Perspectives

N°18/097 – 11 avril 2018

FRANCE – Établissements de santé :
Tendances à mi-avril 2018

Synthèse

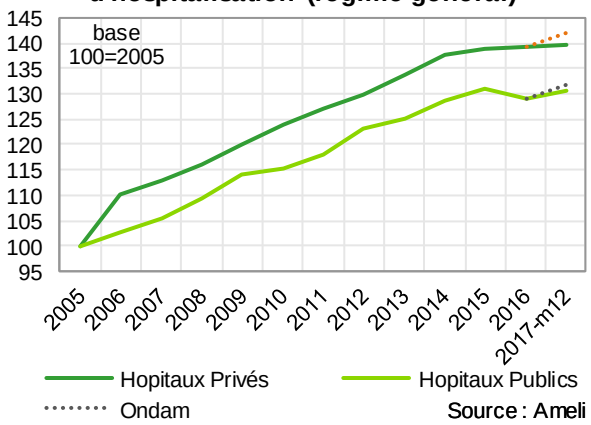
L'activité des établissements de santé s'inscrit dans un contexte général d'encadrement des dépenses de soins et d'apurement de la situation déficitaire des caisses de sécurité sociale, difficilement soutenable à moyen et long terme, héritée d'une période moins restrictive. Cet objectif se trouve contrarié par une conjoncture économique durablement dégradée depuis 2008 qui freine la collecte des recettes pour une bonne part assises sur les cotisations salariales, ce qui amène à accentuer les efforts sur le contrôle des dépenses.

Dans ce contexte, une observation de l'évolution de l'activité des établissements de santé permet d'appréhender leurs facultés d'adaptation aux objectifs fixés.

Les données disponibles à la date de publication du présent bulletin mettent en évidence les gros efforts des secteurs public et privé pour corriger le niveau de leurs dépenses au cours de l'année 2017. Les barèmes 2018 publiés en mars vont dans le sens d'une poursuite de l'effort.

Activité des établissements de santé (privés/publics)

Evolution des dépenses d'hospitalisation (régime général)



Sur la période 2005-2016, les remboursements du régime général de la Sécurité Sociale concernant les soins hospitaliers de courte et moyenne durées – et par là même les dépenses à la charge de la collectivité – ont suivi une tendance croissante tant pour ceux réalisés dans le secteur public (cagr +2,3%) que pour ceux réalisés en secteur privé (cagr +3,1%).

Pour l'année 2017, les montants progressent à période comparable 2016 de 1,1% pour le secteur public, soit une évolution favorable par rapport aux objectifs de dépenses de santé (Ondam hospitalier +2%) et de 0,4% pour le secteur privé, soit une évolution favorable par rapport à l'Ondam.

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Dépenses d'hospitalisation (tendances nationales)

Pour apprécier l'évolution de l'activité des établissements de santé, nous avons considéré le niveau quotidien moyen de remboursement du régime général de **Sécurité Sociale**.

Pour les établissements publics : sur la période 2005-2017, le niveau moyen des remboursements quotidiens a progressé selon un rythme annuel de 2,2%.

Le montant quotidien approche 148 M € sur l'année 2017, soit une progression de 1,1% par rapport au niveau constaté sur la même période en 2016.

L'analyse des évolutions des remboursements cumulés sur périodes comparables d'un exercice à l'autre montre une dispersion assez large sur le premier trimestre qui se réduit ensuite notablement sur le restant de l'année.

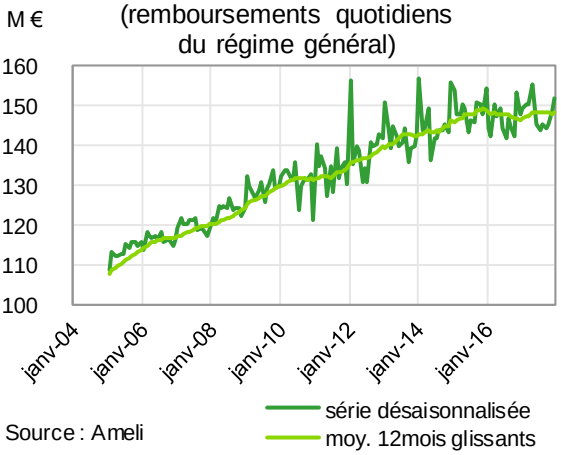
Pour ce qui concerne l'année 2017, la progression par rapport à l'année précédente est notablement inférieure à la moyenne des variations des années précédentes, ce qui peut laisser envisager un ralentissement de l'activité.

