multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien

par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

En 2019, d'après les données du PMSI-HAD, pour plus d'un tiers des séjours d'HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (schéma 7). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 25 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de 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.

63 % des séjours d'HAD concernent des patients qui y ont été 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 (31 % des séjours), tandis que pour d'autres (26 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD. Enfin, 13 % des patients sont décédés en HAD en 2019. ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2019

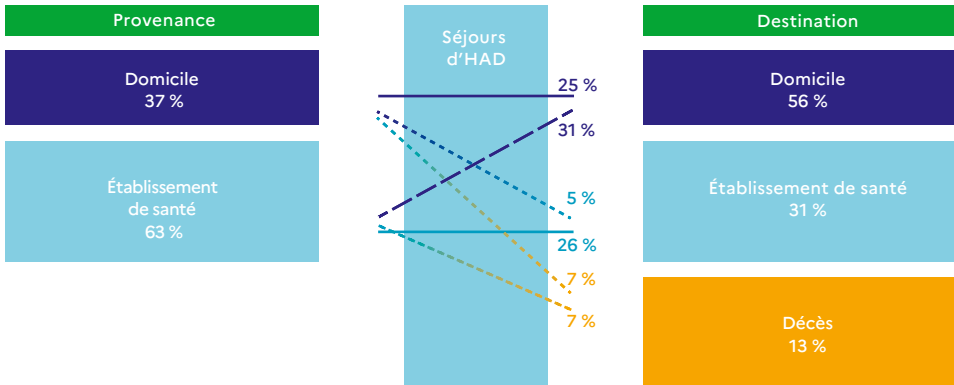


Note > En 2019, 189 séjours ont été exclus du graphique, car il n'est pas possible de connaître l'âge et le sexe des patients correspondants.

Lecture > En 2019, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 14 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2019, traitements DREES.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2019

Note > En 2019, 188 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 2019, 63 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 56 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 25 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 206 691 séjours d'HAD terminés en 2019 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 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 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (les journées antérieures à 2019 sont exclues pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le 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 remonter les informations liées à certains séjours avec retard. La base du PMSI-HAD utilisée dans cette fiche 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.).

Définitions

> Mode de prise en charge : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prise 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) à six dimensions (habillement, 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.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2019. Rapport annuel.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2020, novembre). *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.

En 2019, 1 834 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DOM. Ils disposent de 120 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisations complète ou partielle offertes sur le territoire. Les activités de SSR concernent 28 % de l'activité hospitalière totale en 2019 et 37 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics. Si l'hospitalisation complète reste prédominante (88 % des capacités), l'hospitalisation partielle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. Le personnel non médical se compose principalement de soignants (infirmiers, aides-soignants et personnel de rééducation). L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

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

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 834 établissements en France métropolitaine et dans les DOM (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 à but non lucratif. En 2019, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 120 000 lits et places, répartis pour 37 % dans le public, 29 % dans le privé à but non lucratif et 33 % dans le privé à but lucratif. Ces 120 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

En matière d'activité, 1,5 million de séjours, soit 37 millions de journées, ont été réalisés en SSR, ce qui correspond à 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Cette situation est due au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (88 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (16 % des journées, contre 12 % dans le privé à but lucratif et seulement 8 % dans le public).

Ces différences peuvent 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 19, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »). Enfin, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif où elle atteint 36,5 jours, contre 34,3 jours dans les établissements publics et 33,2 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

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 0,9 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 personnel (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

1. La somme n'est pas exactement égale à 100 % du fait des arrondis.

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 réadaptation ainsi que des gériatres. Ils sont relativement peu nombreux en comparaison du personnel non médical (0,05 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements).

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 455 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus².

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 métropole 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 beaucoup moins pourvue que les départements

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2019

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	900	460	474	1 834
Nombre de lits et places, dont :	44 926	34 916	40 000	119 842
hospitalisation partielle (part en %)	3 843 (9 %)	5 788 (17 %)	5 530 (14 %)	15 161 (13 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	573	433	466	1 472
hospitalisation partielle (part en %)	161 (28 %)	155 (36 %)	118 (25 %)	434 (29 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	13 739	10 044	13 599	37 382
hospitalisation partielle (part en %)	1 041 (8 %)	1 643 (16 %)	1 909 (14 %)	4 593 (12 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés² en 2019 (en journées)	34,3	33,2	36,5	34,7
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 rééducation³ (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel⁴ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. Les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.

2. Environ 955 000 séjours d'hospitalisation complète terminés sont comptabilisés en 2019, soit 92 % des séjours de SSR à temps complet. Le jour de sortie d'hospitalisation n'est en général plus compté comme un jour de présence à partir de 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle de 2016 et 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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaires (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2019 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2019 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR.

métropolitains. 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].

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'elles n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne-Franche-Comté, qui a tendance à « perdre » des patients³. 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 région administrative peut être trompeuse : dans certaines d'entre elles, l'offre de SSR est plutôt homogène ; dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (*carte 7*). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les mieux dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : parmi 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 412 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 2019 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	565	2,4	1,09
Île-de-France	508	-0,3	1,00
Occitanie	486	3,3	1,02
Corse	474	-10,3	1,02
Hauts-de-France	451	0,5	1,07
Bourgogne-Franche-Comté	450	-2,6	0,98
Auvergne-Rhône-Alpes	449	-1,0	1,01
Normandie	445	-0,8	1,01
Centre-Val de Loire	431	-1,5	0,86
Grand-Est	410	-0,2	1,05
Bretagne	402	0,5	1,01
Nouvelle-Aquitaine	398	1,7	0,93
Pays de la Loire	383	-1,7	0,80
Guadeloupe	492	-5,7	1,71
La Réunion	457	0,0	1,26
Guyane	418	-30,0	0,84
Martinique	349	-4,5	0,79
Mayotte	0	-	-
France entière	455	-	1,00

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

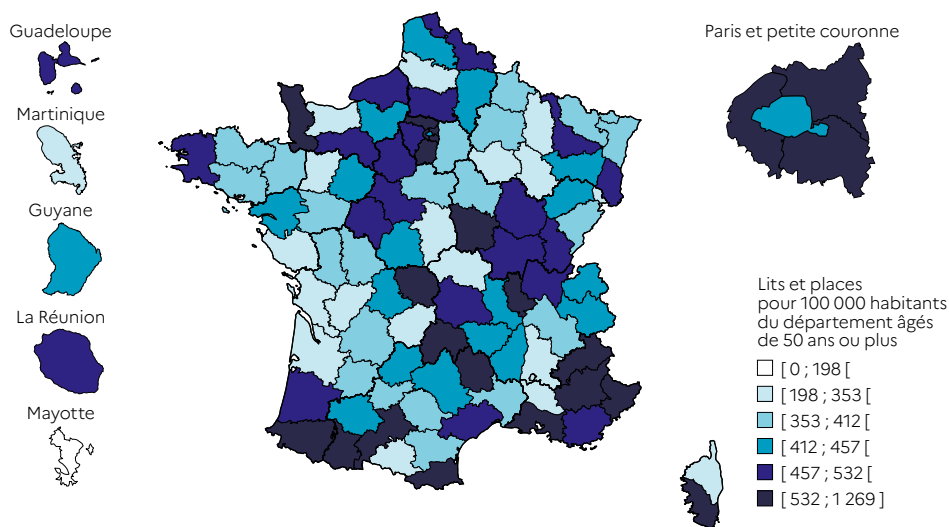
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ > France 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. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2019, traitements DREES ; DREES : SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

3. La Corse, les DROM (hormis La Réunion), les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire ont également tendance à « perdre » des patients.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR en 2019

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles, hors Mayotte qui n'a pas de capacité en SSR.

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 exerçant une activité de SSR en 2019. 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 polyopathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (sont exclues les journées antérieures à 2019 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources > DREES : SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 2019. 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 polyopathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (sont exclues les journées antérieures à 2019 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le 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 2003, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. En fin d'année 2019, une rétention de données a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard : la base du PMSI-SSR utilisée dans cette fiche a été consolidée par l'ATIH au 11 mai 2020, il est possible que certains séjours affectés par cette rétention de données n'aient pas été remontés dans cette base. La 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** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

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.

En 2019, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,5 million de séjours, soit 37 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié ont 70 ans ou plus) et sont en majorité des femmes. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses). La répartition des séjours varie selon l'âge des patients.

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2019, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours (*tableau 1*) et 37 millions de journées (voir fiche 18, « 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). Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (54 %), notamment en hospitalisation complète (57 %). Les séjours de SSR en hospitalisation partielle sont toutefois plus souvent effectués par des hommes (53 %).

L'âge moyen des patients de SSR à leur admission est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (70 ans). L'âge moyen des femmes admises en SSR reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 62 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 67 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 34,7 jours (voir fiche 18, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation », *tableau 1*). Elle augmente avec l'âge et s'établit à 35,9 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (70 ans en moyenne, contre 68 ans pour le privé à but lucratif et 57 ans pour le 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 en hospitalisation partielle présentent moins fréquemment

de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir encadré Sources et méthodes, parties Définitions). Ainsi, pour 88 % des séjours en hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 49 % des séjours en hospitalisation complète) [*graphique 1*]. La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est en général plus important qu'en hospitalisation partielle, 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 (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, 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 (13 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque et 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 (5 %) font également partie des motifs fréquents de prise en charge (*tableau 2*).

La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les principaux motifs de prise en charge

des patients de moins de 18 ans sont l'obésité, les paralysies d'origine cérébrale et les scolioses. Entre 18 et 34 ans, il s'agit plutôt des lésions traumatiques (genou), dorsalgies, paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale, et d'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 de cardiopathies ischémiques. Les établissements privés à but lucratif, non lucratif, et les établissements publics prennent

en charge des séjours aux 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 suite de maladies du système nerveux, et le secteur public des 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. ■

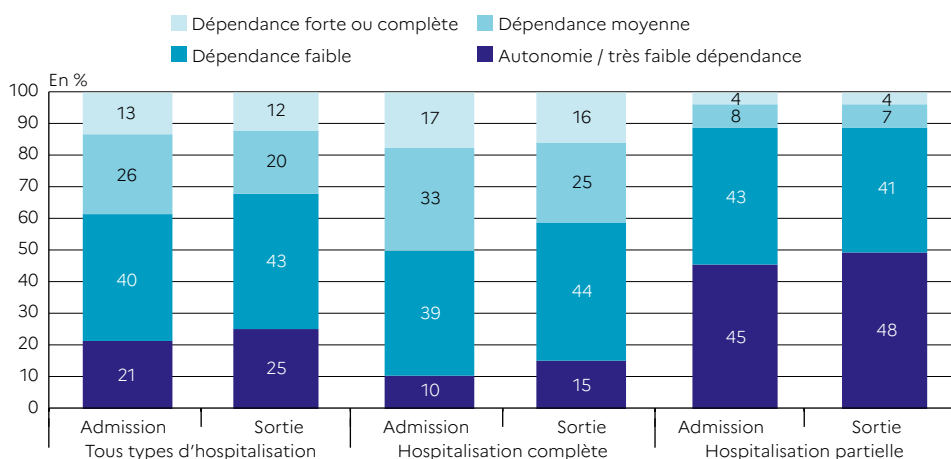
Tableau 1 Nombre de séjours, âge moyen et âge médian à l'admission par sexe et type de séjour en 2019

	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	797	54	69	75	593	57	74	204	47	53
Hommes	675	46	62	66	445	43	67	230	53	52
Ensemble	1 472	100	66	70	1 038	100	71	434	100	53

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 2019, 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 2019



Note > L'état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 2,4 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.

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 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2019, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (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 :	183	12	0	3	16	13	11	58
cardiopathies ischémiques	80	5	0	1	10	5	1	34
insuffisance cardiaque	34	2	0	0	1	2	5	79
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	0	74
Affections de l'appareil respiratoire	60	4	4	1	4	5	5	81
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	120	8	20	12	11	5	4	63
diabète	15	1	3	0	1	1	0	75
obésité et autres excès d'apport	73	5	16	11	8	1	0	46
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	211	14	8	19	8	15	25	85
lésions traumatiques	183	12	4	18	7	13	23	86
Maladies du système nerveux, dont :	192	13	22	20	17	11	6	56
maladies cérébrovasculaires ¹	15	1	0	0	1	1	2	86
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	134	9	16	17	12	7	3	52
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	276	19	18	22	21	21	10	66
arthropathies	152	10	5	9	10	15	5	76
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	185	13	9	7	8	14	22	76
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	106	7	4	3	4	8	14	77
Troubles mentaux, dont :	115	8	9	10	8	6	8	74
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	36	2	0	0	0	4	5	73
troubles mentaux et du comportement liées à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives	40	3	0	7	6	0	0	84
Tumeurs malignes, dont :	63	4	1	1	4	6	4	96
organes digestifs	17	1	0	0	1	2	1	99
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	9	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	94
Autres pathologies²	68	5	9	4	3	5	6	73
Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	66
Total	1 472	100	100	100	100	100	100	71

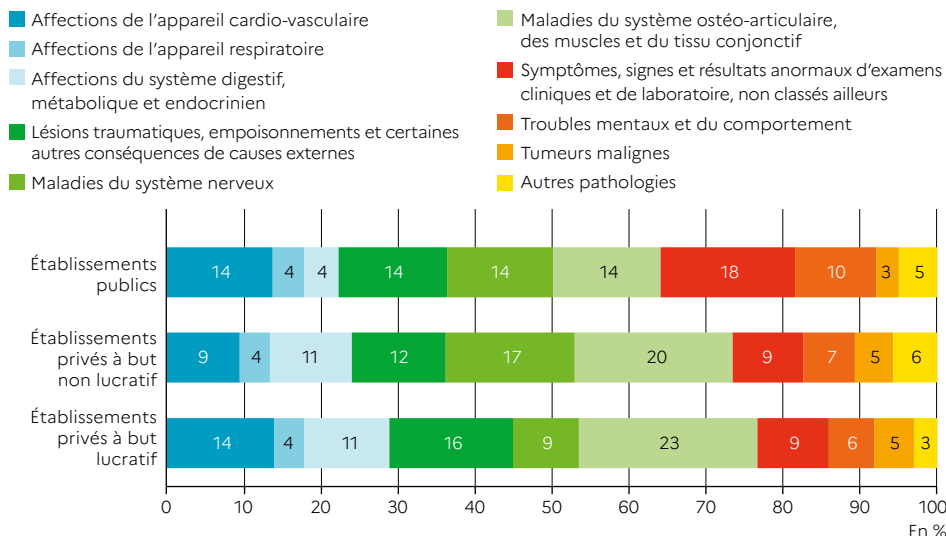
1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

Champ > France 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 2019, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR en 2019



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 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et Méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 2019. 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 statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (sont exclues les journées antérieures à 2019 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le 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 2003, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. En fin d'année 2019, une rétention de données a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard : la base du PMSI-SSR utilisée dans cette fiche a été consolidée par l'ATIH au 11 mai 2020, il est possible que certains séjours affectés par cette rétention de données n'aient pas été remontés dans cette base. La SAE de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).



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, les soins réalisés sur le 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, à savoir 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.

Pour en savoir plus

> **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 Santé*, 23.

> **de Peretti, C., Woimant, F., Schnitzler, A.** (2019). 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.

En 2019, 12,9 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises en France. Pour 70 % 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.

12,9 millions de patients hospitalisés en France en 2019

En 2019, 12 883 000 patients ont été hospitalisés dans l'un des 2 687¹ établissements de santé, publics ou privés, de France métropolitaine et des DOM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). 756 000 y sont nés, 360 000 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.

70 % des patients sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

Deux tiers des patients (66 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour, en 2019. 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), etc. 30 % des patients (3 817 000) ont connu au moins une nouvelle hospitalisation après et à distance

du premier séjour ou épisode (tableau 1). Pour 41 % des patients, la durée entre deux épisodes d'hospitalisation est comprise entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 8 %, entre trois et six mois et, pour 4 %, elle excède six mois.

Trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année se distinguent. Les séjours uniques, tout d'abord, relèvent principalement du MCO. Ensuite, parmi les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode de soins hospitaliers unique, la moitié (soit 260 000 patients) ont commencé par un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR, et 35 % 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. Ce type de parcours effectué exclusivement dans un même champ sanitaire est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients sont âgés en moyenne de 49 ans (médiane à 53 ans) : 16 % ont moins de 18 ans, 25 % 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

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 indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé » (à savoir 3 008).

en raison des maternités, 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 44 ans pour ceux ayant connu un séjour unique d'hospitalisation). La prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,7 % des patients, en SSR pour 1,3 % d'entre eux, en HAD pour 0,1 % et en psychiatrie pour 1,8 %. Un million de patients (8,1 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires.

