

dossiers solidarité et santé

n°1 • janvier - mars 2006



LES PROFESSIONS DE SANTÉ
ET LEURS PRATIQUES

sommaire

Les professions de santé et leurs pratiques

dossiers solidarité et santé n°1 • janvier - mars 2006

INTRODUCTION 5

DOSSIER

Les évolutions démographiques des professions de santé
Daniel SICART 7

Les salariés dans le secteur hospitalier en 2003
Marc COLLET 23

Les trois premières années de carrière des infirmiers
de la génération 2001
Rémy MARQUIER et Salah IDMACHICHE 35

Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes,
infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes
Nadine LEGENDRE 51

Une typologie des recours urgents
ou non programmés à la médecine de ville
Marie GOUYON 61

Les effets de la mise en oeuvre de systèmes de paiements prospectifs
de type T2A sur la qualité :
une approche à partir de la littérature internationale
Frédéric BOUSQUET, Pierre LOMBRAIL et Anne-Lise GUISSSET 69

introduction ■

LES PROFESSIONS DE SANTÉ ET LEURS PRATIQUES

dossiers solidarité et santé n° 1 • janvier - mars 2006

Ce premier numéro de l'année présente un panorama des professions de santé et de leurs pratiques, abordant différentes questions, comme celle des évolutions démographiques, des salariés dans le secteur hospitalier et des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville. Certaines professions sont examinées de manière plus détaillée au travers d'une étude sur les trois premières années de carrière des infirmiers et d'une autre sur les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, une revue de la littérature internationale tente de cerner les effets des systèmes de paiement prospectif, dont celui de la tarification à l'activité (T2A), sur la qualité des soins.

S'appuyant pour l'essentiel sur les données du répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, *Daniel Sicart* dresse un portrait de quelques professions de santé : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes. Pour chacune d'entre elles, il examine les évolutions démographiques, la composition par âge et par sexe, les comportements de mobilité, les structures et les modes d'exercice et les répartitions régionales. Il apparaît notamment que, entre 1990 et 2005, les effectifs des sages-femmes, des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes ont enregistré des taux de croissance proches de 50 %, loin devant les chirurgiens-dentistes (+ 8,3 %), tandis que les effectifs de médecins devraient continuer à croître jusqu'en 2008. Le vieillissement des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des infirmiers laisse prévoir des départs massifs en retraite, qui devraient être plus ou moins compensés par le relèvement du *numerus clausus*. Enfin, chaque profession de santé connaît, à des degrés divers, des disparités régionales en termes de densité par habitant.

Dans le deuxième article, *Marc Collet* examine la situation salariale des professionnels des établissements de santé en 2002-2003. L'analyse s'appuie sur les données issues des Déclarations annuelles de données sociales qui permettent notamment de comparer les rémunérations versées dans le public et le privé à but lucratif ou non. La réduction du temps de travail (RTT), mise en place plus tardivement dans la Fonction publique hospitalière, a conduit à des politiques de ressources humaines contrastées en termes d'embauche, d'horaires et d'utilisation des heures supplémentaires. Ces mesures ont eu un impact sur les évolutions annuelles de la masse salariale, ont entraîné un rajeunissement des salariés du public (contrairement au secteur privé) et une diminution des rémunérations annuelles dans les établissements publics. En moyenne, les salariés à temps complet du secteur privé sont moins bien rémunérés que ceux du public, à l'exception des cadres.

Rémy Marquier et Salah Idmachiche proposent ensuite une étude sur les trois premières années de carrière des infirmiers qui sont sortis de formation initiale en 2001. La situation des infirmiers sur le marché du travail apparaît globalement meilleure que celle d'autres diplômés de niveau équivalent : ils accèdent plus rapidement à l'emploi, travaillent moins souvent à temps partiel et connaissent peu l'inactivité ou le chômage ; ils bénéficient également de rémunérations plus avantageuses, même si elles augmentent moins au cours des trois premières années d'exercice.

• • •

• • •

Nadine Legendre s'intéresse quant à elle aux revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Globalement, entre 1993 et 2004, ces professions ont connu des gains de revenus réels (respectivement de + 1,3 %, + 1,7 % et 0,3 %). Ceux des dentistes et des infirmiers sont en partie liés au développement de leur activité, ceux des masseurs-kinésithérapeutes, aux revalorisations tarifaires. Par ailleurs, une cartographie des revenus libéraux par professions révèle de fortes disparités régionales, avec des écarts de revenus particulièrement marqués chez les dentistes.

À partir d'une enquête réalisée par la Drees en 2004, *Marie Gouyon* met en évidence sept grands types de recours urgents ou non programmés à la médecine de ville, selon l'âge des patients, la nature du recours et le diagnostic réalisé par le médecin.

Enfin, *Frédéric Bousquet, Pierre Lombrail et Anne-Lise Guisset* se penchent sur les effets de la mise en oeuvre des systèmes de paiement prospectif sur la qualité et l'accès aux soins. Cette étude est plus particulièrement orientée sur les méthodes d'analyse utilisées dans un certain nombre de travaux empiriques, essentiellement américains. Ces derniers mettent en évidence un impact du financement prospectif sur la diminution de la durée de séjour et l'évolution des modes de prise en charge, mais ne perçoivent pas d'effets négatifs sur la mortalité. Aux États-Unis, le passage au paiement prospectif a provoqué une diminution de l'activité, à l'inverse de la Norvège ou de la Suède où celle-ci a considérablement augmenté. Globalement, la qualité des soins ne semble pas s'être dégradée depuis la mise en oeuvre du paiement prospectif.

LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Daniel SICART

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
DREES

Entre 1990 et 2005, le nombre des professionnels de santé a augmenté à un rythme soutenu (+ 2 % par an en moyenne, contre + 0,7 % pour l'ensemble des actifs). Cet article dresse le profil d'évolutions de quelques professions de santé, examinant pour chacune d'entre elles les évolutions démographiques, la composition par âge et par sexe, les comportements de mobilité, les structures et les modes d'exercice et les répartitions régionales. Ce panorama s'appuie pour l'essentiel sur les données du répertoire Adeli, ainsi que sur des projections réalisées par la Drees. Ainsi, les effectifs des médecins devraient continuer à croître jusqu'en 2008, avec une proportion croissante de femmes. L'étude montre également que les régions françaises étaient très inégalement dotées en médecins en 2005. Par ailleurs, la classe d'âge la plus représentée est celle des 45-60 ans, comme pour les pharmaciens – profession qui se caractérise également par une forte féminisation et une répartition disparate selon les régions. Chez les chirurgiens-dentistes, le taux de croissance est faible, les 45-60 ans sont surreprésentés et leurs densités régionales, inégales. La profession d'infirmier se caractérise quant à elle par une forte féminisation et un net vieillissement ; elle devrait se rajeunir et continuer à croître fortement dans les prochaines années, avec l'augmentation des quotas. La croissance du nombre de masseurs-kinésithérapeutes, profession où la répartition par âge est très homogène, devrait, elle, plutôt s'atténuer. Enfin, les effectifs de sages-femmes devraient poursuivre leur progression.

Au 1^{er} janvier 2005, les professionnels de santé étaient près de 1,8 million (soit 7,6 % des actifs ayant un emploi), contre 1,3 million en 1990 (6 % des actifs) [tableau 1]. La croissance annuelle moyenne de leurs effectifs (+ 2 % par an entre 1990 et 2005) a été plus rapide que celle de l'ensemble des actifs (+ 0,7 %) ¹. Ces professionnels ² comprennent les professions de santé réglementées par le Code de la santé publique³, auxquelles s'ajoutent les aides-soignants, les agents de services hospitaliers et d'autres professionnels, en nombre plus réduit (psychologues, ambulanciers), qui contribuent également à produire des services de santé.

LES MÉDECINS : CROISSANCE DES EFFECTIFS JUSQU'EN 2008

D'après le répertoire Adeli, le nombre de médecins, qui s'élevait à 205 900 en 2005, a connu une croissance rapide au début des années 1980 (+ 4 % par an), soutenue au début des années 1990 (+ 2 % par an) et plus modérée à partir de 1994 (+ 1 % par an en moyenne). Ce ralentissement s'explique par la diminution progressive des entrées en formation

1. BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données Sociales*, Insee.

2. Médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes et professions paramédicales (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, audio-prothésistes, opticiens lunetiers, manipulateurs d'électro-radiologie médicale).

3. Depuis le 14 octobre 2005, certaines nouvelles professions d'appareillage comme orthoprothésiste, podo-orthésiste, épithésiste, oculariste sont réglementées et donc enregistrées dans le répertoire Adeli, mais les données les concernant ne sont pas complètes à ce jour.

jusqu'au milieu des années 1990, à la suite de l'instauration d'un *numerus clausus* qui limite les admissions en deuxième année de médecine : ce quota, fixé à 8 500 étudiants en 1971, a été abaissé au cours des années 1970 et a atteint son niveau le plus bas (3 500) en 1993 – ce qui explique le faible nombre de médecins entrant en activité dans les années 2000. En revanche, les cessations d'activité ont été peu nombreuses car les médecins étaient plutôt jeunes.

Par ailleurs, la réduction des entrées en formation s'est traduite par un vieillissement de la profession, l'âge moyen des médecins étant passé de 42,4 ans en 1990 à 48,5 ans en 2005. Les professionnels appartenant à la tranche des 45-60 ans étaient nombreux en 2005 car ils ont débuté leurs études de médecine à une époque où les *numerus clausus* étaient élevés ou n'avaient pas encore été instaurés. Ils devraient cesser leur activité dans les années à venir (de 2010

TABLEAU 1 ●

principaux indicateurs synthétiques sur les professions de santé

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2005	Taux de croissance 1990-2005 (en %)	Taux de croissance annuel moyen (en %)	Taux de croissance annuel moyen lissé (en %)	Part de femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en %)	Part des 55 ans et plus (en %)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2005	Densité (pour 100 000 habitants)
• Médecins	205 864	18,9	1,2	1,1	38,0	7,4	26,2	48,5	340
• Dentistes	41 083	8,3	0,5	0,5	34,7	14,0	26,4	47,1	68
• Pharmaciens	67 484	26,2	1,6	1,6	64,2	15,8	20,7	45,9	111
• Sages-femmes	16 550	54,6	2,9	3,1	99,0	29,8	14,0	41,9	114 ³
• Infirmières	452 466	48,6	2,7	2,8	87,1	28,5	15,6	42,6	747
• Masseurs-kinésithérapeutes	60 364	57,8	3,1	3,1	44,0	30,3	21,3	42,9	100
• Orthophonistes	15 909	59,1	3,3	3,2	95,7	29,8	15,8	42,3	26
• Orthoptistes	2 588	79,1	4,1	4,2	92,2	39,1	11,8	39,5	4
• Psychomotriciens	5 894	...	...	...	85,5	36,1	7,8	39,9	10
• Pédiçures-podologues	10 550	85,8	4,2	...	68,0	38,1	16,9	40,9	17
• Ergothérapeutes	5 370	...	...	...	85,1	47,4	7,7	37,2	9
• Audio-prothésistes	1 806	...	...	...	41,0	35,2	22,3	43,1	3
• Opticiens	15 141	...	...	...	46,3	51,2	15,4	38,8	25
• Manipulateurs d'électro-radiologie médicale	24 512	...	...	...	72,6	28,2	13,8	42,3	40
Ensemble des professions réglementées par le Code de santé publique	925 581	...	...	...	68,4	23,1	19,0	41,4	1 528
Aides-soignants	455 806	59,6	3,4	3,3	90,3	30,5	7,0	40,1	753
Agents de service hospitaliers et professions assimilées	299 353	24,7	1,6	0,8	79,8	28,3	9,2	40,8	494
Autres ²	171 366	...	...	...	...	...	...	...	...
Total professions de santé	1 852 106	36,3	2,2	1,9	76,1	30,3	9,9	40,9	
Ensemble des actifs	24 512 696	9,8	0,7	0,7	45,5	33,0	11,3	40,4	

Note : pour certaines professions de santé, plutôt récentes, les données de 1990 ne sont pas disponibles (...).

