

Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexe

Dans un contexte épidémiologique marqué depuis plusieurs années par l'accroissement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, les modes d'intervention et l'organisation des établissements de santé se transforment progressivement et en profondeur, en même temps que leur positionnement dans le système de soins. Ils doivent répondre simultanément à des besoins très différents, allant de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques rapides, technicisées, en lien avec le développement de l'ambulatoire, à des traitements plus lourds et plus longs pour des patients en affections de longue durée ou des patients âgés souvent polymédiqués.

Le secteur hospitalier français présente donc un paysage varié, dans lequel les établissements de santé s'adaptent aux modifications de leur environnement par des restructurations régulières et la mise en place de formes de coopération très diverses. Ce secteur fait cohabiter des établissements de trois statuts juridiques différents, combinant des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très variés. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont à l'image de cette diversité.

## **Un paysage hospitalier très varié**

Au 31 décembre 2014, on compte en France 3 111 structures hospitalières disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places). Ce nombre correspond au nombre d'établissements géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions précédentes, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes.

Parmi les 1 416 établissements géographiques du secteur public coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 182 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) 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 ; 973 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, prennent en charge la plupart des courts séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et

odontologie (MCO), ainsi que les soins destinés aux personnes âgées ; 97 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie ; enfin la majorité des 164 autres établissements publics correspondent à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les cliniques privées à but lucratif (1 012 au total) et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui se répartissent en 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 662 établissements privés à but non lucratif. Le nombre des établissements géographiques de statut privé a diminué sous l'effet des réorganisations et restructurations. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

## **La majorité des séjours à l'hôpital durent désormais moins d'un jour**

En 2014, le secteur hospitalier a pris en charge 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 15 millions de journées en hospitalisation partielle. La répartition de l'activité hospitalière entre temps



complet et temps partiel a ainsi fortement évolué : l'hospitalisation partielle poursuit sa progression, notamment en court séjour et en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation, SSR) où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue régulièrement depuis une vingtaine d'années et s'est globalement stabilisé ces dernières années, en lien avec le vieillissement de la population. Le nombre de journées d'hospitalisation complète décroît, lui, très légèrement, en raison notamment de la baisse de la durée moyenne des séjours.

La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour concerne plus de 86 % des prises en charge, le moyen séjour 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée constituent, à présent, une part négligeable de l'activité. En hospitalisation à temps partiel, les soins de courte durée représentent 45 % des journées, le moyen séjour 22 % et la psychiatrie 33 %. Dans ce dernier secteur, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970 : à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel s'est fortement développée la prise en charge en ambulatoire, qui est désormais la plus courante. Ainsi, 76 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2014, plus de 20 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire, notamment dans les 3 600 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 12,3 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, elles aussi réalisées pour la plupart en ambulatoire (2,3 millions de séances de chimiothérapie, 6,2 millions de séances de dialyse et 3,8 millions de radiothérapie). Les séances de radiothérapie sont pratiquées essentiellement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie, avec 50 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de

radiothérapie (21 % des séances en ambulatoires) et de chimiothérapie (13 %).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) se développe progressivement. Elle 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 court ou moyen séjour. En 2014, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées (soit 4 % des journées d'hospitalisation complète). Les 319 structures d'HAD comptabilisées en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 14 419 patients.

### Un nombre annuel de passages aux urgences en hausse

En 2014, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser. En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3 %. Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 27 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (24 000 passages en moyenne par an, contre 28 000). Les petites unités sont les plus nombreuses : 23 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et six structures sur dix, moins de 30 000. À l'autre extrémité, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 39 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 SAMU et 414 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades.

### Augmentation des capacités d'hospitalisation à temps partiel et réduction des disparités régionales

En parallèle de l'évolution de l'activité hospitalière, on observe une évolution des capacités

d'accueil : l'organisation de l'offre de soins évolue sur l'ensemble du territoire depuis plus d'une décennie 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 2014, on compte 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet dans les établissements de santé, soit une baisse de 57 000 lits d'hospitalisation en onze ans. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour et en psychiatrie a diminué tout au long de la période. Seules les capacités en moyen séjour ont continué d'augmenter.

En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2014. Entre 2003 et 2014, environ 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées en court séjour, venant compléter les 18 000 places déjà existantes. En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2003 (+2 900 places, soit une hausse moyenne de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, 6 000 places ont été créées en onze ans.

Cette évolution a été rendue possible, en court séjour notamment, par des innovations 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 s'accompagnant de nuitées. On parle de virage ambulatoire 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 font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. L'activité de soins de

moyen séjour est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 40 % de séjours à temps partiel et 27 % de séjours à temps complet accueillis dans les établissements privés à but non lucratif. Les soins de courte durée 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 d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif.

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 l'activité chirurgicale. 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 2014 sont situées dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer par la forte part de leur activité en chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 65 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la 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 : sur les 643 établissements de santé intégrant les 723 structures d'urgences, 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, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

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

En 2014, 12,3 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, en court séjour puis en moyen séjour, pour de la rééducation par exemple. 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 88,7 % 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 (8,2 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2014.

### **Les motifs de recours les plus fréquents en court séjour sont liés aux maladies de l'appareil digestif**

En 2014, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour, 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 bien sûr 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 : les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO pour les femmes âgées de 15 à 44 ans.

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

À la suite d'un long processus de restructuration et de concentration des maternités débuté dans les années 1970 pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère, on dénombre, en 2014, 540 maternités en France : 237 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 234 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie) et 69 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 17 400 lits d'obstétrique et ont réalisé environ 806 000 accouchements, dont 800 000 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 71 % des lits et 76 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de 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 2014, contre la moitié en 2002.

En 2014, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996. La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2014, en France métropolitaine, une maternité de type 1 effectue en moyenne 816 accouchements par an, une maternité de type 2 en accomplit 1 724, et une maternité de type 3 en réalise 3 076.

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

En 2014, 187 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé en France. En ajoutant les 36 700 IVG médicalement pratiquées en cabinet de ville et les 2 900 IVG réalisées en centre de santé et en centre

de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représente 226 000 IVG en 2014. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,5. Il s'établit à 15 en Métropole et varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 8 IVG en Haute-Loire à 24 en Corse du Sud. L'Île-de-France et tout le sud-est de la Métropole se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne, proches de 20 IVG pour 1 000 femmes. Dans les DOM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent, en 2013, à 21 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 et 49 ans à La Réunion, 26 en Martinique, en Guyane et à Mayotte et 40 en Guadeloupe.

### **Les personnels hospitaliers sont composés, en 2014, de 187 000 médecins et de 1 000 000 personnels non médicaux, en équivalent temps plein**

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation, des sages-femmes et des personnels non médicaux. Selon la profession exercée et le statut de l'établissement, les uns sont salariés à temps plein ou à temps partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie).

En 2014, le nombre d'emplois médicaux, y compris les internes, dans les établissements de santé s'établit à 187 000 (+1,6 % par rapport à 2013). Les emplois salariés, qui représentent 7 emplois sur 10, et le nombre de libéraux augmentent. 85 % des libéraux sont concentrés dans les établissements privés à but lucratif.

Les personnels non médicaux et les sages-femmes représentent, en 2014, plus d'un million de salariés en équivalent temps plein (ETP), soit une légère augmentation par rapport à 2013 (+0,5 %). 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. Sur l'ensemble des établissements de santé, ces personnels se répartissent en 134 000 personnels administratifs, 111 000

personnels techniques et 707 000 personnels soignants (dont 15 000 sages-femmes, 311 000 infirmiers et 227 000 aides-soignants).

### **Les modes de financement évoluent**

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 68,3 milliards d'euros pour le secteur public et à 20,3 milliards pour le secteur privé. 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 court séjour 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.

Des évolutions de ce système de tarification sont en cours : incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ), révision du périmètre de la tarification, réflexions sur la notion de financement au parcours, etc.

### **Une situation financière plus favorable dans les cliniques privées en 2014**

La situation des cliniques privées s'est améliorée en 2014, notamment via l'effet du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui a permis de réduire les charges de ces établissements. Ainsi, après une baisse en 2012, la rentabilité nette s'accroît depuis 2013 pour atteindre 3,5 % du chiffre d'affaires en 2014.

Les hôpitaux publics restent déficitaires pour l'année 2014 avec une légère dégradation. Ces établissements enregistrent un déficit de leur résultat net de près de 250 millions d'euros en 2014, soit environ 0,4 % des produits. Toutefois, ce niveau de déficit est moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

Enfin, pour les établissements privés d'intérêt collectif anciennement sous dotation globale, le déficit se creuse en 2014 et représente 0,6 % des produits totaux. Près de quatre établissements sur dix sont déficitaires. ■