

Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Trois types d'établissements de santé relevant de statuts juridiques différents composent le secteur hospitalier français. Leurs modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, ainsi que de participation aux missions de service public sont variés, tout comme les statuts de leurs personnels. Du fait du vieillissement de la population, de la hausse des pathologies chroniques et de la double exigence de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, les établissements de santé et leur place dans le système de soins évoluent. Ils s'adaptent par des restructurations régulières et des coopérations nouvelles pour répondre à un éventail de besoins allant de prises en charge rapides et technicisées – liées au développement de l'ambulatoire – à des traitements plus lourds et plus longs pour des patients en affection de longue durée ou âgés, souvent polymédiqués.

Un paysage hospitalier très varié

Au 31 décembre 2015, le secteur hospitalier français est constitué de 3 089 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 natures et de tailles très différentes.

Parmi les 1 389 entités géographiques du secteur public coexistent trois types d'établissements, qui se différencient selon leurs missions :

- 178 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région (voire d'autres régions), ainsi que les soins courants à la population la plus proche ;
- 962 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements prenant en charge la plupart des courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que les soins destinés aux personnes âgées ;
- 96 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- 153 autres établissements publics, correspondant pour la majorité à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent :

- 1 009 cliniques privées à but lucratif ;
- 691 établissements privés à but non lucratif, dont 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le nombre d'entités géographiques de statut privé a diminué sous l'effet des réorganisations et restructurations : -4 % entre 2010 et 2015 pour le secteur privé à but lucratif et -2 % pour le secteur privé à but non lucratif. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, notamment liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

La majorité des séjours à l'hôpital durent moins de un jour

En 2015, le secteur hospitalier a pris en charge 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 16 millions de journées en hospitalisation partielle. L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. La répartition de l'activité hospitalière entre temps complet et temps partiel continue d'évoluer, l'hospitalisation partielle poursuivant sa progression, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Depuis

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



plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (graphique 1). Depuis 2012, le nombre de journées qui constituent ces séjours d'hospitalisation complète est également stable, avec une diminution en court séjour (MCO) et en psychiatrie et une progression en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) un peu plus sensible en 2015. 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 plus de 85 % des prises en charge, celle de moyen séjour (SSR) 9 %, et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée constituent, eux, une part à présent négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 45 % des journées, ceux de SSR 23 % et la psychiatrie 32 %. Dans ce dernier secteur, à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel, la prise en charge ambulatoire, qui s'est fortement développée, est désormais la plus courante. Ainsi, 80 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2015, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés en ambulatoire, notamment

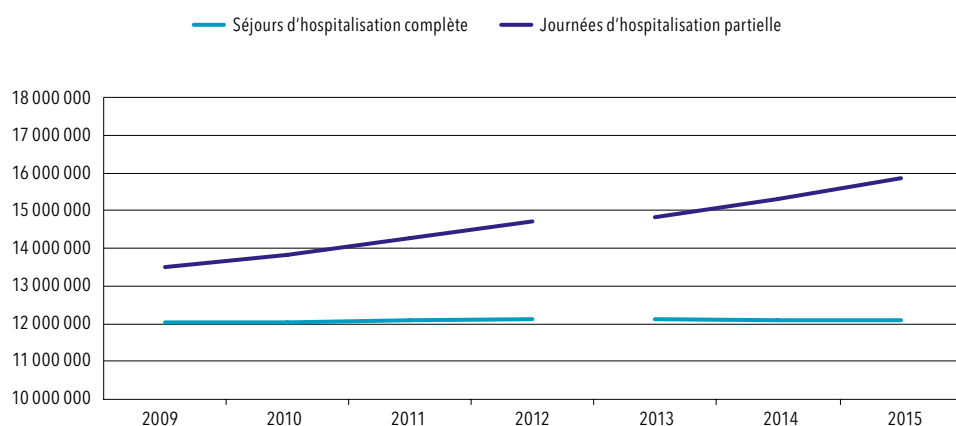
dans les 3 500 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique se développent

À ces prises en charge, il faut ajouter 12,6 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, elles aussi réalisées pour la plupart en soins ambulatoires (2,4 millions de séances de chimiothérapie ambulatoires, 6,4 millions de séances de dialyse, et 3,7 millions de séances de radiothérapie). Près de la moitié des séances de radiothérapie sont pratiquées dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie, avec 51 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie (23 % des séances) et de chimiothérapie ambulatoire (14 %).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, sur un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. Elle propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Notamment, elle permet

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



Champ > Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2009-2015 ; ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

d'assurer au lieu de vie du patient des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en court ou moyen séjour. En 2015, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,6 millions de journées (soit 3,8 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète). Les 314 structures d'HAD comptabilisées en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 15 200 patients.