Pour les établissements privés : sur la période 2005-2017, le niveau moyen des remboursements quotidiens a progressé selon un rythme annuel de 2,8%.

Le montant quotidien approche 31 M € sur l'année 2017, soit une progression de 0,4% par rapport au niveau constaté sur la même période en 2016. À noter que ces montants ne concernent pas l'activité des prestations des médecins libéraux exerçant dans ces structures et qui font l'objet de feuilles de soins indépendantes, remboursées comme telles.

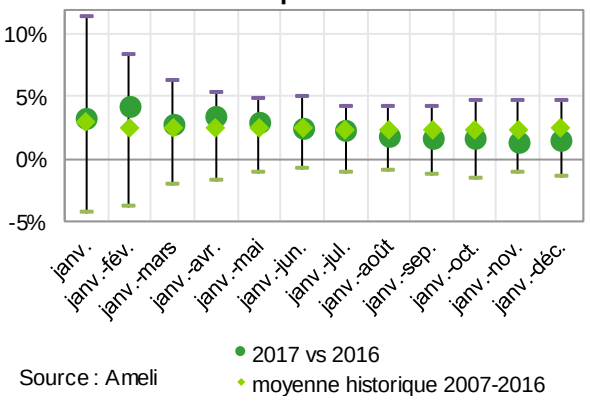
L'analyse des évolutions des remboursements cumulés sur périodes comparables d'un exercice à l'autre montre une dispersion assez large sur les cinq premiers mois qui se réduit ensuite notablement sur le restant de l'année.

Hospitalisations en Secteur Public
(remboursements quotidiens du régime général)



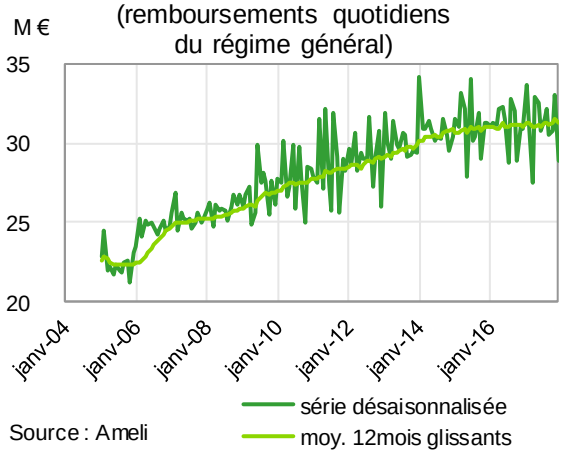
Source : Ameli

Hospitalisation publique : évolution des remboursements sur périodes comparables



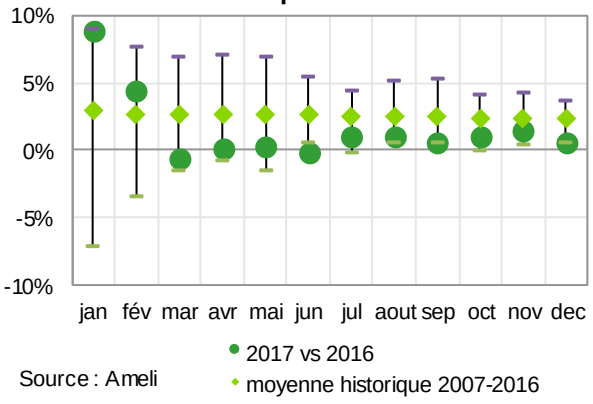
Source : Ameli

Hospitalisations en Secteur Privé
(remboursements quotidiens du régime général)



Source : Ameli

Hospitalisation privée : évolution des remboursements sur périodes comparables



Source : Ameli

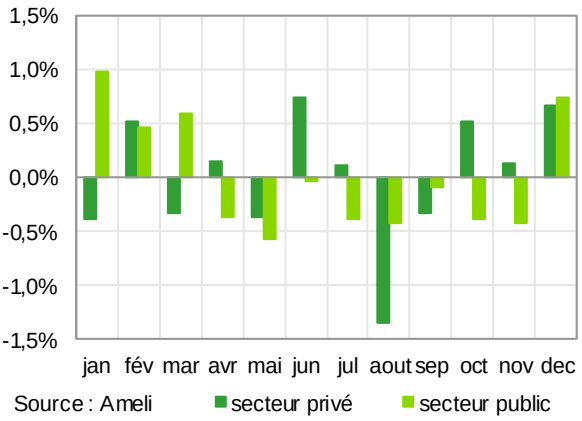
Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Pour ce qui concerne l'année 2017, la progression par rapport à l'année précédente est notablement inférieure à la moyenne des variations des années précédentes, ce qui peut laisser envisager un ralentissement de l'activité.