1. Les taux de croissance annuels lissés sont calculés à partir des tendances linéaires ajustant au mieux les effectifs annuels sur la période d'étude, afin notamment de limiter l'impact des fluctuations d'échantillonnage de l'enquête Emploi sur les évolutions.

2. La catégorie «Autres» est obtenue par différence entre le total des professions de santé tiré de l'enquête Emploi et les effectifs des professions de santé réglementées tirés du répertoire Adeli.

3. Il s'agit ici de la densité de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Répertoire Adeli pour les professions de santé réglementées, Drees ; enquêtes Emploi 1990-2004 pour les aides-soignants, les agents de service hospitaliers, la catégorie «Autres», le total des professions de santé et l'ensemble des actifs, Insee.

à 2025), amorçant ainsi une baisse du nombre de médecins qui s'amorcerait à partir de 2008. D'après les projections réalisées par la Drees en 2004, sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 7 000 à partir de 2006 et en supposant les comportements des médecins constants et les décisions des pouvoirs publics inchangées, la France métropolitaine compterait 186 000 médecins à l'horizon 2025 ⁴.

Plus de femmes mais peu d'étrangers

Parmi les étudiants en médecine, les femmes sont devenues majoritaires, notamment en début de cursus : en 2002, elles représentaient 64 % des étudiants en première année ⁵. D'après les projections réalisées par la Drees en 2004, la proportion de femmes chez les médecins en exercice devrait ainsi passer de 38 % en 2005 à 45 % en 2015, pour dépasser 50 % en 2025. Les femmes seraient alors plus jeunes que leurs homologues masculins.

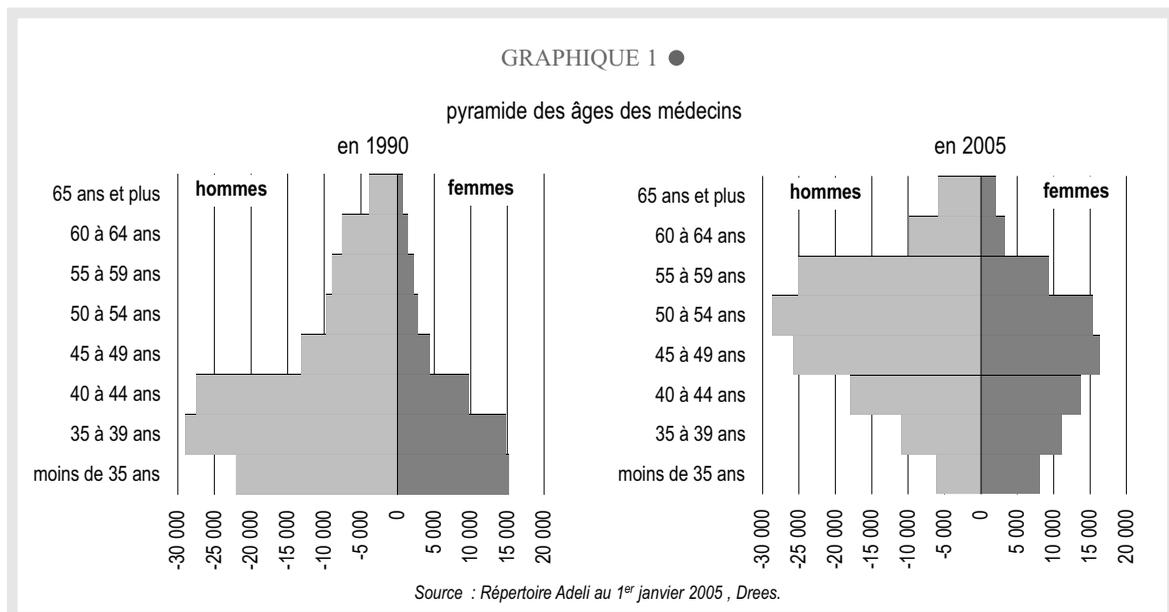
Les médecins de nationalité étrangère (à distinguer des 5 100 médecins titulaires d'un diplôme étranger, parmi lesquels 2 200 nationaux) étaient au nombre d'environ 6 000 d'après le répertoire Adeli (5 902 pour la France métropolitaine ; 6 021 avec les départements d'outre-mer – DOM), soit près de 2,8 % de l'ensemble des médecins. Ce nombre est toutefois sous-estimé, notamment parce qu'il s'agit principalement de médecins salariés hospitaliers pour lesquels l'inscription au répertoire Adeli n'est pas aussi systématique que pour les autres caté-

gories de médecins. À titre de comparaison, le Conseil national de l'Ordre des médecins enregistrait 6 900 médecins de nationalité étrangère au 1^{er} janvier 2004 et 7 400 au 1^{er} janvier 2005.

Fortes disparités régionales

En 2005, les régions présentant les densités de médecins les plus fortes étaient l'Île-de-France (424 médecins pour 100 000 habitants) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur – PACA (416) ; celles qui présentaient les densités de médecins les plus faibles, les DOM (240) et la Picardie (259) [graphique 2a]. Cette gradation vaut aussi pour les densités de spécialistes (respectivement 239 et 223 pour l'Île-de-France et PACA, en tête ; 117 et 109 pour la Picardie et les DOM) [graphique 2c]. Les densités régionales de généralistes sont moins disparates que celles des spécialistes : la région PACA, le Languedoc-Roussillon et l'Île-de-France sont les plus dotées, avec respectivement 193, 186 et 184 médecins généralistes pour 100 000 habitants, les moins pourvues étant les DOM (131), le Centre (137) et la Haute-Normandie (139) [graphique 2b].

La part des médecins de 55 ans et plus varie également beaucoup d'une région à l'autre : de 22,1 % pour les Pays de la Loire, 22,3 % pour le Limousin et 22,6 % pour la Franche-Comté, à 27,9 % pour Midi-Pyrénées et la Corse et 30,4 % pour l'Île-de-France, la moyenne nationale de la France entière se

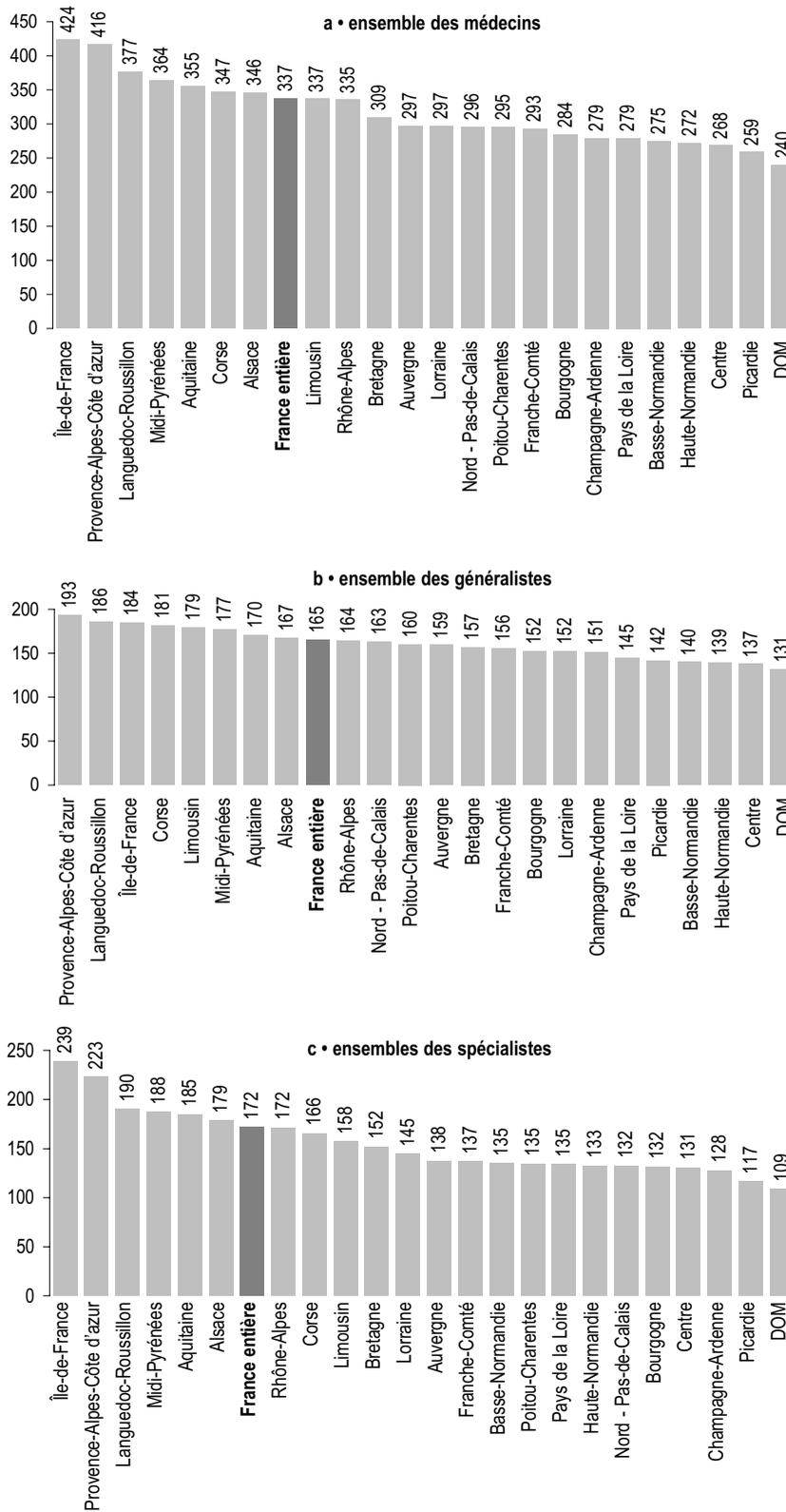


4. BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, Drees, novembre 2004.

5. LABARTHE G., HÉRAULT D., « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », *Études et résultats*, n° 244, Drees, juin 2003.

