

DOSSIERS solidarité et *santé*

Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts



N° 25
2012

Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6% malgré une diminution de 0,5% des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes.

La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux.

Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.



Élodie KRANKLADER

Plus de séjours à l'hôpital mais plus courts

Capacité d'accueil en très légère baisse

Entre 2001 et 2009, la capacité d'accueil des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM a diminué de 0,5%. Cette baisse traduit en réalité une augmentation du nombre de places en hospitalisation partielle qui contrebalance la quasi-totalité de la baisse de lits en hospitalisation complète. La baisse générale est principalement observable dans les établissements publics et privés à but non lucratif¹ avec respectivement -1,8% et -5% de capacités d'accueil. À l'inverse, les cliniques privées voient leur capacité d'accueil augmenter de 6 000 lits et places, soit +6,1% en 8 ans. Dans les cliniques privées, l'accroissement des capacités s'observe à la fois en hospitalisation complète (+1,7%) et en hospitalisation partielle (+54,4%).

Les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont les plus impactées par cette diminution des capacités, avec 10 000 lits et places en moins sur la période, soit -4,1% sur 8 ans (voir graphique 1).

En psychiatrie, les capacités d'accueil diminuent en début de période (-4,3% de 2001 à 2006) puis se stabilisent suite à la mise en place du plan psychiatrie et santé mentale en 2005² (voir encadré 1). Toutefois cette inflexion est essentiellement due au secteur privé non lucratif. En effet, les capacités diminuent sur l'ensemble de la période dans les établissements publics (-6,3%) mais augmentent de 13,5% dans les cliniques privées.

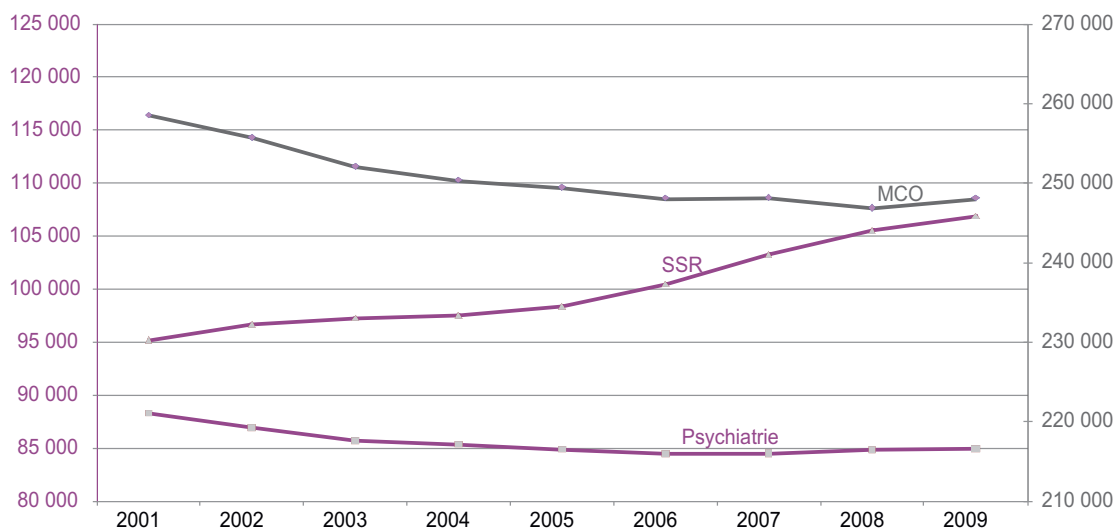
En soins de suite et de réadaptation (SSR), la tendance est à la hausse avec une accélération en 2005. La capacité d'accueil en SSR a augmenté de 11 700 lits et places en 8 ans (+12,3%), principalement dans les secteurs public et privé à but lucratif. Les établissements publics enregistrent une augmentation de 3 200 lits et places et les cliniques privées une hausse de 8 700 lits et places.

Hausse des séjours

Au cours de la période 2001-2009, le nombre de séjours, entrées en hospitalisation complète et venues en hospitalisation partielle, a augmenté de 14,6%. Cette augmentation est plus prononcée pour le SSR que pour le MCO et la psychiatrie (voir graphique 2). En SSR, l'activité suit la tendance des capacités, avec une forte augmen-

GRAPHIQUE 1

Capacités (lits et places) des établissements de santé par discipline d'équipement entre 2001 et 2009



Note de lecture • Les capacités sont mesurées en lits et places. En 2009, 85 000 lits et places de psychiatrie sont recensés dans les établissements de santé. On en dénombre 248 000 en MCO.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA et USLD.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

1. Sont pris en compte dans les établissements privés non lucratifs des établissements ex-DG et ex-OQN. Il ne s'agit pas uniquement des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

2. Se reporter aux rapports HCSP sur l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

ENCADRÉ 1

Les réformes concernant l'hôpital**Les réformes à impacts directs sur l'évolution des facteurs de production des établissements de santé**

Le **plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008** a dressé de grandes orientations pour l'amélioration des prises en charge des patients autour de 5 axes :

- décroïsonner la prise en charge
- renforcer les droits des malades et de leurs proches et améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale, axe intitulé « Patients, famille et professionnels »
- développer la qualité et la recherche
- mettre en œuvre des programmes spécifiques
- mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan.

Dans le cadre de l'amélioration des prises en charge sanitaires des patients de psychiatrie générale, le plan insistait sur la nécessité de renforcer les prises en charge ambulatoires et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète, ainsi que d'adapter cette dernière. En lien avec le développement des services et établissements sociaux et médico-sociaux, ces évolutions souhaitées de l'offre de soins devaient notamment permettre de limiter les hospitalisations complètes inadaptées ou au long cours. En effet, souvent consécutives à un manque d'alternatives, ces hospitalisations semblent peu pertinentes pour les patients ainsi pris en charge, tout comme préjudiciables à l'organisation des unités d'hospitalisation complète, qui peuvent manquer de lits pour hospitaliser de nouveaux patients.

L'**ordonnance du 4 septembre 2003** vise à simplifier l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Elle libère l'hospitalisation à domicile des contraintes de la carte sanitaire en supprimant le « taux de change » qui imposait, dans les zones excédentaires, de supprimer un ou deux lits d'hospitalisation complète pour toute création de place en hospitalisation à domicile.

La réforme sur les **Unités de soins de longue durée (USLD)** et les **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**, mise en place en **2006**, vise à améliorer l'encadrement des patients admis dans les USLD. Cette réforme est à l'origine de plusieurs transformations d'USLD en EHPAD. La loi de financement de la sécurité sociale de 2006 prévoit en effet de recentrer les USLD sur leur activité sanitaire et donc sur l'accueil des patients requérant des soins médico-techniques lourds uniquement.

L'introduction en **2004** de la **tarification à l'activité** des établissements de santé (T2A) peut être un levier pour développer certaines prises en charge. Ce financement est fondé sur la relation entre les coûts hospitaliers et les tarifs des séjours. Elle a ainsi permis, via un écart tarif/coût positif la mise en place de mécanismes incitatifs au développement de la chirurgie ambulatoire qui mobilise moins de ressources que les séjours en hospitalisation complète.

Les autres réformes sur les établissements de santé

La **réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004**, mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2005, vise à améliorer l'organisation et le fonctionnement du système de soins pour les assurés sociaux. Il s'agit d'opérer un redressement financier de l'assurance maladie par la mise en place d'une organisation plus efficiente des soins et par une augmentation juste et équilibrée des recettes.

Le **plan Hôpital 2007** annoncé le **4 septembre 2003** consiste en une série de mesures visant à moderniser l'offre de soins. Parmi ces mesures, on trouve :

- la nouvelle planification de l'offre de soins avec les Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^e génération (SROS III) garantissant à toute personne d'être hospitalisée dans l'établissement le mieux adapté, selon les soins qu'elle nécessite et le lieu où elle réside
- la certification v2 et l'évaluation des pratiques professionnelles visant à évaluer et à développer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé
- la nouvelle gouvernance hospitalière ayant pour objectif de lutter contre les rigidités et le cloisonnement de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement. Cette nouvelle gouvernance s'accompagne d'une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité
- la tarification à l'activité (T2A) visant à lier les ressources financières d'un établissement à son activité. Contrairement au système de dotation globale où le budget alloué une année était reconduit l'année suivante, ce sont désormais les activités de l'hôpital qui déterminent ses ressources.

Le **plan Hôpital 2012** annoncé le **13 février 2007** succède au plan Hôpital 2007. Il vise à maintenir durant la période 2007-2012 un niveau d'investissement équivalent à celui de la période précédente et nécessaire à la réalisation des SROS III, au développement des systèmes d'informations et à certaines mises aux normes de sécurité.

La **loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)** adoptée en **juillet 2009** doit permettre la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale. Les principales mesures sont les suivantes :

- la mise en place des Agences régionales de santé, regroupant notamment les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)
- une nouvelle gouvernance des hôpitaux
- la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, le but étant de repeupler les déserts médicaux en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux
- des mesures de prévention et de santé publique.

tation du nombre de séjours enregistrés (+53,5%), surtout depuis 2005. Jusqu'en 2005, le nombre de séjours augmente de 3,7% par an. Depuis 2005, le rythme de croissance est deux fois plus important (+7,7%). En MCO et psychiatrie, l'augmentation de l'activité est plus modérée (respectivement +13,4% et +3% de séjours en 8 ans). En psychiatrie, la hausse de l'activité ne s'observe qu'à partir de 2004.

Alors que la hausse d'activité en MCO et SSR se ressent quel que soit le secteur, l'évolution en psychiatrie est plus contrastée. L'activité de psychiatrie évolue modérément dans les établissements publics et privés à but non lucratif (-1,3% et +6,5% en 8 ans) alors qu'elle a doublé dans les cliniques privées, passant de 152 000 séjours en 2001 à 316 000 séjours en 2009. Malgré un phénomène de rattrapage, le secteur privé lucratif reste toutefois encore très en deçà des secteurs public et privé non lucratif avec une faible part des prises en charge.

On remarque que les capacités et l'activité sont en baisse en hospitalisation complète alors qu'elles augmentent en hospitalisation partielle. Cependant, l'augmentation des places en hospitalisation partielle est légèrement moins forte que la diminution du nombre de lits en hospitalisation complète. À l'inverse, l'accroissement des venues en hospitalisation partielle est plus important que la baisse des

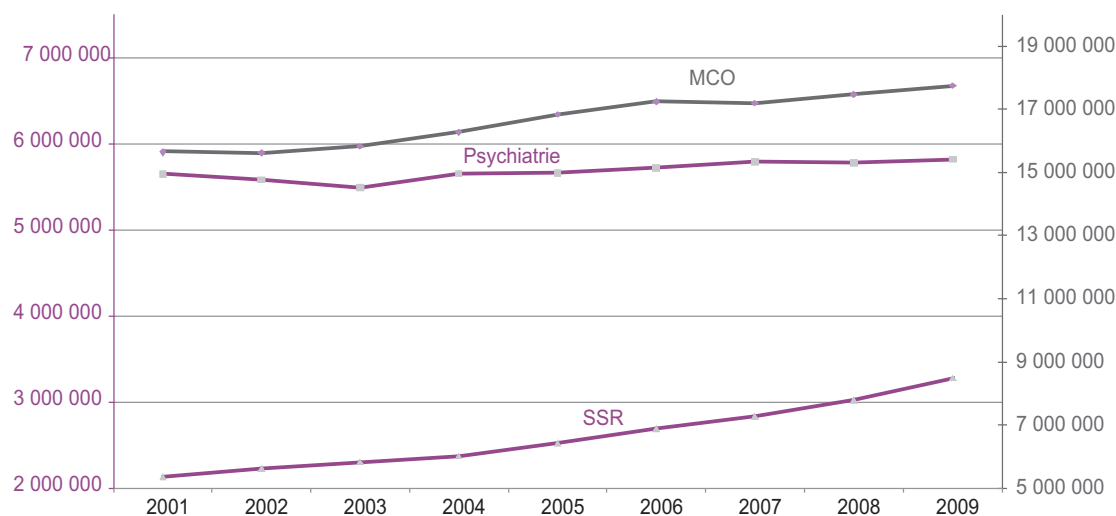
entrées en hospitalisation complète. C'est pour cette raison que l'on peut observer une augmentation du nombre de séjours malgré une légère diminution des capacités (ou une augmentation des capacités de moindre ampleur que celle des séjours).

Diminution de la durée moyenne de séjour

Cette augmentation du nombre de séjours, en dépit d'une légère baisse des capacités, s'est accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) de 4,2% en hospitalisation complète sur la période. En 8 ans, les DMS diminuent de 1 jour, et ce pour toutes les disciplines. Les séjours en MCO durent en moyenne 5 jours en 2009 contre 6 jours en 2001. En psychiatrie et SSR, les DMS sont respectivement de 30 et 32 jours en 2009 contre 31 et 33 jours en 2001. En termes de taux d'occupation des lits en hospitalisation complète, on observe une stabilité sur la période, les taux d'occupation avoisinant les 81% et oscillant entre 76,4% et 89,9% en 2009 selon la discipline. Deux hypothèses se dessinent donc : soit il existe encore des marges de manœuvre, soit il s'agit de taux «plafond», l'existence de surcapacités par rapport à une activité normale permettant de

GRAPHIQUE 2

Activité (séjours) des établissements de santé en hospitalisation complète et partielle par discipline entre 2001 et 2009



Note de lecture • L'activité des établissements de santé est mesurée en séjours. En 2009, 5 820 000 séjours ont été enregistrés en psychiatrie, et 17 750 000 en MCO.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA et USLD.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

faire face aux pics d'activité non programmée. Les séjours en MCO sont plus courts dans les cliniques privées que dans les autres établissements de santé. Cette différence selon les secteurs s'explique par un effet de « spécialisation ». L'activité des cliniques privées est plus importante en chirurgie qu'en médecine à l'inverse des établissements publics et privés non lucratifs. Les DMS étant de façon générale plus courtes en chirurgie qu'en médecine, les DMS en MCO des cliniques privées sont en toute logique plus courtes que celles des autres établissements de santé. En 2009, la DMS en MCO n'est que de 4 jours dans les cliniques privées contre 5 jours dans les établissements publics et privés non lucratifs. En SSR, les durées moyennes tendent à converger quel que soit le secteur. En effet, la DMS augmente dans les cliniques privées, passant de 31 à 32 jours, alors qu'elle diminue dans les établissements publics et privés non lucratifs, passant respectivement de 33 à 32 jours et de 34 à 33 jours. Il en est de même pour la psychiatrie dans le secteur privé. En 2009, les séjours duraient en moyenne 35 jours dans les établissements privés lucratifs et non lucratifs alors qu'en 2001, la DMS était de 34 jours pour le secteur lucratif et 42 jours pour le non lucratif. Elle est stable dans les établissements publics avec des séjours de 28 jours en moyenne.