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2019, 32,1 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

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2019

	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	12 883 467	100,0	8 545 152	100,0	520 933	100,0	3 817 382	100,0
Âge moyen, écart-type	48,8 +/- 26,4	-	44,0 +/- 26,3	-	65,1 +/- 25,0	-	57,5 +/- 23,5	-
Femmes/Hommes (en %)	54,9 / 45,1	-	55,5 / 44,5	-	58,8 / 41,2	-	52,9 / 47,1	-
Nombre de naissances	756 453	5,9	653 735	7,7	12 269	2,4	90 449	2,4
Nombre de décès	360 246	2,8	117 795	1,4	51 546	9,9	190 905	5,0
Nombre de séjours dans l'année 2019, médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 3	-	1 / 1 / 1	-	2 / 2 / 3	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO ²	11 419 343	88,7	8 253 961	96,6	183 025	35,1	2 982 357	78,1
Admission exclusivement en SSR	159 284	1,3	120 407	1,4	1 061	0,2	37 816	1,0
Admission exclusivement en HAD	15 006	0,1	13 531	0,2	173	0,0	1 302	0,0
Admission exclusivement en psychiatrie	236 373	1,8	157 253	1,8	7 090	1,4	72 030	1,9

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e 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 9 séjours ou moins.

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 les 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 > Les épisodes avec admission exclusive en MCO, soit un séjour en MCO dans un premier établissement avec transfert vers un autre établissement MCO, ont été observés 183 000 fois en 2019, ce qui correspond à 35 % de l'ensemble des épisodes hospitaliers uniques.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	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	1 432 665	427 563	43,3	53,1	76 977	7,8	71,2	482 734	48,9	58,6
Affections de l'œil	1 145 795	342 784	43,0	66,0	3 241	0,4	65,7	452 072	56,6	72,0
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	927 108	678 998	77,8	25,4	8 831	1,0	43,0	184 877	21,2	42,5
Affections de l'appareil respiratoire	1 047 357	275 144	37,2	52,3	55 012	7,4	69,5	409 013	55,4	62,1
Affections de l'appareil circulatoire	2 054 633	555 895	39,8	63,4	73 961	5,3	74,1	765 149	54,9	68,7
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 416 341	1 734 642	63,0	53,2	51 286	1,9	62,6	966 331	35,1	59,7
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 545 974	1 054 208	55,8	50,7	178 788	9,5	74,4	656 212	34,7	60,4
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	862 824	434 377	57,9	46,0	21 298	2,8	67,5	295 245	39,3	59,6
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	587 020	201 399	43,0	48,1	18 648	4,0	64,6	247 757	53,0	51,8
Affections génito-urinaires	1 635 726	677 305	54,6	44,7	29 051	2,3	66,9	535 553	43,1	59,2
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 169 407	744 633	76,6	30,3	20 029	2,1	30,6	206 791	21,3	30,1
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	785 988	659 102	87,2	0,0	11 910	1,6	0,0	84 741	11,2	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	546 784	65 858	21,8	55,3	10 106	3,3	69,5	227 232	74,9	60,0
Maladies infectieuses et parasitaires	153 848	42 162	32,9	36,6	9 432	7,4	61,1	76 402	59,7	53,9
Maladies et troubles mentaux	1 171 335	228 962	37,2	45,2	60 064	9,8	52,7	326 359	53,0	46,0
Traumatismes, allergies et empoisonnements	445 562	121 668	41,1	38,9	25 973	8,8	47,2	148 321	50,1	47,6
Autres affections ou prises en charge	1 154 133	267 163	31,8	49,8	57 694	6,9	72,3	514 572	61,3	58,8
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	10 974 905	25 173	4,0	54,3	5 383	0,9	64,4	594 217	95,1	64,5
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	45 158	8 116	30,4	37,9	3 326	12,5	48,4	15 239	57,1	42,5

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, 721 000 patients sont décomptés à travers les différents groupes alors que ce type de parcours de soins hospitaliers a concerné 521 000 personnes.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2019, traitements DREES.

prénatale fait majoritairement l'objet d'une unique hospitalisation (87,2 %).

Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en

charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics ou privés. 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée. 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 source 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 2019 ont été pris en compte.
- > **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.

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

7 417 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 965 établissements de santé publics ou privés en France métropolitaine et dans les DROM. 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.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2019, 7 417 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 965 établissements de santé (tableau 1). 47 % d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées, alors que ces dernières enregistrent 54 % 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 63 % 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'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

En 2019, 1 652 salles sont dédiées à la surveillance postinterventionnelle

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale (6,7 millions d'actes chirurgicaux

requérant une anesthésie sont recensés en 2019), 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 2019, 1 503 salles dédiées aux endoscopies, 848 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 599 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail) et 412 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, 3 362 salles sont destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie. 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 est obligatoire. Le nombre de ces salles de surveillance postinterventionnelle s'élève à 1 652, pour 14 722 postes de réveil (tableau 2), soit neuf postes par salle en moyenne. 45,2 % des salles de surveillance se situent dans des établissements publics, 43,6 % dans des cliniques privées et 11,3 % dans des établissements privés à but non lucratif. ■

Tableau 1 Les plateaux techniques de chirurgie en 2019

	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 chirurgicale¹	100	329	102	434	965
Nombre de salles d'intervention chirurgicale¹, dont :	1 538	1 718	707	3 454	7 417
nombre de salles destinées à la chirurgie classique ²	1 451	1 588	680	3 166	6 885
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	943 308	1 213 768	547 089	3 133 053	5 837 218

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 2 L'activité d'anesthésie en 2019

	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	314	432	186	720	1 652
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 670	3 524	1 430	7 123	14 722

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

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

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 en hospitalisation complète, journées en 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 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 à proximité des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance postinterventionnelle 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., Perlberg, J., et al.** (2014, juillet). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP). Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).

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.

777 scanners et 610 IRM recensés dans les établissements publics et privés à but non lucratif

En 2019, 2 259 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont réparties dans 802 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM (Mayotte incluse), service de santé des armées (SSA)¹ compris (tableau 1). Il existe également 351 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties dans 179 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. 539 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 777 appareils – dont 722 exploités par l'établissement lui-même². 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). 396 établissements possèdent au moins une IRM, soit 610 appareils (dont 556 exploités par l'établissement), situés pour 86 % d'entre eux dans le secteur public (dont 30 % 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, et le nombre d'actes pour des patients externes à 4,4 millions, hors activité libérale pratiquée dans les établissements publics³. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,6 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 2,2 millions pour les patients externes. Enfin, 125 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 284 gamma-caméras (dont 268 sont exploitées par les établissements eux-mêmes), situées pour 45 % 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 362, 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 sur le mode de l'activité libérale et 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 220 scanners et 178 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées 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 3,0 scanners pour 200 000 habitants pour la France entière (France métropolitaine et DROM). Ce rapport varie de 0,7 à Mayotte, à 4,9 dans les Alpes-de-Haute-Provence et 5,3 dans les Hautes-Pyrénées (carte 1). Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,4 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,7 à Mayotte et dans le département de la Sarthe à 4,3 à Paris (carte 2). ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2019

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	539	777	722
IRM	396	610	556
Caméras à scintillation	125	284	268
Tomographes à émission/caméras à positons	92	120	114
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	802	2 259	2 169
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	179	351	341

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements publics et privés à but non lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA.

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

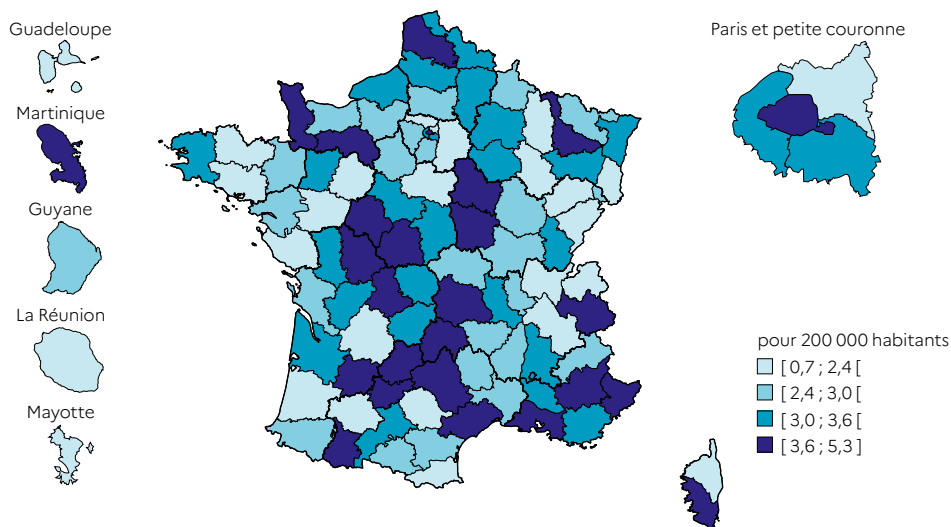
Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2019

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	179	220
IRM	128	178
Caméras à scintillation	33	68
Tomographes à émission/caméras à positons	15	15
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	251	586
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	75	146

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

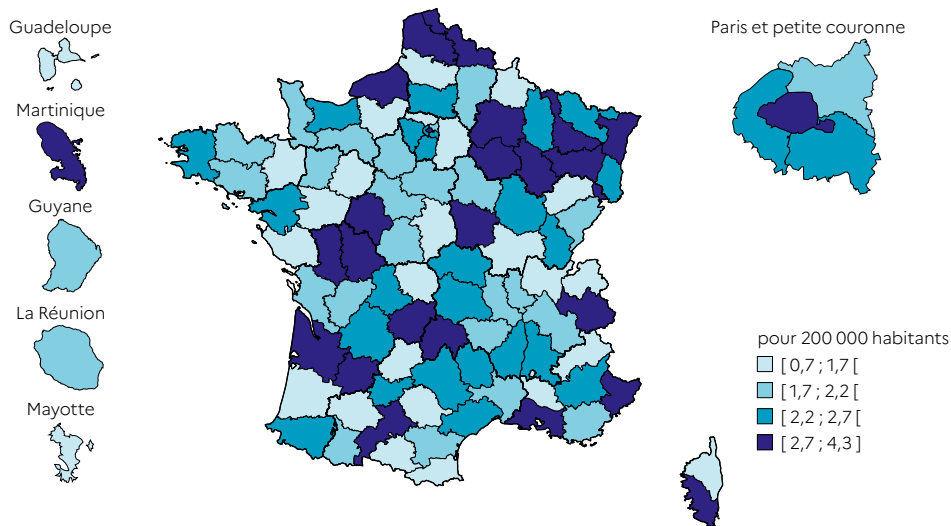
Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners pour 200 000 habitants du département en 2019

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Carte 2 Nombre d'IRM pour 200 000 habitants du département en 2019

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), 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 en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnels).

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.

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 2019, 481 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 2019 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 461 en 2019, hors service de santé des armées (SSA)¹. Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans. Au cours de la même période, le nombre de naissances a fortement évolué : après avoir culminé à 802 000 en 2010 pour la France métropolitaine, il diminue depuis de façon continue, pour atteindre 714 000 en 2019 (*graphique 1*). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période. Il est passé de 22 à 49 accouchements annuels par lit, en moyenne, entre 1975 et fin 2019. 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.

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

Au 31 décembre 2019, 481 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), y compris le SSA : 184 maternités de type 1, 142 de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3 (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Elles totalisent 15 100 lits d'obstétrique et ont

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.

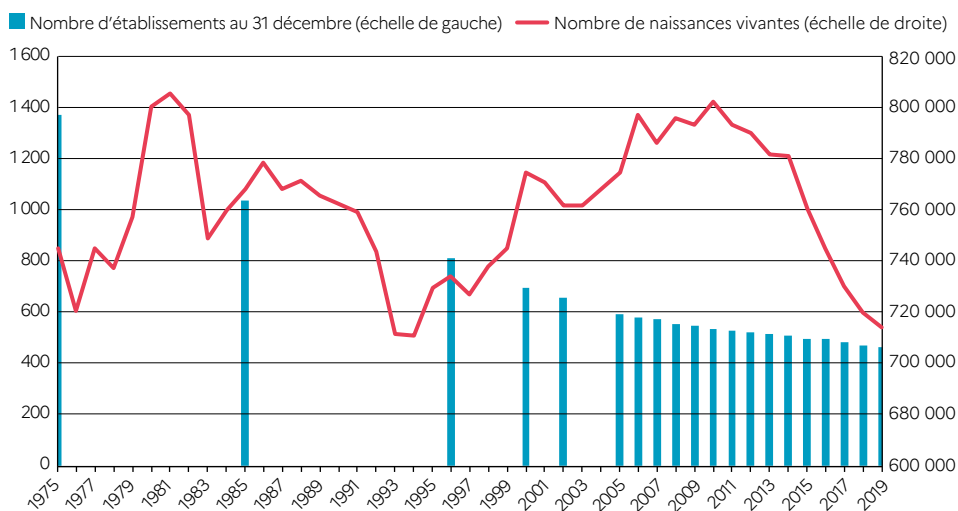
réalisé 740 000 accouchements². En raison de la baisse de la natalité, le nombre d'accouchements a diminué de 73 000 entre 2009 et 2019 pour la France entière. Au cours de cette période, la proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé, passant de 65 % en 2009 à 71 % en 2019, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en clinique privée à but lucratif, de 27 % à 20 %.

Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 62 % des 481 maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris SSA). Elles sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (79 % 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 métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (tableau 1). Quant aux maternités

de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2019, contre la moitié en 2009.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2019, en France métropolitaine, hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 784 accouchements par an, une maternité de type 2a, 1 423, une maternité de type 2b, 2 007, et une maternité de type 3, 3 240. La restructuration des maternités conduit donc à une concentration vers des maternités plus spécialisées et plus grandes. 38 % des maternités métropolitaines accueillent désormais au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (graphique 2). En parallèle, seulement 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 (Savoie, Corse) ou ruraux (Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze, Dordogne). ■

Graphique 1 Évolution du nombre de naissances vivantes et de maternités depuis 1975



Note > À la suite de travaux d'exploration plus poussés des données de la SAE, le nombre d'établissements a été corrigé pour les années 2000 et 2010, par rapport à celui publié dans l'édition 2020 de cet ouvrage.

Champ > France métropolitaine hors SSA.

Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2019, traitements DREES.

2. Non compris les 1 500 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2019 et les 4 500 accouchements hors établissements et suivis d'une hospitalisation en service obstétrique.

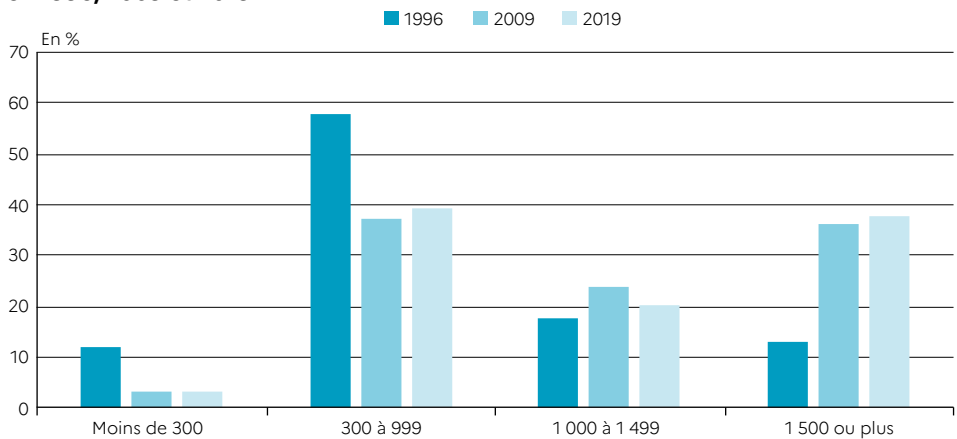
Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2009 et 2019

	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2009	273	133	79	62	547
	2019	178	138	85	60	461
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2009	238 167	222 219	146 259	173 517	780 162
	2019	139 478	196 415	170 587	194 412	700 892
Part d'accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2009	31	28	19	22	100
	2019	20	28	24	28	100

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2009 et 2019, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2009 et 2019

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2009 et 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux 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 en hospitalisation complète, journées en 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 2019 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 maternité 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 néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale, sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **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., 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.
- > **Baillet, A., 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.
- > **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.

