

Vue d'ensemble ◀  
Fiches thématiques  
Annexes

Le secteur hospitalier français est composé de 1 376 établissements publics, 1 003 cliniques privées et 686 établissements privés à but non lucratif. Les modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation de ces trois types d'établissements sont variés, tout comme les statuts de leurs personnels. 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 chroniques ou polyopathologiques. Si le nombre de séjours en hospitalisation complète reste stable, les alternatives à cette forme de prise en charge continuent de progresser. Les hospitalisations partielles (moins de un jour) représentent ainsi 13 % des journées en 2016 (hors soins de longue durée). Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis vingt ans (3,5 % par an).

### Un paysage hospitalier très varié

Au 31 décembre 2016, le secteur hospitalier français est constitué de 3 065 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places)<sup>1</sup>. Ces structures hospitalières peuvent être de natures et de tailles très différentes.

Parmi les 1 376 entités géographiques du secteur public coexistent quatre 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 ;
- 955 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 ;
- 97 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- 146 autres établissements publics correspondant, pour la majorité d'entre eux, à des unités de soins de longue durée (USLD).

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

- 1 003 cliniques privées à but lucratif ;
- 686 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 2016 pour le secteur privé à but lucratif et -3 % pour le secteur privé à but non lucratif. Ces mouvements résultent de nombreux facteurs, notamment liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

### 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 vers une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein et une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, tandis que les disparités régionales se réduisent progressivement. En 2016, les établissements de santé comptent 404 000 lits

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



d'hospitalisation à temps complet, soit 64 000 lits de moins qu'en 2003.

En court séjour (MCO), la fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier (-26 000 lits en treize 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 31 000 en 2016, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2016. La psychiatrie fait également exception, avec un nombre de lits globalement stable, les alternatives à l'hospitalisation ayant été mises en place progressivement 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 2016, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (*graphique 1*). C'est notamment le cas en MCO, qui représente 43 % des places offertes en 2016, dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, si bien que le nombre de places a connu

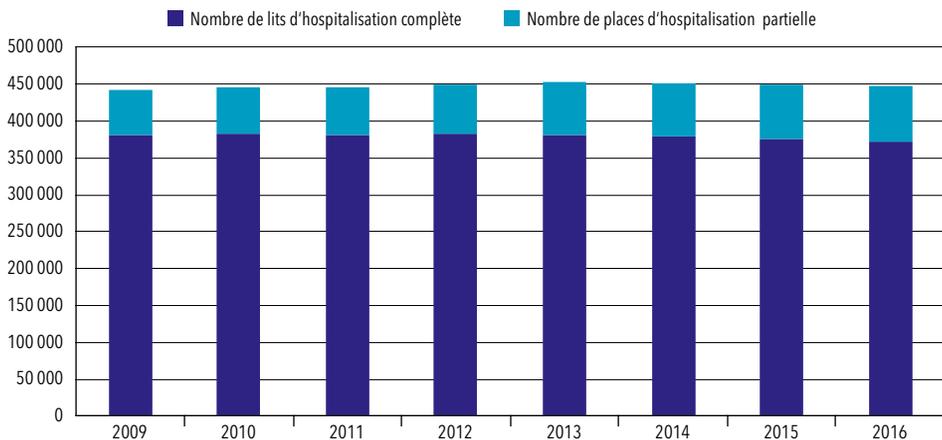
une progression plus modeste dans les années 2000 (+3 200 places, soit une hausse moyenne de 1 % par an), et se stabilise également ces dernières années. En SSR en revanche, où les capacités d'accueil en hospitalisation partielle ont plus que doublé depuis 2003 (+7 500 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.

En court séjour, 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 à temps complet.

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

En 2016, le secteur hospitalier a pris en charge 12,1 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,5 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,

**Graphique 1 Capacités d'accueil en hospitalisation complète (lits) et partielle (places)**



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

**Sources** > DREES, SAE 2009-2016, traitements DREES.

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 plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (graphique 2). Depuis 2012, le nombre de journées qui constituent ces séjours d'hospitalisation complète est également stable, il diminue en court séjour (MCO) et en psychiatrie, et progresse en moyen séjour (SSR).

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 %. S'agissant des soins de longue durée, ils constituent à présent une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 46 % des journées, ceux de SSR 24 % et la psychiatrie 31 %. Dans ce dernier secteur, à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel, la prise en charge ambulatoire s'est fortement développée, pour devenir 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 2016, 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 13,1 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, soit 4 % de plus qu'en 2015. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,5 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 6,7 millions de séances de dialyse et 3,9 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 52 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie (22 % des séances) et de chimiothérapie ambulatoire (14 %).

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. Elle propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet notamment 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 2016, 188 300 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 313 établissements d'HAD recensés en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 16 300 patients.