GRAPHIQUE 2 ●

densités régionales de médecins en 2005



Source : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

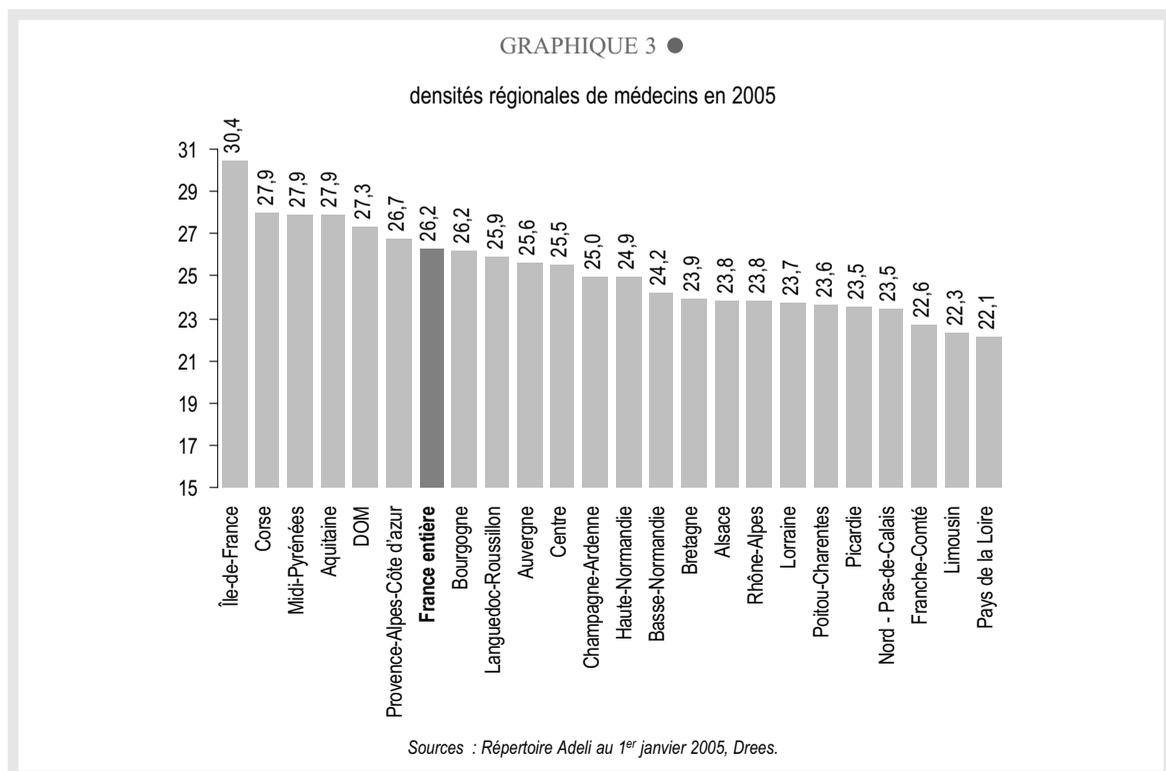
situant autour de 26,2 % [graphique 3]. L'Île-de-France est donc la région dans laquelle on compte la plus forte densité médicale, mais aussi le plus de médecins âgés. À moyen terme, et en supposant que les décisions des pouvoirs publics (*numerus clausus*, nombre de places aux épreuves classantes nationales) et les comportements d'installation des futurs médecins demeurent inchangés, les départs en retraite massifs prévus en Île-de-France pourraient conduire à une réduction des disparités régionales de densité. Si les médecins modifiaient leurs comportements de mobilité, en allant exercer dans les régions où les départs à la retraite sont les plus nombreux, lesquelles sont réputées par ailleurs les plus attractives⁶, ce resserrement des densités régionales se trouverait en grande partie mis en cause.

Les comportements de mobilité des médecins, très variables selon les régions [tableau 2], dépendent de leur capacité à retenir leur diplômés et à attirer des diplômés venant d'autres régions. En 2005, sur l'ensemble des médecins diplômés en France métropolitaine, la part des médecins exerçant dans leur région de thèse était en moyenne de 69 %. Si l'on ajoute la

Corse, qui ne dispose pas de faculté de médecine, et les DOM, pour lesquels le troisième cycle est effectué dans la région Aquitaine⁷, cette proportion n'est plus que de 67 %.

L'étude des flux entre régions révèle aussi leurs inégales possibilités de formation⁸. En 2005, l'Île-de-France formait 32,8 % des médecins exerçant dans le Centre et 30,3 % des médecins exerçant en Picardie ; l'Aquitaine formait 19,4 % des médecins exerçant en Poitou-Charentes et 13,3 % des médecins exerçant dans les DOM, qui ne disposent pas de troisième cycle de médecine. Hormis ce cas particulier, le Poitou-Charentes et le Centre faisaient partie des régions où s'installent le moins de diplômés qui en sont originaires, avec des proportions respectives de 37 % et 40,9 %. À l'inverse, le Nord-Pas-de-Calais retenait 83,5 % de ses diplômés.

Au-delà des disparités régionales, se pose la question de la répartition entre généralistes et spécialistes. Le ratio de 2005 (48,9 % de généralistes et 51,1 % de spécialistes⁹) pourrait évoluer, d'une part parce que les spécialistes partiront plus en retraite que les généralistes – l'âge moyen des spécialistes



6. BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Études et Résultats*, n° 353, Drees, novembre 2004.

7. On exclue aussi les médecins diplômés à l'étranger et ceux pour lesquels le lieu de diplôme n'est pas connu.

8. NIEL X., « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, XXXI^e année, n° 2, p. 141-172, avril-juin 2001.

VILAIN A., NIEL X., « Les inégalités régionales de densité médicale : le rôle de la mobilité des jeunes médecins », *Études et Résultats*, n° 30, Drees, septembre 1999.

9. SICART D., « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2005 », *Document de Travail, série Statistiques*, n° 88, Drees, octobre 2005.

(49,2 ans) est supérieur à celui des généralistes (47,8 ans) –, d'autre part, en raison de la réforme de l'accès au troisième cycle : en effet, depuis la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN), les étudiants en troisième cycle choisissent en priorité d'exercer une spécialité plutôt que la médecine générale et l'ensemble des postes ouverts en médecine générale n'ont pas été pourvus. Ainsi, les affectations en troisième cycle de médecine générale ne représentent que 46,2 % des postes ouverts et 36,6 % des postes pourvus en 2004, et 50 % des postes ouverts et 37 % des postes pourvus en 2005¹⁰.

Diminution de la part des médecins libéraux

En 2005, les médecins libéraux ou mixtes représentaient 58,8 % de l'ensemble des médecins, les médecins salariés hospitaliers, 29,4 % et les salariés non hospitaliers, 11,7 %. La part des médecins libéraux a sensiblement diminué depuis 1990, où elle s'élevait à 62,2 %, même si leur nombre a presque doublé entre 1990 et 2005. Entre 1993 et 2003, le revenu libéral des médecins a progressé régulièrement pour s'accroître fortement dans les dernières années¹¹. Cette augmentation a concerné toutes les

TABLEAU 2 ●

répartition des médecins exerçant dans une région, selon la région où ils ont obtenu leur diplôme

Région de diplôme	Région d'exercice																										
	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord - Pas-de-Calais	Pays de la Loire	Picardie	Poitou Charentes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Rhône-Alpes	DOM	France entière			
Alsace	80,4	0,6	0,8	0,7	1,2	0,7	0,9	1,1	0,8	5,7	0,6	0,6	1,3	0,7	8,4	0,6	0,3	0,8	0,7	0,7	1,1	1,0	2,4	3,5			
Aquitaine	0,3	69,4	1,1	1,2	0,7	2,0	1,8	0,7	1,5	0,2	0,5	1,1	1,9	5,2	0,5	4,0	0,3	2,0	0,8	19,4	1,7	0,6	13,3	5,5			
Auvergne	0,3	0,6	63,5	0,3	2,8	0,3	1,4	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	1,1	4,5	0,3	0,6	0,1	0,5	0,2	0,5	0,6	1,0	1,3	1,8			
Basse-Normandie	0,2	0,3	0,2	53,9	0,3	1,5	0,5	0,3	0,5	0,1	2,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	1,5	0,3	0,4	0,2	0,2	1,3	1,5			
Bourgogne	0,4	0,3	0,8	0,4	46,1	0,4	1,0	2,9	0,7	4,0	0,4	0,4	0,7	0,4	0,4	0,3	0,2	0,5	0,2	0,5	0,6	1,5	1,1	1,7			
Bretagne	0,2	0,6	0,5	4,7	0,5	61,6	1,3	0,5	1,0	0,3	0,8	0,7	0,5	0,5	0,3	0,5	0,3	5,9	0,5	1,6	0,6	0,4	2,4	3,7			
Centre	0,2	0,7	0,9	1,3	0,9	1,1	40,9	0,5	0,8	0,3	0,5	0,8	0,7	1,3	0,2	0,5	0,3	3,9	0,6	3,9	0,6	0,5	2,1	2,2			
Champagne-Ardenne	0,1	0,3	0,6	0,6	0,9	0,7	1,0	54,0	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,7	0,3	0,6	0,6	5,3	0,8	0,4	0,5	0,6	1,6			
Franche-Comté	2,7	0,4	0,6	0,3	2,6	0,4	0,5	0,8	0,7	67,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,9	0,4	0,1	0,3	0,1	0,6	0,6	1,1	1,3	1,7			
Haute-Normandie	0,2	0,5	0,5	3,1	0,4	1,1	0,9	0,4	0,5	0,3	60,6	0,8	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,8	0,9	0,7	0,3	0,3	1,9	2,0			
Île-de-France	5,0	8,2	9,2	22,0	18,3	13,2	32,8	14,9	14,0	6,1	23,7	82,4	9,6	9,6	4,6	8,0	5,4	15,3	30,3	14,8	9,7	8,2	21,6	28,2			
Languedoc-Roussillon	0,7	1,2	2,9	0,6	1,3	0,5	1,1	0,8	5,5	0,5	0,5	0,9	61,0	1,1	0,4	3,8	0,3	0,8	0,4	1,0	5,1	2,3	9,1	4,3			
Limousin	0,2	2,3	1,4	0,1	0,5	0,4	1,6	0,2	0,8	0,1	0,1	0,2	0,6	63,0	0,0	1,5	0,1	1,5	0,2	4,0	0,3	0,3	0,9	1,3			
Lorraine	3,1	0,8	1,2	1,2	3,5	1,0	1,7	10,8	0,9	4,9	0,7	0,7	1,3	0,7	77,5	0,9	1,3	1,4	1,0	1,1	1,3	1,7	2,1	4,0			
Midi-Pyrénées	0,2	6,3	1,7	0,3	0,4	0,4	1,1	0,4	0,9	0,3	0,3	0,7	7,3	3,2	0,2	69,5	0,2	0,8	0,5	1,2	1,4	0,5	6,7	4,6			
Nord - Pas-de-Calais	0,6	1,3	0,8	2,2	1,6	1,7	1,8	2,8	2,0	0,4	2,1	1,3	1,3	1,2	0,5	1,5	83,5	2,1	9,1	1,7	1,7	1,6	4,7	6,4			
Pays de la Loire	0,3	1,0	0,6	2,3	0,6	7,6	2,1	0,4	0,4	0,1	0,8	0,8	0,8	0,9	0,2	0,7	0,4	57,1	0,4	4,6	0,5	0,5	2,7	3,7			
Picardie	0,2	0,3	0,4	0,8	0,5	0,7	0,7	0,7	0,8	0,1	1,7	0,6	0,5	0,7	0,3	0,5	2,4	0,6	45,3	1,0	0,4	0,3	1,4	1,7			
Poitou-Charentes	0,1	1,3	0,5	0,3	0,3	0,5	1,8	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3	0,4	1,3	0,2	0,5	0,2	1,5	0,3	37,0	0,2	0,2	1,6	1,3			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,4	0,9	1,6	0,8	1,3	0,8	1,1	1,0	60,6	0,8	0,5	1,0	3,5	1,0	0,3	1,6	0,3	0,6	0,6	1,2	64,8	1,9	11,0	7,6			
Rhône-Alpes	1,2	1,2	9,1	1,0	12,9	1,5	1,6	1,6	4,9	4,9	0,7	1,4	3,2	1,4	1,2	1,6	0,5	1,2	0,8	1,5	5,5	73,6	6,5	9,1			
DOM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0			
Inconnu	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,2			
Étranger	2,8	1,5	1,2	1,6	2,2	1,7	1,9	4,6	1,9	2,0	1,4	3,6	2,6	1,8	2,5	1,9	3,0	1,3	1,6	1,5	2,3	1,8	3,2	2,4			
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			

Lecture : En 2005, sur 100 médecins exerçant en Alsace, 80,4 ont obtenu leur diplôme en Alsace et 5 en Île de France.