Cette baisse de la DMS, malgré un nombre de séjours croissants, explique la diminution du

nombre de journées réalisées, à savoir -3,2% en 8 ans.

L'hospitalisation complète laisse place à d'autres formes d'hospitalisation

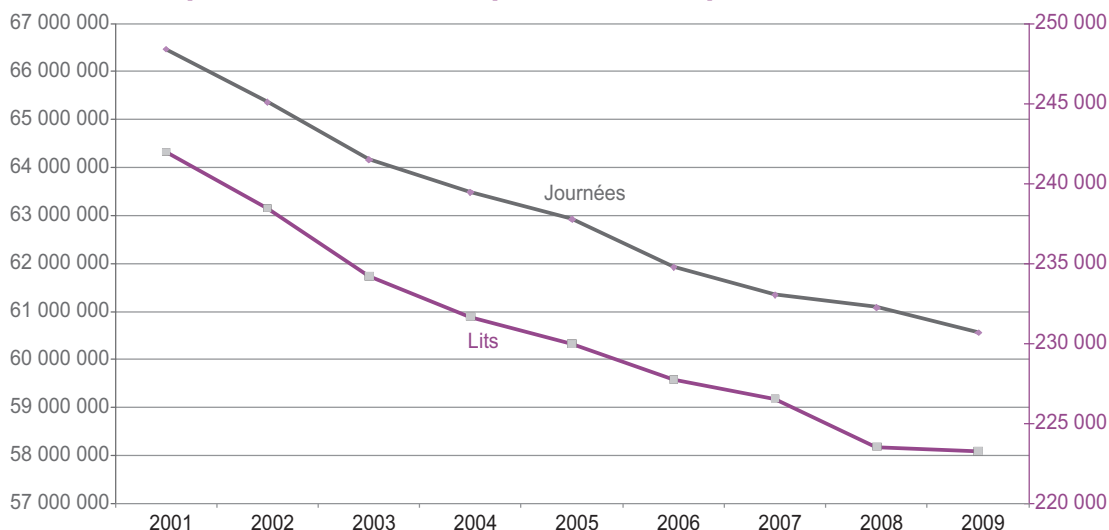
Parallèlement à la baisse des DMS en hospitalisation complète, le recours à l'hospitalisation partielle s'est largement développé. Ce changement de mode de prise en charge va de pair avec la diminution des capacités en hospitalisation complète.

Recul de l'hospitalisation complète

En 2009, 380 000 lits d'hospitalisation complète ont été dénombrés, soit une diminution de 15 000 lits en 8 ans. La fermeture de ces lits est plus accentuée sur la période 2001-2005, pendant laquelle 13 500 lits ont été supprimés dans les établissements de santé. Cette diminution des capacités d'accueil en hospitalisation complète concerne la quasi-totalité des disciplines. En MCO, la fermeture des lits d'hospitalisation complète touche tous les secteurs mais plus fortement les secteurs privés. Les capacités d'accueil en hospitalisation complète ont ainsi

GRAPHIQUE 3

Activité et capacités de MCO en hospitalisation complète entre 2001 et 2009



Note de lecture • Les capacités en hospitalisation complète sont mesurées en lits et l'activité en journées. En 2009, 223 000 lits sont dénombrés en MCO, et 60 500 000 journées ont été réalisées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

diminué de 10,9% et 15,1% dans les cliniques privées et les établissements à but non lucratif. La diminution est plus faible dans les établissements publics avec -5,4% de lits en 8 ans. Néanmoins, quasiment autant de lits ont été supprimés dans les établissements privés et publics sur la période (respectivement -10 000 lits et -8 500 lits). Ces baisses de capacités s'accompagnent d'une diminution de 8,9% des journées réalisées (voir graphique 3). En psychiatrie, le nombre de lits diminue globalement, malgré une augmentation de 1 000 lits dans les cliniques privées. L'activité mesurée en journées diminue également sur cette période (-4,1%) (voir graphique 4). Seules les capacités d'hospitalisation complète de SSR ont augmenté en 8 ans, à raison de 9,3%, et ce principalement depuis 2005 (voir graphique 5). Jusqu'en 2005, les capacités d'accueil en hospitalisation complète ont augmenté de 2,3%. Depuis 2005, l'augmentation est de 6,9%. L'évolution des journées réalisées suit la même tendance: +3,1% jusqu'en 2005 puis +7,9%. Depuis 2005, on note donc une évolution parallèle des capacités et de l'activité. Ces tendances s'expliquent par une modification de la « dénomination » des lits: il y a peu de temps encore des lits de médecine étaient utilisés pour des soins de suite et de réadaptation. Ces lits de médecine ont alors été requalifiés en lits de SSR au cours de ces dernières années.

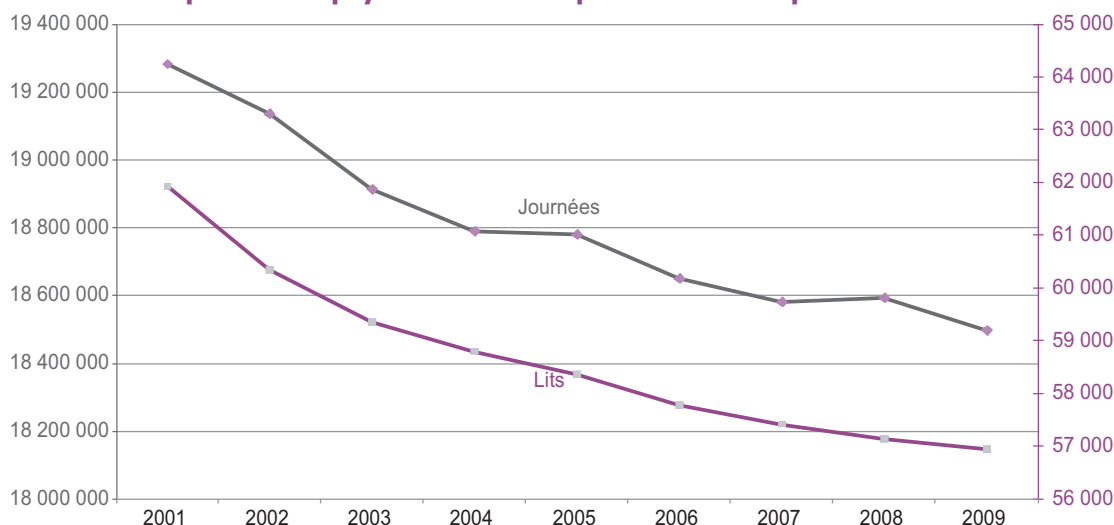
Le recul de l'hospitalisation complète résulte à la fois d'une volonté de suppression des lits excédentaires et de l'évolution structurelle des formes de prise en charge. Les innovations dans le domaine des technologies médicales et médicamenteuses freinent le recours automatique à l'hospitalisation complète et laissent place à d'autres formes d'hospitalisation.

Avancée de l'hospitalisation partielle et de l'hospitalisation à domicile

La période 2001-2009 est marquée par une hausse importante du nombre de places en hospitalisation partielle et à domicile. Du fait de l'augmentation du nombre de procédures effectuées en dehors de l'hospitalisation complète et notamment du développement de la chirurgie ambulatoire³, le nombre de places, ainsi que l'activité d'hospitalisation partielle mesurée en venues, ont fortement augmenté ces dernières années. Entre 2001 et 2009, les places ont augmenté de 27,1%, soit 13 000 supplémentaires, ce qui contrebalance la suppression des 15 000 lits d'hospitalisation complète. Ainsi, l'hospitalisation partielle gagne du terrain, quels que soient la discipline et le statut des établissements. En MCO, l'augmentation du nombre de places

GRAPHIQUE 4

Activité et capacités de psychiatrie en hospitalisation complète entre 2001 et 2009



Note de lecture • Les capacités en hospitalisation complète sont mesurées en lits et l'activité en journées. En 2009, 57 000 lits sont recensés en psychiatrie, et 18 500 000 journées ont été réalisées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

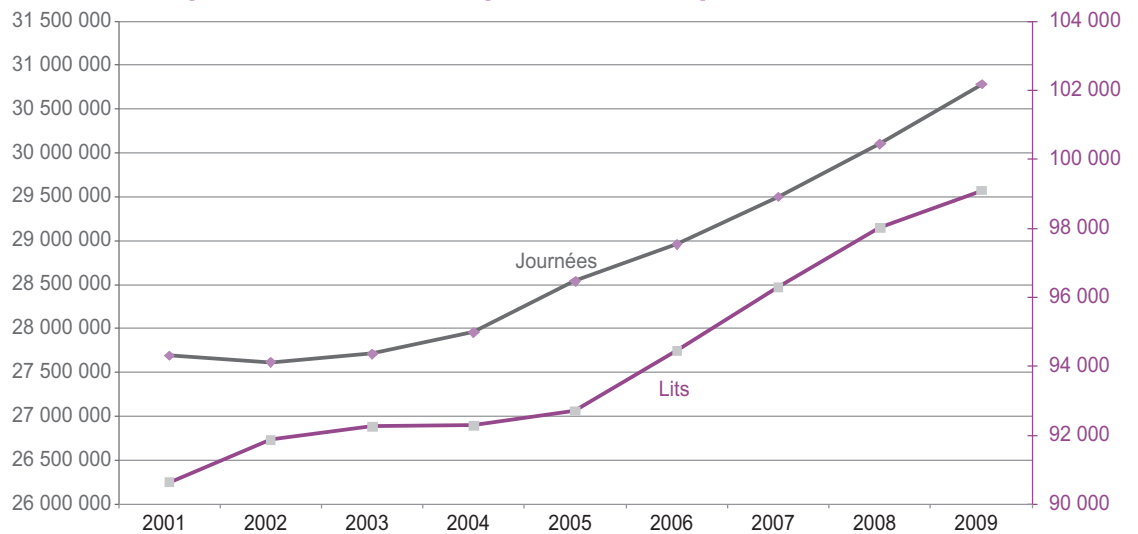
3. Le développement de ces nouveaux modes de prise en charge a été favorisé par des tarifs incitatifs. Pour autant, il faut relativiser le rôle des incitations tarifaires dans ces tendances qu'il s'agisse de la chirurgie ambulatoire ou de la dialyse à domicile (E. Cash, R. Cash, C. Dupilet, 2011, « La réactivité des établissements aux incitations tarifaires », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 19).

approche les 50% pour l'ensemble des établissements (voir graphique 6), allant de +35,9% à +60% selon le secteur. En SSR, l'augmentation est plus marquée avec 71,4% de places supplémentaires (voir graphique 7). Le nombre de places a même plus que doublé dans les secteurs public et privé lucratif. La

psychiatrie, qui est la discipline la moins impactée par ces innovations technologiques et celle pour laquelle l'hospitalisation partielle est la plus développée en 2001, enregistre également une hausse mais plus modeste avec 1 500 places supplémentaires, soit +6% en 8 ans (voir graphique 8). Cette

GRAPHIQUE 5

Activité et capacités de SSR en hospitalisation complète entre 2001 et 2009



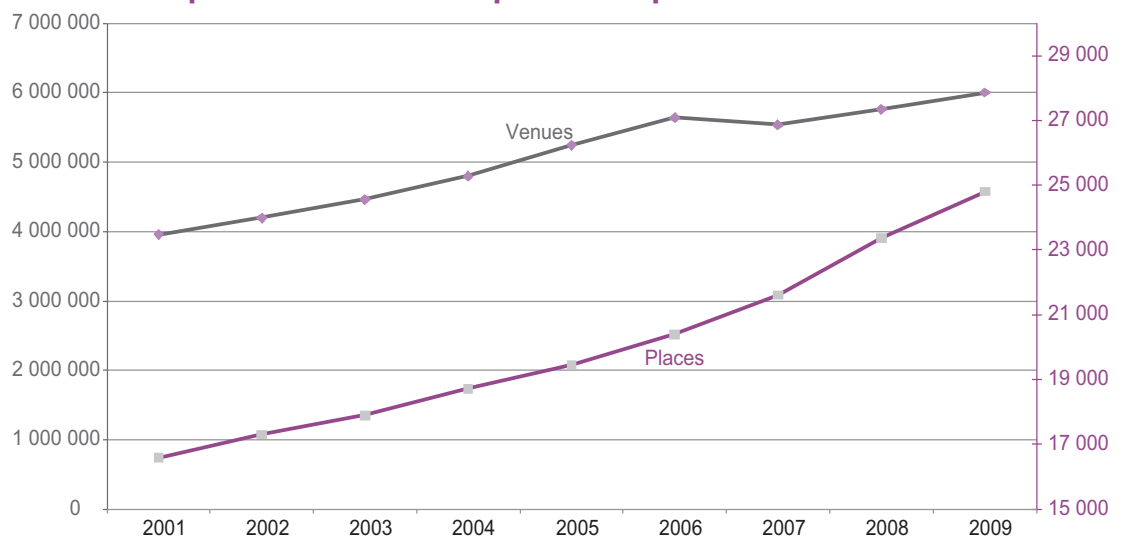
Note de lecture • Les capacités en hospitalisation complète sont mesurées en lits et l'activité en journées. En 2009, 99 000 lits sont dénombrés en SSR, et 30 800 000 journées ont été réalisées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 6

Activité et capacités de MCO en hospitalisation partielle entre 2001 et 2009



Note de lecture • Les capacités en hospitalisation partielle sont mesurées en places et l'activité en venues. En 2009, 24 800 places sont dénombrées en MCO et 6 000 000 de venues ont été enregistrées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