Le graphique ci-contre présente l'écart entre la distribution constatée des remboursements et une équi-répartition théorique. Sur ces bases, on constate :

- Pour le public, une suractivité sur la période d'hiver (décembre-mars) et une légère sous-activité sur les huit autres mois ;
- Pour le privé, une sous-activité notable en période estivale juillet/août/septembre compensée par un mois de juin très actif, ainsi qu'un dernier trimestre soutenu.

Saisonnalité des remboursements de frais d'hospitalisation 2007-2017



Source : Ameli

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Tendances régionales

Cumul à fin décembre 2017	Population	Population +60 ans	Lits&places MCO *	Lits privés	Ambulatoire (2016)	Lits&places SSR-ψ *	Remb. frais hosp. †	variation vs 2016 "
Grand Est	8,5%	25,9%	440	35%	37%	292	2,86 €	-1,2%
Nouvelle Aquitaine	9,2%	**29,6%**	410	36%	37%	326	2,64 €	**+0,2%**
Auvergne-Rhône Alpes	**12,4%**	**24,9%**	386	34%	39%	302	2,67 €	**+0,9%**
Bourgogne-Franche Comté	4,3%	**28,9%**	435	27%	36%	326	2,86 €	-0,4%
Bretagne	5,1%	27,8%	391	33%	36%	346	2,59 €	**+1,4%**
Centre-Val de Loire	4,0%	28,2%	387	34%	36%	307	2,41 €	**-1,6%**
Corse	0,5%	**29,1%**	349	45%	35%	336	2,76 €	-1,0%
Ile de France	**18,9%**	**19,6%**	377	40%	43%	287	3,00 €	**-2,9%**
Occitanie	9,1%	28,0%	365	43%	39%	348	2,62 €	**+0,9%**
Hauts-de-France	9,2%	**23,2%**	414	36%	39%	296	2,80 €	-0,9%
Normandie	5,1%	27,1%	396	29%	39%	300	2,67 €	**-1,6%**
Pays de la Loire	5,8%	**25,8%**	347	38%	38%	275	2,32 €	**-1,9%**
Sud	7,8%	**28,4%**	422	46%	40%	394	3,03 €	-1,3%
France métropolitaine	**65 235 096**	**25,5%**	**395**	**37%**	**38%**	**259**	**2,83 €**	**-1,5%**

Sources : Ameli, Insee, ATIH ** pour 100,000 habitants* *† par jour et par habitant* *" par jour et par lit&place*

La comparaison des dépenses de santé entre régions est difficile à conduire car par-delà l'impact de facteurs rationnels (e.g. structures démographiques, équipements de soins, densité médicale), ces dépenses reflètent également des éléments multifactoriels (e.g. mode de vie, coutumes, habitudes du corps médical) difficilement quantifiables.

En termes d'équipements ramenés à la population, nous constatons que les régions les plus dotées en lits/places sont :

- Pour le MCO, la région Grand-Est, la région Bourgogne-France Comté, la région Hauts-de-France et la région Sud (29,8% de la population, 32,2% des capacités) ;
- Pour le SSR et la psychiatrie, la Bretagne, la Corse, la région Occitanie et la région Sud (22,6% de la population, 26,2% des capacités).

À l'inverse, les régions les moins dotées sont :

- Pour le MCO, la Corse, l'Ile-de-France, la région Occitanie et les Pays de la Loire (34,3% de la population, 32,0% des capacités) ;
- Pour le SSR et la psychiatrie, la région Grand-Est, l'Ile-de-France, la région Hauts-de-France et les Pays de la Loire (42,4% de la population, 39,0% des capacités).

Pour apprécier le contexte selon le point de vue de l'exploitant d'établissement, nous avons considéré le niveau de remboursement (et donc d'activité) par jour et par lit/place – tous segments confondus – versé par le régime général de la Sécurité Sociale sur l'année 2017 :

- Les niveaux les plus élevés sont observés en Auvergne-Rhône Alpes, en Ile de France, en Occitanie et dans les Hauts-de-France (49,6% de la population, 52,1% des capacités confondues) ;

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

- Les niveaux les plus bas sont observés en Nouvelle Aquitaine, en Centre-Val de Loire, en Corse et dans les Pays de la Loire (19,5% de la population, 20,7% des capacités).