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à l'amélioration de l'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 (4,6 jours en 2019) diminuent dans le secteur privé et dans le 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 2019). 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 PMSI-MCO en 2019, 73 % des naissances multiples, 70 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 71 % 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 2019, 600 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 2b et 1 800 vers une maternité de type 3¹.

Un taux de césariennes stable et modéré par rapport aux autres pays européens

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 20,3 % en 2019, en hausse par rapport à 2018 (19,9 %) [*graphique 2*]. À titre

de comparaison, en 2017, la France occupait le 9^e rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), hors Japon et Grèce², pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, les taux de césariennes sont proches. Les maternités de type 2b ont le taux le plus bas (19,5 % en 2019), tandis qu'il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (21,0 %), 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).

Au total, 6,6 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2019 sont des césariennes programmées. En se limitant aux seuls accouchements à terme³, ce ratio s'établit à 6,7 %⁴. Il varie de 6,1 % dans les hôpitaux publics à 8,7 % au sein des cliniques privées.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion

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 9^e rang sur 34 pays (hors Japon et Grèce).

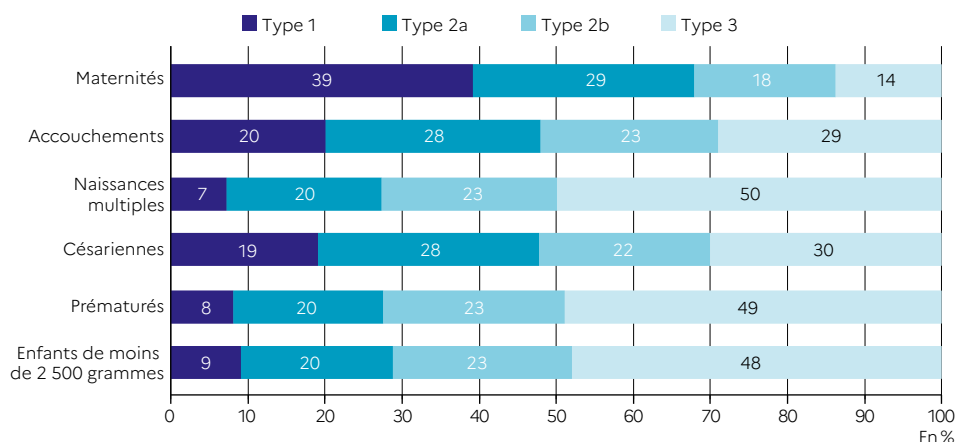
3. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.

4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2015 et s'avère relativement stable depuis. Alors qu'elle représentait 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, la part des accouchements multiple s'établit à 1,6 % en 2019.

L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au développement de la procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Cependant, dans les dernières années, les progrès réalisés dans les prises en charge en PMA ont abouti à la mise en

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2019

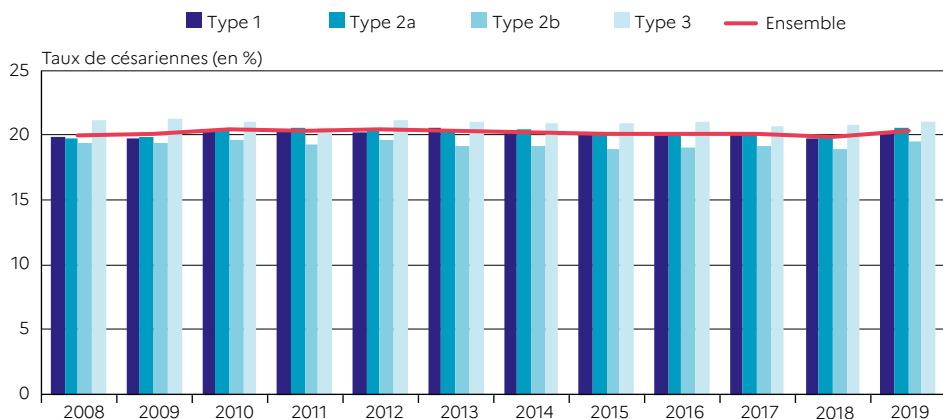


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2019.

Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2019 ; ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

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 2019.

Champ > Ensemble des accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2008-2019, traitements DREES.

place de nouveaux protocoles permettant de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux de réussite d'obtention d'une grossesse.

Des séjours plus courts

En 2019, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,6 jours, soit une baisse de près de 1 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 6,2 jours en 2019, contre 4,2 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 (6,5 jours en 2019) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (respectivement 5,6 et 5,5 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

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 privé à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2019	2003	2019	2003	2019	2003	2019
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,0	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,5	7,8	5,5	7,6	5,6	8,0	6,2
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,3	5,5	4,4	5,5	4,6

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2019), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors centres périnataux 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 en hospitalisation complète, journées en 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. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de ●●●



l'année 2019, et ce même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2019.

> **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 maternité 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 néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **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., von Lennep, F. et al. (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. (Rapport). 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., 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.

En 2019, en France métropolitaine et dans les DROM, 697 structures des urgences situées dans 629 établissements de santé ont traité 22,0 millions de passages, soit une progression de 1,0 % par rapport à 2018, confirmant le léger ralentissement amorcé les deux années précédentes. Un quart des structures enregistrent 40 000 passages annuels ou plus, tandis que 57 % en accueillent moins de 30 000. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu et 387 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public fournit la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

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 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 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 2019, en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), service de santé des armées (SSA) compris, 629 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des

urgences pour un total de 697 structures¹ (un établissement pouvant avoir une autorisation d'urgences générales et pédiatriques). À ces établissements s'ajoutent 387 SMUR et 100 Samu, avec une logique proche de 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 2019, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % 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.

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 697 structures des urgences et 6 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Dans les structures des urgences générales, les patients de moins de 18 ans représentent 19 % des passages en 2019 (18 % en 2018). Le cas échéant, la prise en charge de ces enfants est organisée au sein d'une

1. En 2018, 709 structures étaient comptabilisées. La baisse de ce nombre en 2019 est due à la caducité des autorisations d'urgences de 4 établissements, au regroupement d'établissements sièges de services d'urgences et à la modification des autorisations de plusieurs établissements titulaires en 2018 de deux autorisations d'urgences (générales et pédiatriques), transformées en 2019 en une seule autorisation, d'urgences générales.

filrière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Par ailleurs, si 23 % des structures des urgences relèvent du secteur privé, à but lucratif ou non, c'est le cas de 5 % seulement de celles autorisées en pédiatrie.

Un nombre annuel de passages en hausse, mais sur un rythme un peu ralenti

En 2019, les 697 structures des urgences de France métropolitaine et des DROM (Mayotte incluse), y compris le SSA, ont pris en charge 22,0 millions de passages, soit une progression de 1,0 % par

rapport à 2018 (tableau 2). Le léger ralentissement observé en 2017 et 2018 se confirme.

Le nombre annuel de passages progresse désormais à un rythme inférieur à celui, régulier, observé sur plus longue période. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il a ensuite augmenté de 3,3 % par an en moyenne et atteint 21,2 millions de passages en 2019 (graphique 1). Entre 2016 et 2019, la croissance annuelle moyenne du nombre de passages aux urgences n'a été que de 1,5 %. La part des passages

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2019 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	390	32	123	545
Structure générale et pédiatrique ¹	65	3	-	68
Structure pédiatrique	15	1	-	16
Ensemble	470	36	123	629
SMUR				
SMUR général	358	5	1	364
SMUR général et pédiatrique	14	-	-	14
SMUR pédiatrique	9	-	-	9
Ensemble	381	5	1	387
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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2019 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)
Structures générales	12 215 203	3,9	883 940	12,5	3 014 240	-0,1	16 113 383	3,6
Structures pédiatriques	651 406	1,0	61 697	1,8	0	-	713 103	1,1
Structures générales et pédiatriques	4 986 550	-5,6	198 876	-22,9	0	-	5 185 426	-6,4
Urgences générales	3 436 413	-6,0	127 771	-19,5	0	-	3 564 184	-6,6
Urgences pédiatriques	1 550 137	-4,7	71 105	-28,3	0	-	1 621 242	-6,0
Ensemble	17 853 159	1,0	1 144 513	3,7	3 014 240	-0,1	22 011 912	1,0

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

Sources > DREES, SAE 2018-2019, traitements DREES.

aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou non) est stable depuis 2010 et s'établit à 19 % en 2019. La permanence des soins est, en effet, ouverte à l'ensemble des établissements de santé depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009), y compris aux cliniques privées.

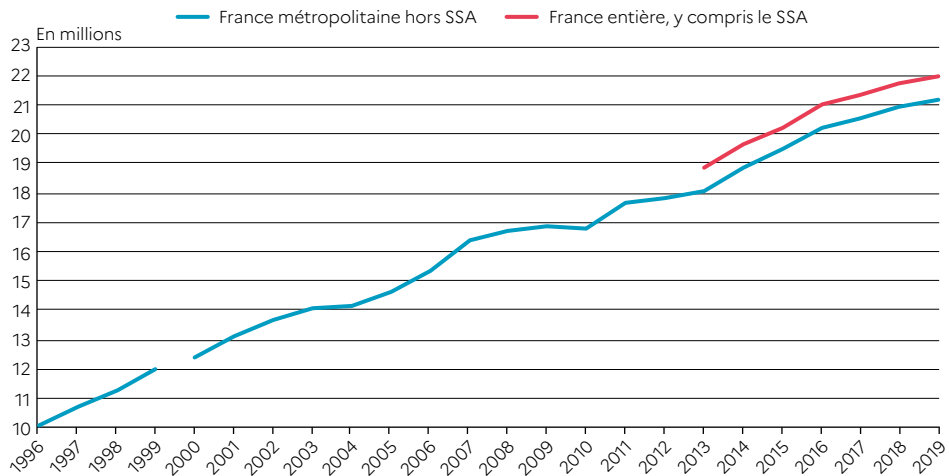
Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 31 600 patients par an², le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (27 800 passages par an en

moyenne) que dans les structures des urgences générales (32 100 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille (24 500 passages annuels en moyenne) que celles des établissements publics (34 400 passages annuels en moyenne).

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences reçoivent moins de 15 000 passages par an et 57 %, moins de 30 000. À l'opposé, 26 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 48 % 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 2019, France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA de 2013 à 2019.

Sources > DREES, SAE 1996-2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2019 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique). ●●●

2. Le nombre annuel moyen de passages augmente mécaniquement, en raison de la diminution du nombre de structures d'urgences, tandis que le nombre total de passages augmente.



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, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Sont pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant l'autorisation pour les activités d'urgences générales et pédiatriques. Ne sont pas pris en compte ceux déclarés par les établissements sans autorisation et les structures d'urgences spécialisées.

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) Caractéristiques de la prise en charge des patients aux urgences. Soins, vol. 63(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.
- > **von Lenep, 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.
- > **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. Brilhaut (coord.). *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2013 (p. 11-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

La France a réalisé 232 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) en 2019, dont 171 100 en établissements de santé, 55 500 en cabinets privés et 6 000 en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale. 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 2019, vaut 0,58 pour un taux de recours de 16,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Ces résultats confirment la hausse constatée ces dernières années, sachant que des inégalités persistent au niveau régional. La part des IVG réalisées hors établissement de santé ne cesse d'augmenter, elles représentent 26,4 % de l'ensemble des IVG en 2019.

En 2019, 171 100¹ interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse, mais non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy). S'ajoute à cela les 55 500 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinets de ville et les 6 000 IVG réalisées en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), autorisées depuis mai 2009. Le total représente 232 600 IVG. En établissements, 88 IVG sur 100 sont pratiquées à l'hôpital public.

En France, le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est de 16,1. Il varie fortement d'un département à l'autre : de moins de 10 en Mayenne ou dans la Creuse à plus de 39 en Guadeloupe ou en Guyane (carte 1). Il s'élève à 15,7 pour la métropole, contre 28,3 pour l'ensemble des DROM. En métropole, le Sud-Est, l'Occitanie et l'Île-de-France se distinguent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne des autres régions.

Le taux de recours et la part de la méthode médicamenteuse progressent légèrement

Le taux de recours à l'IVG augmente globalement depuis 1995 (graphique 1). 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, s'élève à 0,58 IVG par femme en 2019. Son évolution suit celle des taux de recours, de façon un peu atténuée.

Après une période d'augmentation de 1995 à 2006, le nombre d'IVG a évolué de façon irrégulière jusqu'en 2016. Depuis 2017, il progresse et a dépassé en 2019 le nombre observé en 2013 (graphique 2). Le nombre d'IVG continue de diminuer en milieu hospitalier en raison d'un report des IVG médicamenteuses vers les cabinets de ville, où elles sont autorisées depuis 2004 et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centres de santé ou en CPEF. En milieu hospitalier, le nombre d'IVG médicamenteuses progresse encore légèrement, tandis que celui des IVG chirurgicales continue de reculer lentement. Au total, en ville ou en établissements, 70 % des IVG en 2019 ont recours à la méthode médicamenteuse, contre 47 % en 2006 et 30 % en 2001.

Une IVG sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2019, 55 500 IVG ont été pratiquées en cabinet libéral² et 6 000 en centres de santé ou en

1. L'Études et Résultats 1163 paru en septembre 2020 fait état de 170 800 IVG en établissements de santé, soit 300 de moins, en raison de données encore incomplètes. La présente fiche intègre les corrections du PMSI réalisées en mars 2021.

2. Tous régimes d'Assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants.

CPEF. Ces IVG hors structure hospitalière, obligatoirement médicamenteuses, représentent 26,4 % du total des IVG. Cette part demeure très inégale selon les régions (carte 2). Les IVG en centres de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 2,6 % du total des IVG en 2019. 45 % d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

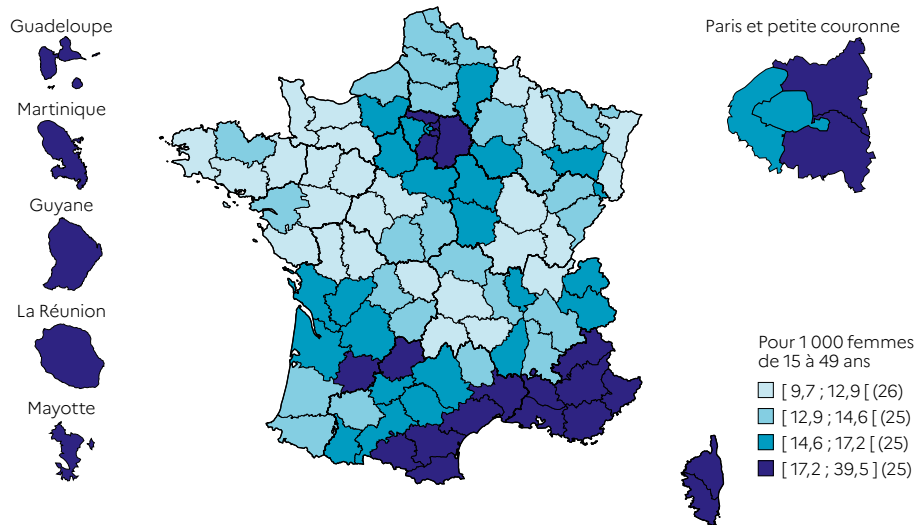
En 2019, la prise en charge des IVG hospitalières a été assurée sur 548 sites géographiques, ce qui correspond à 492 entités juridiques³, dont plus des deux tiers sont publiques. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en

établissements continue de croître. En 2019, 88 % d'entre elles sont pratiquées dans le secteur public, contre 60 % en 1990.