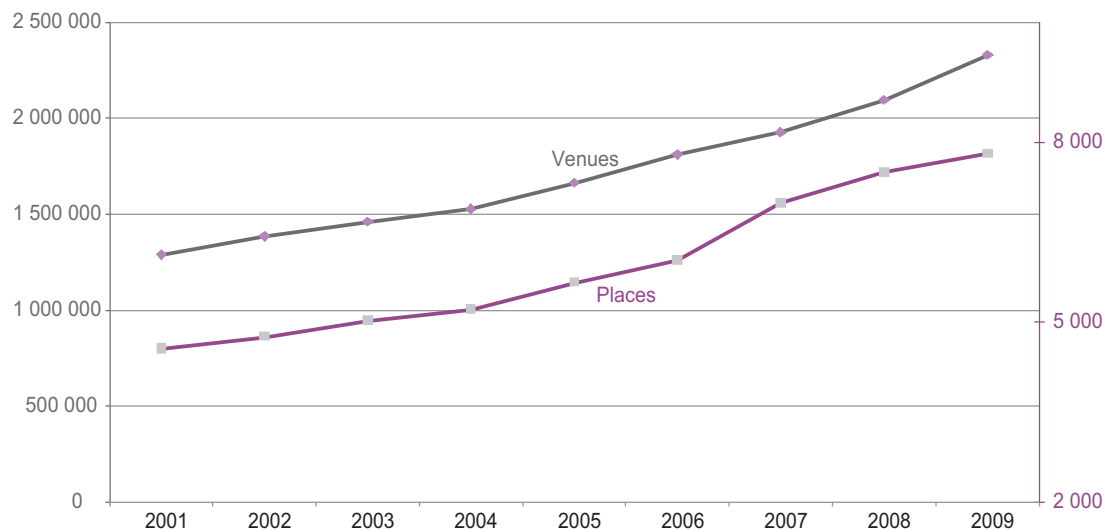
Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

augmentation est liée à la mise en place du plan santé mentale sur 2005-2008 (voir encadré 1), visant entre autre à renforcer les prises en charge ambulatoires et à diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète. L'évolution de l'activité sur ces 8 ans suit celle des capacités avec une très forte augmentation

du nombre de venues enregistrées en SSR (+80,7%) et en MCO (+51,7%). En psychiatrie, l'activité à temps partiel diminue jusqu'en 2003 (-3,1%) avant d'augmenter à partir de 2004. Toutefois l'hospitalisation partielle est probablement sous-estimée dans ce champ car il existe d'autres formes de prises en charge

GRAPHIQUE 7

Activité et capacités de SSR en hospitalisation partielle entre 2001 et 2009



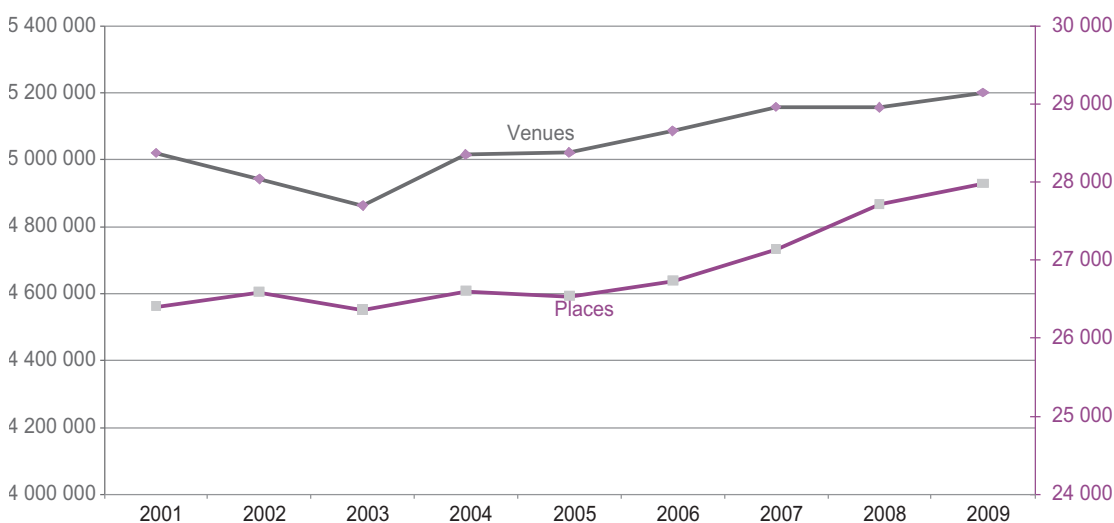
Note de lecture • Les capacités en hospitalisation partielle sont mesurées en places et l'activité en venues. En 2009, 7 800 places sont dénombrées en SSR et 2 300 000 venues ont été enregistrées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 8

Activité et capacités de psychiatrie en hospitalisation partielle entre 2001 et 2009



Note de lecture • Il semblerait que depuis 2008 des établissements déclarent leurs venues en équivalent-journées. Une "demi-journée" devrait être comptabilisée comme une venue. Les capacités en hospitalisation partielle sont mesurées en places et l'activité en venues. En 2009, 28 000 places sont dénombrées en psychiatrie et 5 200 000 venues ont été enregistrées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

que l'hospitalisation de jour ou de nuit qui sont commentées ici. On trouve notamment les Centres d'actions thérapeutiques à temps partiel (CATTP) dont l'activité n'est pas négligeable par rapport à celle de l'hospitalisation de jour et de nuit. Cependant les CATTP ne sont pas pris en compte dans les données étudiées. L'augmentation observée à partir de 2004 s'explique tout d'abord par une modification du régime des autorisations d'hospitalisation à temps partiel datant de septembre 2003 puis par la mise en place du plan santé mentale en 2005. Depuis 2005, le nombre de venues a augmenté de 3,6%. Les venues suivent la même évolution que celle des places entre 2005 et 2007. À partir de 2007, l'augmentation de l'activité à temps partiel en psychiatrie est moins rapide que celle des capacités. Cela s'explique par le fait que des établissements comptabilisent probablement des demi-journées⁴ à partir de 2008, plutôt que des journées. Pour un patient admis en hospitalisation partielle, les établissements doivent théoriquement compter une journée (une venue) quelle que soit la durée de l'hospitalisation. Cependant certains établissements comptabiliseraient une demi-journée plutôt qu'une journée selon la durée de l'hospitalisation. Malgré ce problème de mesure, l'ajustement du nombre de venues au nombre de

places, observé principalement sur la période 2005-2009, traduit le manque de prises en charge autres que l'hospitalisation complète qui prévalait au début des années 2000. Depuis, les patients sont moins orientés vers l'hospitalisation complète.

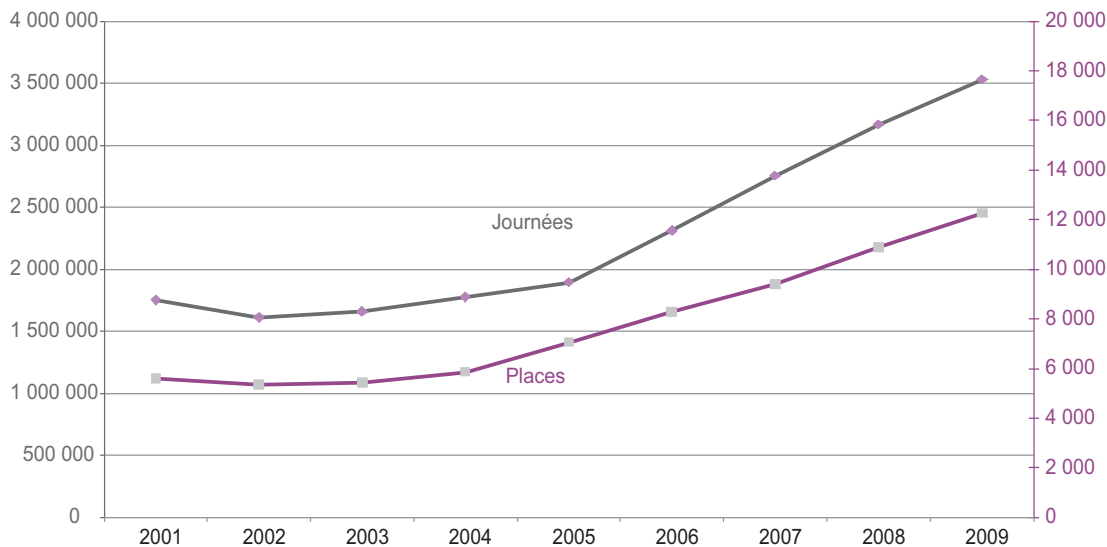
En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, les capacités et l'activité d'HAD ont doublé entre 2001 et 2009, passant de 5 600 à 12 000 places et de 1,8 million à 3,5 millions de journées réalisées (voir graphique 9). Après une diminution des capacités et de l'activité en hospitalisation à domicile jusqu'en 2002, le nombre de places augmente doucement entre 2002 et 2004 puis fortement à partir de 2004 suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003 supprimant le «taux de change» qui limitait la création de places d'hospitalisation à domicile en la liant à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Il s'agit là d'un véritable essor de l'hospitalisation à domicile sous l'impulsion d'une politique volontariste⁵. Comme pour l'hospitalisation partielle, cette évolution est principalement ressentie dans les disciplines de MCO et de SSR. Néanmoins, les nombres de places et de journées en hospitalisation de psychiatrie à domicile augmentent également, traduisant là encore une évolution des prises en charge en santé mentale, plus adaptées aux besoins des patients.

GRAPHIQUE 9

Activité et capacités en hospitalisation à domicile entre 2001 et 2009

4. Depuis la SAE 2007, l'activité ainsi que les facteurs de production en psychiatrie sont détaillés dans un bordereau spécifique à la psychiatrie (bordereau Q09) en plus de ce qui est demandé dans les bordereaux de synthèse généraux (Q01 et Q02A). Dans le bordereau Q09, l'activité de prise en charge à temps partiel est déclarée en venues ou demi-venues. La demi-venue (respectivement venue) correspond à la prise en charge d'un patient sur une demi-journée (respectivement journée), pour une durée de 3 à 4 heures (respectivement de 6 à 8 heures). Dans le bordereau Q02A, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle ne doit être comptabilisée qu'en venues quelle que soit la durée de la prise en charge (une demi-venue est comptée comme une venue). Ce sont les données du bordereau Q02A qui sont commentées ici.

5. Se reporter au rapport IGAS publié le 13 décembre 2010 sur l'hospitalisation à domicile.



Note de lecture • Les capacités en hospitalisation à domicile sont mesurées en places et l'activité en journées. En 2009, 12 000 places d'hospitalisation à domicile sont recensées et 3 500 000 journées ont été réalisées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

Technicisation accrue des soins

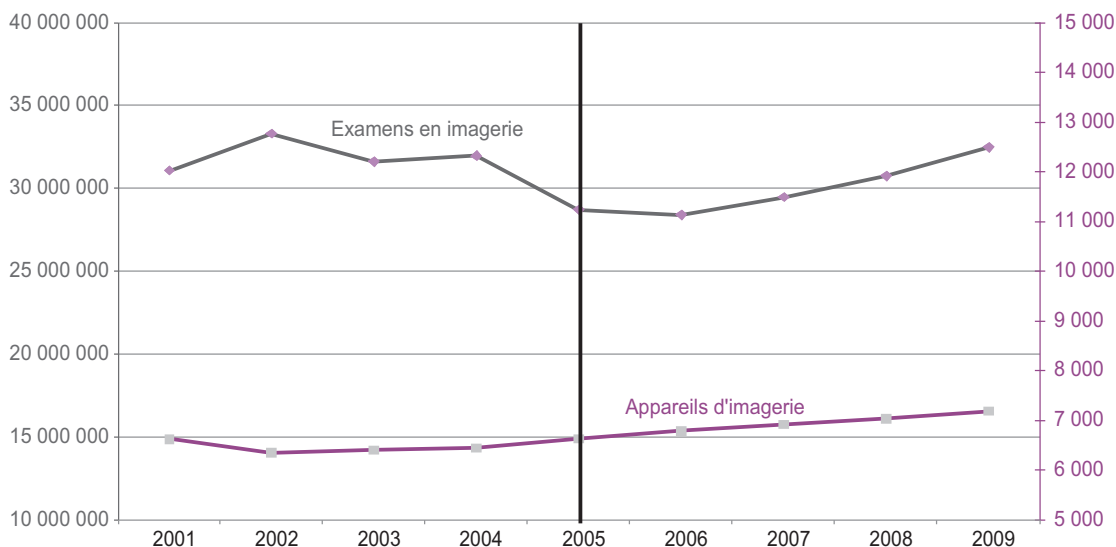
Modernisation des plateaux techniques

L'équipement en matériel lourd des établissements de santé s'est renforcé au cours de ces dernières années. Le nombre d'appareils d'imagerie a augmenté de 8,6% en 8 ans (voir graphique 10). Les évolutions les plus marquées concernent les IRM et les appareils de radiologie numérisée. Ces derniers ont presque triplé alors que les appareils de radiologie non numérisée sont trois fois moins nombreux en 2009 qu'en 2001. On constate un très net basculement entre ces deux techniques de radiologie. En 2009, 2 400 appareils de radiologie numérisée pour 900 de radiologie non numérisée étaient installés dans les établissements de santé alors qu'en 2001 la situation était inversée avec 2 600 appareils de radiologie non numérisée et 900 de radiologie numérisée. Preuve d'un net impact des innovations technologiques auxquelles les établissements ont de plus en plus recours. Le renouvellement des plateaux techniques avec des appareils performants permet désormais de réaliser plus d'examen qu'auparavant et ce, dans un même laps de temps. Depuis 2005, l'activité des pla-

teaux techniques en imagerie ne cesse ainsi de s'accroître. En 4 ans, le nombre d'examen⁶ des plateaux techniques a augmenté de 13,2% : +35,2% d'examen scanners, +60,2% d'examen IRM et +57% d'examen de radiologie numérisée. Cette forte augmentation de l'activité de radiologie numérisée résulte là encore d'un transfert de technologie, au détriment de la radiologie non numérisée enregistrant une baisse d'activité de 65,8% depuis 2005. Le nombre d'examen réalisés avec les appareils d'imagerie augmente ainsi plus rapidement que le nombre d'appareils entre 2005 et 2009 du fait d'une utilisation plus intensive des appareils. Il est difficile d'intégrer la période 2001-2005 dans l'interprétation de l'évolution de l'activité du fait d'un changement de nomenclature des actes médicaux en 2005. Cette année marque le passage de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Du temps de la NGAP, le comptage des examen était peu fiable car il était estimé à partir du nombre d'actes. Avec la CCAM, un nouveau système d'information a été mis en place, permettant ainsi de calculer le nombre exact d'examen réalisés. Auparavant, les examen étaient très probablement surestimés. Parallèlement, un changement dans les pratiques des profession-

GRAPHIQUE 10

Équipement et activité des plateaux techniques en imagerie entre 2001 et 2009



Note de lecture • L'activité des plateaux techniques est mesurée en nombre d'examen réalisés, un examen pouvant comporter plusieurs actes. Le nombre d'examen réalisés est passé de 28 700 000 en 2005 à 32 500 000 en 2009. Cette évolution ne peut être comparée à une évolution du nombre d'actes réalisés du fait que plusieurs actes peuvent être réalisés lors d'un même examen.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

6. On appelle ici examen, une procédure pouvant comporter un ou plusieurs actes réalisés sur un même patient à une même date et lors d'une même séquence de prise en charge.

nels à partir de 2005 expliquerait également cette diminution du nombre d'examens réalisés. Suite à des recommandations de bonnes pratiques⁷, préconisant une diminution des examens irradiants, les professionnels réaliseraient en effet moins d'examens mais des examens plus lourds. Ainsi, la rupture en 2005 correspond bien à une réalité même si le décrochage est sûrement surestimé par une surévaluation du nombre d'examens sur la période 2001-2004.