À période comparable, l'indicateur au global baisse de -1,5%, noter que neuf régions enregistrent une baisse. Parmi les régions les plus affectées, on relève : le Centre-Val de Loire, l'Ile-de-France, la Normandie et les Pays de la Loire.

Cumul à fin décembre 2017	Population	Population +60 ans	Médecins *	% spécialistes	Remb. frais de ville †	Variation vs 2016	Remb. frais de ville ❞	Variation vs 2016
Grand Est	8,5%	25,9%	351	55%	3,16 €	+3,0%	183 €	+0,1%
Nouvelle Aquitaine	9,2%	29,6%	350	51%	2,95 €	+3,2%	172 €	-0,6%
Auvergne-Rhône Alpes	12,4%	24,9%	304	50%	2,88 €	+2,6%	167 €	-0,9%
Bourgogne-Franche Comté	4,3%	28,9%	291	49%	2,92 €	+3,2%	183 €	-0,7%
Bretagne	5,1%	27,8%	289	51%	2,65 €	+3,2%	171 €	+0,2%
Centre-Val de Loire	4,0%	28,2%	309	50%	2,78 €	+3,0%	167 €	-2,8%
Corse	0,5%	29,1%	266	51%	4,08 €	+1,2%	308 €	-1,0%
Ile de France	18,9%	19,6%	283	49%	2,86 €	+1,8%	190 €	-0,7%
Occitanie	9,1%	28,0%	292	49%	3,26 €	+2,4%	194 €	-0,0%
Hauts-de-France	9,2%	23,2%	303	48%	3,24 €	+2,6%	207 €	+5,5%
Normandie	5,1%	27,1%	274	50%	2,88 €	+3,0%	218 €	+8,1%
Pays de la Loire	5,8%	25,8%	396	61%	2,51 €	+3,3%	160 €	-3,3%
Sud	7,8%	28,4%	361	52%	4,01 €	+1,9%	221 €	-4,5%
France métropolitaine	**65 235 096**	**25,5%**	**335**	**51%**	**3,03 €**	**+2,6%**	**187 €**	**-0,6%**

Sources : Ameli, Insee ** pour 100,000 habitants* *† par jour et par habitant* *❞ par jour et par soignant*

En complément de la médecine hospitalière, le tableau ci-dessus présente une approche de la médecine de ville qui exerce un rôle de prescription vis-à-vis de la patientèle.

Comme dans le cas des capacités hospitalières, on observe une densité de médecins ramenés à la population très hétérogène entre les régions. En revanche, capacités de ville et capacités hospitalières se compensent globalement dans leurs sur/sous-capacités à l'exception de deux régions cumulant faible densité hospitalière et faible densité médicale : la Corse et l'Ile-de-France.

Pour apprécier le contexte selon le point de vue des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, IDE, sages-femmes, …), nous avons considéré le niveau de remboursement (et donc d'activité) par jour et par professionnel – toutes professions médicales confondues – versé par le régime général de la Sécurité Sociale sur l'année de l'année 2017 :

- Les niveaux les plus élevés sont observés en Corse, dans les Hauts-de-France, en Normandie et en région Sud (22,7% de la population, 22,4% des professionnels confondus) ;
- Les niveaux les plus bas sont observés en Auvergne-Rhône Alpes, en Bretagne, en Centre-Val de Loire et dans les Pays de la Loire (27,3% de la population, 26,6% des professionnels confondus).

À période comparable, l'indicateur baisse de 0,6% de fait quatre régions enregistrent une progression, parmi lesquelles la région Hauts-de-France et la Normandie. Parmi les régions les plus économes, on relève : le Centre-Val de Loire, les Pays de la Loire et la région Sud.

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Marché de l'emploi de la santé

Dans le domaine de la santé privée (sont écartés *de facto* la fonction publique hospitalière et les médecins en exercice libéral), la population salariée permanente a progressé à rythme annuel voisin de 2,5% sur la période 2000-2011. Depuis lors, la progression annuelle est inférieure à 0,5%. Au quatrième trimestre 2017, la Dares dénombrait une population de 1 570 000 professionnels de santé salariés permanents (en incluant le secteur public).

