

**Vue d'ensemble** ◀  
**Fiches thématiques**  
**Annexes**

Au 31 décembre 2018, le secteur hospitalier français compte 3 042 établissements de santé : 1 360 hôpitaux publics, 1 000 cliniques privées et 682 établissements privés à but non lucratif. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de polyopathologies. Pour la deuxième année consécutive, le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie (-1,3 %, après -0,8 % en 2017). Alternatives à cette forme de prise en charge, les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser, tout comme les séances. Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis deux décennies (3,4 % par an).

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

Au 31 décembre 2018, le secteur hospitalier français est constitué de 3 042 structures<sup>1</sup> disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places). Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 360 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, 140 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 1 000 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 682 établissements privés à but non lucratif, dont 22 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2018, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013<sup>2</sup> à 3 042 fin 2018 (-2,7 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette évolution est

plus marquée pour les hôpitaux publics : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 360 fin 2018 (-4,2 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-20 entités géographiques en cinq ans, soit -2,0 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-42 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) a progressé (+13 entités).

Le nombre d'établissements privés à but non lucratif est resté quasiment stable depuis 2013, passant de 685 entités à 682 durant la même période (-0,4 %).

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

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), avec des disparités

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.

2. Le nombre d'entités indiqué pour l'année 2013 dans l'édition 2019 de cet ouvrage a été révisé à la baisse, du fait d'une révision méthodologique (voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé »).



départementales globalement stables ces cinq dernières années. En 2018, les établissements de santé comptent 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 73 000 lits de moins qu'en 2003.

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

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-33 000 lits en 15 ans, 204 000 lits en 2018), 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 2018, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, mais il a diminué de nouveau ces dernières années (-1 900 lits entre 2016 et 2018, 55 000 lits en 2018). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018.

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

En contrepartie, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 77 000 places en 2018, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (+5 500 en cinq ans). C'est notamment le cas en MCO, qui rassemble 33 000 places en 2018, et dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. Depuis 2013, le nombre de places en MCO a progressé de 1 200 places, soit un rythme annuel de progression divisé par six.

Pour sa part, après avoir progressé de 3 000 places de 2003 à 2013, le nombre de places en psychiatrie se stabilise aux alentours de 29 600 places ces dernières années. En SSR, en revanche, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle poursuivent leur progression, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle. Elles ont ainsi quasiment triplé depuis 2003 (+9 000 places, pour atteindre 14 000 places).

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 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 total de journées d'hospitalisation recule pour la deuxième année consécutive

En 2018, le secteur hospitalier a pris en charge 11,8 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée) [graphique 1]. Au total, ce sont 124,6 millions de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) qui ont été enregistrées en 2018, tous secteurs confondus.

L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. Elle est tirée par l'hospitalisation partielle, qui poursuit sa progression dynamique (+4,1 % cumulés sur 2017 et 2018), notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. En revanche, après une relative stabilité au début des années 2010, le nombre de séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée) connaît un recul sensible depuis deux ans (-2,1 % en 2 ans). Conjointement, la durée moyenne de séjour continue de diminuer en MCO et en psychiatrie, mais elle augmente en SSR. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 1,8 % en 2 ans. Plus précisément, il diminue significativement pour le MCO et la psychiatrie, tandis qu'il augmente légèrement pour le SSR.

Si l'on additionne la hausse de l'activité en hospitalisation partielle et le recul de celle en hospitalisation

complète, le nombre total de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) diminue de 1,0 % en 2 ans.

La répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 46 % des journées, ceux de SSR 25 % et ceux de psychiatrie 28 %. Dans ce dernier secteur, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2018, notamment dans les 4 900 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 13,8 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,9 % par rapport à 2017 et de

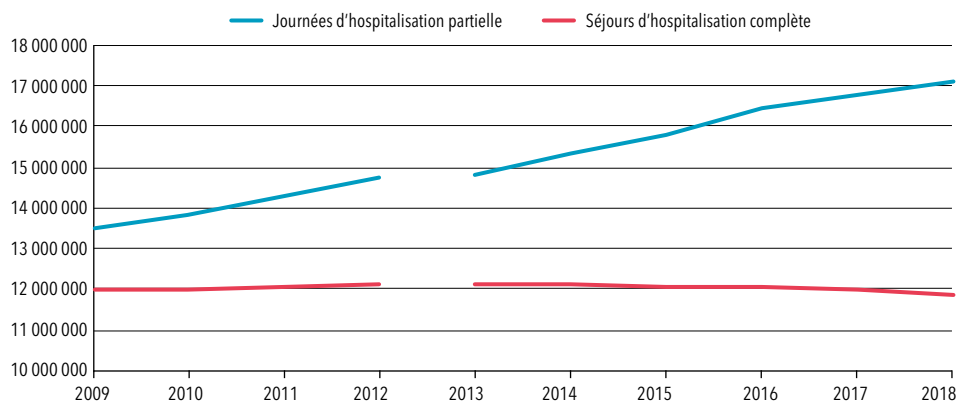
16,4 % entre 2013 et 2018. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,8 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 7,1 millions de séances de dialyse et 4,0 millions de séances de radiothérapie).

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 2018, 213 800 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,6 millions de journées (soit 5,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 296 établissements d'HAD recensés en France sont désormais en mesure de prendre en charge simultanément 18 000 patients.

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

En 2018, le taux d'occupation des lits est de 82,9 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,6 % en 2018) et en soins de longue durée qu'il est le plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,6 % pour la psychiatrie et à 86,2 % pour le SSR. Ces différences

**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 2009-2018, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.



sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines<sup>3</sup>. Entre 2013 et 2018, 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 répartie de manière plus équilibrée entre les différents types d'établissement. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2018 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 d'un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

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

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

En 2018, les 709 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,8 millions de passages (21,1 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 2,0 % de plus qu'en 2017. 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 3,4 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 800 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (27 300 passages en moyenne par an, contre 31 300). 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 59 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 25 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 47 % de l'ensemble des passages.

3. 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.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (Samu) et 387 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

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

En 2018, 12,8 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 3,7 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2018.

Par ailleurs, les parcours de soins par champs sanitaires indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,6 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,2 %, 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 2018.

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

Au 31 décembre 2018, 491 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM (502 en 2017) : 194 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 142 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 de type 2b (possédant les 2 types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 de type 3 (possédant

les 3 types de services précédents plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 400 lits d'obstétrique au 31 décembre 2018 et ont réalisé 742 000 accouchements<sup>4</sup>.

Les maternités de types 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (70 % des maternités de type 2a, 92 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 80 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2018, contre la moitié en 2002.

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

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 168 500 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 87 % à l'hôpital public. 5 300 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009, et 50 500 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 15,5 en 2018. Il s'établit à 15,0 en métropole et varie du simple au double d'un département métropolitain à l'autre : de moins de 10 dans les départements des Ardennes, de la Mayenne ou du Maine-et-Loire à plus de 20 dans le Sud-Est et en Île-de-France. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 22 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 25 à Mayotte, 28 à la Martinique, 35 en Guyane et 39 en Guadeloupe, soit une moyenne de 28 pour les cinq DROM.

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

Fin 2018, 1,3 million d'emplois hospitaliers<sup>5</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

4. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2018).

5. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2018 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.



cliniques privées (15 %) et les établissements de santé privés à but non lucratif (12 %).

Le nombre d'emplois médicaux (y compris internes, faisant fonction d'internes [FFI] et sages-femmes) de l'ensemble des établissements de santé s'établit fin 2018 à 210 000, soit 16 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ils se répartissent en 117 000 médecins salariés, 42 000 praticiens libéraux, 35 000 internes et assimilés et 17 000 sages-femmes. 69 % de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics.