Optimisation de l'utilisation des équipements avec une expansion de l'activité nocturne

L'utilisation des appareils d'imagerie se fait de plus en plus intense. Non seulement le nombre d'examens réalisés progresse, mais le nombre d'examens réalisés par appareil augmente de 4,3 % en 4 ans. Cette optimisation des plateaux techniques est principalement portée par les établissements publics, avec +9,2 % d'examens réalisés par appareil en 4 ans. À l'inverse, les cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif voient leur nombre d'examens réalisés par appareil baisser respectivement de 7,6 % et 1,8 %.

L'activité nocturne des plateaux techniques est également en très forte hausse sur la période 2005-2009, engendrant une progression de la part d'activité de nuit de 2 points. Là encore, l'intensification de l'activité nocturne des plateaux techniques est principalement observée au sein des établissements publics. La part d'activité nocturne augmente de plus de 2,6 points dans les établissements publics alors qu'elle diminue légèrement dans les établissements privés à but non lucratif (-0,6 point) et qu'elle reste stable dans les cliniques privées. En 4 ans, l'activité produite entre 20 heures et 8 heures dans les établissements publics augmente de 66,2 % alors que l'activité totale augmente seulement de 12,4 %. Tous secteurs confondus, les appareils les plus utilisés sont ceux pour lesquels l'utilisation de nuit a le plus augmenté : la part de l'activité de nuit réalisée avec les scanners augmente de 1,4 point et celle des appareils de radiologie numérisée de 1,9 point. Ces appareils sont respectivement utilisés 21 et 20 fois par jour en 2009, devançant nettement les autres équipements. Viennent ensuite les IRM avec 12 utilisations quotidiennes en 2009.

Utilisation plus optimale des salles dédiées aux actes sous anesthésie

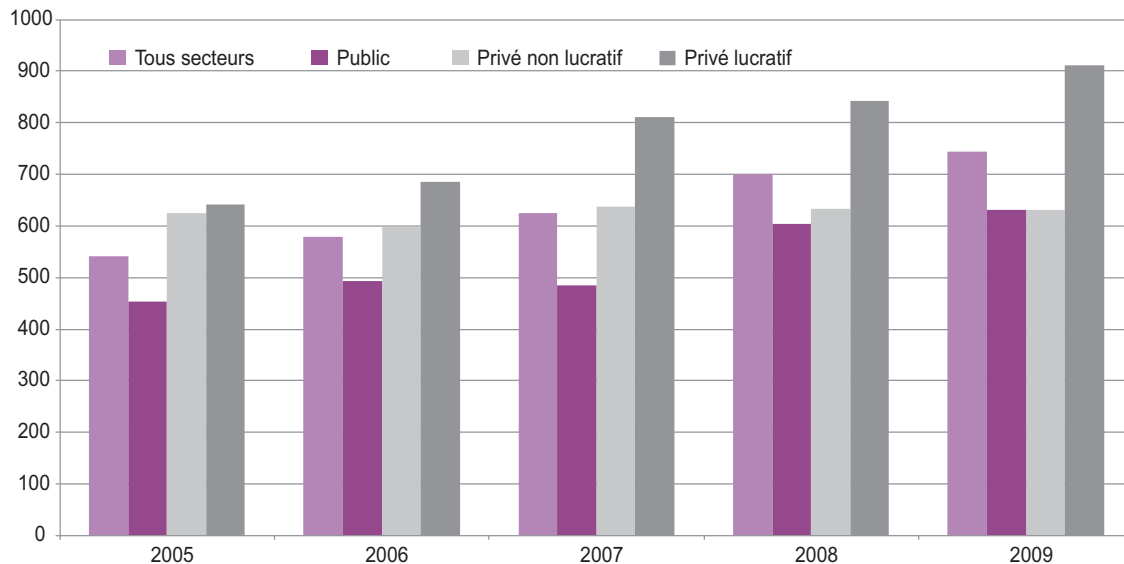
Entre 2001 et 2009, le nombre de salles dédiées aux actes sous anesthésie a diminué de près de 4 %. Cependant les interventions réalisées dans ces salles ne suivent pas la même tendance. La période 2001-2005 est difficilement étudiable du fait de la mise en place de la CCAM en 2005 uniquement. Mais depuis 2005, le nombre d'actes réalisés dans ces salles a augmenté de 38,6 %. Ainsi le nombre moyen d'actes réalisés dans chaque salle est passé de 540 en 2005 à 740 en 2009, soit une progression de +37,3 % en 4 ans (voir graphique 11). Les salles dédiées aux actes sous anesthésie sont donc utilisées de manière plus optimale en 2009, avec un peu plus de deux interventions par jour, qu'en 2005 où les salles étaient en moyenne utilisées 1,5 fois par jour. La situation n'est toutefois pas la même selon les établissements. Si l'utilisation des salles dédiées aux actes sous anesthésie s'intensifie dans les établissements publics (+39 % d'actes réalisés par salle) et dans les cliniques privées (+42 %), la situation des établissements à but non lucratif en 2009 est similaire à celle de 2005 (+1,2 % d'interventions par salle en 4 ans). Dans ces établissements, le nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement par salle est de 1,7. Malgré une évolution de l'activité des établissements privés à but non lucratif très faible sur la période 2005-2009, le nombre moyen d'interventions réalisées par salle y est identique à celui observé dans les établissements publics en 2009, traduisant ainsi une convergence des taux d'utilisation.

Progression de l'activité réalisée sur patients non hospitalisés

L'activité des établissements de santé, hors celle des plateaux techniques, étudiée jusqu'ici porte uniquement sur des patients hospitalisés, en hospitalisation complète ou partielle. S'ajoute à cette activité, une activité externe réalisée sur des patients non hospitalisés, comprenant les consultations, les séances (chimio-

7. Ordonnance du 28 mars 2001 et décret d'application du 24 mars 2003 modifiant le Code de Santé Publique en introduisant une section relative à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales (se reporter au Code de la Santé publique, Livre 1^{er} – Protection générale de la santé publique, Titre 1^{er} – Mesures sanitaires générales, Chapitre V-I – Des rayonnements ionisants, Section 6 – Protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales ou médico-légales, Sous-section 3 – Dispositions diverses, Articles R 1333-70 à R1333-72).

GRAPHIQUE 11

Nombre d'interventions réalisées par salle dédiée aux actes sous anesthésie entre 2005 et 2009

Note de lecture • En 2009, 632 interventions ont été réalisées en moyenne par salle dédiée aux actes sous anesthésie dans les établissements publics et privés non lucratifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

thérapie, radiothérapie, hémodialyse...) ainsi que les actes des plateaux techniques réalisés pour d'autres établissements. Du fait de l'imprécision entourant le nombre d'examen des plateaux techniques réalisés entre 2001 et 2004, seule l'activité externe sur la période 2005-2009 est commentée ici. Depuis 2005, le nombre d'actes réalisés sur patients externes a augmenté de 7,8% avec une hausse du nombre de consultations (+10,4%) et de séances (+6,9%). Cette hausse de l'activité externe se ressent quel que soit le secteur: +6,1% pour les établissements publics en 4 ans, +7,8% pour les établissements privés à but non lucratif et +23% pour les cliniques privées. Même si l'activité externe des établissements de santé s'accroît dans tous les secteurs, mise en regard des séjours en hospitalisation complète et partielle, elle n'a pas la même importance dans le secteur public et privé⁸. En effet, les actes réalisés sur patients non hospitalisés, rapportés aux séjours, sont bien plus nombreux dans les établissements publics et privés non lucratifs que dans les cliniques privées (voir graphique 12). Pour un patient hospitalisé, près de 4 et 3 patients non hospitalisés sont respectivement reçus dans les établissements publics et privés non lucratifs pour une consultation, une séance ou un examen alors que seulement un patient

externe est reçu dans les cliniques privées. La place que prend l'activité réalisée sur des patients non hospitalisés est ainsi bien plus importante dans les établissements publics et privés non lucratifs que dans les cliniques privées.

Hausse des effectifs en personnel médical et non médical

Les femmes médecins sont de plus en plus nombreuses et travaillent pratiquement autant que les hommes

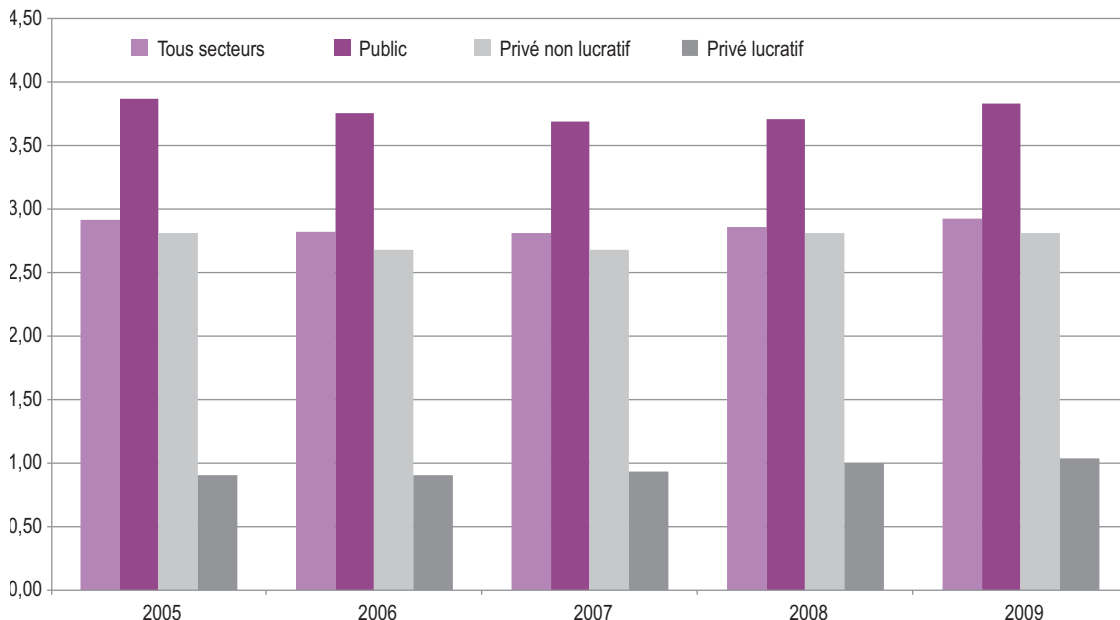
Entre 2001 et 2009, le nombre d'emplois⁹ médicaux a augmenté de 8,7%, passant de 138 000 à 150 000. Nous commentons ici les emplois médicaux et non les équivalents temps plein (ETP) car les ETP des libéraux des établissements privés peuvent uniquement être estimés à partir des effectifs par une règle conventionnelle. Néanmoins, l'évolution des ETP serait de +18,5% sur la période. On entend par emplois médicaux les personnels

⁸ L'activité externe n'est pas comptée de la même manière dans le secteur public et privé. Pour les cliniques privées, les consultations et les actes externes sont réalisés très fréquemment par des cabinets libéraux et donc non comptabilisés dans la SAE.

⁹ La notion d'emplois renvoie au nombre d'emplois occupés en décembre et non au nombre d'emplois ouverts.

GRAPHIQUE 12

Activité réalisée sur patients non hospitalisés (consultations, séances et examens sur patients externes) rapportée aux séjours enregistrés entre 2005 et 2009



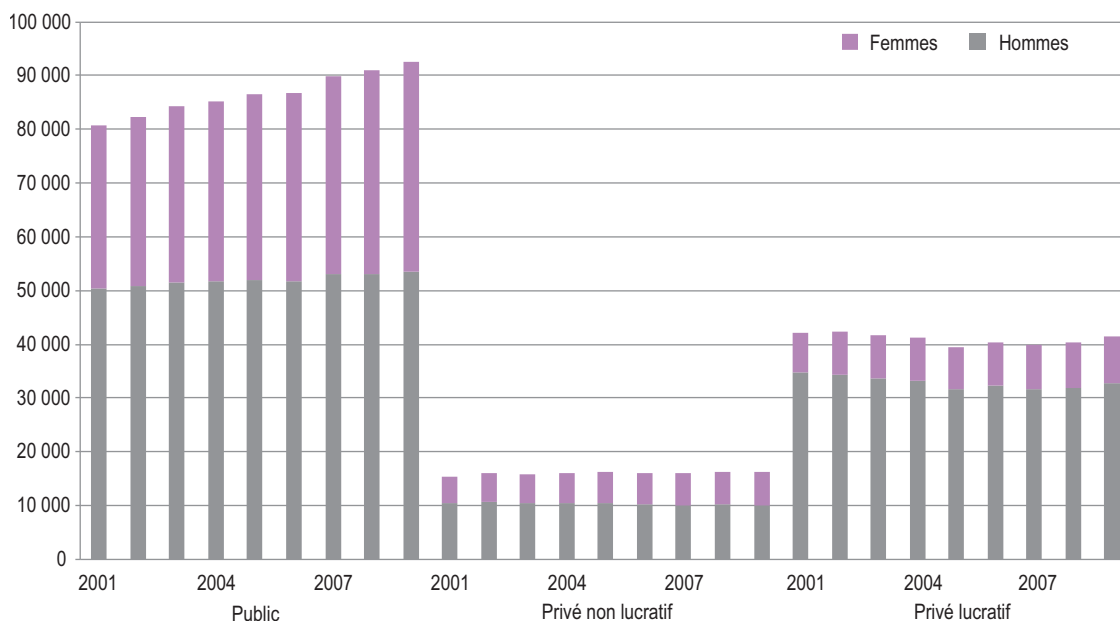
Note de lecture • On dénombre en 2009 près de 4 patients reçus pour une consultation, une séance ou un examen dans les établissements publics, pour chaque séjour hospitalisé.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 13

Personnel médical des établissements de santé par secteur entre 2001 et 2009



Note de lecture • Le personnel médical correspond au nombre de salariés rémunérés en décembre par les établissements publics et privés et au nombre de libéraux en activité au mois de décembre dans les établissements privés. 41500 salariés et libéraux sont dénombrés en décembre 2009 dans les cliniques privées, dont 21,3 % de femmes.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