Champ : Médecins actifs au 1^{er} janvier 2005, France entière.

Source : Répertoire Adeli, Drees.

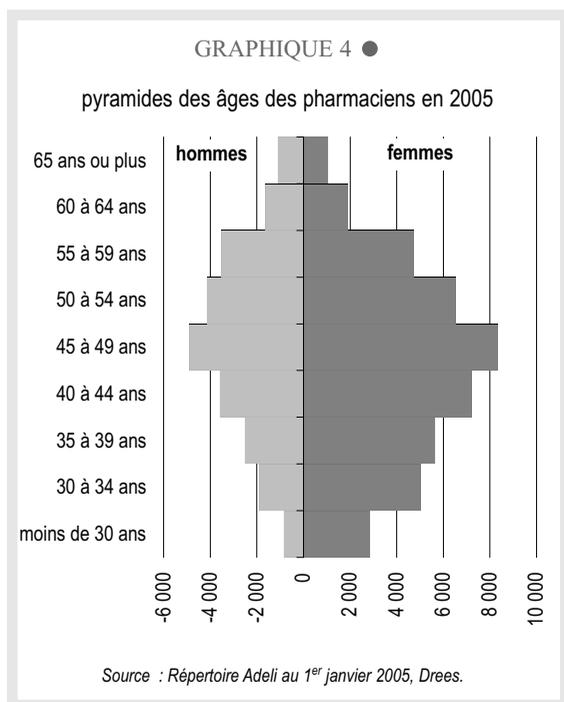
10. BILLAUT A., « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n°429, Drees, septembre 2005.

11. LEGENDRE N., « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », *Études et Résultats*, n°412, Drees, juillet 2005.

spécialités, avec des niveaux de revenus annuels très disparates : entre 196 100 € et 150 100 € pour les radiologues et les anesthésistes ; 57 200 € pour les psychiatres ; 63 600 € pour les omnipraticiens, etc. Le revenu libéral moyen, toutes spécialités confondues (y compris omnipraticiens), se situait à 81 500 € en 2004 ¹².

LES PHARMACIENS : FÉMINISATION ET VIEILLISSEMENT DE LA PROFESSION

Au 1er janvier 2005, le répertoire Adeli recensait environ 67 500 pharmaciens¹³, soit une hausse de 26 % par rapport à 1990. À partir de 1980, l'instauration d'un *numerus clausus* a freiné la croissance du nombre de pharmaciens : supérieure à + 4 % par an avant la seconde moitié des années 1980, elle est ensuite descendue à + 1,5 % à 2 % par an ¹⁴.



Parallèlement, leur âge moyen a augmenté de 6 ans depuis 1980 ¹⁵, pour atteindre 46 ans en 2005. La classe d'âge la plus représentée est celle des 45-49 ans [graphique 4]. À la suite du *numerus clausus*, les entrées en formation ont diminué, réduisant ainsi la présence des jeunes générations parmi l'ensemble de la profession. Le vieillissement de la profession explique en partie le relèvement du *numerus clausus* à partir de 2000 (de 2 250 pour l'année universitaire 2000-2001 à 2 790 en 2004-2005). Par ailleurs, la féminisation forte et ancienne qui caractérise la profession ¹⁶, à l'inverse des médecins et des dentistes, se poursuit, les femmes demeurant majoritaires parmi les diplômés de pharmacie. Ainsi, en 2005, la profession comptait 65 % de femmes, contre 55 % en 1980. Les pharmaciennes actives sont plus jeunes que leurs homologues masculins (44 ans contre 47 ans en moyenne). En revanche, le nombre d'étrangers demeure faible (470 pharmaciens de nationalité étrangère au 1^{er} janvier 2005, soit 0,6 % de l'ensemble des pharmaciens).

D'après les projections réalisées par la DREES en 2005, à partir des données du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ¹⁷, en supposant que le *numerus clausus* soit maintenu au même niveau (2 790 étudiants), la densité de pharmaciens en France entière augmenterait de 114 à 118 pour 100 000 habitants entre 2005 et 2015, avant de diminuer et de retrouver en 2030 son niveau actuel.

Réduction de la part des pharmaciens d'officine

En 2005, 75,6 % des pharmaciens recensés exerçaient en officine, 8,7 % en établissements de santé (dont un tiers en tant que biologistes), 7,9 % en laboratoires d'analyses biomédicales et 6,5 % dans les entreprises du médicament ¹⁸. Cette répartition évolue fortement : non seulement la part des pharmaciens officinaux se réduit, mais, au sein de ces derniers, celle des titulaires diminue au profit des salariés (pharmaciens adjoints).

12. LEGENDRE N., « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n°457, Drees, janvier 2006.

13. Le fichier du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens recense environ 70 500 pharmaciens actifs en France (y compris DOM). Pour une comparaison des 2 sources, cf. Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Tome 1.

14. COLLET M., « Les pharmaciens en France. Situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n° 437, Drees, octobre 2005.

15. Source : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP).

16. BESSIERE S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, Drees, janvier-mars 2005.

17. COLLET M., « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Construction et résultats des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 438, Drees, septembre 2005.

18. Ces chiffres sont proches de ceux du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (cf. COLLET M., « Les pharmaciens en France : situation démographique et analyse des comportements en 2004 », *Études et Résultats*, n°437, Drees, septembre 2005.)

Des densités régionales inégales, malgré la forte réglementation de l'implantation des officines

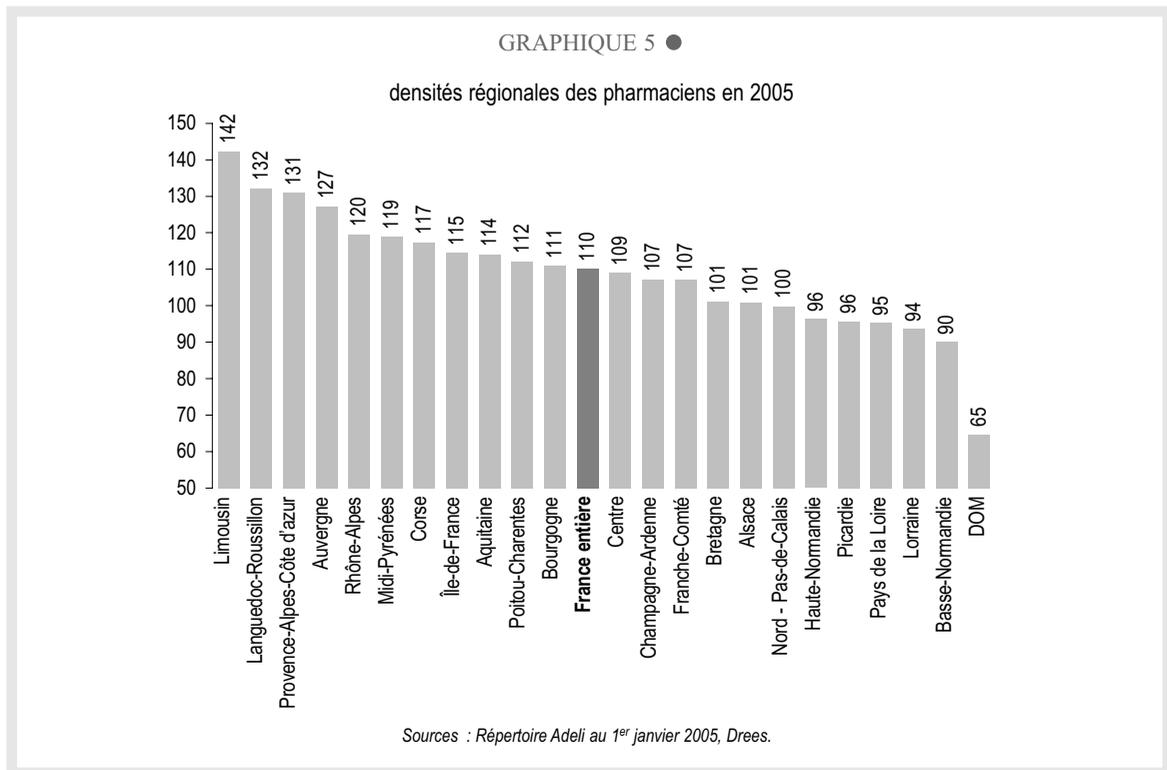
La réglementation du secteur des officines (mise en place en 1941 et modifiée en 1999¹⁹) n'a abouti qu'à une concentration limitée du nombre d'officines. Les densités de pharmaciens sont donc restées inégales [graphique 5], variant de 65 pharmaciens pour 100 000 habitants dans les DOM, à 142 pour le Limousin.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES : FAIBLE CROISSANCE ET FÉMINISATION DANS LES JEUNES GÉNÉRATIONS

Le nombre de chirurgiens-dentistes (environ 41 000 en 2005) a augmenté de 8,3 % par rapport à 1990, ce qui représente un taux d'accroissement annuel moyen de 0,5 % — le plus faible parmi les professions de santé.

En progression régulière, l'âge moyen des chirurgiens-dentistes a atteint 47,1 ans en 2005, soit une augmentation de deux ans par rapport à 2000. Malgré un niveau élevé, il est resté légèrement inférieur à celui des médecins, même si la part des moins de 35 ans chez les dentistes est deux fois plus élevée que chez les médecins — ce qui s'explique par la durée plus courte des études.

Comme pour les médecins, les classes d'âge les plus nombreuses se situent dans la tranche des 45-60 ans [graphique 6], ce qui laisse à prévoir de nombreux départs à la retraite dans les années qui viennent. Cette profession est essentiellement libérale : en 2005, 92 % des praticiens exerçaient en libéral et seulement 8 % en tant que salariés. C'est également la profession de santé la moins féminisée, avec 34,7 % de femmes en 2005. La proportion de femmes dans les générations les plus récentes étant toutefois plus élevée, la mixité devrait augmenter à l'avenir.