1 932 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) répertorient 832 gynécologues, 662 omnipraticiens, quelques rares autres spécialistes et 420 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2019⁴. 168 centres de santé, CPEF, ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. ■

Carte 1 Taux de recours à l'IVG en 2019



Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > Dans l'Ain, on compte 11,7 IVG de femmes résidentes pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

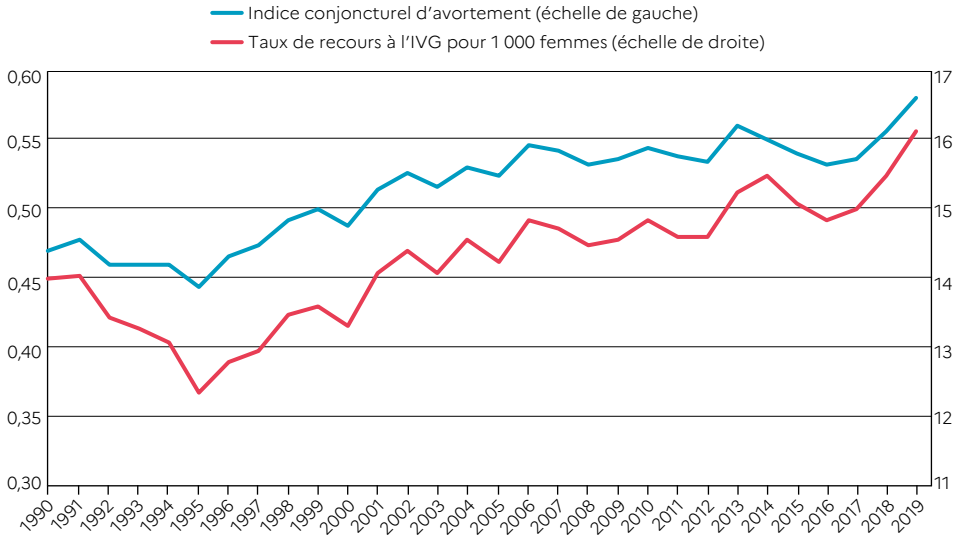
Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse, mais non compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, 2019, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

3. Dans le PMSI, une IVG correspond à un groupe homogène de malades (GHM) d'IVG, alors que dans la SAE, les établissements peuvent fournir un autre nombre d'IVG s'ils considèrent que le nombre de GHM d'IVG ne correspond pas au nombre d'IVG réalisées. La SAE recense 492 établissements juridiques ayant réalisé plus d'une IVG, contre 498 pour le PMSI.

4. Sur un total d'environ 5 078 gynécologues, 67 400 généralistes et 7 251 sages-femmes en cabinet.

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA) depuis 1990

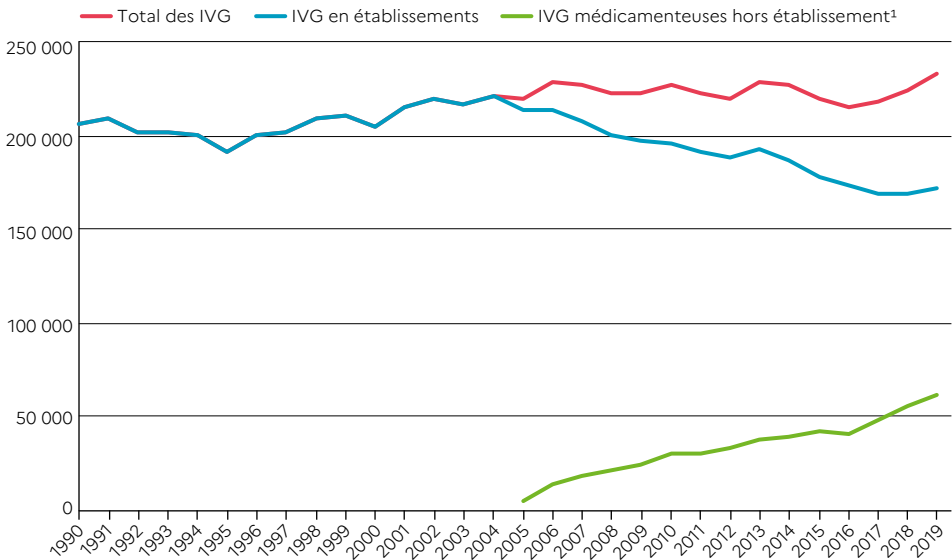


Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte jusqu'en 2013, 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.

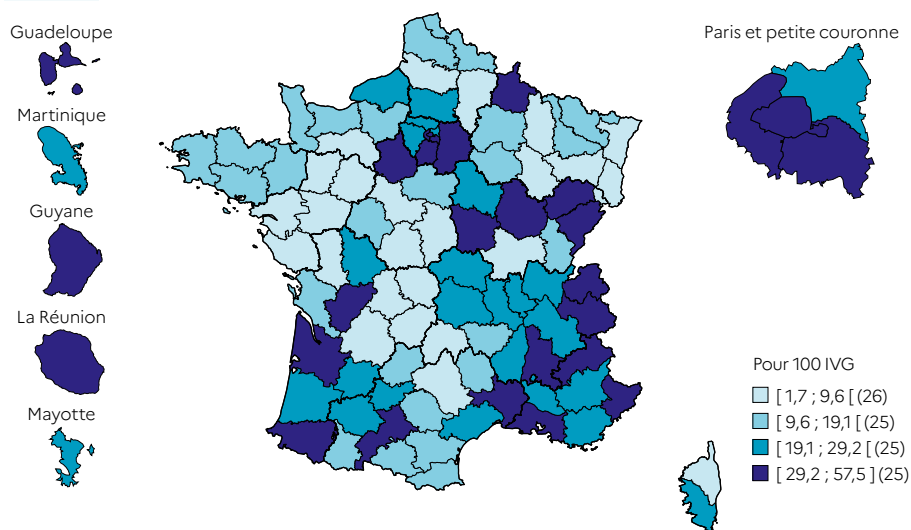
Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG depuis 1990



1. Forfaits médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation (traitement du remboursement par la Sécurité sociale) et le régime général ; à partir de 2010, selon la date des soins et tous régimes confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse depuis 2012, non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis 2015), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfaits médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

Carte 2 Part des IVG réalisées hors établissement de santé en 2019

Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > 19,1 % des IVG concernant des femmes de l'Ain sont réalisées hors structure hospitalière.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse, mais non compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, mais Mayotte incluse), 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 et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. En fin d'année 2019, une rétention de données dans les services a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard. Cette rétention de données concernant essentiellement le MCO, l'ATIH a mis à disposition cette année une base PMSI-MCO révisée intégrant les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). Cette fiche exploite la base PMSI-MCO révisée. 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 libéraux, en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

Cadrage

La loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant 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. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016.

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). Dossier thématique : l'interruption volontaire de grossesse. *La Revue française des affaires sociales*, 2011/1.
- > **Vilain, A.** (2020, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1163.
- > **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats*, 712.

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. En raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, seuls les indicateurs issus du PMSI et ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients ont été recueillis, durant l'année 2020, pour l'année 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, ceux de processus et ceux de résultats. Actuellement, 34 des 39 IQSS utilisés sont des indicateurs de processus (tableau 1). 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.

En raison de la crise sanitaire, qui a eu un fort impact sur les établissements de santé en 2020, la HAS a adapté son programme de travail concernant le recueil des IQSS. La HAS a ainsi décidé d'annuler toutes les mesures nationales d'indicateurs à partir des dossiers patients sur les données 2019. Seuls les résultats des IQSS issus du PMSI et des questionnaires complétés par les patients sont donc disponibles pour 2019.

Un nouvel indicateur sur les infections du site opératoire après prothèse totale de hanche ou de genou

Pour l'année 2019, le thème de la sécurité des soins au cours d'une hospitalisation est suivi par deux

indicateurs de résultats mesurés à partir du PMSI (tableau 2).

Le premier indicateur suit les événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche (PTH) ou prothèse totale de genou (PTG). Il est calculé par la HAS depuis quatre ans à partir du PMSI-MCO. Parmi les 728 établissements concernés, 36 ont des résultats moins bons que le nombre attendu¹ en 2019 (4,9 % des établissements, après 6,1 % en 2018 et 6,4 % en 2017). Parallèlement, le taux national brut d'événements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG continue de diminuer régulièrement, passant de 13,30 ‰ en 2015 à 6,00 ‰ en 2019. Les trois axes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins identifiés depuis deux ans restent d'actualité : la cause de survenue de ces événements doit être analysée par localisation de la prothèse, 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.

Le deuxième indicateur de résultat est un nouvel indicateur validé par la HAS qui concerne la prévention des infections associées aux soins. Il mesure les séjours avec infection du site opératoire (ISO) 3 mois après pose de PTH ou PTG. En 2019, 13 établissements présentent des résultats moins bons que le nombre attendu, parmi les 726 établissements de santé concernés (1,8 %).

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, 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 taux national brut d'infections du site opératoire 3 mois après la pose de PTH ou PTG est de 9,4 %. Les ISO détectées dans la population cible sont repérées à 97 % lors des réhospitalisations et en moyenne dans les 30 jours après 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 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. Des différences de résultats ayant été identifiées entre la pose de PTH et celle de PTG (il y a plus d'infections du site opératoire après pose de PTH et plus d'événements thromboemboliques

après pose de PTG), la HAS a décidé de calculer les complications par localisation de prothèse pour permettre aux professionnels concernés d'avoir des indicateurs spécifiques à leur pratique. Ainsi, 4 nouveaux indicateurs seront mesurés en 2021 : les événements thromboemboliques après pose d'une prothèse totale de hanche (hors fracture) (ETE-PTH), les événements thromboemboliques après pose d'une prothèse totale de genou (ETE-PTG), les infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche (ISO-PTH) et les infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou (ISO-PTG).

La mesure de la qualité perçue par les patients étendue aux séjours de chirurgie ambulatoire de l'ensemble de l'année 2019

Recueillir le point de vue des patients est incontournable pour améliorer la qualité et la

Tableau 1 Typologie 2020 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
Coordination¹				
Coordination au cours du séjour	0	3	0	3
Coordination hôpital-ville	0	2	0	2
Sécurité au cours d'une hospitalisation² (1 indicateur non recueilli en 2019)	1	0	2	3
Éléments de prise en charge spécifique¹				
Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO et SSR	0	2	0	2
Dépistage des troubles nutritionnels en HAD	0	1	0	1
Évaluation du risque d'escarres en HAD	0	1	0	1
Parcours de prise en charge¹				
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 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 ambulatoire¹	0	6	0	6
Expérience et satisfaction du patient (e-Satis)	0	0	2	2
Ensemble des domaines	1	34	4	39

HAS : Haute Autorité de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Indicateurs non recueillis en 2019.

2. Dont prévention des infections associées aux soins (IAS).

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les 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 sur 2019	2015	2016	2017	2018	2019
Dispositif e-Satis : expérience et satisfaction des patients					
Indicateur e-Satis 48h MCO : expérience et satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO¹					
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	72,7/100	73,2/100	73,3/100	73,4/100
Pour information, note par sous-dimension :					
Accueil du patient	-	72,7/100	73,1/100	73,4/100	73,4/100
Chambre	-	71,3/100	71,7/100	71,7/100	72,1/100
Repas	-	57,2/100	58,1/100	58,1/100	57,9/100
Prise en charge - médecin	-	79,9/100	80,3/100	80,5/100	80,6/100
Prise en charge - infirmier	-	80,5/100	81,0/100	81,1/100	81,2/100
Organisation de la sortie	-	62,6/100	63,0/100	63,4/100	63,6/100
Nombre d'établissements concernés	-	1 493	1 465	1 113	1 123
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759 (sur 6 mois)	124 628 (sur 12 mois)	190 470 (sur 12 mois)	338 515 (sur 12 mois)
Indicateur e-Satis MCO-CA : expérience et satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire¹					
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	-	-	76,4/100	76,4/100
Pour information, note par sous-dimension :					
Organisation avant l'hospitalisation	-	-	-	80,4/100	79,5/100
Accueil du patient	-	-	-	79,9/100	80,0/100
Prise en charge du patient (médicale et paramédicale)	-	-	-	83,1/100	83,1/100
Chambre et collation	-	-	-	72,5/100	72,4/100
Organisation de la sortie et retour à domicile	-	-	-	68,0/100	68,6/100
Nombre d'établissements concernés	-	-	-	814	906
Nombre de patients ayant répondu	-	-	-	137 331 (sur 6 mois)	429 120 (sur 12 mois)
Sécurité au cours de l'hospitalisation					
Indicateur ETE-ORTHO : événements thromboemboliques après pose de PTH ou PTG²					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite ³	54	54	47	46	36
Pour information :					
Taux national brut d'événements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG (pour mille)	13,30	10,68	8,88	7,47	6,00
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754	740	749	728
Indicateur ISO-ORTHO : infections du site opératoire à 3 mois après pose de PTH ou PTG²					
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite ³	-	-	-	-	13
Pour information :					
Taux national brut d'infections du site opératoire à 3 mois après la pose de PTH ou PTG (pour mille)	-	-	-	-	9,4
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	-	-	-	-	726

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; CA : chirurgie ambulatoire ; 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-ORTHO et ISO-ORTHO 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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, avec l'appui de l'ATIH, PMSI-MCO.

sécurité des soins dans les établissements de santé. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients (dispositif e-Satis) permet de compléter les autres indicateurs de qualité centrés sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles.

Pour la quatrième année consécutive, la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO est mesurée par la HAS. La note moyenne donnée par les patients au niveau national est de 73,4/100 en 2019 (tableau 2), quasi stable depuis 2016. Le nombre de patients sollicités et la participation des patients progressent nettement en 2019, avec 338 515 questionnaires complets et exploitables (après 190 470 questionnaires en 2018 et 124 628 en 2017) et un taux de réponse de 34,8 %, soit 9 points de plus qu'en 2018.

En 2019, la satisfaction et l'expérience des patients après une opération en chirurgie ambulatoire ont été recueillies pour la première fois sur une année complète par la HAS (6 mois lors de la première année de recueil pour 2018).

La note moyenne nationale est de 76,4 / 100 (pour 429 120 questionnaires de patients). Les résultats de l'expérience et de la satisfaction sont donc relativement élevés, en hospitalisation de courte durée comme en chirurgie ambulatoire. Même si les scores nationaux évoluent peu, le nombre d'établissements ayant les meilleurs résultats² a progressé, passant de 51 % en 2018 à 53,3 % en 2019. Cependant, la HAS juge qu'il y a des marges d'amélioration, notamment concernant l'organisation de la sortie et les suites à donner après une hospitalisation de plus de 48 heures en MCO ou en chirurgie ambulatoire.

La mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient va continuer d'être étendue. Reportée en raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19, la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) sera réalisée en 2021, ainsi que l'expérimentation du questionnaire pour les patients hospitalisés à domicile (e-satis HAD). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé, publics et privés, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute Autorité de santé (HAS) 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. ● ● ●

2. Les établissements sont classés en quatre catégories (de A à D) en fonction de leur score. Les établissements avec les meilleurs résultats sont ceux classés en A (score supérieur à 79,7/100) ou B (score compris entre 76,5/100 et 79,7/100).



> **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 dimensions 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 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 39, 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 le site Scope Santé (www.scopesante.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 sur le site Scope Santé et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). 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

the 1990s, the number of people in the UK who are aged 65 and over has increased from 10.5 million to 13.5 million (19.5% of the population).

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people, and the Government has set out a strategy for the 21st century in the White Paper on *Ageing Better: The Government's Strategy for Older People* (Department of Health, 1999). This strategy is based on the following principles:

- Older people should be able to live independently and actively in their own homes.
- Older people should be able to live in their own communities.
- Older people should be able to live in their own homes and communities for as long as possible.

La situation économique du secteur

En 2019, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux onéreux s'élève à 5,9 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 9,8 % par rapport à 2018, et de 30 % en cinq ans, plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+9,1 % depuis 2014). 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 333 millions d'euros en 2019.

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 2019, la dépense des médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus s'élève à 5,9 milliards d'euros. Elle a augmenté de 9,8 % par rapport à 2018, et de 30 % depuis 2014, soit à un rythme plus rapide que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+9,1 % depuis 2014). Elle représente 6,0 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux. On dénombre 106 substances actives inscrites sur la liste en sus en 2019 au titre des médicaments, soit 8 de plus qu'en 2018.

Les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) sont également pris en charge

à 100 % par l'Assurance maladie. L'ATU concerne 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 montant. 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. Ce montant peut donc être sujet à de fortes variations selon les années.

Dépense en hausse pour les médicaments de la liste en sus en 2019

En 2019, 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 3,9 milliards d'euros, un montant en hausse de 13,3 % par rapport à 2018 (*graphique 1*). Le nombre d'unités

administrées¹ augmente de 4,3 % au cours de l'année 2019. Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif² pèsent pour 84 % de la dépense des médicaments de la liste en sus, le reste étant imputé aux établissements de santé privés à but lucratif.

Plus de 80 % des remboursements de la liste en sus concernent les traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes

Comme en 2018, deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 81 % de la dépense totale : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux) pour 66 %, et les immunosuppresseurs (L04, traitements pour les maladies auto-immunes) pour 15 %. La classe des antinéoplasiques augmente en 2019 (+15 %) et atteint 2,6 milliards d'euros, tirée par la progression de près de 70 % du pembrolizumab

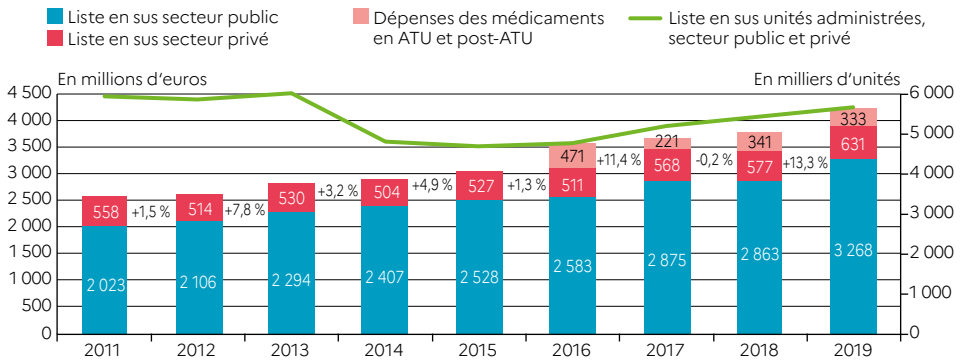
(immunothérapie du mélanome avancé), qui avait déjà multiplié ses dépenses par trois entre 2017 et 2018. La dépense pour les immunosuppresseurs augmente, elle aussi, en 2019 (+7 %) et s'établit à 568 millions d'euros.

Hausse des dépenses pour le nivolumab et le pembrolizumab

Parmi les substances actives inscrites sur la liste en sus, les 10 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 ans, la dépense demeure très concentrée sur un faible nombre de médicaments, bien que ceux-ci changent au gré des inscriptions, radiations ou évolutions de tarifs.

Le nivolumab (antineoplasique) demeure le premier poste de dépense en 2019, comptant

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2019 et dépenses de médicaments en ATU et post-ATU, pour le MCO et l'HAD



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.

Lecture > En 2019, le montant des dépenses pour les médicaments inscrits sur la liste en sus (hors dépenses de médicaments en ATU ou post-ATU), secteurs public et privé confondus, s'élève à 3,9 milliards d'euros. Il a augmenté de 13,3 % par rapport à 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, données ScanSanté.

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.

2. Les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public.

pour 468 millions d'euros (+17 %) [graphique 2]. Le pembrolizumab (autre antinéoplasique) se place en seconde position des dépenses, avec 443 millions d'euros.

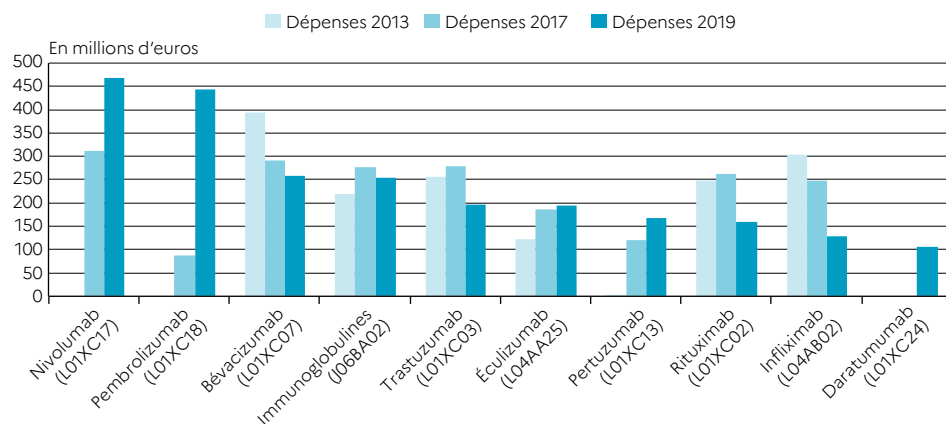
La dépense de bévacizumab (anticancéreux) reste stable en 2019. Pour le trastuzumab (anticancéreux), la dépense est en baisse de 24 % en raison de l'arrivée de biosimilaires³

(ogivri et ontruzant). Pour le rituximab, le recul de 21 % s'explique par une baisse des tarifs, les unités étant stables par rapport à 2018.

Les médicaments sous ATU ou en post-ATU représentent 333 millions d'euros en 2019

Les médicaments sous ATU ou en attente d'un financement définitif (post-ATU) représentent

Graphique 2 Dépenses en 2013, 2017 et 2019 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en MCO et HAD

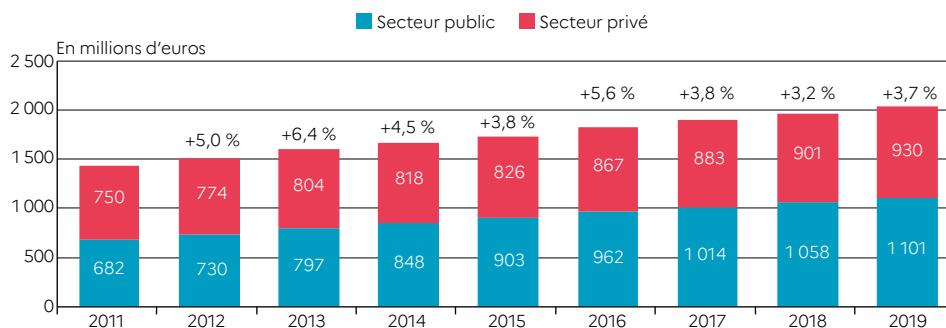


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, données ScanSanté.

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs de la liste en sus en MCO entre 2011 et 2019



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 2018 et 2019, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 3,7 %, secteurs public et privé confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champ MCO.

Source > ATIH, données ScanSanté.

3. Un biosimilaire est un médicament similaire à un médicament biologique de référence.

une dépense de 333 millions d'euros en 2019 (après 341 millions en 2018 et 221 millions en 2017). Cette baisse par rapport à l'année 2018 masque de très fortes évolutions selon les médicaments. En effet, alors qu'en 2018 le daratumumab (anti-néoplasique) et le nusinersen (médicament des désordres musculo-squelettiques) compartaient respectivement pour 144 et 63 millions d'euros, ils ne représentent plus que 69 et 30 millions d'euros en 2019. Ces deux fortes baisses s'expliquent par leurs inscriptions sur la liste en sus au cours de l'année. Le durvalumab (traitement des cancers bronchiques) s'est vendu pour 52 millions d'euros et le patisiran (traitement des polyneuropathies) pour 31 millions d'euros en 2019. Ce dernier a multiplié ses ventes par 70

par rapport à 2018. Ces quatre molécules représentent plus de la moitié des ventes de médicaments de la liste ATU et post-ATU.

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 2,0 milliards d'euros dans le champ MCO en 2019, soit une hausse de 3,7 % au cours de l'année (*graphique 3*). Depuis 2014, le montant des dépenses du secteur public est plus élevé que celui du secteur privé et il continue d'augmenter plus vite que ce dernier. ■

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 dispositifs médicaux de la liste en sus et des ATU portent sur des données en date de remboursement, et non en date de soins.

Source

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 et en ATU ou post-ATU pour en obtenir le remboursement.

Définitions

- > **Groupes homogènes 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 malade (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 de la DREES, rubrique Soins et maladies, Médicaments, Professionnels de santé, Autorisations de mise sur le marché.
- > Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) 2021, « Maladie » (2020). Site de la Sécurité sociale, rubrique La Sécu en détail, Gestion, pilotage et performance.

En 2019, les dépenses de consommation de soins hospitaliers (secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élèvent à 97,1 milliards d'euros. Ces soins hospitaliers représentent 46,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins hospitaliers dépend principalement du secteur public, soit 77 %, et elle atteint 22,2 milliards d'euros dans le secteur privé. Le financement est presque exclusivement supporté par l'Assurance maladie, à hauteur de 91,6 %.

Une accélération des dépenses de soins hospitaliers en 2019

L'ensemble de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY]) donne lieu à une dépense de soins de 97,1 milliards d'euros en 2019 (*tableau 1*). Elle progresse de 2,4 % en 2019 après +1,1 % en 2018, en raison notamment d'une accélération de la hausse des prix (+1,3 % en 2019, après +0,3 % en 2018) combinée à une légère accélération des volumes (+1,0 % en 2019 après +0,8 % en 2018).

Ces soins hospitaliers représentent 46,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages (*graphique 1*). Ils redeviennent le premier contributeur de la croissance de la CSBM en 2019.

En 2019, 77 % de la consommation de soins hospitaliers dépend du secteur public

Le secteur public représente à lui seul 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2019, une part stable depuis dix ans. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public s'accélère en 2019 (+2,1 % après +1,2 % en 2018) pour atteindre 74,9 milliards d'euros (*tableau 1*). Cette dynamique s'explique par une forte augmentation des prix (+1,9 % en 2019), la plus importante observée au cours des dix dernières années. À l'inverse, les volumes de soins hospitaliers du secteur public, évalués à partir du nombre de séjours pondérés par leurs tarifs, ralentissent en 2019 (+0,2 %, après +0,5 %).

Comme toute consommation de service 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. La dynamique de consommation de soins des établissements publics n'est donc pas directement comparable à l'évolution de l'activité hospitalière (retracée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public est moindre depuis 2015 (+1,8 % en moyenne par an, contre +2,7 % durant la période 2010-2014), du fait de la moindre hausse de la rémunération des salariés (+1,5 % en moyenne par an depuis 2015, contre +2,4 % entre 2010 et 2014) et de la moindre hausse de la consommation intermédiaire (+2,7 % en moyenne par an depuis 2015, contre +2,9 % entre 2010 et 2014), même si elle est plus dynamique en 2019 (*graphique 2*).

La consommation de soins hospitaliers privés atteint 22,2 milliards d'euros en 2019

En 2019, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé s'élève à 22,2 milliards d'euros. Elle est principalement constituée des tarifications à l'activité et de prestations en sus, mais elle comprend aussi 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 accélère nettement en 2019 (+3,2 %, après +0,7 % en 2018). Contrairement au secteur public, cette progression est portée principalement par l'augmentation des volumes d'activité (+3,7 %, après +1,9 % en 2018), liée au dynamisme de l'hospitalisation à domicile. Pour la huitième année consécutive, les prix baissent mais plus modérément (-0,5 % en 2019 contre -1,2 % en 2018). Cette baisse des prix s'explique notamment par la modération tarifaire des frais de séjour dans le secteur privé, en compensation de nouveaux dispositifs fiscaux et sociaux (pacte

de responsabilité, crédits d'impôt compétitivité emploi et crédits d'impôt sur la taxe sur les salaires).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers (91,6 % en 2019). En comparaison, la Sécurité sociale ne finance que 78,2 % de la CSBM (graphique 3). Depuis 2012, sa part dans le financement des soins hospitaliers augmente continûment en raison notamment de

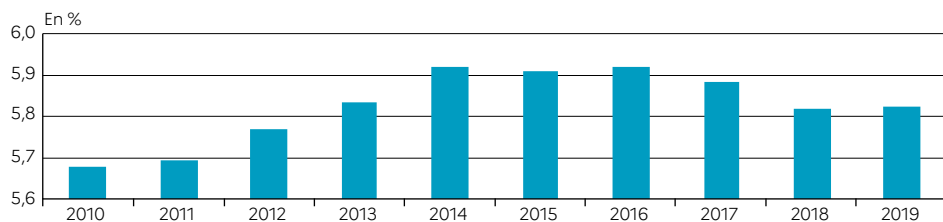
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers et part dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2010

En millions d'euros

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble		80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 848	94 887	97 127
Évolution (en %)	Valeur	2,5	2,7	2,6	2,5	2,7	1,5	2,1	1,7	1,1	2,4
	Prix	-0,2	-0,2	-0,1	0,6	0,4	-0,5	-0,2	0,8	0,3	1,3
	Volume	2,7	2,8	2,6	1,9	2,3	2,1	2,3	0,9	0,8	1,0
Secteur public		61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 451	73 349	74 892
Évolution (en %)	Valeur	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	2,0	1,8	1,2	2,1
	Prix	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	0,2	1,4	0,7	1,9
	Volume	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4	0,5	0,2
Secteur privé		18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 539	22 234
Évolution (en %)	Valeur	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2	0,7	3,2
	Prix	0,7	0,1	-0,2	-0,2	-0,3	-1,2	-1,5	-1,2	-1,2	-0,5
	Volume	1,9	2,9	2,5	1,7	3,1	2,2	3,9	2,4	1,9	3,7
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)		46,3	46,3	46,5	46,8	46,8	46,9	46,8	46,8	46,6	46,7

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus 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 2010



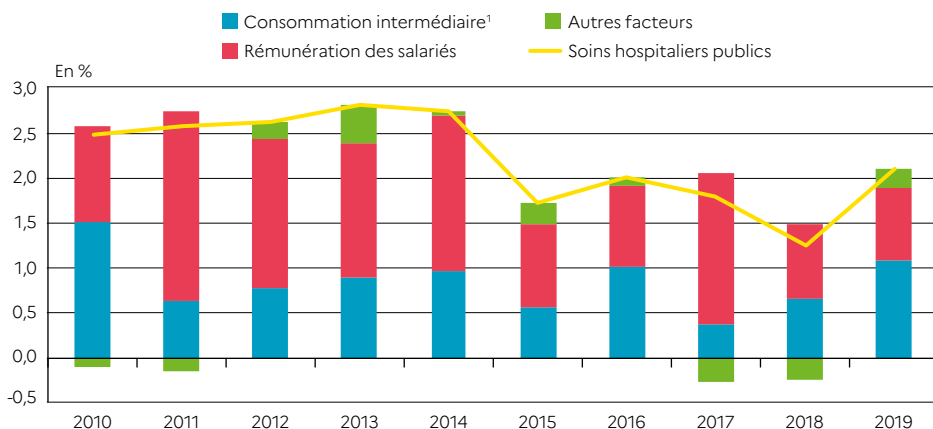
Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD).

L'intervention des autres financeurs (organismes complémentaires, État et CMU-C, ménages) est

très faible. Les organismes complémentaires prennent en charge 5,2 % des dépenses de soins hospitaliers en 2019 ; cette part est stable depuis 2012. ■

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants depuis 2010



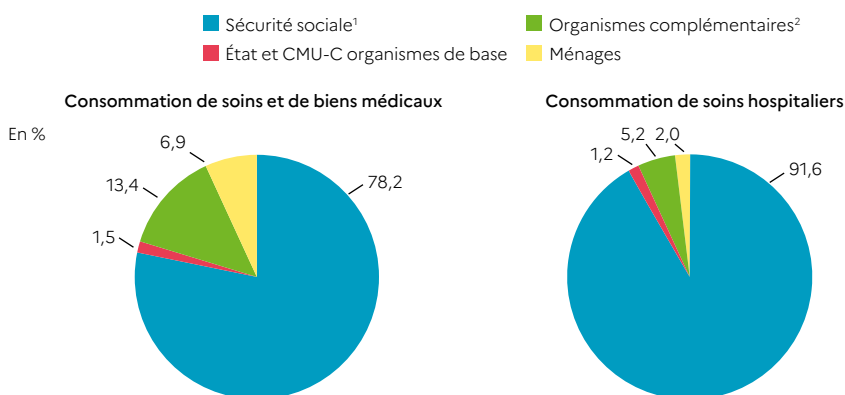
1. Valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production.

Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 2,1 % en 2019, dont 0,8 point dû aux rémunérations (salaires et cotisations).

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, retraitements DREES.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2019



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

1. Y compris le déficit implicite des hôpitaux publics.

2. Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus 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, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte et le service de santé des armées [SSA], à l'exclusion de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (unité 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.
- > **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif.
- > **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 résidents 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

> **Marc, C., Héam, J.-C., Mikou, M. et Portela, M. (dir.)** (2020). *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé (édition 2020)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

D'après les premières estimations, en 2019, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 16,0 milliards d'euros. Leur taux de rentabilité s'établit à 2,4 % du chiffre d'affaires, soit une hausse de 0,2 point par rapport à 2018. Le taux d'endettement des cliniques privées, en baisse continue depuis 2012, atteint 33,5 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse, à 4,7 % du chiffre d'affaires en 2019.

La rentabilité s'établit à 2,4 % du chiffre d'affaires en 2019

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 16,0 milliards d'euros en 2019, soit une hausse de 3,7 % par rapport à 2018 (*tableau 1*). Leur résultat net cumulé est de 392 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 387 000 euros par clinique). Ainsi, leur rentabilité nette, rapportant le résultat net au chiffre d'affaires¹, est évaluée à 2,4 % en 2019, ce qui représente une hausse de 0,2 point par rapport au niveau de 2018.

La hausse de la rentabilité nette est due, pour l'essentiel, au rebond du résultat d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires. Cette hausse vient compenser l'augmentation des impôts sur bénéfices rapportés au chiffre d'affaires, qui retrouvent un niveau proche de celui observé jusqu'en 2012. Les résultats financiers et exceptionnels sont stables, enregistrant une évolution inférieure à 0,1 point. L'excédent brut d'exploitation, rapporté au chiffre d'affaires, augmente pour la première fois depuis 2014, pour atteindre 6,2 % du chiffre d'affaires en 2019, contre 7,1 % en 2014².

La rentabilité diminue pour les cliniques de psychiatrie

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière

différente en 2019 (*graphique 1*). Pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité progresse de 0,4 point pour s'établir à 1,8 % du chiffre d'affaires. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) diminue, quant à elle, légèrement et s'établit à 3,6 % (après 3,8 % en 2018)³. Pour la première fois depuis 2017, la rentabilité des cliniques psychiatriques est en repli en 2019 : elle baisse de 1,0 point pour s'établir à 7,8 % du chiffre d'affaires, mais demeure le secteur le plus rentable.

Une clinique sur quatre est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2019, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif diminue de 3 points par rapport à l'année précédente et atteint 26 %. En particulier, la proportion de cliniques déficitaires passe de 33 % en 2018 à 28 % en 2019 pour les cliniques de MCO et de 16 % à 8 % pour les cliniques psychiatriques. *A contrario*, la part des cliniques de SSR déficitaires augmente de 5 points pour atteindre 28 %⁴.

Les investissements progressent légèrement

Du fait de l'augmentation de la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques

1. La notion de rentabilité retenue dans cette fiche rapporte le résultat net au chiffre d'affaires plutôt qu'aux fonds propres. C'est une notion plus économique que financière.

2. Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées.

3. Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées.

4. Les chiffres de 2018 ont été révisés par rapport à la précédente édition de cet ouvrage car de nouvelles données plus précises ont été intégrées. Avec cette révision, la part des cliniques privées déficitaires est réévaluée à 28 % en 2018 (baisse de 3 points), et la part des cliniques de SSR déficitaires à 23 % pour 2018 (hausse de 5 points).

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2011

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	13 307	13 681	13 974	14 242	14 737	14 815	14 958	15 450	16 024
Nombre de cliniques	1 076	1 064	1 031	1 021	1 020	1 020	1 014	1 012	1 012
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	12,4	12,9	13,6	13,9	14,4	14,5	14,8	15,3	15,8
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,8	-45,6	-45,4	-45,7	-46,0	-46,6	-46,9	-47,5	-47,8
achats consommés	-17,3	-17,0	-17,1	-17,3	-17,5	-17,8	-17,9	-18,3	-18,2
autres achats et charges externes	-28,5	-28,6	-28,2	-28,4	-28,6	-28,8	-29,0	-29,3	-29,6
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,5	-43,9	-43,1	-42,5	-42,5	-42,7	-43,1	-43,0	-42,2
salaires bruts	-30,7	-31,0	-30,8	-30,3	-30,5	-30,6	-31,0	-31,1	-30,7
charges sociales	-12,8	-12,9	-12,3	-12,3	-12,1	-12,0	-12,1	-11,9	-11,5
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-4,9	-5,1	-5,2	-5,0	-4,7	-4,5	-4,4	-4,3	-3,9
impôts, taxes et versements assimilés	-5,6	-5,7	-5,8	-5,7	-5,5	-5,5	-5,5	-5,5	-5,2
subvention d'exploitation	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1	1,2	1,3
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	5,8	5,7	6,3	7,1	6,8	6,4	5,8	5,3	6,2
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	1,9	1,9	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	2,2	2,0
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-3,9	-3,9	-3,9	-3,7	-3,7	-3,9	-3,9	-4,0	-4,0
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	3,8	3,7	4,1	5,0	4,7	4,3	3,7	3,5	4,3
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,1	-0,1	0,2	0,1	-0,2	0,6	0,1	0,1	0,2
produits financiers	1,0	0,8	1,0	0,7	0,5	1,2	0,6	0,6	0,7
charges financières	-1,1	-0,9	-0,7	-0,6	-0,7	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5
Résultat courant - exploitation + financier (en % du chiffre d'affaires)	3,7	3,7	4,4	5,1	4,6	4,9	3,8	3,7	4,5
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	1,0	0,4	-0,8	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,4	-0,4
produits exceptionnels	2,8	2,4	1,9	1,8	1,9	1,2	1,7	1,6	1,5
charges exceptionnelles	-1,8	-2,0	-2,7	-1,8	-1,9	-1,2	-1,6	-2,0	-1,9
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,5	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,5	-1,5	-0,8	-0,9	-1,0	-0,8	-0,6	-0,7	-1,3
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,7	2,2	2,3	3,7	3,1	3,7	3,0	2,2	2,4

1. Données provisoires.

Note > Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées.

Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Ainsi, les impôts sur les bénéfices (charges) représentaient 1,3 % du chiffre d'affaires des cliniques privées en 2019 et diminuent le résultat net. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

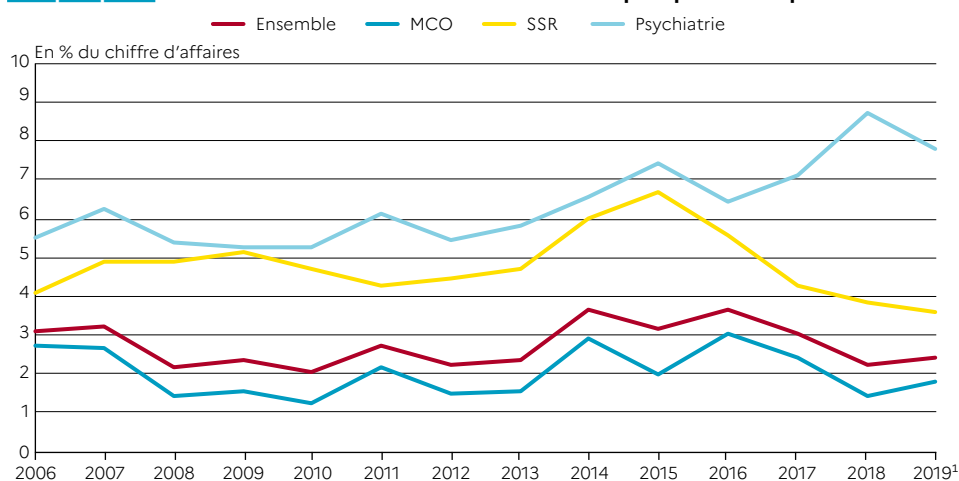
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2011-2019, traitements DREES.

privées repart à la hausse en 2019 (4,4 % du chiffre d'affaires, après 4,1 % en 2018). L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, repart également à la hausse : il s'élève à 4,7 % du chiffre d'affaires, après 4,4 % en 2018 (*graphique 2*). 12 % des établissements présentent un effort d'investissement supérieur à 10 % de leur chiffre d'affaires. Seul l'effort d'investissement des cliniques privées de MCO baisse (4,5 % après 4,6 % en 2018), alors que ceux des cliniques de psychiatrie (9,9 % après 6,8 % en 2018) et des cliniques de SSR (4,3 % après 3,2 % en 2018) progressent fortement⁵. L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents (fonds propres et endettement

à moyen et long terme) se replie de manière régulière depuis son dernier point haut de 2010 (43,5 %). Il recule encore légèrement en 2019, à 33,5 %, après 33,6 % en 2018 (*graphique 3*)⁶. Si l'endettement est en baisse, un établissement sur cinq conserve néanmoins un taux d'endettement supérieur à 50 % des capitaux permanents. L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types de cliniques. Si le taux d'endettement des établissements de MCO baisse (37,0 %, après 37,7 % en 2018), celui des établissements de SSR repart à la hausse (23,6 %, après 21,1 % en 2018). Le taux d'endettement des cliniques psychiatriques poursuit sa progression entamée en 2018 et s'établit à 20,1 %, après 16,5 % en 2018 et 13,2 % en 2017. Il avait auparavant été divisé par deux en trois ans, entre 2015 et 2017. ■

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



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

1. Données provisoires.

Note > Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées.

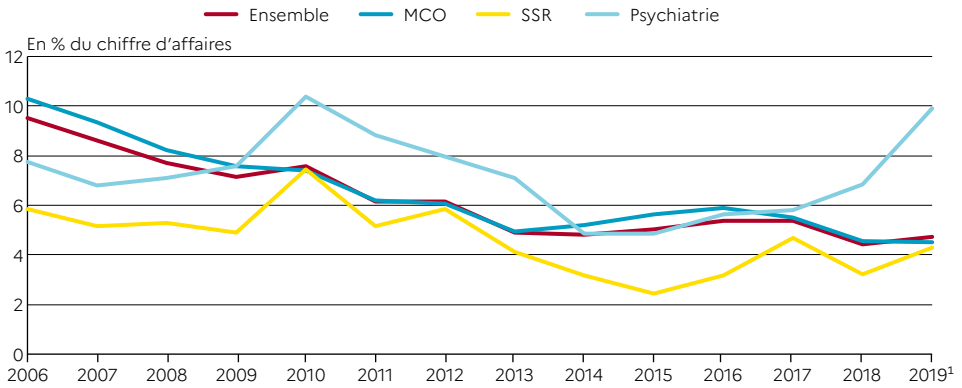
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2019, traitements DREES.

5. La décomposition des taux d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable. Elle doit donc être interprétée avec prudence. La forte hausse du taux d'investissement en psychiatrie entre 2018 et 2019 provient en partie d'un établissement nouvellement créé qui a eu de fortes dépenses d'investissements rapportées à son chiffre d'affaires.

6. Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2006 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées depuis 2006



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

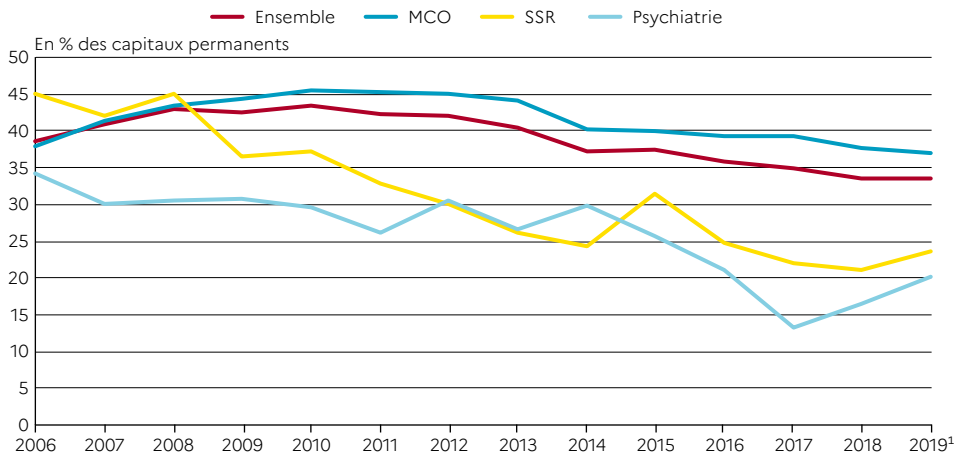
1. Données provisoires.

Note > La décomposition des taux d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable, elle doit donc être interprétée avec prudence. Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées. La forte augmentation de l'effort d'investissement des cliniques de SSR et de psychiatrie en 2010 est imputable respectivement à une clinique de SSR et une clinique psychiatrique créées cette année-là, qui ont engagé de forts montants d'investissements mais n'étaient pas actives toute l'année. La forte hausse du taux d'investissement en psychiatrie entre 2018 et 2019 provient, en partie, d'un établissement nouvellement créé qui a eu de fortes dépenses d'investissements rapportées à son chiffre d'affaires.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2019, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées depuis 2006



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

1. Données provisoires.

Note > Des corrections ont été apportées aux chiffres des années 2011 à 2018 par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage, car de nouvelles données plus précises ont été intégrées. Le décrochage observé entre 2008 et 2009 pour le taux d'endettement des cliniques de SSR est dû à une forte augmentation des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important. Réciproquement, l'augmentation observée entre 2015 et 2016 du taux d'endettement des cliniques de SSR est due à une forte baisse des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2019, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Les comptes des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données. Dans cette édition, une étape supplémentaire de retraitement des données a été ajoutée afin d'en améliorer la qualité. Les données de deux sources différentes ont été rapprochées (données des liasses fiscales transmises par les entreprises Diane et Altares) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales. Pour le calcul du taux d'investissement, les valeurs nulles sont désormais exclues. Les chiffres cités dans cette fiche pour les années 2006 à 2018 peuvent donc différer de ceux indiqués dans les éditions précédentes de cet ouvrage. Les données de 2019 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Elles sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 589 cliniques ayant déposé leurs comptes. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'entité géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités. Pour limiter les biais, nous ne prenons en compte ici que les entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière et qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Une décomposition par discipline d'équipement principale est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec l'enquête SAE 2019, afin d'identifier la discipline d'équipement « majoritaire » de l'entité. Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire. La décomposition des taux d'investissement par discipline d'équipement est fragile du fait du nombre plus faible d'observations pour cette variable. Elle doit donc être interprétée avec prudence.

Sources

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

Définitions

> **Répartition des cliniques** : elles ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], psychiatrie, soins de suite et de réadaptation [SSR]). Les cliniques de SSR ainsi que celles de psychiatrie correspondent aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SSR et psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante MCO ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile. Les données financières concernant l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

> **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, etc.

> **Capacité d'autofinancement (CAF)** : ce terme désigne la somme du résultat net et des charges non décaissées (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges). Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur. ●●●



- > **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond pour l'essentiel aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).
- > **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.
- > **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

Pour en savoir plus

- > **Marc, C., Héam, J.-C., Mikou, M. et al.** (2020). *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé* – édition 2020. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé, fiche 2.

En 2019, la situation financière globale des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) reste excédentaire et s'améliore légèrement par rapport à 2018. Un peu plus d'un tiers des établissements sont déficitaires. Leur effort d'investissement recule fortement en 2019 et leur taux d'endettement poursuit son repli pour s'établir à 41,9 %.

Les établissements privés à but non lucratif peuvent faire le choix d'assurer le service public hospitalier, pour lequel ils doivent obtenir une habilitation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ils sont alors tenus à des obligations concernant notamment le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Ils sont qualifiés par la loi d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic¹).

Les comptes financiers des Espic continuent de s'améliorer légèrement en 2019

En 2019, les comptes financiers des Espic, anciennement appelés établissements de santé privés sous dotation globale, s'améliorent légèrement et restent excédentaires, pour la troisième année consécutive, ce qui contraste avec la période de déficit systématique observée de 2008 à 2016. Leur résultat net agrégé s'établit à 45 millions d'euros (90 milliers d'euros par établissement en moyenne), soit 0,4 % des produits bruts d'exploitation, après 0,2 % en 2018 (tableau 1).

Le résultat net des Espic correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (issu des opérations de gestion ou des opérations de capital, par exemple des ventes de bâtiment ou de brevet) [graphique 1]. L'évolution du résultat net reflète principalement celle du

résultat d'exploitation. Celui-ci progresse et présente un excédent de 58 millions d'euros en 2019, après 40 millions en 2018. Le résultat financier est structurellement déficitaire, en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements. Son déficit se réduit toutefois en 2019, pour la deuxième année consécutive, pour s'établir à 54 millions d'euros. Le résultat exceptionnel baisse légèrement à 43 millions d'euros, après 45 millions en 2018.