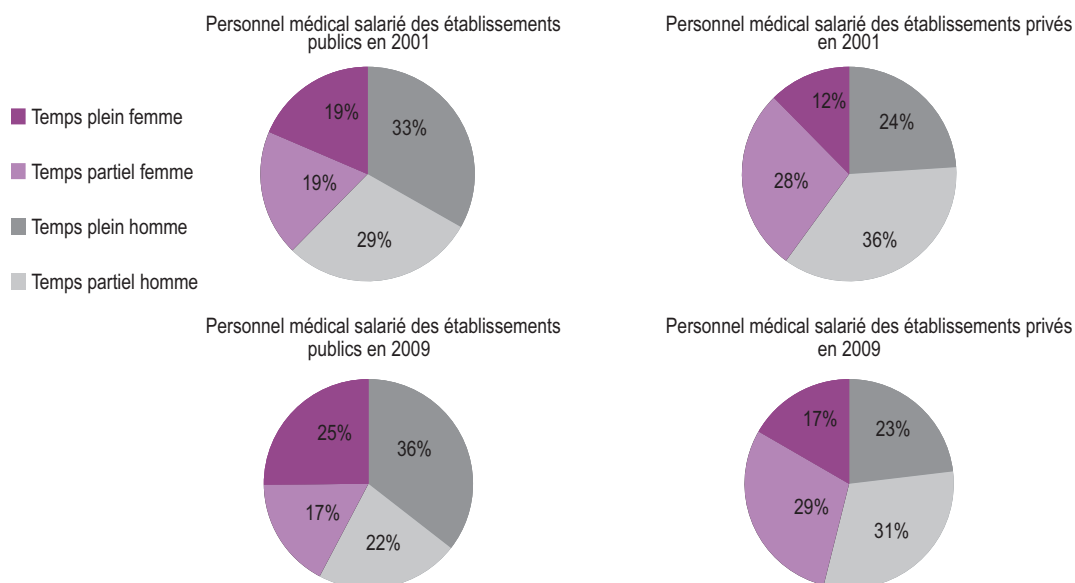
médicaux salariés des établissements publics et privés, rémunérés en décembre, et les libéraux des établissements privés, en activité en décembre (voir encadré 4). Les établissements publics et privés à but non lucratif sont concernés par cette augmentation avec respectivement +14,6% et +5,9% d'emplois (voir graphique 13). En revanche le nombre d'emplois diminue de 1,5% dans les cliniques privées du fait d'une diminution de -5,2% des médecins libéraux. Cette hausse générale s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes médecins : +27,1% en 8 ans alors que les hommes sont aussi nombreux en 2001 qu'en 2009 (+0,5%). Cette féminisation du personnel médical, liée à l'augmentation de la part des femmes parmi les diplômés de médecine, se constate quel que soit le secteur : respectivement +28,8% et +29,6% de femmes dans les établissements publics et privés non lucratifs et +18,5% dans les cliniques privées. Les femmes représentent ainsi 36,1% du personnel médical en 2009 contre 30,8% en 2001. Néanmoins les femmes sont moins nombreuses dans les cliniques privées (21,3% en 2009) que dans les autres secteurs. Elles choisissent en effet de préférence le salariat et se tournent moins fréquemment vers l'exercice

libéral. Or, cet exercice est évidemment prédominant dans les cliniques privées, les libéraux y représentant près de 90% du corps médical. Non seulement les femmes y sont de plus en plus nombreuses parmi les médecins, mais elles travaillent désormais aussi souvent à temps plein que les hommes. En 2009, au sein du personnel médical salarié, les femmes sont 55,6% à travailler à temps plein contre 58,8% pour les hommes alors qu'en 2001 elles étaient 46,5% et les hommes, 51,3%. Il n'y a donc plus de spécificité de l'emploi des femmes en 2009.

Malgré la très forte croissance du nombre de personnels médicaux salariés à temps plein (+30,9%) dans le secteur privé, comparativement aux personnels médicaux salariés à temps partiel (+13,3%), le personnel médical salarié reste majoritairement à temps partiel (voir graphique 14). En 2009, 60,2% du personnel médical salarié des établissements privés travaille à temps partiel (-3,4 points par rapport à 2001). Dans le public, la tendance est inversée. Ce sont les personnels médicaux à temps plein qui représentent plus de 60% des emplois médicaux rémunérés en décembre 2009. Cette part est en hausse de 9 points par rapport à 2001 du fait de la très forte croissance du nombre de personnels à temps plein sur la période (+34,2%)

GRAPHIQUE 14

Répartition du personnel médical salarié par temps de travail et par secteur en 2001 et 2009



Note de lecture • Le personnel médical salarié correspond au nombre de salariés rémunérés en décembre par les établissements publics et privés. Les femmes à temps plein représentent 19% du personnel médical salarié des établissements publics en 2001. En 2009, elles représentent 25%.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

alors que les personnels à temps partiel ont diminué dans le même temps de 6,5%.

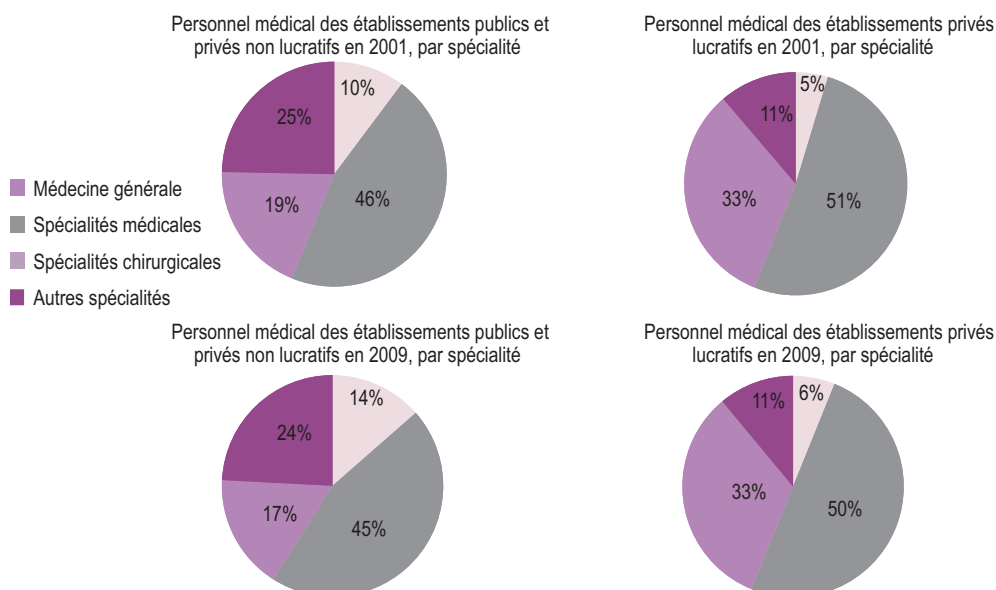
Des diplômés de médecine générale plus nombreux dans les établissements et une avancée de la chirurgie spécialisée

Entre 2001 et 2009, le nombre de médecins diplômés de médecine générale, y compris urgentistes, a fortement augmenté dans les établissements de santé avec une hausse de 46,4%. Cet accroissement est très marqué dans les établissements publics avec +56,3% de médecins diplômés de médecine générale. Le phénomène touche aussi les établissements privés mais dans une moindre mesure avec une hausse de +23,2% pour les établissements privés à but non lucratif et +28,9% pour les cliniques privées. Ces évolutions s'expliquent vraisemblablement par le vieillissement de la population et le développement des prises en charge de la douleur et des soins palliatifs par exemple. En effet ces activités ne relèvent pas de spécialité particulière et sont prises en charge par des médecins diplômés de médecine générale. Le phénomène est accentué dans le secteur public et privé non lucratif car la part de la médecine générale y est plus importante : elle représente 13,6% des emplois médi-

caux en 2009 contre 6,1% dans les cliniques privées (voir graphique 15).

Le nombre d'emplois médicaux de spécialités chirurgicales reste stable pour l'ensemble des établissements sur la période 2001-2009 (-0,7% en 8 ans). Néanmoins la part des emplois de spécialités chirurgicales diminue dans les établissements publics et privés non lucratifs, passant de 19,1% des emplois médicaux en 2001 à 16,8% en 2009. Cette part reste stable dans les cliniques privées avec 32,8% des emplois médicaux destinés à la chirurgie. Ainsi les spécialités chirurgicales relèvent toujours largement du secteur privé à but lucratif : 42,7% des emplois de spécialités chirurgicales se trouvent dans les cliniques privées. Malgré la stabilité globale des emplois de spécialités chirurgicales prises dans leur ensemble, les emplois fluctuent entre spécialités fines. En général, le nombre d'emplois diminue en chirurgie générale (-33%) au profit de chirurgies plus spécialisées telles que la chirurgie digestive (+45,9%), la chirurgie vasculaire (+22,2%), ou encore la chirurgie orthopédique et traumatologique (+10,3%). Cela reflète toutefois davantage des changements de qualification que de pratique, suite à des changements dans les dénominations des diplômes d'études spécialisées (DES).

GRAPHIQUE 15
Répartition du personnel médical par spécialité et par secteur en 2001 et 2009



Note de lecture • Le personnel médical correspond au nombre de salariés rémunérés en décembre par les établissements publics et privés et au nombre de libéraux en activité au mois de décembre dans les établissements privés. En 2009, 17% du personnel des établissements publics et privés non lucratifs est spécialisé en chirurgie.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

L'évolution des emplois de spécialités médicales et des autres spécialités est assez modérée sur la période 2001-2009. Les emplois de spécialités médicales augmentent de 13,2% dans les établissements publics, de 5,6% dans les établissements privés non lucratifs et diminuent de 4,1% dans les cliniques privées. Ces spécialités restent prédominantes dans les établissements publics : 59,3% des emplois relèvent de ce secteur (contre 55,9% en 2001). Les emplois des autres spécialités augmentent de 8,4% en 8 ans.

Création d'emplois non médicaux suite à la réduction du temps de travail

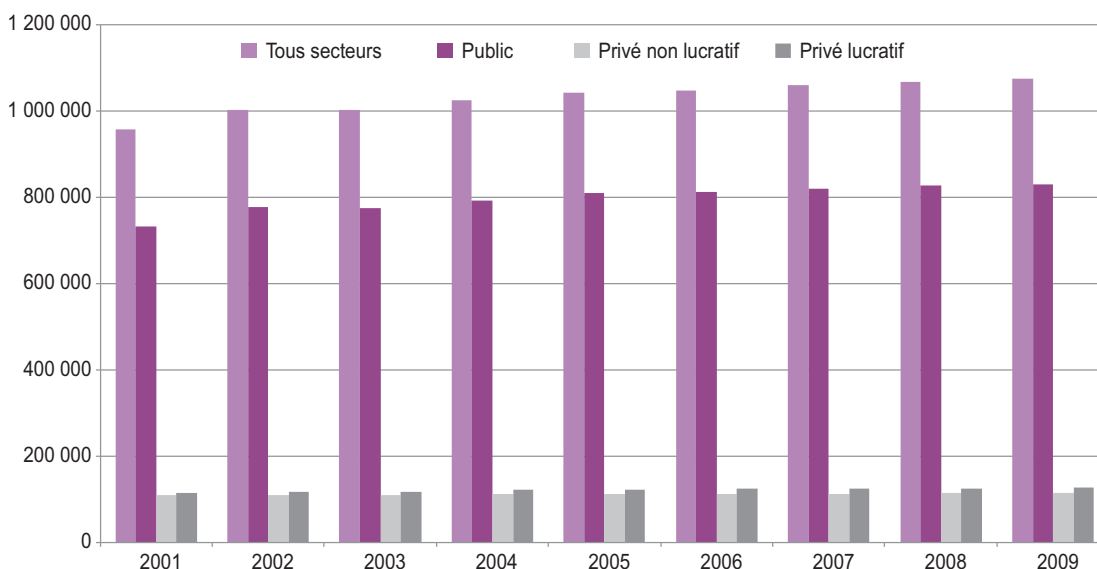
Le nombre d'emplois non médicaux rémunérés en décembre a également augmenté entre 2001 et 2009. Une hausse de 12,3% des équivalents temps plein (ETP) est en effet observée sur cette période, soit 120 000 ETP supplémentaires en 8 ans. Les ETP augmentent de 11,4% dans les cliniques privées, de 5,4% dans les établissements privés non lucratifs et de 13,5% dans les établissements publics (voir graphique 16).

Une hausse plus prononcée est observée entre 2001 et 2005. Cette hausse est à relier directement à la mise en place de la réduction du

temps de travail dans les établissements de santé et au passage des ETP de 39 heures à des ETP de 35 heures. En 2001, environ 960 000 ETP non médicaux travaillaient dans les établissements de santé. Avec le passage aux 35 heures, soit 4 heures de travail hebdomadaire en moins, il faudrait environ 1 070 000 ETP non médicaux pour produire le même nombre d'heures de travail. Ainsi la mise en place des 35 heures dans les établissements de santé aurait dû être à l'origine de la création de 110 000 ETP non médicaux en l'absence de gain de productivité et à activité constante. En l'occurrence, on observe sur la période à la fois une hausse de l'activité (*cf. supra*) et une hausse de la productivité (N. Studer, 2011¹⁰). Une enquête statistique, concernant uniquement les personnels de la fonction publique hospitalière, a été réalisée auprès des établissements publics de santé en 2002 dans le but de dresser un état des lieux de la mise en place de la réduction du temps de travail. Une étude¹¹ émanant de cette enquête a mis en évidence la création de 37 000 emplois non médicaux sur la période 2002-2004, soit 5% du personnel non médical en 2001. Cette hausse du nombre d'emplois se traduit bien, dans les déclarations de la Statistique annuelle des établissements de

GRAPHIQUE 16

Personnel non médical des établissements de santé entre 2001 et 2009, en ETP



Note de lecture • Le personnel non médical est mesuré en ETP et correspond au personnel non médical salarié, rémunéré au mois de décembre. Ils étaient 730 000 ETP dans les établissements publics en 2001 et sont 830 000 en 2009.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

10. N. Studer, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public », à paraître dans *Économie et Statistiques*, INSEE.

11. F. Bousquet, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière », *Études et Résultats*, DREES n° 224, mars 2003.

santé, par une augmentation des ETP sur emplois rémunérés (+2,3 %), soit 23 000 ETP supplémentaires, entre 2002 et 2004 dans l'ensemble des établissements de santé français. Les hausses d'emplois se sont poursuivies les années suivantes et les 110 000 ETP supplémentaires ont bien été atteints mais en 2008 seulement. L'adaptation de l'organisation et des recrutements des établissements de santé au contexte des 35 heures et à la croissance de l'activité a donc été progressive. Au final, les gains de productivité sembleraient avoir permis d'absorber l'augmentation des volumes d'activité.