Dans le domaine de l'hébergement médico-social privé (même remarque que supra), la population salariée permanente a progressé à rythme annuel voisin de 2,6% sur la période 2000-2014. Au quatrième trimestre 2017, la Dares dénombrait une population de 1 934 400 professionnels salariés permanents, soit près de 25% de plus que le secteur santé.

Conséquence de contrats spécifiques dans le médico-social et la santé (e.g. les vacations), l'emploi temporaire apparaît assez peu développé dans ces secteurs : respectivement 6 119 ETP et 4 426 ETP en décembre dernier.

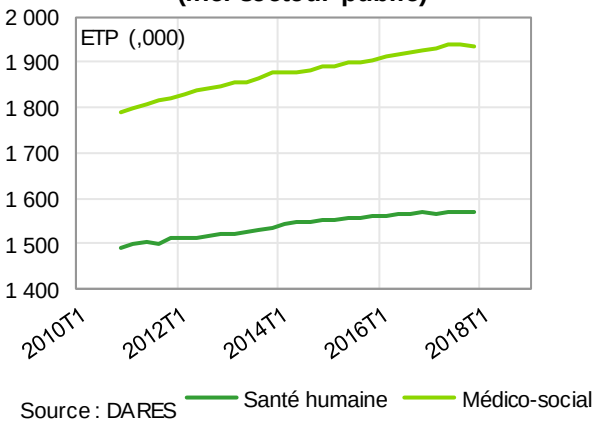
Les deux secteurs connaissent des évolutions similaires : progression sur la période 2000-2011 (Santé cagr +5,9% ; médico-social cagr +11%) ; repli jusqu'en 2013 (Santé -42% creux en novembre 2013 ; Médico-social -31% creux en août 2013).

Par rapport aux creux de 2013, les niveaux atteints à fin décembre 2017 se situent 22,8% au-dessus en Santé (soit un niveau inférieur de -21,2% au pic de 2011) et 87,4% au-dessus pour le Médico-social (dominant de 57,5% le pic de 2011).

Là encore, la demande d'emploi évolue de façon similaire dans les deux secteurs : relative stabilité sur la période 2000-2009 aux environs de 50 000 demandeurs d'emploi pour la Santé et de 300 000 pour le Médico-social ; puis élévation notable depuis lors.

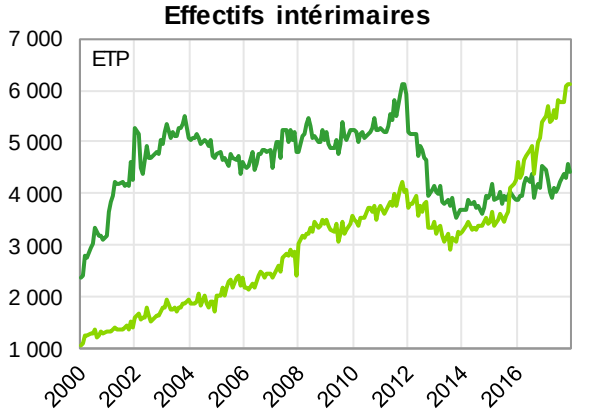
À fin février 2018, on dénombrait 206 700 chercheurs d'emploi dans le domaine de la santé – dont 55% de professions médico-techniques (brancardiers, ambulanciers, laborantins…) – soit une progression de 4,8% par rapport à février 2017 et 580 000 dans celui du Médico-social (+3,3% par rapport à février 2016).

Population salariée permanente (inc. secteur public)



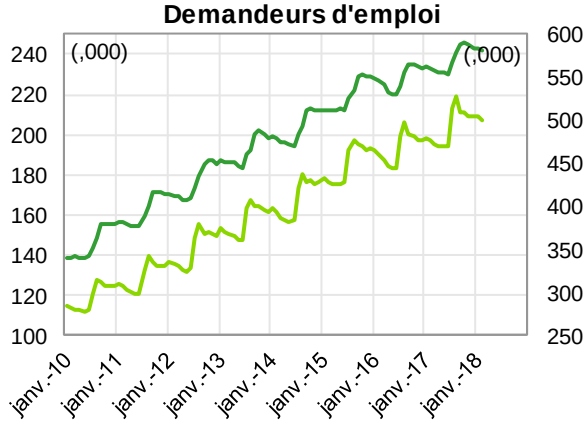
Source : DARES

Effectifs intérimaires



Source : DARES

Demandeurs d'emploi



Source : DARES

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Éléments immobiliers

Le SOeS recense selon un rythme mensuel la surface des projets mis en chantier dans le domaine de la santé (hôpitaux, cliniques, EHPAD…) ayant fait l'objet d'un permis de construire préalable. Pour mémoire, l'obligation de dépôt d'un permis de construire résulte non seulement de constructions nouvelles, mais aussi de travaux réalisés sur des constructions existantes (e.g. rénovation).