Un peu plus d'un tiers des Espic sont en déficit

L'amélioration des comptes financiers s'observe pour les différents types d'établissements, à l'exception des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ainsi, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) deviennent excédentaires, avec un résultat net rapporté aux produits bruts d'exploitation de 0,4 %, après -0,1 % en 2018 (tableau 1). L'excédent des établissements de psychiatrie progresse également (1,0 % des produits bruts d'exploitation, après 0,4 % en 2018). En revanche, la situation financière des établissements de MCO se dégrade et redevient déficitaire (-0,2 % des produits bruts d'exploitation), alors qu'elle était à l'équilibre en 2018. La situation financière des centres de lutte contre le cancer (CLCC), redevenue excédentaire en 2015, continue de s'améliorer en 2019 avec un résultat net correspondant à 1,2 % des produits bruts d'exploitation (0,9 % en 2018).

1. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Au total, la proportion d'Espic déficitaires diminue légèrement en 2019 à 35 %, après 36 % en 2018. La situation est cependant contrastée selon les catégories d'établissements. Si la proportion d'établissements de MCO déficitaires poursuit son augmentation (48 %, après 43 % en 2018 et 40 % en 2017), elle diminue pour les autres catégories d'établissements, en cohérence avec l'évolution globale de leur situation financière. Cette part a ainsi reculé pour les établissements de psychiatrie (de 25 % en 2018 à 22 % en 2019) et pour les établissements de SSR (de 37 % en 2018 à 35 % en 2019). Pour les CLCC, la part d'établissements déficitaires recule fortement à 18 %, après 28 % en 2018.

Les recettes des Espic sont estimées à plus de 12 milliards d'euros

En 2019, les recettes totales des Espic progressent de 3,1 %, à 12,4 milliards d'euros, dont 12,0 milliards imputables au budget principal. Ce dernier est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance 9,7 milliards d'euros (titre 1), soit 1,9 % de plus qu'en 2018, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière, à la charge des assurances complémentaires et des patients (titre 2) progressent de 3,8 % et atteignent 0,8 milliard d'euros

Tableau 1 Excédent ou déficit des Espic depuis 2008

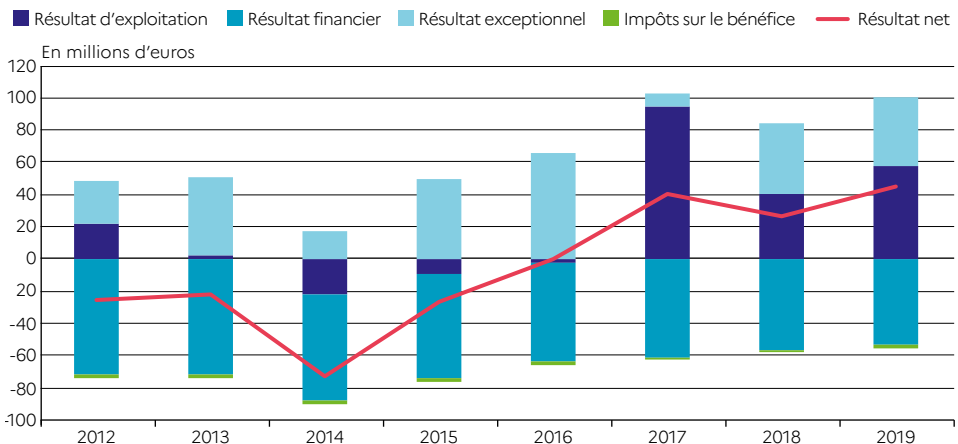
	En % des produits bruts d'exploitation											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble des Espic	-0,1	-0,1	-0,6	-0,4	-0,3	-0,2	-0,7	-0,3	0,0	0,4	0,2	0,4
CLCC	0,1	0,0	-0,3	-0,3	-0,6	-1,0	-0,6	0,4	0,4	0,6	0,9	1,2
Autres Espic dont :	-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2	-0,1	-0,8	-0,4	-0,1	0,3	0,1	0,2
MCO	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,3	-0,7	0,1	-0,4	0,0	-0,2
psychiatrie	0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,3	0,7	0,0	0,0	-0,1	0,8	0,4	1,0
SSR	0,5	0,4	0,0	0,5	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,6	1,3	-0,1	0,4

Espic : établissements de santé privés d'intérêt collectif ; CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des Espic depuis 2012



Espic : établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE, traitements DREES.

en 2019. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 3,3 % pour s'établir à 1,6 milliard d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont notamment le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore à des recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations².

Des dépenses moins dynamiques que les recettes permettent un excédent budgétaire

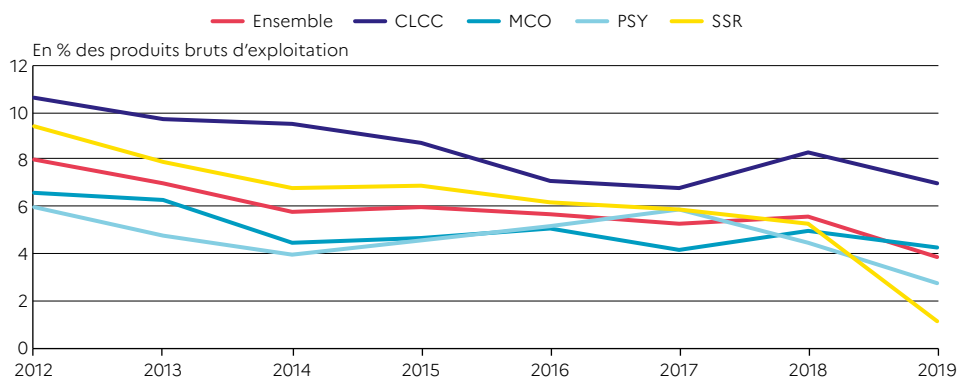
En 2019, les dépenses des Espic sont estimées à 12,4 milliards d'euros³, dont 97 % comptabilisées en budget principal. Elles progressent de 3,0 % par rapport à l'année précédente, à un rythme un peu moins élevé que les recettes (3,1 %), ce qui favorise l'augmentation de l'excédent budgétaire.

Seules les charges de personnel, qui représentent le premier poste des dépenses du budget principal, reculent en 2019 (de 0,4 %)⁴. Elles atteignent 7,1 milliards d'euros pour le budget principal. Cette baisse est compensée par le dynamisme des autres titres de dépenses du budget principal. Ainsi, les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles progressent fortement (9,0 %) et atteignent 1,0 milliard d'euros. Les dépenses à caractère hôtelier et général augmentent de 4,8 % à 1,7 milliard d'euros pour le budget principal. Les dépenses à caractère médical⁵ progressent à un rythme plus modéré (3,9 %) et s'établissent à 2,1 milliards d'euros.

En 2019, les investissements baissent fortement

En 2019, l'effort d'investissement recule fortement pour atteindre 3,9 % des produits bruts

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des Espic depuis 2012



Espic : établissements de santé privés d'intérêt collectif ; CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE, traitements DREES.

2. Recettes tirées de la revente d'immobilisations corporelles (par exemple un bâtiment) ou incorporelles (par exemple un brevet).

3. Les recettes (12 405 millions d'euros) sont légèrement plus élevées que les dépenses (12 360 millions d'euros), ce qui explique le résultat net positif.

4. Cette baisse des dépenses de personnel s'observe uniquement pour les Espic de SSR et de psychiatrie, dont les charges de personnel du budget principal diminuent respectivement de 4,2 % et de 1,4 % en 2019. Pour les CLCC, ces charges augmentent de 4,6 % et de 0,1 % pour les Espic de MCO. Cette baisse de la masse salariale est pour partie liée à une évolution du champ des établissements répondant à l'enquête, certains répondant pour un établissement géographique ou juridique. En se limitant au champ des établissements répondant aux enquêtes de 2018 et 2019 selon la même modalité, la masse salariale est stable entre 2018 et 2019.

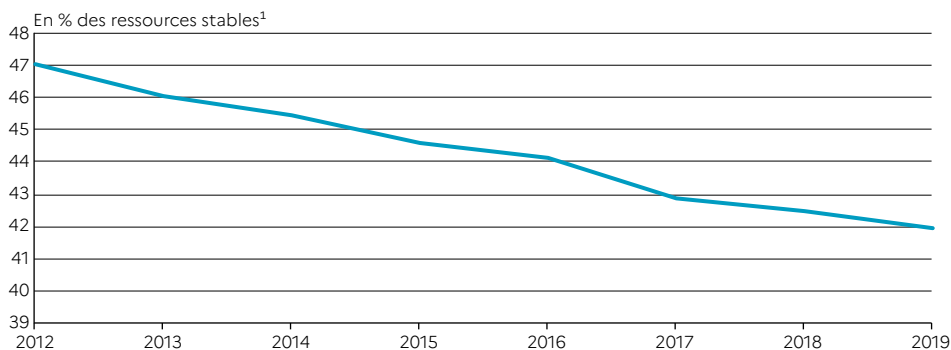
5. Les dépenses à caractère médical sont constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant.

d'exploitation, après 5,6 % en 2018 (graphique 2). Il reste plus soutenu pour les CLCC (6,9 %), où il s'établit à un niveau proche de celui de 2017, après une forte hausse en 2018 (8,3 %). Pour les établissements de MCO, les investissements diminuent également et représentent 4,3 % des produits bruts d'exploitation en 2019, après 5,0 % en 2018. Le recul de l'effort d'investissement est particulièrement prononcé pour les établissements de psychiatrie et de SSR⁶, dont les investissements ne représentent respectivement que 2,8 % et 1,1 % des produits bruts d'exploitation en 2019. Cette modération de l'effort d'investissement, observée depuis quelques

années, a notamment permis de contenir les charges d'intérêt liées au financement de ces investissements, pour amorcer la lente amélioration du résultat financier observée depuis 2013.

Parallèlement, l'encours de la dette des Espic est stable à 26 % des produits bruts d'exploitation en 2019. Le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des capitaux permanents (constituées des capitaux propres et des dettes financières à moyen et long termes), est en repli régulier depuis 2012. Il diminue de nouveau en 2019, où il atteint 41,9 %, après 42,5 % en 2018 (graphique 3). ■

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des Espic depuis 2012



Espic : établissements de santé privés d'intérêt collectif.

1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement appelés établissements sous dotation globale (ex-DG). Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :

- les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- les établissements pratiquant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ;
- les établissements spécialisés en psychiatrie (PSY) ;
- les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce classement a été réalisé à partir du croisement des données financières de l'enquête Comptes financiers avec celles de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui fournit des informations sur l'activité des établissements. ●●●

6. La forte baisse de l'investissement observée en SSR provient de la cession d'actifs immobiliers de 4 établissements de SSR qui pèsent sur le total.

**Sources**

Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui les collecte auprès des établissements de santé ex-DG. En 2019, les données de 501 établissements sont étudiées. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)** : les différents statuts juridiques des établissements ainsi que leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Produits bruts d'exploitation** : les produits bruts d'exploitation sont définis comme la somme des comptes 70 à 73 et du compte 7722 (produits sur l'exercice antérieur à la charge de l'Assurance maladie) de la nomenclature M21.

> **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

> **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau d'activité de l'établissement.

En 2019, les comptes financiers des hôpitaux publics restent déficitaires. Leur déficit s'élevé à 569 millions d'euros, soit 0,7 % des recettes, comme en 2018. Leurs recettes augmentent au même rythme qu'en 2018 et l'effort d'investissement progresse légèrement en 2019, pour la première fois depuis 2009. Il reste toutefois à un niveau nettement plus faible que les dotations aux amortissements. Le taux d'endettement diminue pour sa part, une situation inédite depuis 2002.

Les comptes financiers des hôpitaux publics restent déficitaires en 2019

En 2019, la situation financière des hôpitaux publics reste déficitaire, avec un déficit du résultat net stabilisé. Il atteint 569 millions d'euros, niveau identique à celui de 2018 (après 740 millions en 2017). La rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, est également stable à -0,7 % (tableau 1). Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. La stabilité du résultat net masque des évolutions fortement contrastées de ces différentes composantes. Ainsi, le résultat d'exploitation régresse fortement et s'établit à -278 millions d'euros, après -48 millions d'euros en 2018 (graphique 1). Le déficit du résultat financier, structurel en raison du paiement des intérêts des emprunts¹ pour financer les investissements, se résorbe lentement depuis 2015. En 2019, il s'établit à 861 millions d'euros, après 911 millions d'euros en 2018. Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, augmente et atteint 570 millions d'euros en 2019, après 389 millions en 2018.

La proportion d'établissements déficitaires reste stable

Comme le déficit global des hôpitaux, la proportion d'établissements déficitaires reste

stable (58 % en 2019, comme en 2017 et 2018). Cependant, la situation financière des hôpitaux est davantage contrastée qu'en 2018. Ainsi, le déficit cumulé des établissements déficitaires s'accroît (-1 048 millions d'euros en 2019, après -963 millions en 2018). Par ailleurs, il est plus concentré qu'en 2018 : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 43 établissements², contre 50 en 2018. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé augmente et s'établit à 480 millions d'euros en 2019 après 394 millions en 2018. La concentration de cet excédent cumulé s'accroît également : la moitié est imputable à 16 établissements, contre 22 en 2018.

Parmi les différentes catégories d'établissements, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) connaît la plus forte dégradation de sa situation financière, son déficit atteignant 2,2 % de ses recettes, après 1,7 % en 2018. À l'inverse, la rentabilité nette des autres centres hospitaliers régionaux (CHR) poursuit son amélioration et s'élevé à 0,5 % de leurs recettes (0,2 % en 2018).

Les recettes des hôpitaux publics sont estimées à 81,9 milliards d'euros en 2019

En 2019, les recettes totales des hôpitaux publics, hors rétrocession de médicaments, progressent de 2,2 %, un rythme similaire à celui de 2018 (+2,3 %). Elles atteignent 81,9 milliards d'euros, dont 72,1 milliards sont imputables au budget principal.

1. Les intérêts des emprunts et dettes atteignent 798 millions d'euros en 2019, contre 769 millions d'euros en 2018.

2. Dans cette fiche, le terme « établissement » désigne un établissement juridique, pouvant regrouper plusieurs établissements géographiques. L'AP-HP représente, par exemple, un seul établissement.

Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance 56,1 milliards d'euros (titre 1), soit 2,6 % de plus qu'en 2018, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière, à la charge des assurances complémentaires et des patients (titre 2), sont stables à 5,5 milliards d'euros, comme en 2018. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 1,3 % pour atteindre 10,8 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction

principalement des patients et accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore aux recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations.

Les dépenses progressent au même rythme que les recettes

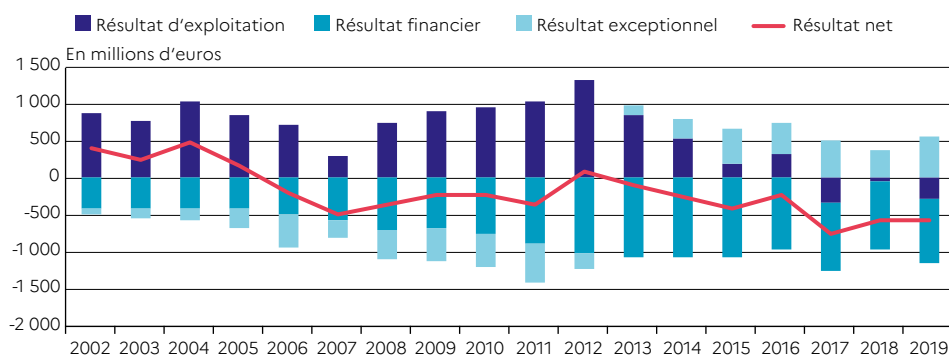
En 2019, les dépenses du secteur public sont estimées à 82,9 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisés en budget principal. La croissance des

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2009

	En % des recettes											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Ensemble HP	-0,3	-0,3	-0,5	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-0,3	-0,9	-0,7	-0,7	
CHR												
AP-HP	-1,1	-1,6	-1,1	-0,3	-0,1	-0,1	0,6	0,7	-2,4	-1,7	-2,2	
Autres CHR	-1,6	-0,8	-0,9	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,5	-0,1	0,2	0,5	
Autres CH												
Grands CH	-0,1	-0,2	-0,6	0,2	-0,1	-0,2	-0,6	-0,5	-1,4	-1,1	-1,1	
Moyens CH	0,3	-0,4	-0,6	-0,2	-0,5	-0,8	-0,7	-1,2	-2,2	-2,4	-2,2	
Petits CH	1,2	1,0	0,7	0,5	0,6	0,1	-0,2	0,3	-0,6	-0,4	-1,1	
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,9	1,2	1,1	0,4	0,4	0,3	0,8	0,1	-0,3	-0,4	
CH spécialisés en psychiatrie	0,5	0,5	0,5	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,7	0,8	0,7	0,8	

HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris.
Note > Un centre hospitalier est devenu centre hospitalier régional en 2012.
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2002



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

dépenses en 2019 (+2,2 %) est supérieure à celle de 2018 (+2,0 %). Toutefois, elle est identique à celle des recettes, ce qui se traduit par une stabilité du déficit du budget global.