Les personnels non médicaux comptent pour 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 764 000 emplois de personnels soignants (dont 344 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 148 000 emplois de personnels administratifs. 72 % des emplois de personnels soignants

et 76 % des emplois administratifs relèvent des hôpitaux publics, le reste se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

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

Avec 94,5 milliards d'euros de dépenses en 2018, financées à 91,7 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier<sup>6</sup> représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,4 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 73,0 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif<sup>7</sup>)

**Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2018**

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
<b>Emplois<sup>1</sup> médicaux</b>	<b>144 374</b>	<b>22 591</b>	<b>43 504</b>	<b>210 469</b>
Médecins, odontologistes et pharmaciens, dont :				
salariés	99 193	19 006	40 585	158 784
libéraux	97 223	14 305	5 321	116 849
Internes et faisant fonction d'internes (FFI)	1 970	4 701	35 264	41 935
Sages-femmes	32 284	2 327	272	34 883
	12 897	1 258	2 647	16 802
<b>Emplois<sup>1</sup> non médicaux, dont :</b>	<b>814 440</b>	<b>141 816</b>	<b>150 658</b>	<b>1 106 914</b>
personnels soignants <sup>2</sup>	553 028	96 217	114 371	763 616
personnels non soignants <sup>3</sup>	261 412	45 599	36 287	343 298
<b>Total des emplois<sup>1</sup></b>	<b>958 814</b>	<b>164 407</b>	<b>194 162</b>	<b>1 317 383</b>

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2018 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 2018, traitements DREES.

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

7. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 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 onéreux ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.

et à 21,5 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

### **La meilleure rentabilité des établissements privés favorise leur désendettement**

En 2018, la rentabilité<sup>8</sup> des cliniques privées s'établit à 2,7 % du chiffre d'affaires, en baisse de 1 point par rapport au niveau de 2016, qui marquait le plus haut niveau atteint depuis 2006. Le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2018, pour atteindre un niveau historiquement bas de 30,7 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement, pour sa part, baisse pour la première fois depuis 2013, pour atteindre 4,2 % du chiffre d'affaires (4,8 % en 2017).

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif<sup>9</sup> (Espic), anciennement sous dotation globale, les comptes financiers restent excédentaires, malgré une légère dégradation par rapport à 2017. Leur excédent s'établit à 26 millions d'euros, soit 0,2 % des produits bruts d'exploitation, après 0,4 % en 2017. La proportion d'Espic déficitaires augmente en 2018 (36 %, après 31 % en 2017), et ce pour toutes les catégories d'établissements, y compris pour les établissements de MCO et les CLCC, dont la situation s'est pourtant globalement améliorée. La situation excédentaire des Espic favorise la poursuite de leur désendettement (de 47 % des ressources stables en 2012 à 42,5 % en 2018). Parallèlement, leur effort d'investissement, encore en baisse en 2017, qui constituait un point bas (5,3 % des produits bruts

d'exploitation), repart à la hausse en 2018 pour atteindre 5,6 %, un niveau proche de celui de 2016.

### **Le déficit des hôpitaux publics reste important, mais diminue en 2018**

En 2018, la situation financière des hôpitaux publics s'améliore mais reste déficitaire : le résultat net est déficitaire de 569 millions d'euros (contre -740 millions en 2017). Leur rentabilité nette suit la même tendance et s'établit à -0,7 % des recettes, après -0,9 % en 2017 (son plus bas niveau depuis 2002). Cette situation durablement déficitaire se traduit par un recul continu de l'effort d'investissement, qui atteint 4,6 % des recettes en 2018 (5,0 % en 2017, 10,1 % à son sommet en 2009<sup>10</sup>).

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics, qui se stabilise à 29,5 milliards d'euros en 2018 (29,7 milliards d'euros en 2017). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %) et recule depuis lentement mais régulièrement, pour s'établir à 36,8 % des recettes en 2018<sup>11</sup>.

Mais le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire », qui viennent réduire les capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), ne recule pas et reste quasi stable à 51,7 % en 2018 (51,6 % en 2017). ■

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

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

10. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, l'effort d'investissement présenté était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes.

11. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, l'encours de la dette était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes.