

Vue d'ensemble ◀

Fiches thématiques

Annexes

Le secteur hospitalier français est composé de 1 364 établissements publics, 1 002 cliniques privées et 680 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 maladie chroniques ou de polyopathologies. Si le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie légèrement (-0,8 %), les alternatives à cette forme de prise en charge continuent de progresser. Les hospitalisations partielles (moins de un jour) représentent ainsi 13,4 % des journées en 2017 (hors soins de longue durée). Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis vingt et un ans (3,5 % par an).

Le nombre d'établissements de santé diminue progressivement

Au 31 décembre 2017, le secteur hospitalier français est constitué de 3 046 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places)¹. Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 364 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 178 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 947 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux), 95 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; enfin, 144 autres établissements publics correspondent majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 1 002 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 680 établissements privés à but non lucratif, dont 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2017, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé à but non lucratif a diminué régulièrement (-126 entités géographiques en quatre ans), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette diminution a concerné principalement les établissements de soins de longue durée (SLD), ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-20 entités géographiques en quatre ans) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-34 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) a progressé (+16 entités).

Les capacités d'hospitalisation à temps partiel progressent plus lentement qu'avant en MCO

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, tandis que les disparités régionales se réduisent progressivement. En 2017, les établissements de santé comptent 400 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 69 000 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,

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.



qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-30 000 lits en 14 ans), 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 32 000 en 2017, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En revanche, les capacités en moyen séjour (SSR) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2017. La psychiatrie fait également exception : le nombre total de lits a diminué de 3 500 entre 2003 et 2007, mais il se maintient autour de 57 000 depuis 2007, les alternatives à l'hospitalisation ayant été développées dès les années 1970.

En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2017, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013. C'est notamment le cas en MCO, qui rassemble 43 % des places offertes en 2017, dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. Depuis 2013, le nombre de places en MCO n'a que très légèrement progressé (+1,5 %). En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, si bien que le nombre de places a connu

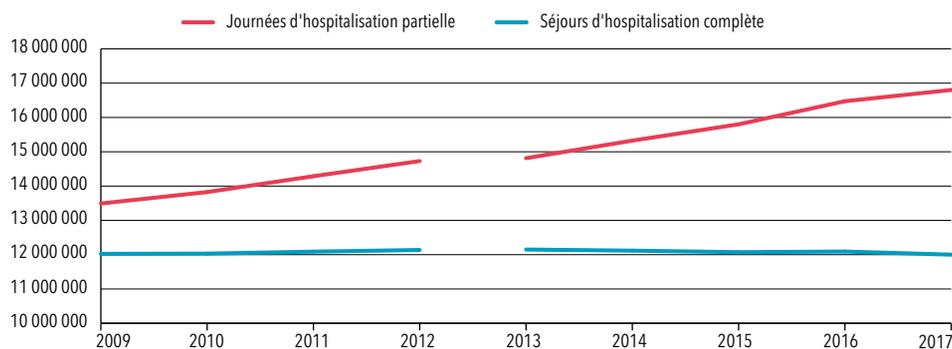
une progression plus modeste dans les années 2000 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1,0 % par an) et se stabilise également ces dernières années. En SSR, en revanche, où les capacités d'accueil en hospitalisation partielle ont plus que doublé depuis 2003 (+8 000 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, pour sa part, d'une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une activité et 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 nettement moins élevées et moins variées.

Les séjours sans nuitée à l'hôpital sont majoritaires et progressent

En 2017, le secteur hospitalier a pris en charge 12,0 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle. L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. L'hospitalisation partielle poursuit sa progression, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Depuis plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (*graphique 1*).

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



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

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie.

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

Sources > DREES, SAE 2009-2017, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

En fonction du mode de prise en charge, la répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement. En hospitalisation complète, l'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge, 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 46 % des journées, ceux de SSR 25 % et ceux de psychiatrie 30 %. Dans ce dernier secteur, la prise en charge ambulatoire s'est fortement développée : 80 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2017, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire, notamment dans les 3 800 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 13,4 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2016. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,7 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 6,8 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de séances de radiothérapie).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. En 2017, 199 200 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 300 établissements d'HAD recensés en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 17 500 patients.

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

En 2017, le taux d'occupation des lits est de 82,7 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,3 % en 2017) et en soins de longue durée qu'il est plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à

88,4 % pour la psychiatrie et à 86,6 % pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines². Entre 2013 et 2017, 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 50 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR est mieux répartie 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 réalisent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif sont dans 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, la moitié seulement des 7 300 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2017 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée

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.



en ambulatoire, ce qui suppose 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 (chirurgie de la cataracte, des varices, 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 au même rythme depuis vingt ans

En 2017, les 713 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,4 millions de passages (20,7 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 2,1 % de plus qu'en 2016. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne. Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 100 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (26 700 passages en moyenne par an, contre 30 600). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 61 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 23 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 45 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (Samu) et

390 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 2017, 12,7 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. La prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,6 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 % d'entre eux. Un million de patients (8,3 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2017.

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

Au 31 décembre 2017, 502 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DOM (519 en 2016) : 202 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 233 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie) et 67 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 900 lits d'obstétrique et ont réalisé 756 000 accouchements³.

Les maternités de types 2 ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 79 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2017, contre la moitié en 2002.

3. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2017).