19. Selon cette réglementation, l'ouverture d'une officine n'est possible que si le quota d'officine en fonction de la population n'est pas atteint. En effet, depuis 1941, les règles d'implantation des officines sont passées d'un système libre à un système planifié (articles L.571, L572 et L573 du Code de la santé publique qui posent les conditions d'autorisation pour créer une officine et la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU). Depuis 1999, aucune création d'officine ne peut-être accordée dans les villes où la licence a déjà été délivrée à :

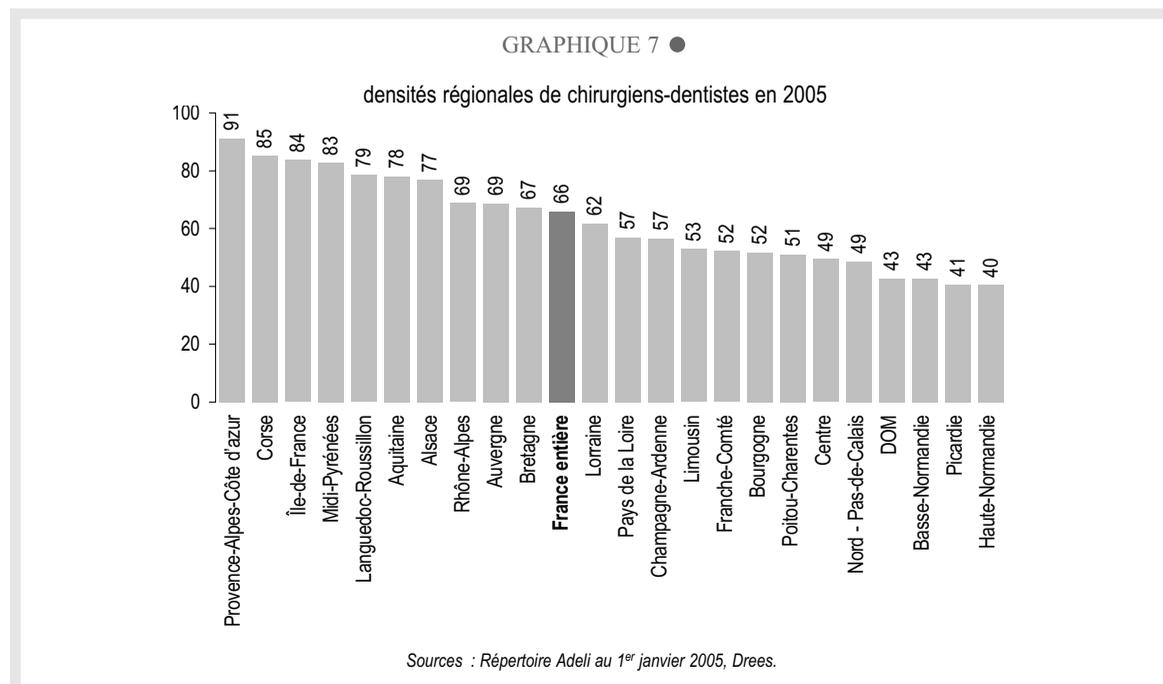
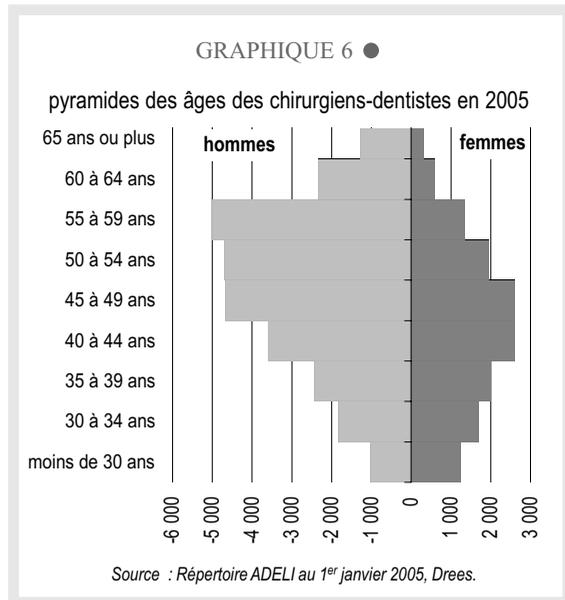
- une officine pour 3 000 habitants pour les villes de plus de 30 000 habitants ;
- une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants (ou un ensemble de communes contigües) ;
- une officine pour 3 500 habitants quelque soit la taille des communes dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Guyane, qui ont un statut particulier.

(cf. BERNADET S., COLLET M., « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires », *Études et Résultats*, n° 303, Drees, avril 2004.

Comme les professions précédentes, les densités régionales de chirurgiens-dentistes [graphique 7] restent très disparates : de 40 praticiens pour 100 000 habitants pour la Haute-Normandie, à 84 pour l'Île-de-France, 85 pour la Corse et 91 pour PACA, régions les mieux dotées.

LES INFIRMIÈRES : ACCROISSEMENT RÉGULIER DES EFFECTIFS GRÂCE À L'AUGMENTATION DES QUOTAS

Le nombre d'infirmiers (452 500 en 2005²⁰) a augmenté de 2,8 % par an en moyenne (taux lissé) au cours des quinze dernières années. Cette croissance a été particulièrement marquée entre 2000 et 2005 (supérieure à 3 % chaque année), notamment en raison de l'arrivée sur le marché du travail de professionnels qui ont bénéficié du relèvement des quotas d'entrée en formation. En effet, pour les infirmiers, les quotas, instaurés en 1983, ont dans un premier temps été revus à la baisse (de 16 117 en 1983 à 13 897 en 1989). Dès 1993, avant les autres professions, ils ont toutefois été de nouveau accrus, de manière plus forte dans les années 2000 (+ 43 % en 2001, + 13 % en 2004). Depuis 2004, le quota a été maintenu à 30 000, soit deux fois plus que dans les années 1980. Le nombre d'infirmiers devrait donc continuer à croître fortement dans les prochaines années. Si le quota actuel demeurait inchangé, on recenserait 650 000 infirmiers en 2025²¹.



20. Un travail de confrontation de plusieurs sources statistiques à partir des données de 1999 à 2003, mené par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a mis en évidence des écarts sensibles concernant les effectifs d'infirmiers. Ces écarts s'expliquent par des différences de champ et de concept qui rendent difficile un redressement statistique des données ADELI, restant de surcroît parcellaires, mais également par le non respect par certains professionnels des obligations d'inscription et d'information de changement de situation dans le répertoire Adeli. Toutefois, si les effectifs présentés ici à partir d'ADELI sont probablement légèrement sous-estimés et les évolutions sur-estimées (du fait de la non inscription et de l'amélioration parallèle de la qualité d'ADELI), les ordres de grandeur et tendances ne sont pas remis en cause.

21. BILLAUT A., BREUIL-GENIER P., COLLET M., SICART D., « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données Sociales*, 2006, Insee.

Un net vieillissement

Pour les infirmiers comme pour les autres professions, le vieillissement est un phénomène très net. La classe d'âge la plus représentée est celle des 45-49 ans [graphique 8]. D'après les enquêtes Emploi, l'âge moyen a augmenté de quatre ans entre 1990 et 2005 et, selon le répertoire Adeli, il est de 42,6 ans en 2005. Toutefois, la profession devrait bénéficier du rajeunissement qui va s'amorcer avec l'augmentation des quotas. Si le quota de 2005 était maintenu (30 000), l'âge moyen redescendrait à 39 ans en 2010.

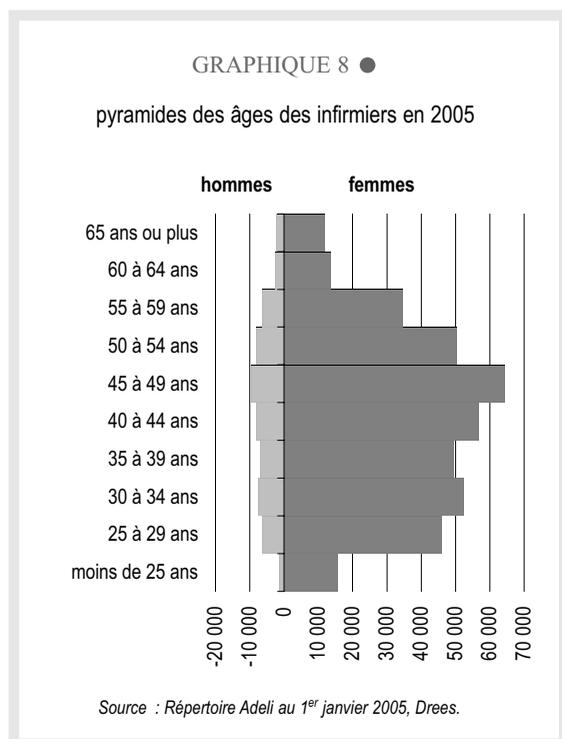
Le secteur hospitalier toujours prépondérant

La part des infirmiers exerçant en secteur libéral a légèrement progressé entre 1995 et 2005, au détriment du secteur hospitalier. Ainsi, en 2005, les infirmiers libéraux représentaient 14 % de la profession, contre 11 % en 1988. Le secteur hospitalier restait malgré tout le principal secteur d'activité, avec 73 % des effectifs infirmiers, dont

les trois quarts dans le secteur public, 8,2 % dans les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et 16,8 % dans le secteur privé lucratif. La répartition par secteur varie en fonction de l'âge, notamment en raison de l'obligation conventionnelle d'exercer trois ans comme salarié avant de pouvoir s'installer en libéral. Une étude menée sur les cinq premières années de carrière des infirmiers à partir de l'enquête génération 98 du CEREQ²² a montré que les infirmiers diplômés se dirigeaient à 49 % dans le secteur public pour leur premier poste, notamment les hommes, à l'inverse des autres professions de santé. Une part importante de ces infirmiers a conservé son emploi pendant cinq ans. Parmi ceux qui ont occupé plusieurs emplois, les infirmiers sont plus souvent passés du secteur privé au secteur public que l'inverse. Le nombre d'infirmiers libéraux commence à croître fortement dès la cinquième année après la sortie de formation et d'une façon plus nette chez les hommes (9 %) que chez les femmes (3 %). Par ailleurs, 87,1 % des infirmiers étaient des femmes en 2005 contre 87,4 % en 1999. Cette part reste stable, même si le nombre d'infirmiers masculins dans le secteur hospitalier a augmenté au cours des trente dernières années. Les infirmiers de nationalité étrangère (environ 6 900) représentaient 1,5 % de l'ensemble des infirmiers. Parmi eux, 58,2 % sont originaires d'un pays d'Europe – c'est l'Espagne qui a fourni le plus fort contingent en 2005.

Le Limousin, PACA et Midi Pyrénées étaient les trois régions les mieux dotées en infirmiers, avec respectivement 1 011, 967 et 921 infirmiers pour 100 000 habitants [graphique 9]. Paradoxalement, l'Île-de-France n'arrivait qu'en 17^e position (686). Les densités les plus faibles ont été enregistrées dans le Centre (543) et les DOM (499).