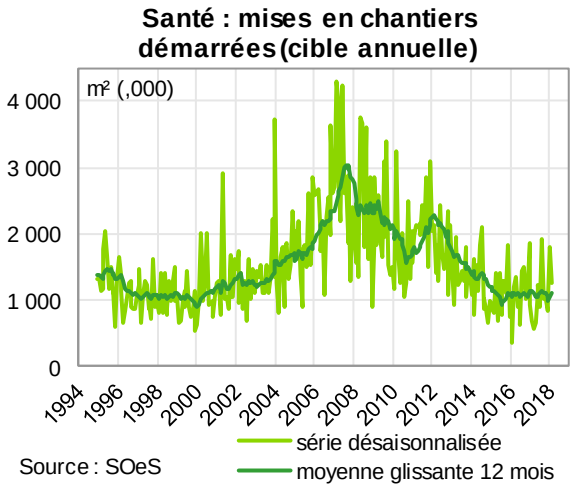
Sur la période 2000-2007, la surface des chantiers ouverts a progressé à un rythme soutenu (cagr +13,4%) pour atteindre plus de 2,8 millions de m² en 2007. Depuis lors, l'activité marque un net repli. Le niveau prévisionnel pour 2018 sur la base des ouvertures à fin février approche de 1,47 million de m², soit une progression de 13,5% par rapport à l'année précédente et un niveau inférieur de 47,4% au pic de 2007. La baisse de la moyenne mobile marque une pause.

Les dernières séries régionales annuelles disponibles concernent l'année 2015 au cours de laquelle plus de 1,1 million de m² de projets de construction et de rénovation ont été engagés en métropole, soit un niveau inférieur de 34% au niveau moyen observé sur la période 2000-2013.

Pour les deux premiers mois de l'année 2018, on constate un repli d'activité significatif dans sept régions (e.g. Nouvelle Aquitaine, Bourgogne-France Comté, Centre-Val de Loire, Corse, 40% de la population), une relative stabilité dans trois régions (Auvergne-Rhône Alpes, Bretagne, Ile-de-France, 36% de la population) et au contraire un regain d'activité dans trois régions (Grand-Est, Occitanie, 23% de la population).

Si l'on considère les cinq régions les plus peuplées (49% de la population : Ile-de-France, Hauts de France, Pays de la Loire, PACA, Auvergne/Rhône-Alpes), celles-ci ont concentré 51% des projets sur la période 2000-2017. Cet écart résulte de la région Ile-de-France dont le poids en termes de projets est très inférieur à son poids démographique.

Le volume des projets de la période 2000-2017 exprimé en m²/habitants conduit à identifier deux régions s'écartant défavorablement de la moyenne nationale (Corse, Ile-de-France ; 19% de la population), deux régions s'écartant favorablement (Nouvelle Aquitaine, Centre-Val de Loire ; 13% de la population). En revanche, neuf régions (67% de la population) ont eu une activité immobilière relativement homogène.



Source : SOeS

m²	2018 Moyenne mensuelle	Moyenne mensuelle 2000-2017	Total 2000-2017	%	Total par hab.
Grand Est	23 985	10 386	2 243 296	7,9%	404,3
Nouvelle Aquitaine	11 858	14 947	3 228 462	11,4%	538,6
Auvergne-Rhône Alpes	21 621	18 419	3 978 406	14,0%	495,0
Bourgogne-Franche Comté	1 334	6 293	1 359 303	4,8%	483,2
Bretagne	7 600	7 268	1 569 881	5,5%	470,5
Centre-Val de Loire	2 754	6 387	1 379 656	4,9%	534,2
Corse	0	180	38 917	0,1%	115,2
Ile de France	15 947	18 403	3 975 123	14,0%	324,6
Occitanie	15 594	12 588	2 718 922	9,6%	460,6
Hauts-de-France	6 002	12 208	2 636 961	9,3%	437,8
Normandie	3 909	5 965	1 288 523	4,5%	385,5
Pays de la Loire	11 222	8 589	1 855 125	6,5%	489,8
Sud	890	9 681	2 091 095	7,4%	412,8
Total	**122 713**	**131 313**	**28 363 668**	**100,0%**	**436,2**

Sources : SOeS, Insee

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Contexte historique

Historiquement, on constate une dérive des volumes de dépenses de soins. Nous présentons ci-contre pour la période 2007-2015 l'évolution en volume par habitant des grands postes de soins (hospitalisation, ville, médicaments, analyses biologiques) comparée à celle du PIB/habitant.