Huit interruptions volontaires de grossesse sur dix sont réalisées à l'hôpital public

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 168 600 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 85 % à l'hôpital public. 4 500 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, et 43 600 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,9. Il s'établit à 14,4 en métropole et varie du simple au double d'un département à l'autre, de 8,9 IVG dans les Deux-Sèvres à 23,6 en Ariège. L'Île-de-France et le Sud-Est se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne. Dans les DROM, en 2017, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 26 à Mayotte ou à la Martinique, 33 en Guyane, et 34 en Guadeloupe.

Les hôpitaux publics concentrent 73 % des emplois hospitaliers

Fin 2017, 1,3 million d'emplois hospitaliers⁴, salariés ou non, sont dénombrés dans les établissements de santé (tableau 1), dont 73 % relèvent des hôpitaux publics. Le reste de ces emplois se répartit entre les cliniques privées (15 %) et les établissements de santé privés à but non lucratif (12 %).

Le nombre d'emplois médicaux, y compris internes et FFI mais hors sages-femmes, de l'ensemble des établissements de santé s'établit fin 2017 à 192 000 (soit 15 % de l'ensemble des emplois hospitaliers). Ils se répartissent en 116 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux et 34 000 internes et assimilés. 68 % de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics. Fin 2017, les sages-femmes représentent 17 000 emplois, principalement dans les établissements publics.

Les personnels non médicaux comptent pour 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 762 000 emplois de personnels soignants (dont 343 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 148 000 emplois de personnels administratifs. Les trois quarts de ces emplois non médicaux relèvent des hôpitaux publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

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

Avec 92,8 milliards d'euros de dépenses en 2017, financées à 91,6 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier⁵ représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,6 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 71,5 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif)⁶ et à 21,4 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

La situation financière des établissements privés continue de s'améliorer

En 2017, la rentabilité des cliniques privées s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires, en baisse de 0,2 point par rapport à 2016 qui marquait le plus haut niveau atteint depuis 2006. Le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2017, pour atteindre un niveau historiquement bas de 33,3 % des capitaux permanents, tandis que le taux d'investissement, pour sa part, poursuit sa reprise entamée en 2014 pour atteindre 4,8 % du chiffre d'affaires.

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement sous dotation

4. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2017 par les établissements de santé, hors élèves encore en formation, et non d'effectifs en personnes physiques : des doubles comptes existent pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements.

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

6. 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 30, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 29, « Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.



globale, leurs comptes financiers continuent de s'améliorer pour devenir excédentaires en 2017, et ce pour la première fois depuis 2008 (40 millions d'euros). La proportion d'Espic déficitaires poursuit son recul à 31 % en 2017, après 38 % en 2016. Cette amélioration concerne particulièrement les CLCC (22 % sont déficitaires, après 39 % en 2016). La situation excédentaire des Espic favorise leur désendettement (de 47 % des ressources stables en 2012 à 42,9 % en 2017). Parallèlement, leur effort d'investissement s'est stabilisé entre 2014 et 2016, un peu en deçà de 6 % des ressources. En 2017, il recule légèrement et s'établit à 5,3 % des recettes (5,7 % en 2016).

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent de nouveau en 2017

En 2017, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade de nouveau : le déficit total

du résultat net atteint 743 millions d'euros en 2017 (après 188 millions en 2016). Leur rentabilité nette suit le même mouvement et s'établit à -1,1 %, son plus bas niveau depuis 2002. Le taux d'investissement continue de se replier, après plusieurs années d'investissement soutenu par les plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Il atteint 5,7 % en 2017, son plus bas niveau observé depuis 2002.

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics. Celle-ci se stabilise à 29,8 milliards d'euros en 2017, comme en 2016. L'encours de la dette représente 42,7 % du chiffre d'affaires en 2017, contre 43,5 % en 2016. Le taux d'endettement des hôpitaux publics connaît toutefois une nouvelle hausse de 0,1 point pour atteindre 51,6 % des ressources en 2017, du fait d'une nouvelle réduction des capitaux propres. ■

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2017

| | Établissements publics | Établissements privés à but non lucratif | Établissements privés à but lucratif | Ensemble des établissements |
|--|------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| Emplois¹ médicaux hors sage-femmes | 130 638 | 21 031 | 40 546 | 192 215 |
| Médecins, odontologistes et pharmaciens | 99 106 | 18 695 | 40 312 | 158 113 |
| dont salariés | 97 195 | 14 150 | 5 197 | 116 542 |
| dont libéraux | 1 911 | 4 545 | 35 115 | 41 571 |
| Internes et faisant fonction d'internes (FFI) | 31 532 | 2 336 | 234 | 34 102 |
| Emplois¹ de sages-femmes | 12 769 | 1 262 | 2 626 | 16 657 |
| Emplois¹ non médicaux | 812 157 | 141 416 | 149 592 | 1 103 165 |
| dont personnels soignants ² | 551 862 | 95 987 | 113 850 | 761 699 |
| dont personnels non soignants ³ | 260 295 | 45 429 | 35 742 | 341 466 |
| Total des emplois¹ | 955 564 | 163 709 | 192 764 | 1 312 037 |

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2017 dans les établissements de santé, hors élèves encore en formation. La SAE peut enregistrer des doubles comptes pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements : ce concept d'emploi est donc différent de celui des effectifs en personnes physiques.

2. Infirmiers, aide-soignants, psychologues, rééducateurs, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux.

3. Personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.