Un personnel non médical majoritairement féminin et soignant

Sur la période 2001-2009, les emplois non médicaux sont majoritairement occupés par des femmes et ce, quel que soit le secteur. En 2009, elles représentent 80 % des ETP non médicaux dans les établissements publics et privés non lucratifs et 85 % dans les cliniques privées.

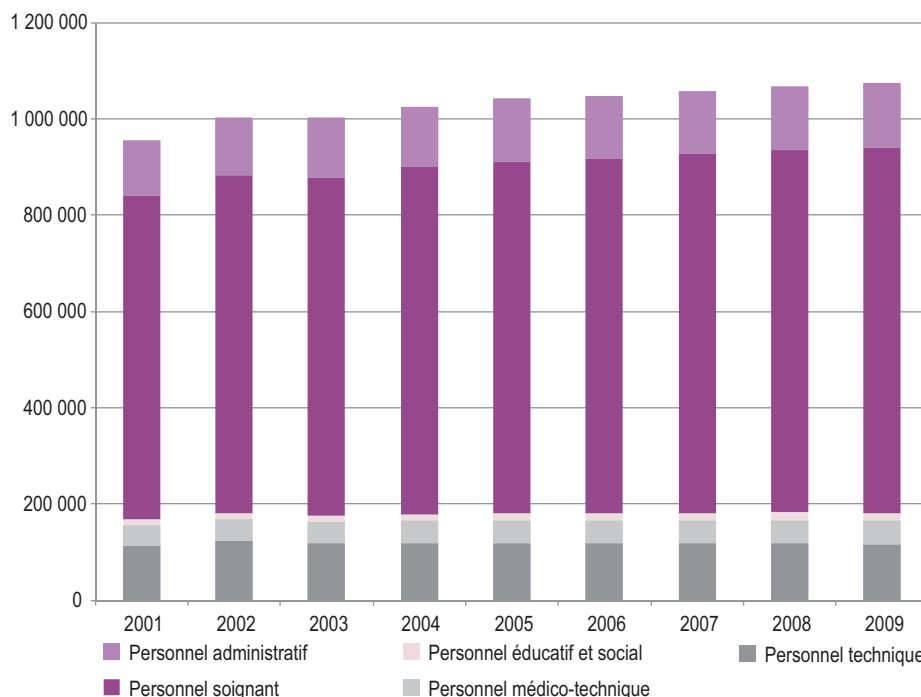
En termes de catégorie, le personnel des services de soins reste majoritaire, représentant 70,6 % des ETP non médicaux en 2009 (voir graphique 17). Viennent ensuite le personnel administratif et le personnel technique et ouvrier, représentant respectivement 12,5 % et 10,9 % des ETP non médicaux. En 8 ans, la part du personnel technique et ouvrier diminue de 1 point, sans que celle du personnel médico-technique n'augmente de manière significative malgré la place importante qu'ont prise les plateaux techniques. Ainsi le personnel médico-technique représente 4,5 % des ETP non médicaux en 2009, devant le personnel éducatif et social (1,5 %).

De plus en plus de personnel non médical dans les « autres disciplines de la section hôpital »

Le personnel non médical mesuré en ETP a évolué de +12,3 % entre 2001 et 2009 et plus précisément de +10 % dans les disciplines de la section hôpital¹². Ces disciplines ne comprennent ni l'administration, ni les disciplines sociales et médico-sociales, ni la formation

GRAPHIQUE 17

Structure du personnel non médical entre 2001 et 2009



12. Ces disciplines englobent le MCO, SSR, SLD, la psychiatrie et les « autres disciplines de la section hôpital » dont les urgences et l'imagerie.

Note de lecture • Le personnel non médical est mesuré en ETP et correspond au personnel non médical salarié, rémunéré au mois de décembre. En 2009, le personnel soignant représente 70,6 % des ETP non médicaux.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

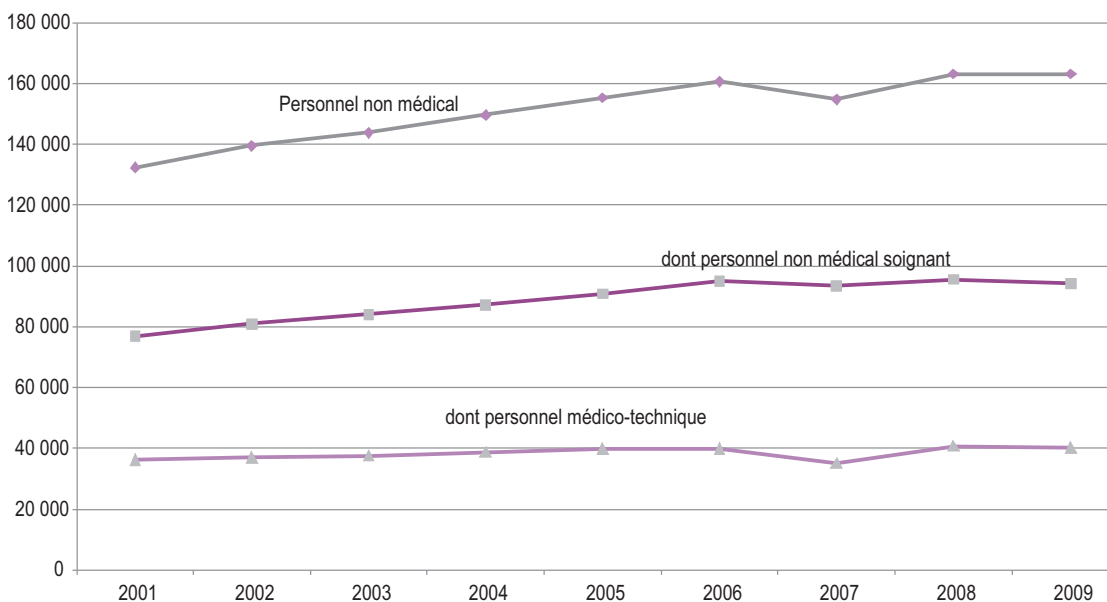
Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

sanitaire et sociale. 70,3% du personnel non médical relève de la section hôpital en 2009 (soit -1,5 point par rapport à 2001) dont 32,2% en MCO, 10,4% en psychiatrie, 8,7% en SSR, 3,7% en soins de longue durée et 15,2% dans les « autres disciplines de la section hôpital », qui regroupent l'imagerie, les explorations fonctionnelles, l'anesthésiologie et réveil, les analyses de biologie médicale et autres disciplines spécialisées, la pharmacie et les urgences ainsi que l'épidémiologie et la santé publique. L'augmentation du personnel non médical se ressent quelle que soit la discipline de la section

hôpital, à l'exception des soins de longue durée (voir encadré 2). L'augmentation la plus importante est celle observée dans les « autres disciplines de la section hôpital ». Le nombre d'ETP du personnel non médical de ces disciplines augmente de 23,2% en 8 ans (voir graphique 18) : +22,3% pour le personnel non médical soignant et +10,7% pour le personnel médico-technique. La part du personnel non médical de la section hôpital exerçant dans ces services augmente donc de 2,3 points. L'évolution est néanmoins plus importante dans les cliniques privées, avec une hausse de 62,9%, que dans les

GRAPHIQUE 18

Personnel non médical des « autres disciplines de la section hôpital » entre 2001 et 2009, en ETP



Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

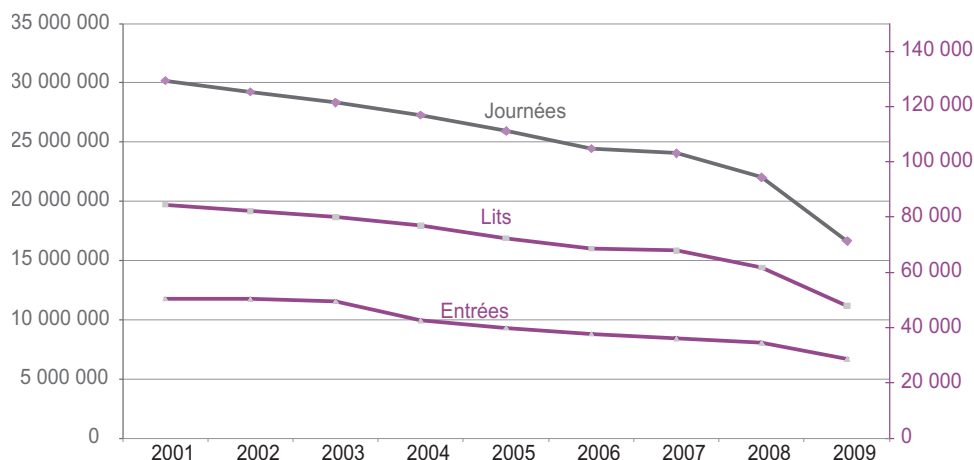
Note de lecture • Le personnel non médical est mesuré en ETP et correspond au personnel non médical salarié, rémunéré au mois de décembre. En 2009, 163 000 ETP non médicaux travaillent dans les « autres disciplines de la section hôpital ».

ENCADRÉ 2

Impact de la réforme portant sur les USLD et les EHPAD

Une réforme consistant à requalifier des lits d'Unités de soins de longue durée (USLD) en lits d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été mise en place en 2006. En diminuant le nombre de personnes hébergées en USLD, cette réforme avait pour but d'augmenter le ratio d'encadrement dans ces services prenant en charge des patients très lourds. Ainsi le nombre de lits a diminué de 43,3% entre 2001 et 2009 dans les USLD (voir graphique 19). La réforme devant être appliquée avant mars 2009, une accélération de la suppression des lits est observée en 2008 et 2009 avec -29,3% de lits sur ces deux années. Les nombres de séjours et de journées réalisées diminuent également. Entre 2001 et 2009, une baisse de 43,1% est enregistrée en termes de séjours, se traduisant par une diminution de 44,8% du nombre de journées réalisées. Parallèlement à cette baisse de capacités et d'activité, le personnel de ces services diminue également : -33,4% entre 2001 et 2009 pour le personnel non médical et -28,4% pour le personnel médical (voir graphique 20). Néanmoins le personnel diminue plus lentement que les capacités et l'activité. Le nombre de personnels par journée ou venue augmente donc, passant de 1 personnel non médical pour 525 journées ou venues en 2001 à 1 pour 439 en 2009 et de 1 médecin pour 25 314 journées ou venues en 2001 à 1 pour 19 498 en 2009. Cette réforme s'est donc bien traduite par une amélioration de l'encadrement des patients lourds pris en charge dans les unités de soins de longue durée des établissements sanitaires.

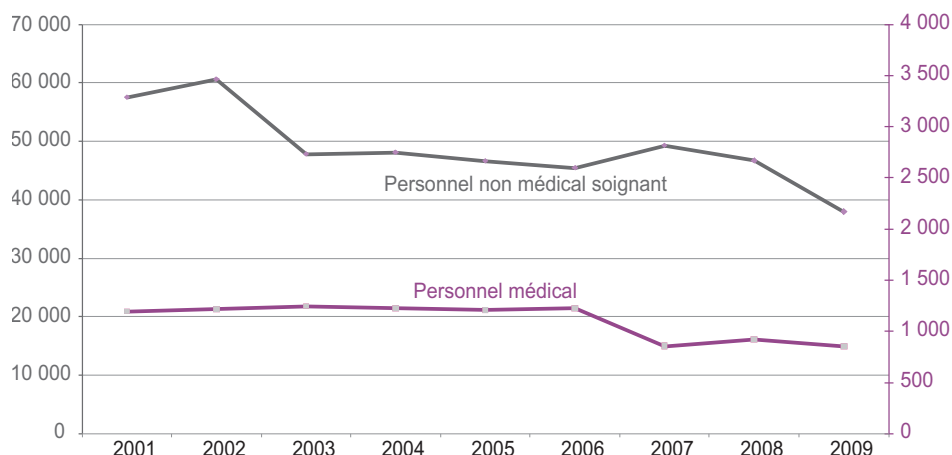
GRAPHIQUE 19

Capacités et activité en soins de longue durée entre 2001 et 2009

Note de lecture • Les capacités de soins de longue durée sont mesurées en lits et l'activité en journées et entrées. En 2009, 48 000 lits sont dénombrés en soins de longue durée, et 16 700 000 journées ont été réalisées pour 29 000 entrées enregistrées.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 20

Personnel des unités de soins de longue durée entre 2001 et 2009, en ETP

Note de lecture • Le personnel est mesuré en ETP. Le personnel médical correspond au personnel salarié des établissements publics et privés, rémunéré en décembre, et aux libéraux des établissements privés, en activité au mois de décembre. Le personnel non médical soignant correspond au personnel salarié, rémunéré en décembre. En 2009, 38 000 ETP non médicaux soignants et 850 ETP médicaux travaillent dans des USLD.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA. **Sources** • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

établissements publics (+21,8%) et privés non lucratifs (+19,6%). Ainsi la hausse d'activité des plateaux techniques, qui fait partie de l'activité des « autres disciplines de la section hôpital », engendre une hausse du personnel non médical. Le nombre d'équipements croissants et les avancés technologiques nécessitent en effet une modification de la combinaison productive et de la structure de qualification des personnels. Concernant les autres services de la section hôpital, les ETP non médicaux augmentent de 13,6% en MCO, de 10,4% en psychiatrie et de 7% en soins de suite et de réadaptation.

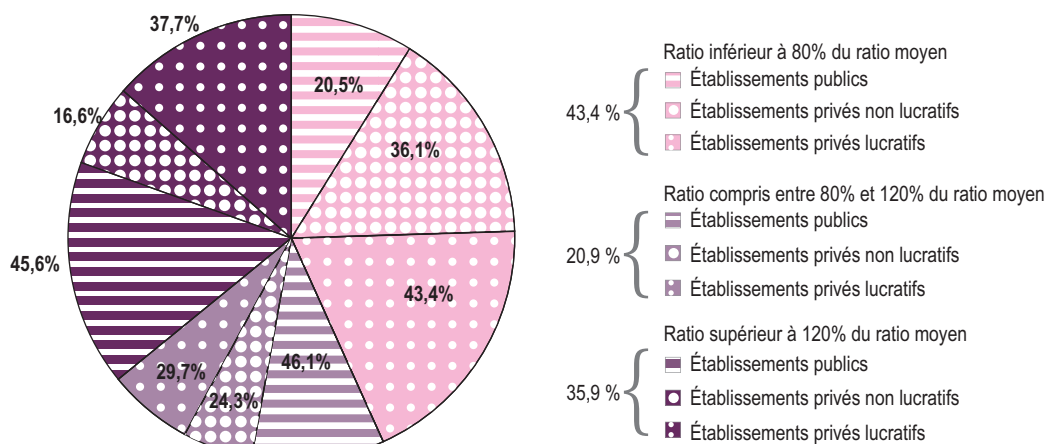
Une variabilité des ratios de personnel soignant/journée ou venue notamment expliquée par la structure de l'activité

En 2009, on dénombre en moyenne 1 équivalent temps plein soignant (médical et non médical) pour 256 journées d'hospitalisation. Il existe toutefois une forte variabilité entre les établissements de santé.