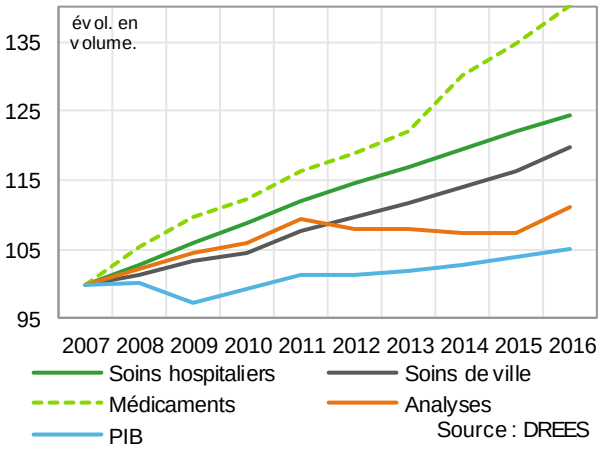
Par ailleurs, les dépenses en soins et biens médicaux (49% hôpital, 26% ville, 19% médicaments, 9% autres) représentent près de 12% du PIB. Parallèlement, la dette au sens de Maastricht accumulée par les caisses de sécurité sociale atteint plus de 10% du PIB en 2012, étant observé que l'origine de la dette provient principalement des déficits de la branche vieillesse et de la branche maladie.

Les investissements/dépenses de santé se sont accompagnés d'un recul du taux de mortalité qui baisse de 0,2 point, avec pour corollaire un alourdissement de 2,8 points de la part des plus de soixante ans dans la population.

L'Insee ne délivrant pas de statistiques mensuelles sur l'évolution des prix des soins hospitaliers, sont présentées les indications annuelles publiées par la Drees.

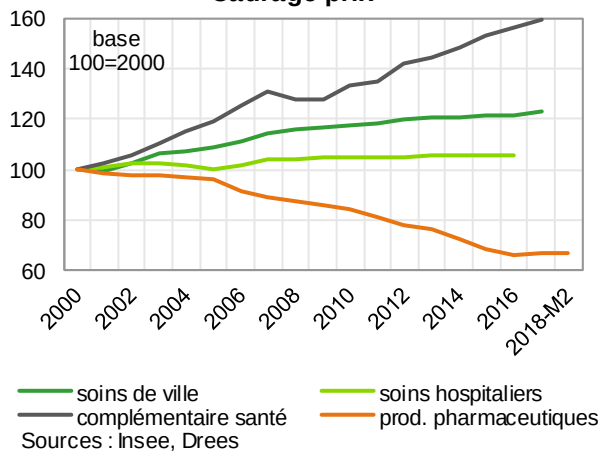
Sur la période 2000-2016, le prix des soins hospitaliers progresse très modérément (cagr +0,4%), tandis que les médicaments subissent un effet prix-mix négatif (cagr -2,5%) lié à l'encadrement des prix et à l'impact de la substitution des génériques. Dans le même temps, le prix des soins de ville progresse (cagr +1,2%) selon un rythme proche de l'inflation et les cotisations des contrats de complémentaire santé augmentent notablement (cagr +2,8%), afin de couvrir le vieillissement des assurés et la réduction de la part prise en charge par l'Assurance Maladie.