Le nombre annuel de passages aux urgences progresse au même rythme depuis vingt ans

En 2015, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit 3,0 % de plus qu'en 2014. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passage aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine et a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (25 000 passages en moyenne par an, contre 28 500). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (pris dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 22 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois, moins de 30 000. À l'opposé, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 40 % de l'ensemble des passages. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 104 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 410 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. 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 capacités d'hospitalisation à temps partiel se stabilisent en MCO

À l'évolution de l'activité hospitalière répond celle des capacités d'accueil. Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue vers une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein et une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, avec des disparités régionales qui se réduisent progressivement. En 2015, 408 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé, soit 60 000 lits de moins qu'en 2003.

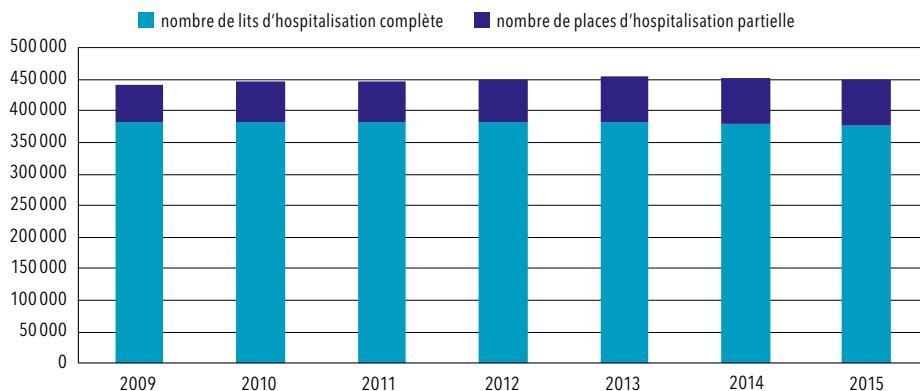
La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier en MCO (-23 000 lits en douze ans), mais ce sont surtout les capacités d'accueil de long séjour (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 en 2015, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Seules les capacités en moyen séjour (SSR) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2015. La psychiatrie fait également exception, avec un nombre de lits globalement stable, 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 73 000 places en 2015, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places semble toutefois se stabiliser depuis 2013 (graphique 2, hors USLD). C'est notamment le cas en MCO, qui représente 43 % des places offertes en 2015, après une progression de 14 000 places entre 2003 et 2013. 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 de 1 % par an) et se stabilise également ces dernières années. En SSR en revanche, où les capacités d'accueil en hospitalisation partielle ont doublé depuis 2003 (+7 000 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.

Ces évolutions ont été rendues possibles, en court séjour notamment, par des innovations de technologies médicales et de traitements médicamenteux



Graphique 2 Capacités d'accueil en hospitalisation complète (lits) et partielle (places)



Champ > Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2009-2015, traitements DREES.

(notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation s'accompagnant de nuitées. Le terme de « virage ambulatoire » est employé pour désigner ce mouvement, qui traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Des disciplines d'activité différentes selon le statut juridique

Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines reflètent leur spécialisation. Les soins de longue durée et la psychiatrie sont ainsi essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. L'activité de SSR est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 39 % de journées d'hospitalisation à temps partiel et 28 % de séjours à temps complet dans les établissements privés à but non lucratif. En MCO, les soins en hospitalisation complète sont, eux, essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, et 50 % des séjours d'hospitalisation partielle relèvent du secteur privé à but lucratif. Enfin, l'activité de HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (58 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent plus de la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif sont dans une position intermédiaire, avec une activité de médecine proportionnellement plus faible que dans le public mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et une activité de chirurgie 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 2015 sont situées dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 64 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes avec des temps de réalisation plus longs. 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. Les 723 structures d'urgences sont réparties sur 644 établissements de santé (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques), dont 482 sont des établissements publics.

Le poids des différents statuts juridiques est par ailleurs très variable selon les régions. Le secteur privé à but lucratif est par exemple plus présent dans les régions du Sud de la France pour le court séjour. L'activité d'HAD est, elle, fortement concentrée sur certaines parties du territoire français, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine, départements où ont été créées, à la fin des années 1950, les deux premières structures françaises d'HAD. L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions français d'outre-mer (DROM) revêt, elle, une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité 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.

La majorité des parcours de soins sont constitués d'un épisode unique

En 2015, 12,4 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts des patients, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année, cet épisode unique 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 patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année sont principalement réadmis en court séjour et ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs. La prise en charge a été faite 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 %. Un million de patients (8,3 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2015.

Les maladies de l'appareil digestif sont les motifs les plus fréquents d'hospitalisation en MCO

En 2015, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en MCO, tous âges et tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire. Ces motifs de recours en MCO varient avec l'âge. Avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui dominent, tandis que, pour les plus de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire. Les femmes et les hommes recourent aussi aux soins hospitaliers pour des motifs différents. Entre 15 et 44 ans, les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO pour les femmes, tandis que les maladies de l'appareil digestif prédominent chez les hommes.

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

Dans les années 1970, un long processus pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère a débuté. Il s'est traduit par un mouvement de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que leur taille a augmenté. En 2015, 528 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM : 230 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 230 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie) et 68 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 16 600 lits d'obstétrique et ont réalisé 785 000 accouchements², dont 778 000 sans décès d'enfant. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3) sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 72 % des lits et 77 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de

2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2015).



type 2 ou 3 s'élevait à 43 %. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2015, contre la moitié en 2002.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2015, en France métropolitaine, une maternité de type 1 effectue en moyenne 795 accouchements par an, contre 1 700 pour une maternité de type 2 et 3 145 pour une maternité de type 3. En 2015, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent ainsi au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996.