43,2% des établissements ont un ratio de personnel soignant inférieur à 80% du ratio

GRAPHIQUE 21

Répartition des établissements selon leur ratio de personnels soignants/journée ou venue en 2009



Note de lecture : 20,9% des établissements ont un ratio compris entre 80% et 120% du ratio moyen. Parmi ces établissements, 29,7% sont des établissements privés lucratifs.

Champ : France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources : DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES.

moyen : ce sont généralement des établissements de petite taille, avec 70 lits en moyenne, assez peu de capacités d'hospitalisation partielle (9,9% de places en moyenne par rapport à l'ensemble des capacités) et très peu de capacités en chirurgie (en moyenne moins de 1% des capacités en hospitalisation complète). Ces établissements sont majoritairement des établissements privés : 20,5% d'établissements publics, 36,1% d'établissements privés à but non lucratif et 43,4% de cliniques privées (voir graphique 21). À l'opposé 35,9% des établissements ont un ratio supérieur à 120% du ratio moyen : ce sont des établissements de taille plus importante (278 lits en moyenne) avec une part conséquente d'hospitalisation partielle (en moyenne 14,7% de l'ensemble des capacités) et de chirurgie (en moyenne, 37,6% des capacités d'hospitalisation complète). Ces établissements sont majoritairement publics (45,6%) et privés lucratifs (37,7%).

La variabilité entre établissements de santé des ratios de personnel soignant par journée ou venue s'explique par diverses caractéristiques des établissements et des patients pris en charge. Si l'on modélise, par régression, le nombre de personnels soignants concourant à une journée ou une venue en fonction de ces facteurs, on explique plus des 2/3 de la variance. Les indicateurs retenus sont principalement les suivants : part d'activité en hospitalisation partielle, part d'activité de chacune

des disciplines de la section hôpital parmi l'activité d'hospitalisation complète, part d'activité de certains segments d'activité, activité réalisée sur patients non hospitalisés, capacité d'accueil des établissements ou encore existence ou non d'une structure des urgences et âge des patients pris en charge.

L'intensité en personnels d'un établissement dépend de la spécialisation de l'établissement en question. Aussi bien en termes de formes de prise en charge qu'en termes de disciplines et de segments d'activité. Toutes choses égales par ailleurs, les ratios de personnels seront plus élevés dans les établissements où l'activité en hospitalisation partielle est développée (voir tableau 1). Plus l'activité en hospitalisation partielle est développée, plus le nombre de patients sera conséquent et plus le nombre de personnels à mobiliser sera élevé. Les ratios sont également plus importants dans les établissements où l'activité de court séjour est majoritaire. Les disciplines autres que MCO requièrent en effet moins de personnels soignants. Au sein du MCO, la part d'activité de certains segments influe également sur les ratios de personnels. À titre illustratif, les activités liées aux troubles digestifs, à l'orthopédie, la rhumatologie, la stomatologie ou encore au traitement du VIH ou de traumatismes graves sont plus intensives en personnels soignants que l'activité d'endocrinologie. Ces activités nécessitent des examens plus nom-

breux et un suivi plus poussé. Et sont de ce fait marqueur d'une offre plus importante en équipement comme en personnel. À cela s'ajoute l'activité réalisée sur patients externes¹³. Plus cette activité est élevée, plus les besoins en personnels sont importants et donc le ratio de personnel soignant par activité réalisée sur patients hospitalisés est élevé du fait que ces personnels prennent également en charge des patients non hospitalisés.

Le ratio en personnels dépend également des caractéristiques de la patientèle prise en charge. Plus la part des patients âgés de plus de 75 ans est grande, plus le nombre de personnels soignants par activité produite diminue. Cela peut paraître contre-intuitif mais s'explique par le fait que, pour une même pathologie, un patient de plus de 75 ans séjournera éventuellement plus longtemps à l'hôpital qu'un patient plus jeune, sans nécessairement avoir besoin d'un suivi médical plus poussé. En revanche, plus la part de patients atteints de pathologies graves est importante, plus les ratios sont élevés. Enfin, des éléments de structure expliquent également la variabilité en termes de professionnels par journée ou venue réalisée. Les ratios de personnels par journée dépendent ainsi de la taille des établissements et de leur statut. Toutes choses égales par ailleurs, les ratios sont plus élevés dans les établissements de petite taille¹⁴ (moins de 40 lits et places) et dans les établissements publics et privés non lucratifs que dans les cliniques privées.

Comme dit *supra*, ces caractéristiques, structure d'activité et patientèle des établissements, expliquent 2/3 de la variance des ratios de personnels soignants. Pour le tiers inexpliqué, se pose la question, non appréhendée dans la

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), de l'organisation du personnel soignant au sein des établissements. Si on se restreint au personnel médical, les facteurs explicatifs cités précédemment expliquent davantage la dispersion des ratios (72,5% de la variance) (voir tableau 2). De plus, la présence d'un plateau technique et la part des séjours de cancérologie en médecine influent sur les ratios de personnel médical. Il s'agit là encore de séjours marqueurs d'une activité particulière qui demandent un minimum d'organisation du personnel médical mais également non médical, principalement pour les plateaux techniques. Cette question de l'organisation du personnel soignant est d'autant plus cruciale qu'établissements publics ou privés n'ont pas à faire face aux mêmes contraintes et obéissent à des logiques différentes. Malheureusement les données utilisées ici ne nous permettent pas d'approcher les caractéristiques organisationnelles des établissements de santé et encore moins d'évaluer leur influence.

Rapporter les personnels aux volumes d'activité, mesurée ici en séjours et en journées qui ne tiennent pas compte du nombre d'actes réalisés, ne permet pas de caractériser la productivité des établissements, c'est-à-dire l'efficacité du processus de production hospitalière à transformer un ou des facteurs entrants (personnels, équipements) en un résultat (séjours, soins).

Une étude de la DREES à paraître¹⁵ s'est intéressée aux évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public. Elle montre que la productivité a augmenté sur la période et que les écarts entre établissements se sont réduits.

13. Pour les établissements publics principalement.

14. Une limite à ces effets d'économie d'échelle a été mise en évidence dans d'autres études pour le secteur public. On observe des rendements d'échelle positifs pour les petits établissements publics, aussi bien en termes de productivité que de performance économique, et des rendements négatifs pour les très grands établissements. La modélisation retenue ici portant sur l'ensemble des établissements, publics comme privés, les très gros établissements du secteur public ne sont pas isolés.

15. N. Studer, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public », à paraître dans *Économie et Statistiques*, INSEE.

TABLEAU 1

Facteurs expliquant le nombre de personnels soignants pour 1 000 venues ou journées réalisées dans les établissements de santé en 2009

Variable	Paramètre estimé	Plus-value
Constante	3,76	< 0,0001
Capacités (référence : capacités comprises entre 95 et 145 lits et places)		
Capacités inférieures à 40 lits et places	0,42	< 0,0001
Capacités comprises entre 40 et 65 lits et places	ns	ns
Capacités comprises entre 65 et 95 lits et places	ns	ns
Capacités comprises entre 145 et 300 lits et places	ns	ns
Capacités supérieures à 300 lits et places	ns	ns
Part des lits de réanimation	2,45	0,007
Part d'activité par discipline (référence : MCO)		
Psychiatrie	-1,68	< 0,0001
Soins de suite et de réadaptation	-2,35	< 0,0001
Soins de longue durée	-2,67	< 0,0001
Parts des séjours avec un diagnostic de cancérologie		
En médecine	ns	ns
En chirurgie	ns	ns
Part d'activité d'hospitalisation partielle	1,12	< 0,0001
Nombre d'actes sur patients non hospitalisés rapporté aux séjours	0,06	< 0,0001
Durée moyenne de séjour	ns	ns
Plateaux techniques		
Présence d'appareil d'imagerie	ns	ns
Examens des plateaux techniques	ns	ns
Présence d'une structure des urgences	ns	ns
Secteur (référence privé lucratif)		
Public	1,34	< 0,0001
Privé non lucratif	0,86	< 0,0001
Part du personnel médical	-1,96	< 0,0001
Implantation en DOM	1,2	< 0,0001
Caractéristiques de la patientèle		
Part des patients âgés de plus de 75 ans	-0,01	< 0,0001
Part des patients hospitalisés de moins de 3 ans	ns	ns
Part des cas lourds	0,009	0,02
Part d'activité de chaque pôle d'activité		
Digestif	0,008	0,04
Orthopédie, Rhumatologie	0,007	0,01
Uro-néphrologie	ns	ns
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	ns	ns
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	ns	ns
Vasculaire périphérique	ns	ns
Pneumologie	ns	ns
ORL, Stomatologie	0,03	0,0002
Ophthalmologie	0,03	< 0,0001
Gynécologie	0,04	0,0009
Obstétrique	0,01	0,002
Nouveau-nés	ns	ns
Hématologie	ns	ns
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	ns	ns
Endocrinologie	-0,01	0,04
Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie liée à l'obésité)	ns	ns
Brûlures	ns	ns
Maladies infectieuses (hors VIH)	ns	ns
Maladie VIH	0,33	0,004
Traumatismes multiples ou complexes graves	0,64	0,02
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	ns	ns
Autres prises en charge	ns	ns
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	ns	ns
		R² = 0,67

Note de lecture • La part de variance (R²) expliquée par le modèle est de 0,67. Toutes choses égales par ailleurs, le nombre d'ETP soignants pour 1 000 venues ou journées réalisées dans les établissements publics est supérieur de 1,34 par rapport aux établissements privés lucratifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

ns • Non significatif.

Modèle • Régression linéaire. La plus-value indique le degré de significativité des coefficients.

TABLEAU 2

Facteurs expliquant le nombre de personnels médicaux pour 1 000 venues ou journées réalisées dans les établissements de santé en 2009

Variable	Paramètre estimé	Plus-value
Constante	0,66	< 0,0001
Capacités (référence : capacités comprises entre 95 et 145 lits et places)		
Capacités inférieures à 40 lits et places	0,09	< 0,0001
Capacités comprises entre 40 et 65 lits et places	0,05	0,008
Capacités comprises entre 65 et 95 lits et places	0,04	0,02
Capacités comprises entre 145 et 300 lits et places	-0,05	0,01
Capacités supérieures à 300 lits et places	ns	ns
Part des lits de réanimation	ns	ns
Part d'activité par discipline (référence : MCO)		
Psychiatrie	-0,46	< 0,0001
Soins de suite et de réadaptation	-0,58	< 0,0001
Soins de longue durée	-0,61	< 0,0001
Parts des séjours avec un diagnostic de cancérologie		
En médecine	-0,02	< 0,0001
En chirurgie	ns	ns
Part d'activité d'hospitalisation partielle	0,20	< 0,0001
Nombre d'actes sur patients non hospitalisés rapporté aux séjours	0,010	< 0,0001
Durée moyenne de séjour	ns	ns
Plateaux techniques		
Présence d'appareil d'imagerie	0,005	0,005
Examens des plateaux techniques	ns	ns
Présence d'une structure des urgences	ns	ns
Secteur (référence privé lucratif)		
Public	-0,04	0,04
Privé non lucratif	ns	ns
Implantation en DOM	0,09	0,01
Caractéristiques de la patientèle		
Part des patients âgés de plus de 75 ans	-0,003	< 0,0001
Part des patients hospitalisés de moins de 3 ans	ns	ns
Part des cas lourds	ns	ns
Part d'activité de chaque pôle d'activité		
Digestif	ns	ns
Orthopédie, Rhumatologie	ns	ns
Uro-néphrologie	-0,003	0,04
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	ns	ns
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	ns	ns
Vasculaire périphérique	ns	ns
Pneumologie	ns	ns
ORL, Stomatologie	0,02	< 0,0001
Ophtalmologie	0,02	< 0,0001
Gynécologie	0,03	< 0,0001
Obstétrique	0,0003	0,005
Nouveau-nés	ns	ns
Hématologie	ns	ns
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	0,04	< 0,0001
Endocrinologie	ns	ns
Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie lié à l'obésité)	ns	ns
Brûlures	ns	ns
Maladies infectieuses (hors VIH)	ns	ns
Maladie VIH	ns	ns
Traumatismes multiples ou complexes graves	ns	ns
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	ns	ns
Autres prises en charge	ns	ns
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	0,009	0,008
		R² = 0,72

Note de lecture • La part de variance (R²) expliquée par le modèle est de 0,72. Toutes choses égales par ailleurs, le nombre d'ETP soignants pour 1 000 venues ou journées réalisées dans les établissements publics est inférieur de 0,04 par rapport aux établissements privés lucratifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

ns • Non significatif.

Modèle • Régression linéaire. La plus-value indique le degré de significativité des coefficients.

ENCADRÉ 3

La SAE et le PMSI, deux sources complémentaires

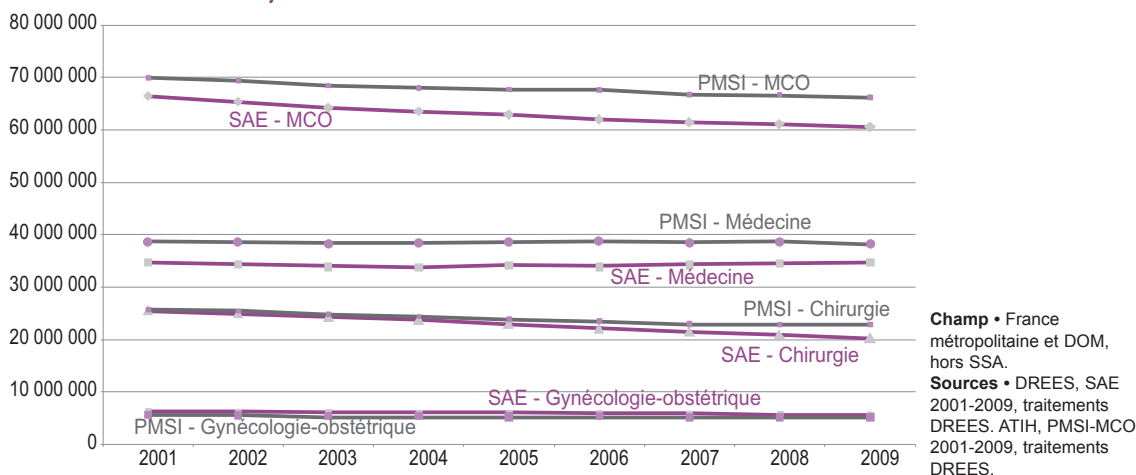
La **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), décrit l'activité des établissements de santé publics et privés (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) ainsi que leurs facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnels). La SAE est une photographie de ces facteurs de production prise au 31 décembre, et de l'activité réalisée sur l'ensemble de l'année.