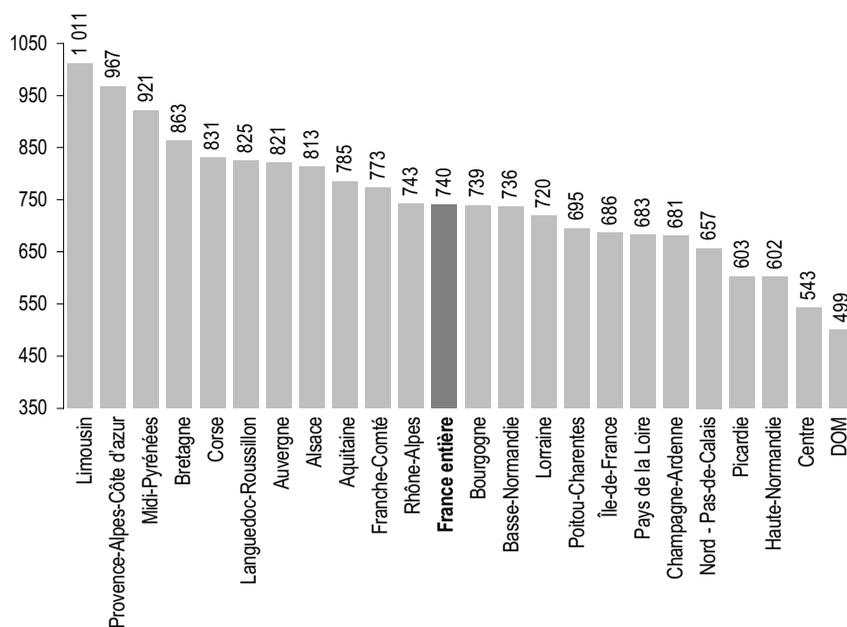
Le Limousin devrait rester en tête des régions pour la densité d'infirmiers [graphique 10], la part des infirmiers de 55 ans et plus y étant relativement peu importante (14,4 %), contrairement aux régions PACA et Midi-Pyrénées qui sont également bien dotées en infirmiers mais où la part des infirmiers âgés est forte, laissant espérer de nombreux départs. *A contrario*, la densité plutôt faible observée en Île-de-France devrait encore se réduire en raison d'une part importante d'infirmiers âgés (18,4 %).



22. MARQUIER R., « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale », *Études et Résultats*, n° 393, Drees, avril 2005.

GRAPHIQUE 9 ●

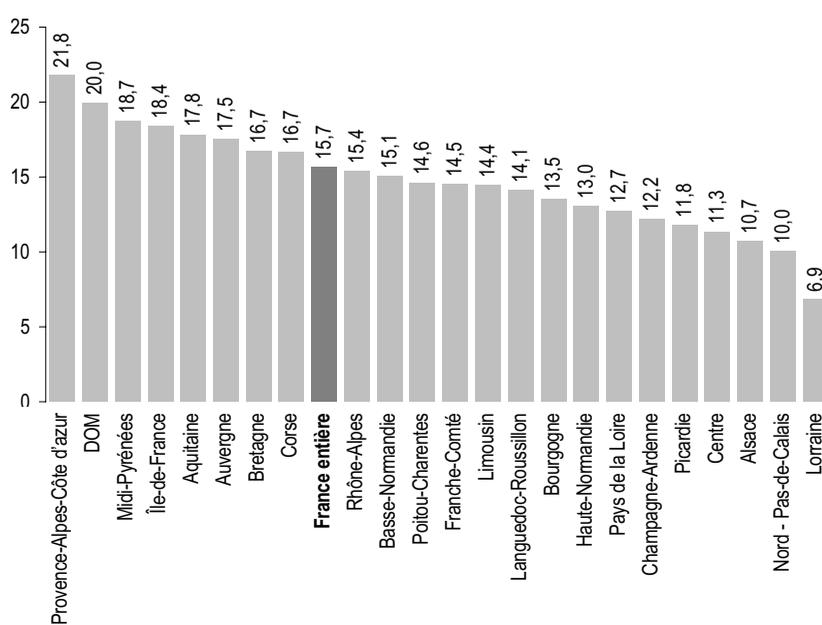
densités régionales d'infirmiers en 2005



Sources : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

GRAPHIQUE 10 ●

part des infirmiers de 55 ans et plus en 2005



Sources : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

7 infirmiers sur 10 exercent dans leur région de diplôme

La proportion des infirmiers exerçant dans leur région de diplôme a atteint 70 % en 2005 ; ce chiffre s'élève à 72 % si l'on ne tient pas compte des infirmiers à diplôme étranger et des infirmiers pour lesquels le lieu de diplôme est inconnu ou non précisé. La proportion de professionnels exerçant dans leur région de diplôme est plus élevée chez les infirmiers installés depuis au moins cinq ans, la mobilité étant plus forte en cours de carrière.

En 2005, le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine étaient les régions qui retenaient le plus leurs diplômés

(86 % étaient issus des écoles de formation de leur propre région) [tableau 3]. L'Île-de-France, avec 80 % de diplômés restant y exercer, contribue fortement à former des diplômés pour les autres régions : ainsi, 25 % des infirmiers des DOM, 23 % de ceux de Bretagne et 17 % de ceux des Pays de la Loire ont été formés en Île-de-France. Ces deux dernières régions faisaient partie de celles qui comptent le moins de diplômés formés sur leur sol (moins de 58 %), devant la Corse (51 % d'infirmiers formés en Corse et 17 % en PACA) et les DOM (48 % formés dans les DOM et 25 % d'infirmiers formés en Île-de-France)²³.

TABLEAU 3 ●

répartition des infirmiers exerçant dans une région, selon la région où ils ont obtenu leur diplôme

Région de diplôme	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord - Pas-de-Calais	Pays de la Loire	Picardie	Poitou Charentes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Rhône-Alpes	DOM	France entière
Alsace	79,6	0,5	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3	0,5	0,9	2,2	0,2	0,4	0,6	0,2	3,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,6	0,6	1,0	3,1
Aquitaine	0,2	60,0	0,4	0,2	0,3	0,3	0,6	0,3	1,3	0,2	0,2	0,7	1,4	2,1	0,2	4,6	0,1	0,5	0,2	3,3	0,8	0,4	1,9	3,9
Auvergne	0,2	0,5	69,8	0,1	1,9	0,1	1,2	0,1	0,4	0,2	0,2	0,4	1,3	2,5	0,1	1,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,8	1,4	0,5	2,3
Basse-Normandie	0,1	0,6	0,2	74,3	0,4	3,0	1,1	0,2	0,5	0,2	3,2	0,9	0,5	0,2	0,1	0,3	0,1	2,9	0,3	0,7	0,6	0,4	0,7	2,5
Bourgogne	0,4	0,4	2,1	0,1	65,7	0,2	1,4	2,0	0,5	3,6	0,2	0,7	0,8	0,3	0,4	0,4	0,1	0,3	0,2	0,5	1,0	2,3	0,5	2,5
Bretagne	0,3	0,9	0,2	2,1	0,4	57,9	1,0	0,2	1,7	0,2	0,7	1,2	0,5	0,2	0,2	0,4	0,1	5,9	0,3	0,9	0,8	0,6	1,3	4,2
Centre	0,4	1,3	1,5	0,8	1,3	1,4	63,1	0,4	0,9	0,4	0,9	1,3	1,1	1,4	0,2	0,8	0,1	3,8	0,5	4,9	0,9	0,8	0,9	3,0
Champagne-Ardenne	0,6	0,5	0,3	0,2	1,5	0,3	0,7	71,5	0,8	0,8	0,3	0,6	0,7	0,2	1,8	0,4	0,2	0,4	1,6	0,3	0,7	0,7	0,5	2,1
Corse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	51,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
Franche-Comté	2,7	0,3	0,3	0,1	3,3	0,1	0,3	0,5	0,4	78,2	0,1	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2	0,7	1,0	0,4	2,0
Haute-Normandie	0,2	0,6	0,4	4,4	0,2	1,0	0,9	0,3	0,6	0,2	77,2	0,8	0,7	0,3	0,1	0,4	0,2	0,8	0,8	0,6	0,8	0,6	0,7	2,5
Île-de-France	2,5	13,8	7,0	11,1	12,5	23,5	16,6	7,6	10,6	4,6	8,2	80,0	11,1	8,9	2,4	9,3	2,0	17,4	10,3	12,1	12,1	6,1	25,6	22,3
Languedoc-Roussillon	0,3	0,7	1,3	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2	1,9	0,3	0,1	0,5	59,1	0,3	0,2	3,6	0,1	0,3	0,1	0,3	3,6	1,6	1,5	3,6
Limousin	0,1	1,8	4,2	0,1	0,2	0,1	1,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,3	0,6	74,9	0,1	1,4	0,1	0,3	0,1	3,1	0,3	0,2	0,3	1,7
Lorraine	7,6	0,9	0,6	0,3	1,1	0,4	0,8	4,2	1,6	2,3	0,4	0,8	1,3	0,3	86,3	0,6	0,2	0,5	0,6	0,8	1,5	1,1	0,9	4,3
Midi-Pyrénées	0,2	4,0	0,9	0,1	0,3	0,2	0,5	0,2	0,7	0,2	0,3	0,6	5,1	1,4	0,1	69,0	0,1	0,3	0,2	0,6	1,1	0,5	1,6	4,6
Nord - Pas-de-Calais	0,8	1,5	0,8	1,0	1,0	0,9	1,7	1,8	1,1	1,0	2,1	1,8	1,8	0,8	0,7	1,1	86,5	0,9	8,7	1,0	2,4	1,6	1,2	6,6
Pays de la Loire	0,3	1,0	0,5	2,1	0,4	6,1	2,5	0,3	1,2	0,3	0,7	1,1	0,8	0,7	0,2	0,8	0,2	57,6	0,3	4,3	0,7	0,7	1,5	4,0
Picardie	0,3	0,7	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7	6,1	0,5	0,4	2,3	0,9	0,7	0,4	0,3	0,4	1,6	0,5	72,4	0,6	0,8	0,5	0,6	2,6
Poitou-Charentes	0,2	2,8	0,3	0,2	0,1	0,8	1,7	0,2	0,6	0,1	0,3	0,5	0,5	1,6	0,1	0,6	0,1	4,9	0,1	61,2	0,4	0,3	0,8	2,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,8	1,4	1,1	0,6	0,8	1,2	0,9	0,5	17,4	0,8	0,4	1,0	4,3	0,7	0,6	1,6	0,3	0,6	0,4	1,1	62,1	2,2	3,3	7,4
Rhône-Alpes	0,7	1,1	7,0	0,4	4,8	0,6	0,9	0,7	2,9	2,8	0,5	1,1	4,0	1,0	0,5	1,3	0,3	0,8	0,4	0,8	4,6	75,2	3,1	8,7
DOM	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	47,9	1,1
Inconnu	0,0	3,1	0,0	0,1	1,1	0,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	1,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,5	0,1	1,2	0,5
Étranger	1,4	1,5	0,5	0,6	1,3	0,6	0,9	2,0	1,5	0,4	0,7	2,4	2,2	0,6	1,3	1,2	7,5	0,6	1,5	1,6	1,7	1,2	1,9	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : En 2005, sur 100 infirmiers exerçant en Alsace, 79,6 ont obtenu leur diplôme en Alsace et 7,6 en Lorraine.

Champ : Médecins actifs au 1^{er} janvier 2005, France entière.

Source : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

23. Pour en savoir plus sur les diplômés des Instituts de formation en soins infirmiers, cf. MARQUIER R., « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Études et Résultats*, n° 458, Drees, janvier 2006.

LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES : UNE FORTE PROGRESSION QUI DEVRAIT S'ATTÉNUER

Après avoir connu une rapide expansion au cours des années 1990, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en exercice a atteint 60 300 au 1^{er} janvier 2005, soit une hausse de près de 58 % depuis 1990, et un taux d'accroissement annuel moyen de 3 %. En supposant que le quota d'entrée en écoles de masseurs-kinésithérapeutes soit maintenu au niveau de 2005 (1 675 pour la France entière) et que le nombre d'autorisations d'exercice délivrées à des kinésithérapeutes diplômés de pays européens soit identique à celui de 2004 (1 000), on recenserait 90 000 kinésithérapeutes de moins de 66 ans en activité en France métropolitaine en 2025, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2005²⁴.

La répartition par âge des masseurs-kinésithérapeutes est très homogène [graphique 11] : environ un quart des praticiens ont entre 30 et 40 ans, un quart entre 40 et 50 ans et un quart entre 50 et 60 ans, le quart restant étant constitué des moins de 30 ans (17 %) et des plus de 60 ans (8 %). Par ailleurs, 85 % des professionnels de moins de 30 ans sont libéraux. La pratique à l'hôpital est plus fréquente chez les kinésithérapeutes âgés de 40 à 50 ans, sans que l'on sache encore s'il s'agit d'un parcours professionnel habituel chez le praticien ou d'un effet de génération. La part des femmes (40 % en 2005) devrait dans l'avenir continuer à croître.

3 % de masseurs-kinésithérapeutes étrangers

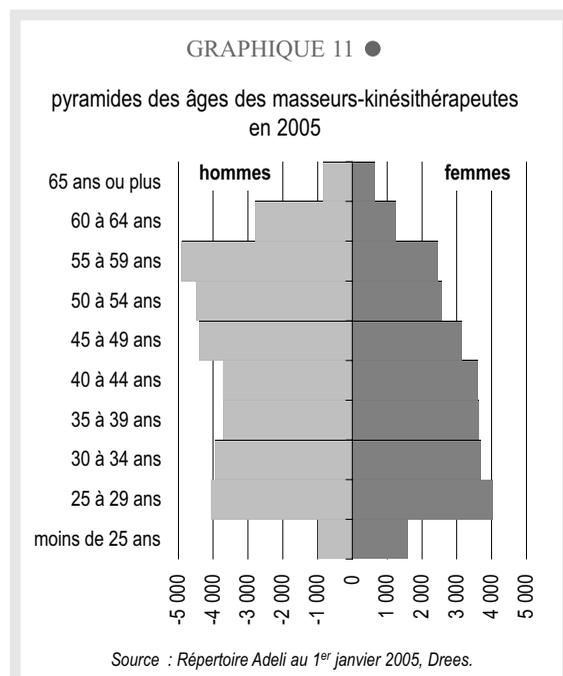
En 2005, on comptait près de 1 900 masseurs-kinésithérapeutes étrangers, soit environ 3 % de la profession, dont 60 % étaient titulaires d'un diplôme français, les autres étant essentiellement titulaires d'un diplôme européen.

Le nombre des diplômés à l'étranger (environ 3 800 en 2005) a connu une forte augmentation depuis le milieu des années 1990, certains étudiants français ayant choisi de se former en Belgique, où les entrées en écoles de formation n'étaient pas soumises à quotas, avant de revenir exercer en France. Le nombre de praticiens français titulaires d'un diplôme belge représente environ un tiers des diplômés à l'étranger et 2 % de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes en activité.

Les densités de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants variaient entre 61 pour la Haute-Normandie et 63 pour la Champagne-Ardenne, 64 pour la Picardie et 142 pour la Corse, 143 pour le Languedoc-Roussillon et 146 pour PACA [graphique 12].

La part des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans leur région de diplôme est nettement plus faible que celle observée pour les autres professions de santé [tableau 4] : elle est de 51 % si l'on considère les seules régions ayant une école de masseurs-kinésithérapeutes depuis au moins trois ans – durée qui correspond à celle des études de masseurs-kinésithérapeutes – et pour lesquelles nous disposons de données²⁵, et si l'on exclut les diplômés à l'étranger (3,5 %) ou ceux dont le lieu de diplôme n'est pas connu ; cette proportion diminue à 49 % si l'on considère l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes diplômés.

L'Île-de-France est la région d'exercice qui accueille en exercice le plus de masseurs-kinésithérapeutes diplômés issus d'une école de la région (89 % de ses diplômés). Par ailleurs, elle forme une grande part des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans des régions qui retiennent moins leurs diplômés ou pour lesquelles il n'y a pas d'école de formation. L'Auvergne et l'Alsace font également partie des régions qui retiennent le plus leurs diplômés, avec des taux respectifs de 69 % et 61 %.



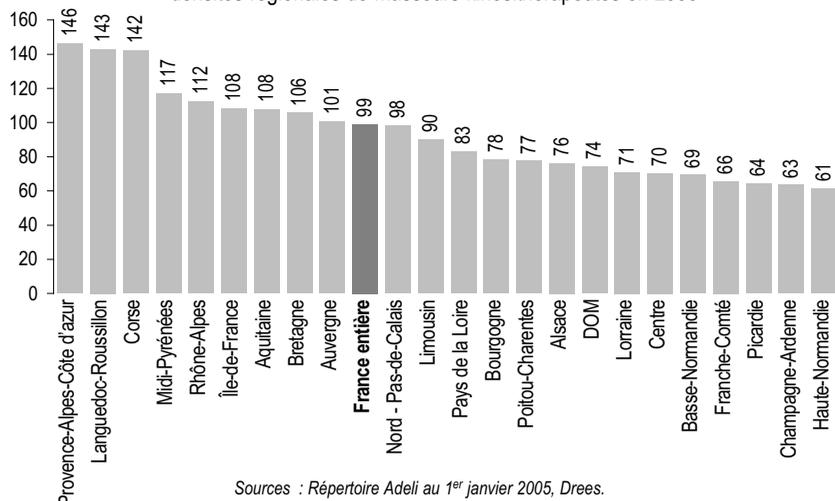
24. Il s'agit des projections 2002 (cf. ci-dessous) actualisées en 2005 (encadré « projections démographiques à l'horizon 2025 », *Données sociales*, 2006).

DARRINE S., « Les masseurs-kinésithérapeutes en France – Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, n° 242, Drees, juin 2003.

25. Ainsi, au 1^{er} janvier 2005, nous n'avons pas de diplômés pour les régions Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Corse et DOM.

GRAPHIQUE 12 ●

densités régionales de masseurs-kinésithérapeutes en 2005



Sources : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

TABLEAU 4 ●

répartition des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans une région,
 selon la région où ils ont obtenu leur diplôme

Région de diplôme	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord - Pas-de-Calais	Pays de la Loire	Picardie	Poitou Charentes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Rhône-Alpes	DOM
Alsace	61,1	1,8	0,5	0,5	1,5	1,6	1,3	2,0	3,6	10,7	0,5	0,4	1,1	0,6	10,5	2,1	0,1	1,1	0,5	1,6	1,3	2,4	4,2
Aquitaine	0,1	31,9	0,5	0,1	0,2	0,3	0,5	0,0	1,6	0,0	0,1	0,3	0,9	0,9	0,1	2,0	0,1	0,6	0,2	5,8	0,5	0,2	3,4
Auvergne	0,9	1,9	69,3	0,5	6,7	0,8	5,5	0,6	2,1	0,8	0,9	0,5	2,5	10,6	0,6	1,2	0,0	0,8	0,6	1,7	1,9	6,7	2,6
Basse-Normandie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bourgogne	0,6	0,5	0,3	0,4	39,2	0,2	0,9	3,4	0,3	10,2	0,2	0,3	0,9	0,8	1,1	0,3	0,0	0,2	0,2	1,0	0,8	1,6	1,7
Bretagne	0,4	1,4	0,8	16,7	0,5	41,8	2,8	0,3	1,6	0,7	1,4	0,7	1,0	0,5	0,3	1,0	0,1	12,3	0,8	4,2	0,9	0,8	3,9
Centre	0,2	0,9	0,4	1,5	0,7	1,3	18,3	0,0	1,0	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,2	0,7	0,0	1,5	0,2	1,2	0,4	0,5	1,2
Champagne-Ardenne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Franche-Comté	0,7	0,1	0,1	0,2	0,5	0,0	0,2	0,3	1,0	36,2	0,2	0,1	0,3	0,0	0,5	0,1	0,0	0,4	0,2	0,2	0,6	0,5	
Haute-Normandie	0,3	0,5	0,1	11,5	0,5	1,6	0,7	0,9	0,8	0,1	34,9	0,4	0,5	0,5	0,2	0,5	0,2	1,2	1,2	1,6	0,4	0,6	1,2
Île-de-France	19,1	27,4	13,9	52,3	31,7	27,3	49,5	48,3	31,0	19,1	41,6	89,0	23,4	17,9	14,0	20,2	21,6	30,9	46,8	34,2	23,5	20,5	35,3
Languedoc-Roussillon	0,7	2,4	1,3	0,9	0,6	0,3	0,7	0,5	3,9	1,7	0,2	0,4	45,3	0,8	0,6	6,7	0,1	0,5	0,2	1,0	4,6	2,9	6,1
Limousin	0,4	4,1	1,3	0,3	0,8	1,2	3,2	0,3	0,5	0,4	0,4	0,3	1,4	51,8	0,5	3,1	0,2	1,5	0,4	5,6	0,4	0,6	1,2
Lorraine	6,5	0,9	0,5	1,2	2,2	1,4	1,3	10,2	1,6	4,6	0,7	0,5	1,2	0,9	52,4	1,4	0,4	0,9	0,7	1,4	1,3	2,7	2,3
Midi-Pyrénées	0,4	7,7	1,3	0,4	0,1	0,9	1,1	0,2	1,6	0,5	0,5	0,4	5,2	3,4	0,2	47,8	0,1	0,9	0,2	1,7	1,7	1,2	5,5
Nord - Pas-de-Calais	3,0	4,3	1,6	4,7	2,7	4,3	3,4	14,1	2,3	3,2	9,5	1,4	3,4	2,2	3,4	3,4	68,5	3,1	27,1	4,1	4,1	4,4	7,7
Pays de la Loire	0,2	3,5	0,7	3,7	0,5	10,6	3,4	0,6	1,0	0,4	0,6	0,6	0,8	1,1	0,1	1,5	0,2	38,0	0,7	8,7	0,7	1,0	2,3
Picardie	0,8	0,7	0,1	1,8	0,2	1,0	0,5	1,5	0,3	0,3	4,1	0,2	0,3	0,0	0,2	0,5	1,6	0,4	15,5	0,8	0,3	0,6	0,7
Poitou-Charentes	0,1	2,0	0,3	0,6	0,3	0,7	2,8	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	1,5	0,1	0,8	0,1	3,5	0,3	20,1	0,2	0,4	1,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,7	1,2	1,0	0,3	0,3	0,3	0,7	0,2	35,9	0,4	0,5	0,5	3,3	0,8	0,3	1,5	0,0	0,4	0,2	0,5	45,9	2,3	7,9
Rhône-Alpes	1,7	1,6	4,4	0,8	6,4	1,1	0,8	0,7	4,4	4,5	0,6	0,6	3,6	1,8	1,1	1,9	0,2	0,5	0,3	1,3	4,9	46,7	5,6
Inconnu	0,0	1,6	0,0	0,2	1,6	0,2	0,1	0,6	0,0	0,1	0,4	1,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,1	0,0
Étranger	2,2	3,6	1,5	1,6	2,8	3,0	2,3	15,0	5,2	5,6	2,1	1,5	4,3	3,2	13,7	3,2	6,1	1,6	3,6	3,4	3,2	3,3	5,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : En 2005, sur 100 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Alsace, 61,1 ont obtenu leur diplôme en Alsace et 19,1 en Île-de-France.

Champ : Médecins actifs au 1^{er} janvier 2005, France entière.