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

En 2015, 217 800 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 177 800 ont été pratiquées dans un établissement de santé en France, dont 80 % à l'hôpital public ; 3 100 ont été réalisées en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009 ; 36 900 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 triple d'un département à l'autre, de moins de 8 en Haute-Loire à 22 en Corse-du-Sud. L'Île-de-France et le Sud-Est métropolitain se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne. Dans les DROM, en 2015, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 28 en Martinique, 29 à Mayotte, 30 en Guyane et 33 en Guadeloupe.

Des effectifs hospitaliers stables, hormis le nombre d'internes en progression

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), les sages-femmes et les personnels non médicaux. Leurs statuts et conditions

d'emploi varient selon la profession exercée et le statut de l'établissement où ils exercent. Ils peuvent être salariés, à temps plein ou à temps partiel, ou exercer comme libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou par sa caisse d'assurance maladie).

En 2015, le nombre d'emplois médicaux, y compris internes et FFI, dans les établissements de santé s'établit à 189 000³, soit une hausse de 1,1 % par rapport à 2014. Si les emplois salariés de médecins, odontologistes et pharmaciens, qui représentent 74 % de cet ensemble, sont stables, le nombre d'internes et de FFI continue de progresser à un rythme soutenu, tendance observée depuis le relèvement du *numerus clausus* en médecine à partir de 2000 et la réforme de l'internat de médecine en 2004. Le nombre de libéraux augmente aussi légèrement en 2015, mais reste proche du niveau moyen observé depuis 2010. 85 % des libéraux exercent dans les établissements privés à but lucratif.

Les personnels non médicaux et les sages-femmes représentent, en 2015, plus d'un million de salariés en équivalent temps plein (ETP), soit un nombre quasi stable par rapport à 2014 (+0,1 %). Ces effectifs comprennent notamment 708 000 personnels soignants en ETP (dont 15 000 sages-femmes, 313 000 infirmiers et 227 000 aides-soignants), 134 000 personnels administratifs et 111 000 personnels techniques. Les trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

Les modes de financement du secteur hospitalier évoluent progressivement

Avec 90,8 milliards d'euros de dépenses en 2015, financées à 91,3 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,7 %) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 70,1 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements

3. Il s'agit de l'ensemble des emplois, salariés et libéraux, sur l'ensemble des établissements, publics et privés. Il se distingue donc du décompte des effectifs salariés de la fonction publique hospitalière.

privés à but non lucratif⁴ et à 20,7 milliards pour le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées lucratives.

Le financement des établissements est donc un enjeu majeur du système de santé, compte tenu du poids important des soins hospitaliers. Il s'est profondément modifié à la suite de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 pour les activités de MCO et d'HAD, quel que soit le statut juridique de l'établissement. Le financement de ces activités était fondé auparavant sur une dotation annuelle pour les établissements publics et sur un mécanisme du type « paiement à la journée » pour le secteur privé.

Ce système de tarification continue d'évoluer progressivement : incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ), révision du périmètre de la tarification, réflexions sur la notion de financement au parcours de soins, etc.

La rentabilité des cliniques privées reste meilleure qu'entre 2008 et 2013

En 2015, la rentabilité des cliniques privées se replie légèrement mais reste à un niveau supérieur à celui observé de 2008 à 2013 (3 % du chiffre d'affaires), reflet du soutien apporté par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Le taux

d'endettement des cliniques privées reste à son plus bas niveau depuis dix ans, tandis que le taux d'investissement repart légèrement à la hausse en 2015.

En revanche, les comptes financiers des hôpitaux publics continuent de se dégrader en 2015, pour la troisième année consécutive. Leur déficit global continue de se creuser, pour atteindre 400 millions d'euros. Leur rentabilité nette, qui était devenue positive en 2012 (0,2 % des recettes) après six années de déficit, s'est régulièrement dégradée depuis, pour atteindre -0,6 % en 2015. Le taux d'investissement continue de se replier, à la suite de plusieurs années d'investissement soutenu sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012, et atteint 6,6 % en 2015 après 7,1 % en 2014. Parallèlement à cette diminution de l'effort d'investissement, le taux d'endettement se stabilise depuis 2012, autour de 50 % des ressources. Enfin, pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale, le déficit se réduit de moitié en 2015, principalement du fait des CLCC, qui renouent avec une situation bénéficiaire pour la première fois depuis 2009. Ceci permet à l'effort d'investissement de se stabiliser (5,4 % des ressources en 2015), après plusieurs années de repli. Mais près de 40 % des ESPIC restent toutefois déficitaires, dont près de 46 % de ceux spécialisés en MCO. ■

4. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont alors regroupés avec les établissements publics (voir la fiche 31, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »), alors que dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.