Cadrage macro-économique



Source : DREES

Cadrage prix



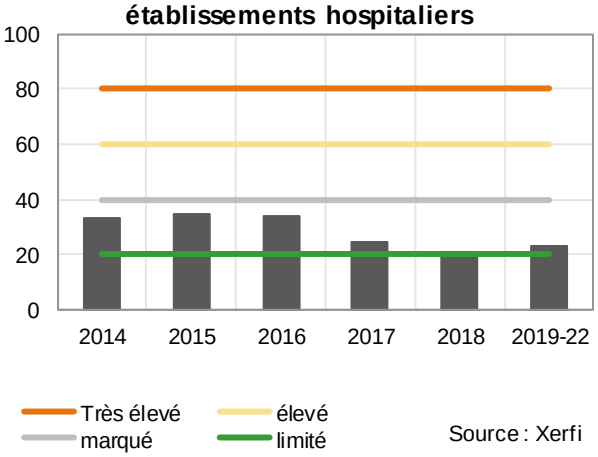
Sources : Insee, Drees

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Baromètre de risque

Le bureau d'études **Xerfi** publie depuis 2009 **un indicateur prévisionnel du risque de défaillances** d'entreprises de formats PME et ETI pour plus d'une centaine de secteurs. **Dans le cas des établissements hospitaliers privés**, le secteur qui évoluait dans une zone de risque limité a vu ce niveau se dégrader en 2013. Toutefois l'allégement progressif du niveau de risque anticipé à compter de 2016 ne semble pas intégrer la baisse successive des barèmes de la T2A arrêtée ces dernières années.

Baromètre de risque Xerfi : établissements hospitaliers



Source : Xerfi

Achevé de rédiger le 11 avril 2018

Bernard MONSIGNY
bernard.monsigny@credit-agricole-sa.fr

Consultez nos dernières parutions en accès libre sur Internet :

Date	Titre	Thème
09/04/2018	France – Travail temporaire : tendances à mi-avril 2018	France, sectoriel
09/04/2018	Europe – L'actualité de la semaine	Europe
06/04/2018	Pays émergents - L'actualité de la semaine	Europe
04/04/2018	Monde – Scénario macro-économique 2018-2019 : en termes de croissance, le mieux peut se révéler l'ennemi du bien	Monde
04/04/2018	Allemagne – Marché immobilier : s'approche-t-on du retournement du cycle ?	Allemagne
30/03/2018	Europe – L'actualité de la semaine	Emergents
30/03/2018	France : situation des PME	France
28/03/2018	Royaume-Uni – Brexit : des avancées significatives, mais le plus dur reste à faire	Royaume-Uni
22/03/2018	Le Baromètre de l'e-Commerce en France	France, sectoriel
22/03/2018	Italie – Conjoncture : la croissance et l'amélioration dans le secteur bancaire contiennent le risque politique	Italie, Macro et banques
09/03/2018	Italie – le grand puzzle post-électoral : premières réactions	Italie
08/03/2018	France – Travail temporaire : tendances à mi-mars 2018	France, sectoriel
01/03/2018	Italie – Enjeux politiques : Le risque n'est pas toujours où l'on croit	Italie
15/02/2018	Enjeux politiques – Populismes : le piège se referme en République tchèque	République tchèque
14/02/2018	France – Établissements de santé : tendances à mi-février 2018	France, sectoriel
13/02/2018	France – Transports routiers de marchandises : tendances à mi-février 2018	France, sectoriel
02/02/2018	France - Immobilier résidentiel : évolutions récentes et perspectives 2018-2019	France, immobilier

Crédit Agricole S.A. — Pôle des Études Économiques Groupe
12 place des États-Unis – 92127 Montrouge Cedex
Directeur de la publication : Isabelle Job-Bazille
Rédacteur en chef : Bernard Monsigny
Documentation : Saadia Moussannif **- Statistiques :** Robin Mourier
Réalisation & Secrétariat de rédaction : Fabienne Pesty
Contact : publication.eco@credit-agricole-sa.fr

Consultez les Études Économiques et abonnez-vous gratuitement à nos publications sur :
Internet : http://etudes-economiques.credit-agricole.com
iPad : application Etudes ECO disponible sur l'App store
Android : application Etudes ECO disponible sur Google store

Cette publication reflète l'opinion de Crédit Agricole S.A. à la date de sa publication, sauf mention contraire (contributeurs extérieurs). Cette opinion est susceptible d'être modifiée à tout moment sans notification. Elle est réalisée à titre purement informatif. Ni l'information contenue, ni les analyses qui y sont exprimées ne constituent en aucune façon une offre de vente ou une sollicitation commerciale et ne sauraient engager la responsabilité du Crédit Agricole S.A. ou de l'une de ses filiales ou d'une Caisse Régionale. Le Crédit Agricole S.A. ne garantit ni l'exactitude, ni l'exhaustivité de ces opinions comme des sources d'informations à partir desquelles elles ont été obtenues, bien que ces sources d'informations soient réputées fiables. Ni Crédit Agricole S.A., ni une de ses filiales ou une Caisse Régionale, ne sauraient donc engager sa responsabilité au titre de la divulgation ou de l'utilisation des informations contenues dans cette publication.