### **Les disciplines d'activité dominantes sont différentes selon le statut juridique**

Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et grandes disciplines reflètent leur spécialisation. Ainsi, 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'établissements, avec 38 % de journées d'hospitalisation à temps partiel et 27 % de séjours à temps complet pris en charge dans les établissements privés à but non lucratif. 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, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2016 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 64 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, des varices, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes avec des temps d'intervention 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 719 structures des urgences sont réparties sur 641 établissements de santé (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques), dont 478 sont des établissements publics.

Le poids des différents statuts juridiques est par ailleurs très variable selon les régions. Le secteur privé

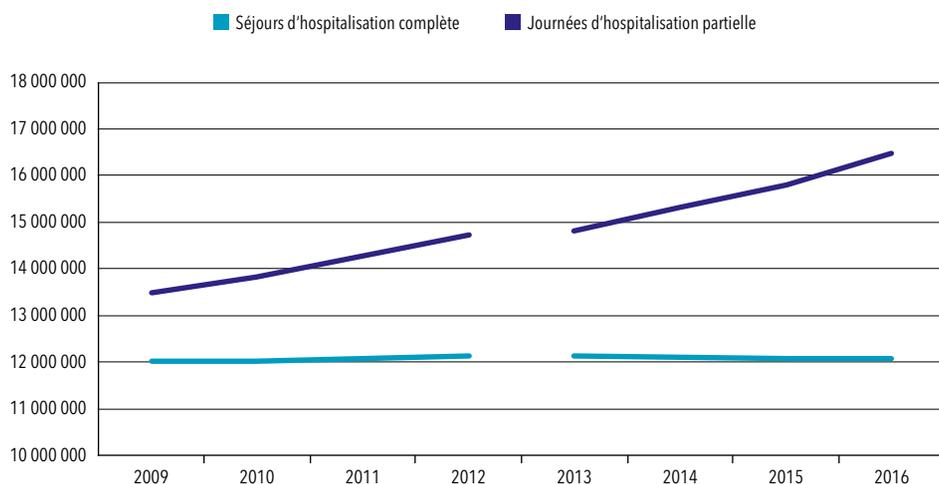
à but lucratif est, par exemple, plus présent dans les départements du sud de la France. Les établissements publics et privés à but non lucratif d'HAD ont, eux, des capacités d'accueil trois fois plus élevées à Paris et dans les Hauts-de-Seine, départements où ont été créées les deux premières structures françaises d'HAD, à la fin des années 1950.

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.

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

En 2016, les 719 structures des urgences françaises ont pris en charge 21 millions de passages (20,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 3,5 % de plus qu'en 2015. Cette progression prolonge la

## Graphique 2 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées)



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

**Sources** > DREES, SAE 2009-2016 ; ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

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, 29 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (26 000 passages en moyenne par an, contre 29 800). 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 63 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 22 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42 % de l'ensemble des passages. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 services d'aide médicale urgente (Samu) et 399 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.

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

En 2016, 12,6 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. 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 s'est effectuée 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 % d'entre eux. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2016.

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

En 2016, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en MCO, tous âges confondus, pour les femmes comme pour les hommes, 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 aux soins hospitaliers pour des motifs différents. Entre 15 et 44 ans, les séjours liés à la maternité représentent 39 % des hospitalisations en MCO pour les femmes, tandis que les maladies de l'appareil digestif prédominent chez les hommes (22 % des hospitalisations), suivies par les traumatismes (15 %).

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

Dans les années 1970, un long processus a débuté afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. 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 2016, 519 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DOM : 221 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 231 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 16 300 lits d'obstétrique et ont réalisé 772 000 accouchements<sup>2</sup>, dont 765 000 sans décès d'enfant.

2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2016).



Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (de types 2 ou 3) sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 73 % des lits et 78 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 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 2016, contre la moitié en 2002.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2016, en France métropolitaine hors SSA, une maternité de type 1 effectue en moyenne 770 accouchements par an, contre 1 680 pour une maternité de type 2 et 3 210 pour une maternité de type 3. En 2016, 38 % des maternités de France métropolitaine, hors SSA, pratiquent ainsi au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996.

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

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 172 800 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 80 % à l'hôpital public. 2 400 IVG ont été réalisées en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, et 36 700 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 14,4. Il s'établit également à 14,4 en Métropole et varie du simple au double d'un département à l'autre, de 9 IVG en Vendée ou dans les Deux-Sèvres à près de 21 en Ariège et dans les Bouches-du-Rhône. 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 2016, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 20 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 26 à Mayotte, 27 en Martinique et en Guyane, et 34 en Guadeloupe.

### Les hôpitaux publics concentrent 73 % des emplois hospitaliers

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), les sages-femmes et les personnels non médicaux, soignants ou non. Leurs statuts et conditions d'emploi varient selon la profession exercée et le statut de leur établissement. 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).

Fin 2016, 1,3 million d'emplois hospitaliers<sup>3</sup>, 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 2016 à 190 000 (soit 15 % de l'ensemble des emplois hospitaliers). Ils se répartissent en 115 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux et 33 000 internes et assimilés. Deux tiers de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics. Fin 2016, les sages-femmes représentent 17 000 emplois, principalement dans les établissements publics, et les personnels non médicaux 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 758 000 emplois de personnels soignants (dont 341 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 147 000 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.

### Les modes de financement du secteur hospitalier évoluent progressivement

Avec 92,3 milliards d'euros de dépenses en 2016, financées à 91,4 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier représente près de la moitié de

3. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2016 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.

la consommation de soins et de biens médicaux (46,5 %) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 71,3 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif)<sup>4</sup> et à 21,1 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

Le financement des établissements constitue 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 ceux du 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.

**Tableau 1** Les emplois médicaux et non médicaux des établissements de santé en 2016

|   | Établissements publics | Établissements privés à but non lucratif | Établissements privés à but lucratif | Ensemble des établissements |
|---|------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Emplois<sup>1</sup> médicaux</b>           | <b>129 348</b>         | <b>20 671</b>                            | <b>40 407</b>                        | <b>190 426</b>              |
| Médecins, odontologues et pharmaciens         | 98 579                 | 18 396                                   | 40 170                               | 157 145                     |
| dont salariés                                 | 96 558                 | 13 859                                   | 5 028                                | 115 445                     |
| dont libéraux                                 | 2 021                  | 4 537                                    | 35 142                               | 41 700                      |
| Internes et faisant fonction d'internes (FFI) | 30 769                 | 2 275                                    | 237                                  | 33 281                      |
| <b>Emplois<sup>1</sup> de sages-femmes</b>    | <b>12 731</b>          | <b>1 299</b>                             | <b>2 767</b>                         | <b>16 797</b>               |
| <b>Emplois<sup>1</sup> non médicaux</b>       | <b>810 933</b>         | <b>139 503</b>                           | <b>148 144</b>                       | <b>1 098 580</b>            |
| dont personnels soignants <sup>2</sup>        | 550 951                | 94 735                                   | 112 656                              | 758 342                     |
| dont personnels non soignants <sup>3</sup>    | 259 982                | 44 768                                   | 35 488                               | 340 238                     |
| <b>Total des emplois<sup>1</sup></b>          | <b>953 012</b>         | <b>161 473</b>                           | <b>191 318</b>                       | <b>1 305 803</b>            |

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2016 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 (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

**Source** > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

4. 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 32, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 31, « 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.



## La rentabilité des cliniques privées s'améliore et atteint son plus haut niveau depuis dix ans

En 2016, la rentabilité des cliniques privées progresse de 0,6 point et atteint son plus haut niveau depuis 2006 (3,6 % du chiffre d'affaires), reflet notamment du soutien apporté par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Le taux d'endettement des cliniques privées s'établit à 35,4 % des ressources stables, un des plus bas niveaux depuis dix ans, tandis que le taux d'investissement, pour sa part, se maintient au niveau atteint en 2015 (4,5 % du chiffre d'affaires).

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement sous dotation globale, le déficit continue de se réduire pour devenir presque nul en 2016, en raison principalement du retour à une situation bénéficiaire des CLCC et des établissements de MCO. La proportion d'Espic déficitaires poursuit son recul (38 % en 2016), notamment en MCO. Ce retour à l'équilibre financier des Espic favorise leur désendettement : leur dette totale est ainsi passée progressivement de 47 % des ressources stables en 2012 à 44 %

en 2016. Parallèlement, leur effort d'investissement se stabilise depuis 2014, un peu en deçà de 6 % des ressources, après plusieurs années de repli.

## Malgré un déficit divisé par deux, le taux d'endettement des hôpitaux publics progresse

Les comptes financiers des hôpitaux publics s'améliorent également en 2016, mais dans des proportions plus modestes. Leur déficit global se réduit de moitié et s'établit à 190 millions d'euros, après 400 millions en 2015. Leur rentabilité nette suit le même mouvement et revient à un niveau proche de celui de 2013 (-0,3 % des recettes, après -0,6 % en 2015). Le taux d'investissement continue de se replier, après plusieurs années d'investissement soutenu sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Il atteint 5,9 % en 2016, son plus bas niveau observé depuis 2002. Malgré la réduction du déficit et des efforts d'investissement, le taux d'endettement des hôpitaux publics ne parvient pas à s'infléchir : il connaît une nouvelle hausse de 1,0 point en 2016 pour atteindre 51,5 % des ressources. ■