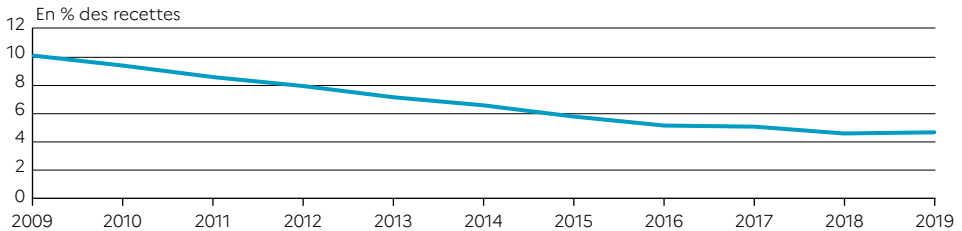
Cette croissance des dépenses s'observe dans l'ensemble des grandes catégories de dépenses (titres de dépenses), à des rythmes toutefois différents selon les charges considérées. Ainsi, les dépenses de personnel progressent de 1,4 % à 47,6 milliards d'euros, à un rythme identique à celui de 2018 après une augmentation plus forte en 2017 (+2,3 %). Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant) progressent fortement (5,7 %, contre 2,7 % en 2018) et atteignent 11,2 milliards d'euros en 2019. Les dépenses à caractère hôtelier et général s'élèvent à 7,5 milliards d'euros pour le budget principal. Elles sont en hausse de 3,3 %, après 4,0 % en 2018. Enfin, les amortissements, les frais financiers et les dépenses exceptionnelles progressent à un rythme plus modéré (+1,0 %) pour atteindre 6,9 milliards d'euros en 2019.

Une hausse modeste de l'effort d'investissement des hôpitaux et un taux d'endettement en léger recul

Les investissements représentent 3,8 milliards d'euros en 2019. Après une baisse continue depuis 2009, l'effort d'investissement progresse modestement et atteint 4,7 % des recettes en 2019, après 4,6 % en 2018 (graphique 2). Cet effort reste toutefois nettement inférieur à la dotation aux amortissements (7,1 % des recettes en 2019).

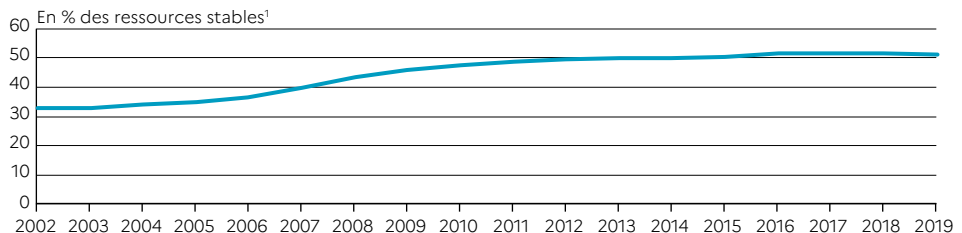
Pour la première fois depuis 2015, l'encours de la dette diminue légèrement en 2019 et atteint 29,3 milliards d'euros (29,5 milliards d'euros en 2018). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %) et recule depuis, lentement mais régulièrement. Il s'établit à 35,7 % des recettes en 2019. Pour la première fois depuis 2002, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), diminue légèrement et atteint 51,4 % en 2019, après 51,7 % en 2018 (graphique 3). ■

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2009



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 831. Seules les recettes hors rétrocession ont été retenues dans l'analyse.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), afin de conserver uniquement les établissements sanitaires dans le champ de l'étude.

Définitions

> **Recettes** : elles correspondent aux recettes totales définies par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, hors rétrocession de médicaments, soit en grande partie les recettes de l'activité hospitalière, les recettes financières et exceptionnelles.

> **Centres hospitaliers (CH)** : ils sont classés, dans cette fiche, en trois catégories selon leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de leurs recettes : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

> **Rétrocession de médicaments** : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

> **Résultat d'exploitation** : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

> **Résultat exceptionnel** : il comprend notamment les opérations de gestion (par exemple produits sur exercices antérieurs versés tardivement par l'assurance maladie) ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

> **Résultat financier** : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

> **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

Pour en savoir plus

> **Marc, C., Héam, J.-C., Mikou, M. et al.** (2020). *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé (édition 2020)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé, fiche 2.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes <

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 2021, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2019. 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, 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

lucrative, soit à but non lucrative. 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 dispensés 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.

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 les décrets n° 84-135 du 24 février 1984 et 90-92 du 24 janvier 1990¹ 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, leurs statuts

1. Le 1^{er} décret régit les personnels titulaires et non titulaires des filières de médecine et de pharmacie et le 2nd décret les personnels titulaires et non titulaires en odontologie. Ils seront abrogés d'ici la fin de l'année 2021 et remplacés par un décret unique. Ce dernier comportera les règles statutaires relatives aux personnels titulaires de médecine, de pharmacie et d'odontologie (MCU-PH et PU-PH) d'un côté, et aux personnels non titulaires de ces trois disciplines de l'autre.

spécifiques sont régis par le CSP. De même, l'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est 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 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 a été créé par le décret n° 2021-365 du 29 mars 2021 : il a vocation à remplacer progressivement les deux précédents statuts qui disparaîtront au 1^{er} janvier 2023. 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). 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

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. Articles 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	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, attaché, PH	Articles R. 6152-1, R. 6152-401, R. 6152-501 et R. 6152-604 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	Articles R. 6152-538 et R. 6152-632 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

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. 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.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2^e cycle, internes et docteurs juniors pour le 3^e 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. Ainsi, 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. Environ 80 % du personnel non médical sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, ou à du personnel intérimaire, 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. Le même statut s'applique aux 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, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2021, 136 GHT sont dénombrés. 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. À ce titre, par exemple, l'établissement support est seul compétent pour passer des marchés depuis le 1^{er} janvier 2018.

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 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^o et 3^o 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'efficacité 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,

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2020, 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, néonatalogie, 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 2020, 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.

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 fonctions 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 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 1^{re} année du 2^e 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, 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 libéraux² ;

- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par 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'examen 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

² Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

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 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive se terminant 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 2019³. 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 l'objectif 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

Pour 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 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 (lfaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, initiée 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 lfaq a pris récemment 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, puis à 400 millions d'euros en 2020 et 450 millions d'euros en 2021. À compter de 2022, il concernera également les activités de psychiatrie dans le cadre de l'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement de ce champ d'activité. D'ici à 2024, ce dispositif atteindra 1 milliard d'euros.

Par ce changement majeur de dimension, le financement à la qualité est devenu un compartiment tarifaire à part entière pour les établissements de

3. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

santé, avec une enveloppe désormais significative. Il est également moins discriminant, puisque 70 % des établissements sont rémunérés par indicateur, contre environ 30 % dans le modèle initial de 2018.

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 la fixation 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.

De son côté, la LFSS pour 2015 a permis d'établir un premier cadre de définition des hôpitaux dits de proximité, de façon notamment à proposer une alternative à la seule tarification à l'activité pour les anciens hôpitaux locaux, jusqu'alors financés exclusivement à l'activité. L'hôpital de proximité est alors défini comme un établissement de santé autorisé en médecine uniquement. Depuis 2016, les établissements labellisés hôpitaux de proximité bénéficient ainsi d'une dotation forfaitaire garantie (DFG), construite à partir des recettes historiques pour leur garantir le maintien de 80 % de leurs recettes au minimum. La DFG est complétée par une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée à partir des caractéristiques du territoire.

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 liés à la Covid-19

En raison des perturbations occasionnées par la crise sanitaire de la 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 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.

Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité. 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.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} 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.

Depuis le 1^{er} 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. Les deux premières dotations seront fondées, dans un premier temps, sur les financements préexistants et seront versées dès la première circulaire budgétaire 2021, consécutive à la publication du décret du 25 février 2021 relatif à la réforme des urgences.

La part de financement à l'activité ne sera mise en place qu'au 1^{er} septembre 2021, en lien avec l'entrée en vigueur du Forfait patients urgences (FPU), issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 : il 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.

En parallèle, l'expérimentation d'une incitation à la réorientation aux urgences pour les patients jugés « peu graves » et n'ayant besoin que d'une consultation simple sera menée en 2021. Dans un contexte d'augmentation du nombre de passages aux urgences, cette expérimentation vise à encourager les services d'urgences à réorienter les patients « légers » – ne requérant pas une prise en charge au sein du plateau technique des urgences – vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

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.

Dans un premier temps, les établissements qui le souhaitent peuvent 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.

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). L'objectif initial de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités, distincts selon les secteurs OQN et DAF. Cette dichotomie s'est traduite historiquement par de fortes inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu'entre établissements.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 initiée 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 1^{er} 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 2^e et 3^e 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

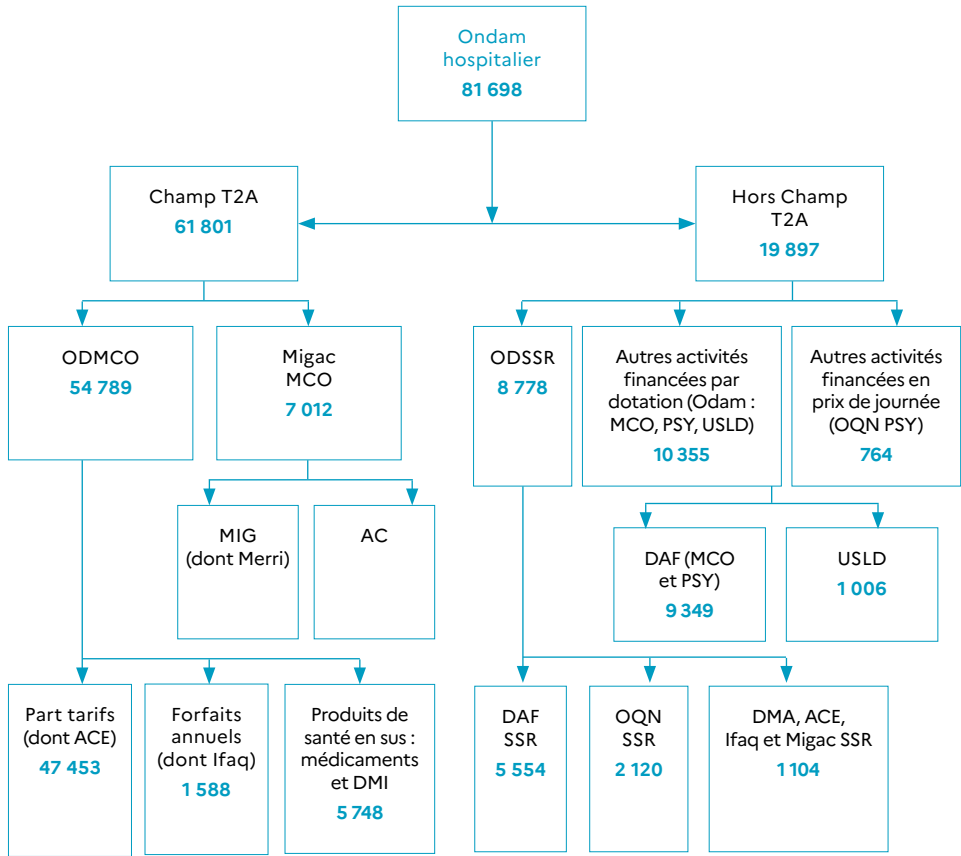
en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

- 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 (Migac⁴), dont l'objet est principalement de financer les 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. ■

4. La liste des Migac est fixée par arrêté.

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2019

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 2019, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Odam

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Odam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Odam T2A : ODMCO + dotation Migac	Odam T2A, partie ODMCO	Odam 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	Objectifs initiaux	80 026	19 549	60 477	53 761	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
2019	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

Odam : 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'Odam à partir 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 2018-2020 : 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, ce qui permet 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 d'avoir 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 ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipements et personnels.

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 soins¹. 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 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 la refonte de la SAE en 2013, 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 PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, 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.

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

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. Deux exceptions existent pour les modalités de collecte : pour tous les établissements de psychiatrie, l'interrogation est groupée sur un 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 l'entité géographique déjà interrogée.

la SAE et sur le site Open Data de la DREES sous forme de bases de données³. Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information 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) se met en place 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 également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi à partir du numéro de Sécurité sociale, de la date de naissance, du sexe etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 15, « Les patients suivis en psychiatrie », et 20, « 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 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 V2019 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2019 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 pouvaient 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

3. <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil>, rubrique, Santé et système de soins, Bases statistiques SAE.

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 en 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 homogène 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 rénovation 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. 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 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

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 2019

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	5 273	899	2 246	57
Médecine	385	5 545	1 154	35
Gynécologie-obstétrique	163	670	29	1 092
Dialyse	0	1	2	0
Urgence	17	1 383	8	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 273 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 246 milliers), mais 899 milliers sont des séjours de médecine et 57 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, 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 2019

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)	11 268	9 960	1 307
Mixte (HC / HP) ¹	873	572	301
Hospitalisation partielle (HP)	6 817	50	6 767

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 métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2019, traitements DREES.

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, cardio-vasculaire, 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 activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-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 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 2019, 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, des écarts existaient 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**

Le PMSI-HAD permet de mesurer depuis 2005 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 2019, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à cinq établissements 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 a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis 2013, 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 DSN sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. En complément, elle relate 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 véhicule 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 remplissent 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 traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, 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, grades et catégories 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, seul 1 % des données du champ privé proviennent des DADS.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le Siasp

Poste (fiche 8 « 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 (fiches 6 « Les postes de personnel médical : médecins, odontologistes, pharmaciens, internes et sages-femmes » et 7 « Les postes de personnel non médical salarié »), 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 (fiches 6 et 7).

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 plus rémunérateur).

Condition d'emploi (fiche 8 « 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).

Salaires nets mensuels moyens (fiche 8) : 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 comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la plateforme Diamant pour les entités juridiques des hôpitaux publics, et par la société Altarea – D&B pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH qui sont utilisées.

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 doivent également faire l'objet d'une déclaration par les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, par le biais du même outil Fichcomp du PMSI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments (liste en sus, ATU et post-ATU) et DMI de la liste en sus 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).

Les indicateurs de processus calculés à partir de questionnaires établissement

Seuls les indicateurs de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) sont calculés en ayant recours à un questionnaire adressé aux établissements de santé. Les données sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* hébergé sur la plateforme QualHAS⁴. 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-MCO

Les indicateurs de résultat sont calculés à partir de la base PMSI-MCO scellée. Un algorithme validé par la HAS est appliqué par l'ATIH pour le calcul, 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 de MCO inscrits sur la plateforme doivent collecter en continu les adresses e-mail des patients 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-Satis⁵. À date fixe, la base est figée et les indicateurs sont calculés et restitués directement par la plateforme. ■

4. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

5. 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
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) : d'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
AVC : accident vasculaire cérébral
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
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
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
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
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
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 des activités de rééducation-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

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
DGFIP : Direction générale des finances publiques
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
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
FEH : Fonds pour l'emploi hospitalier
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
FMV : forfait médicaments de ville
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 (thème) : infections associées aux soins
IDE : infirmier diplômé d'État
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IMG : interruption médicale de grossesse
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 rév. 2 : nomenclature d'activités française, deuxième révision
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

PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMA : procréation médicalement assistée
PMI : protection maternelle 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

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
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
SNC : système nerveux central
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
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

UMD : unité pour malades difficiles

USLD : unité de soins de longue durée

USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire

USP : unités de soins palliatifs

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine

Les établissements de santé

ÉDITION 2021

En 2019, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, en développant notamment l'hospitalisation partielle ou à domicile.

Dans son édition 2021, Les établissements de santé détaillent, pour l'année 2019, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par discipline, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Deux nouvelles fiches ont été ajoutées cette année, la première consacrée à l'évolution des effectifs salariés hospitaliers, la seconde aux capacités d'accueil en soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), données mobilisées dans la gestion de la crise sanitaire.

Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, et celle de son contexte juridique et réglementaire.

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