La SAE a été refondue en 2000 pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs et commencer à tenir compte de la mise en place du PMSI-MCO. Désormais la SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation et d'avoir un recueil d'information homogène entre les secteurs public et privé.

Les **programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), anciennement Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), et dont les données sont collectées par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournissent une description « médico-économique » de l'activité des établissements de santé, pour chacun des séjours réalisés. L'obligation des établissements à renseigner le PMSI a été instaurée discipline par discipline. En ce qui concerne le court séjour (MCO), le PMSI est obligatoire pour tous les établissements depuis 1997. Pour le secteur SSR, tous les établissements ont l'obligation de remplir un PMSI depuis 2003. Le PMSI ne se met en place qu'en 2006 pour l'hospitalisation à domicile et en 2007 pour la psychiatrie.

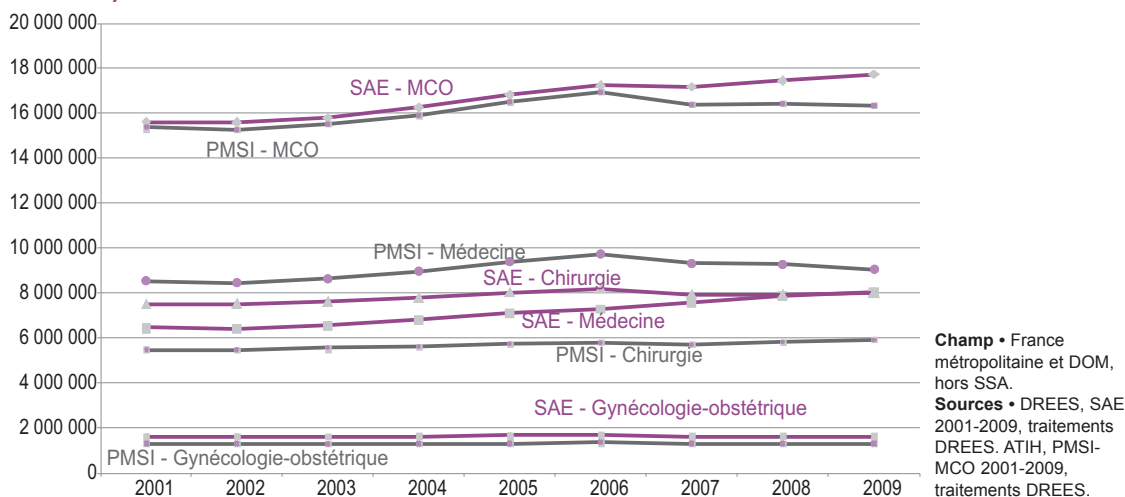
GRAPHIQUE 22

Évolution du nombre de journées réalisées en médecine, chirurgie et obstétrique entre 2001 et 2009, dans la SAE et le PMSI



GRAPHIQUE 23

Évolution du nombre de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique entre 2001 et 2009, dans la SAE et le PMSI



Pour cette étude, les données étudiées sont celles de la SAE dans l'optique d'analyser des séries longues sur les capacités, l'activité et le personnel ainsi que de pouvoir mettre en regard de l'activité des établissements de santé l'ensemble des facteurs de production et notamment les personnels ayant concouru à cette activité. La période retenue porte sur les années 2001-2009 (c'est-à-dire postérieures à la refonte de la SAE en 2000). Les PMSI ne permettaient pas de réaliser ce travail compte tenu de leur mise en place récente pour les disciplines de SSR, psychiatrie et HAD. Les données du PMSI-MCO n'ont pas non plus été utilisées pour des raisons évidentes d'homogénéité entre disciplines. Des indicateurs issus des données du PMSI-MCO de 2009 ont néanmoins été utilisés afin de déterminer les facteurs explicatifs des ratios de personnel par activité réalisée sur patients hospitalisés. Le PMSI-MCO nous permet toutefois d'avoir une série longue sur la période 2001-2009 qui peut être confrontée à celle obtenue à partir de la SAE.

La comparaison du nombre de journées et de séjours enregistrés dans la SAE et le PMSI montre une cohérence globale des données dans les deux sources même si des différences de niveaux sont observables du fait de différences de concepts. Par exemple, pour les séjours, les consignes concernant les entrées par mutations ne sont pas les mêmes dans les deux sources. Lorsqu'un patient est transféré dans un autre établissement, mais toujours au sein de la même entité juridique et d'un service de MCO, une nouvelle entrée est comptabilisée dans la SAE alors qu'il s'agit toujours du même séjour dans le PMSI. Cela explique un nombre de séjours plus élevé dans la SAE que dans le PMSI. En termes d'évolution, on observe la même tendance entre les deux sources pour les journées sur toute la période et pour les séjours jusqu'en 2007. À partir de 2007, on note que le nombre de séjours issus du PMSI-MCO diminue puis se stabilise alors que le nombre de séjours issus de la SAE augmente. Cette baisse dans le PMSI s'explique par des modifications de codage – liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits sécurité environnement (SE) – qui excluent certains séjours du champ du PMSI. L'arrêté sur les forfaits SE liste un certain nombre d'actes qui doivent désormais être enregistrés en consultations externes et non plus parmi les séjours, du fait qu'ils sont effectués sans anesthésie. C'est le cas par exemple des séjours d'endoscopie sans anesthésie. Ces exclusions ne sont néanmoins pas faites dans la SAE. De plus, concernant les séjours, on observe, d'une source à l'autre, un « basculement » entre les séjours de médecine et les séjours de chirurgie. En effet, les séjours ne sont pas classés de la même manière dans les deux sources :

Classification des séjours	
SAE	PMSI – MCO
Les journées sont réparties en fonction de la discipline d'équipement (médecine, chirurgie et obstétrique) et sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient. Un séjour est <i>chirurgical</i> lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, <i>médical</i> si le lit est catalogué en médecine, et <i>obstétrique</i> si la patiente est hospitalisée en gynécologie-obstétrique. La SAE mesure les séjours entrants du 1 ^{er} janvier au 31 décembre. Toute journée de présence est comptée. Une entrée du 28/12 comporte 4 jours pour l'année N, même si le patient est toujours présent le 1 ^{er} janvier N + 1.	Le PMSI décrit les prestations livrées au patient. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic obstétrique, il sera classé en <i>obstétrique</i> ; l'affectation se fera en séjour <i>chirurgical</i> si au moins un acte opératoire significatif est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de <i>médical</i> . Le PMSI recense les séjours terminés dans l'année. Seules les journées des séjours clos sont comptabilisées. Dans l'illustration les 4 jours ne seront comptés qu'au titre de l'année N + 1.

Concernant le nombre de journées réalisées en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation et le nombre de journées réalisées à domicile, on observe une cohérence entre les déclarations des PMSI et de la SAE en 2008. En revanche, un écart est observé entre les journées d'hospitalisation complète de psychiatrie. Cependant cet écart s'explique par le caractère encore « jeune » du PMSI Psychiatrie (RIM-P) avec un taux de non-réponse de 17 % au RIM-P en 2008.

TABLEAU 3

Nombre de journées réalisées à partir du PMSI et de la SAE en 2008

	PMSI	SAE
Psychiatrie	17 042 544	18 591 476
Soins de suite et de réadaptation (hospitalisation complète)	31 923 028	30 126 294
Hospitalisation à domicile	2 924 449	3 022 373

Champ • France entière pour la psychiatrie et les soins de suite, France métropolitaine pour l'hospitalisation à domicile.
Sources • SAE 2008, RIM-P 2008, PMSI-SSR 2008 et PMSI-HAD 2008, traitements DREES.

ENCADRÉ 4

Le personnel dans la SAE, méthodologie**Recensement du personnel médical dans la SAE**

La SAE recense le personnel médical salarié rémunéré en décembre ainsi que libéral en activité au mois de décembre. Les praticiens salariés sont à la fois comptabilisés en effectif et en équivalent temps plein (ETP) pour les établissements publics et privés. Cependant, le personnel médical libéral n'est recensé qu'en effectif et de manière différente pour les établissements publics et privés. Pour les établissements privés les effectifs des libéraux sont recensés selon leur caractère exclusif ou non, c'est-à-dire selon que les praticiens exercent leur activité dans un ou plusieurs établissements de santé, en plus d'une éventuelle activité dans un cabinet libéral. Sont ainsi déclarés par les établissements privés, les libéraux exclusifs à temps plein, les libéraux exclusifs à temps partiel et les libéraux non exclusifs. Pour les établissements publics, le mode de recensement est différent : les effectifs des libéraux sont demandés dans leur ensemble, sans distinguer leur caractère exclusif ou non. Ainsi, si les ETP des libéraux peuvent être estimés pour les établissements privés à partir des effectifs et en fonction de leur caractère exclusif ou non, cela n'est pas possible pour les établissements publics. Le choix a donc été pris, pour cette étude, de considérer les praticiens libéraux du secteur privé uniquement, prenant ainsi les seuls salariés pour le secteur public ; ceux-ci représentant 97 % du personnel médical des établissements publics en 2009. Les ETP des libéraux des établissements privés ont alors été estimés de la manière suivante :

- 1 ETP pour 1 libéral exclusif à temps plein
- 0,5 ETP pour 1 libéral exclusif à temps partiel
- 0,2 ETP pour 1 libéral non exclusif.

Évolution du personnel non médical dans la SAE

Les questions relatives au décompte du personnel non médical dans la SAE ont évolué à deux reprises sur la période récente c'est-à-dire à partir de 2001 après la refonte de la SAE :

- Une première fois en **2006** du fait de la modification du plan comptable
- Une seconde fois en **2009** du fait de la simplification et de la modification du questionnaire pour contrôler la cohérence entre les déclarations annuelles des données sociales (DADS¹⁵) et SAE.

La classification des effectifs non médicaux des établissements de santé publics dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) dépend des comptes définis dans le plan comptable.

Jusqu'en 2006, les comptes 6411, 6413 et 6415 représentaient respectivement les personnels titulaires et stagiaires, les personnels non titulaires sur emplois permanents et les personnels non médicaux de remplacement. Ainsi, jusqu'à cette date, les CDD sur emplois permanents devaient être intégrés dans le compte 6413.

En 2006, la définition des comptes de personnel dans le plan comptable des établissements de santé publics a été modifiée (JO : décret 2005-1474 du 30 novembre 2005). Ainsi, à partir de 2006, seul le personnel non titulaire en CDI relève du compte 6413 et les non-titulaires en CDD relèvent dorénavant du compte 6415. Ces nouvelles consignes ont été communiquées aux établissements lors de la collecte 2007, créant ainsi une rupture de série théorique au niveau des comptes 6413 et 6415. Néanmoins il semble que certains établissements ont continué de renseigner les personnels en CDD sur emplois permanents avec les personnels en CDI dans le compte 6413.

Par ailleurs, la logique de dénombrement n'est pas la même pour les emplois permanents, c'est-à-dire les comptes 6411 et 6413 d'une part et pour les emplois non permanents (compte 6415) d'autre part. En effet, les emplois permanents sont comptabilisés en effectifs et ETP rémunérés au 31 décembre ainsi qu'en ETP mensuels moyens sur l'année alors que les personnels non permanents ne sont comptabilisés qu'en ETP mensuels moyens sur l'année du fait de leur plus forte variabilité en infra annuel.

Sur la période 2006-2008 seuls les totaux d'ETP moyens mensuels rémunérés sont donc vraiment comparables.

En 2009, un questionnaire (appelé bordereau) unique a été mis en place pour les secteurs public et privé en fusionnant les bordereaux existants et en distinguant le personnel par type de contrat (CDI, CDD, fonction publique hospitalière) pour favoriser le rapprochement entre les DADS et la SAE et limiter ainsi les problèmes de sous ou sur déclaration. La dénomination des comptes a été abandonnée au profit des catégories de personnel par type de contrat. Sont ainsi demandés les personnels titulaires et stagiaires de la FPH, les personnels en CDI et les personnels en CDD en effectif et ETP rémunérés en décembre.

La catégorie CDD apparaît donc explicitement, ce qui a visiblement conduit à un dénombrement plus exhaustif des CDD et à un transfert entre les lignes correspondant aux comptes 6413 et 6415 pour les CDD auparavant renseignés par erreur en CDI.

Ces modifications de questionnaires rendent les comparaisons du nombre de personnels non médicaux difficiles d'une année sur l'autre, notamment par type de contrat. En effet, l'évolution du nombre d'équivalents temps plein des CDI ne peut être calculée rigoureusement du fait que des CDD sont comptabilisés avec ces CDI avant 2009. Le même problème se pose pour les CDD comptés pour partie en comptes 6413 et 6415. Afin de pouvoir étudier des séries longues sur l'ensemble du personnel non médical, une estimation des ETP des personnels de remplacement (compte 6415) a été faite pour la période 2001-2008. Les ETP en décembre de ces personnels ont ainsi été estimés par les ETP mensuels moyens rémunérés.

De même pour les déclarations des ETP par discipline d'équipement. Jusqu'en 2008, les ETP des personnels du compte 6415 n'étaient pas pris en compte. Les ETP de personnel non médical par discipline ont alors été estimés en appliquant, aux séries de personnel non médical créées avec estimation des ETP du compte 6415, la répartition des ETP par discipline déclarée par les établissements sur les emplois titulaires et non titulaires permanents.

15. La déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative que doit remplir toute entreprise employant des salariés, en application de l'article R243-14 du code de la Sécurité sociale et des articles 87.240 et 241 de la loi 51-711 du 7 juin 1951 du Code général des impôts. Ne sont pas soumis à l'obligation annuelle de déclaration, les particuliers employeurs, qui remplissent une déclaration nominative trimestrielle.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Baudouin Seys
Secrétariat de rédaction et mise en page : La Souris

ISSN : 1958-587X