Source : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

LES SAGES-FEMMES : UNE CROISSANCE PRÉVISIBLE DANS UN CONTEXTE DE RÉDUCTION DU NOMBRE DE NAISSANCES PAR SAGE-FEMME

Au 1^{er} janvier 2005, 16 600 sages-femmes étaient en activité, dont 15 % dans le secteur libéral. Les effectifs ont progressé de manière régulière à partir de 1981, après avoir stagné pendant les années 1970, avec environ 9 000 professionnels. Cette croissance a surtout profité aux hôpitaux publics. En effet, les effectifs du secteur libéral ont diminué jusqu'en 1987 pour atteindre environ 2 400 sages-femmes au début 2005. Cette baisse s'explique par l'évolution de la prise en charge de la naissance qui donne une place centrale aux équipes médicales hospitalières, les sages-femmes libérales pratiquant essentiellement des actes infirmiers et des actes spécifiques. Si la profession est aujourd'hui féminisée à 99 %, le nombre d'hommes est en augmentation, notamment depuis la mise en place de la réforme instituant la première année de médecine pour les études de sages-femmes : ainsi, en 2004, on comptait 7 % d'hommes parmi les étudiants, contre 1 % en 1997. Enfin, la proportion de sages-femmes de nationalité étrangère était de 0,8 %.

Une profession qui recommence à vieillir

Avec 42 ans en moyenne, la profession s'est beaucoup rajeunie par rapport à 1980. Depuis le début des années 1990, elle avait pourtant recommencé à vieillir en raison d'une légère baisse du nombre de diplômées, liée à la propension croissante des candidates au métier de sage-femme à abandonner leurs études avant leur achèvement malgré le maintien des quotas au même niveau entre 1991 et 1998.

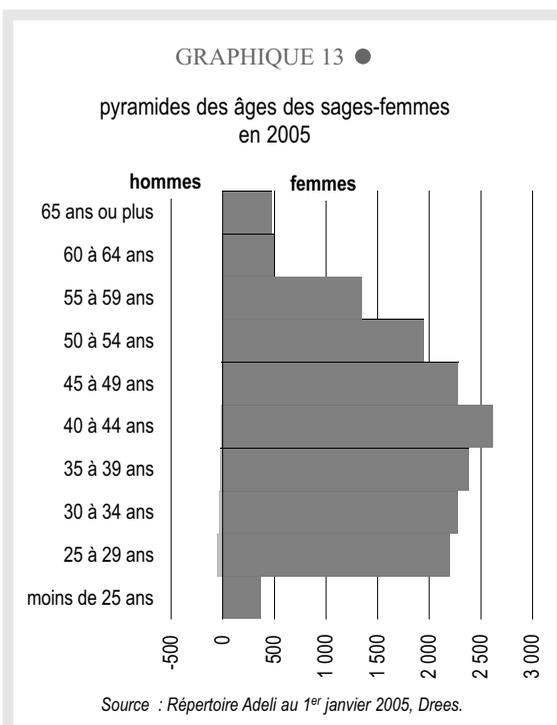
En 2005, les sages-femmes exerçant en secteur libéral étaient plus âgées que celles travaillant à l'hôpital : 29,7 % des sages-femmes libérales avaient 50 ans ou plus, contre 25,1 % des salariées. Cette différence est malgré tout moins prononcée qu'en 1980 (77 % des sages-femmes libérales avaient 50 ans ou plus, contre 35 % des salariées).

En 2005, les effectifs de sages-femmes sont répartis de façon homogène par classe d'âge entre 25 et 49 ans, la classe d'âge la plus nombreuse étant celle des 40-44 ans [graphique 13]. Dans les jeunes générations, la part (très faible) des hommes progresse régulièrement.

En tête des régions présentant les plus fortes densités de sages-femmes, se trouvent la région Rhône-Alpes (139 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans), suivie de la Franche-Comté (137) et de la Lorraine (136), bien au-dessus de la densité moyenne de la France métropolitaine (114). Les régions les moins dotées sont l'Île-de-France (99), le Nord-Pas-de-Calais (95) et la Picardie (75) [graphique 14].

Réduction du nombre de naissances par sage-femme

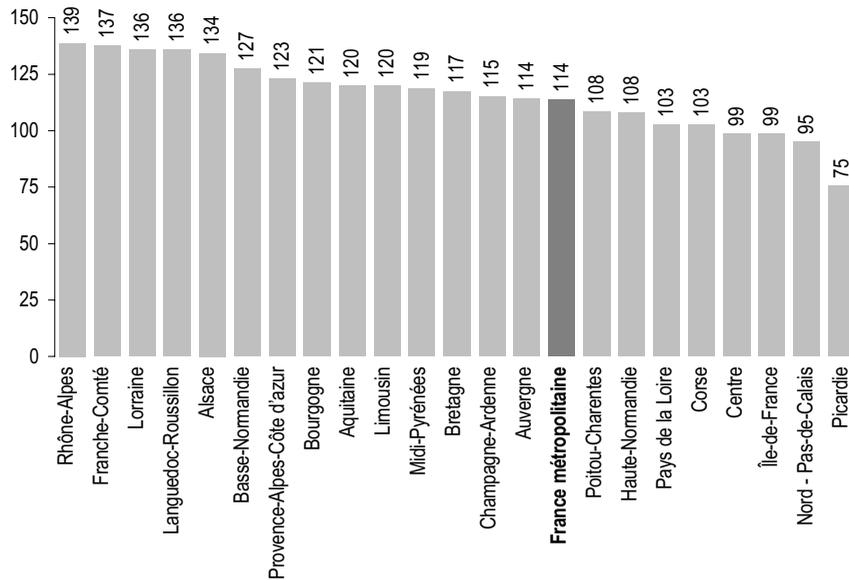
L'amélioration de la qualité et de la sécurité dans le suivi des grossesses et des accouchements a conduit à définir des normes minimales, notamment en matière de personnels, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans les maternités. Ainsi, depuis 1999, le quota de sages-femmes a été relevé chaque année. En supposant que le quota de 2004 (975 places) soit reconduit tous les ans et que les comportements actuels de durée d'activité se maintiennent, les effectifs de sages-femmes devraient poursuivre leur croissance, pour se situer aux alentours de 18 500-19 000 praticiennes en 2020 ²⁶.



26. Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Tome3.

GRAPHIQUE 14 ●

densités régionales de sages-femmes en 2005*



* Densités de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2005, Drees.

Si l'on rapproche cette évolution de celle du nombre de naissances prévues, avec une hypothèse de fécondité de 1,8 enfant par femme, le nombre d'accouchements par sage-femme devrait continuer à décroître. Cet indicateur d'activité des sages-fem-

mes souffre toutefois d'imperfections, dans la mesure où il ne tient pas compte des besoins en sages-femmes induits par les nouvelles réglementations – notamment le plan périnatalité qui fixe des règles de sécurité en termes d'effectifs. ■

LES SALARIÉS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER EN 2003

Marc COLLET

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la santé et de la protection sociale
DREES

Le propos se concentre ici sur la situation structurelle et salariale des professionnels des établissements de santé pour les années 2002-2003. L'analyse s'appuie sur les données issues des Déclarations annuelles de données sociales qui permettent notamment de comparer les rémunérations versées dans le public et le privé à but lucratif ou non.

Les calendriers différents de mise en place de la réduction du temps de travail (RTT), intervenue plus tardivement dans la Fonction publique hospitalière, ont conduit à des politiques de ressources humaines (embauches, horaires, utilisation des heures supplémentaires) contrastées qui ont eu un impact sur les évolutions annuelles de la masse salariale. Entre 2002 et 2003, la croissance du nombre de postes à temps plein a été marquée, en raison surtout des embauches liées à la RTT dans les établissements publics, avec une tendance au rajeunissement des salariés de ce secteur. La limitation des heures supplémentaires en 2003 a, en revanche, conduit à une diminution des rémunérations annuelles dans les établissements publics après les fortes hausses des années 2000-2002.

Mais les rémunérations annuelles des salariés à temps complet des établissements privés restent inférieures à celles du public, à l'exception de celles des cadres. Ces disparités ne semblent pas le seul fait de différences dans la structure des qualifications, la pyramide des âges ou encore le nombre d'heures travaillées : à caractéristiques équivalentes, les salaires horaires demeurent plus élevés dans le public.

Suite au protocole de novembre 2001 entre l'État, les fédérations d'employeurs et les organisations syndicales représentatives du secteur des cliniques privées, les travaux d'un groupe technique, réuni sous l'égide de la DHOS, la DREES et la DARES avaient permis de dresser un premier bilan statistique de la situation salariale du secteur hospitalier par catégories d'établissements entre 1999 et 2000¹, s'appuyant sur les Déclarations annuelles de données sociales (DADS – encadré 1). La Drees a, par la suite, actualisé ces analyses sur la période 2000-2002 en vue de décrire les écarts salariaux avant, pendant et après la mise en place des 35 heures². Cet exercice de comparaison a porté essentiellement sur les personnels de catégorie intermédiaire (soignants et non soignants), sur les agents de services, les employés administratifs et les ouvriers, même si les cadres, médicaux ou non, ont parfois pu être intégrés à l'analyse. Les situations salariales ont été comparées dans trois catégories d'établissements : les établissements publics, les établissements privés soumis à la régulation de l'Objectif quantifié national (OQN) et ceux sous Dotation globale (DG) [encadré 2].

L'approche suivie dans cet article est quelque peu différente. D'une part, elle se concentre principalement sur la situation structurelle et salariale des établissements de santé sur les années 2002-2003 – en recadrant néanmoins les évolutions par rapport aux années

1. BRAHAMI A., BRIZARD A., AUDRIC S., 2003, « Les rémunérations dans les établissements de santé privés – évolutions de 1999 à 2001 et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier en 1999 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 230, avril, Drees. L'article a été approfondi dans un document de travail publié par la Drees (*Document de travail, Série Études*, n° 25, juillet 2002).

2. COLLET M., 2005, « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Études et Résultats*, n° 377, février, Drees, et COLLET M., 2005, « Les rémunérations dans les établissements de santé – évolutions et comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier entre 1999 et 2002 », *Document de travail, Série Études*, n° 45, mars, Drees.

ENCADRÉ 1 ●

SOURCE ET CHAMP D'ANALYSE

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La Déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que doit accomplir toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année. Sont concernés la majorité des employeurs, y compris les entreprises nationales, les administrations publiques et les collectivités territoriales... Au total, sont donc couverts par l'exploitation statistique des DADS, près de 75 % des emplois salariés.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) permettent de comparer les rémunérations versées par les établissements de santé publics à celles des établissements privés. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE, nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles...) et des mentions particulières à chaque salarié (identification, nature de l'emploi, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

Principales limites des DADS

Dans le cadre d'une étude spécifique sur le secteur hospitalier, trois principales limites des DADS peuvent être dégagées :

- la codification détaillée de la catégorie professionnelle pose un problème de fiabilité. On ne peut donc pas comparer les rémunérations entre salariés du secteur public et du secteur privé à un niveau fin de la nomenclature des catégories professionnelles ;
- il n'existe aucune information sur l'ancienneté du personnel dans l'établissement. Seul l'âge peut en donner une approximation ;
- la source DADS ne permet pas de distinguer le type de contrat de travail, en particulier entre les contrats à durée déterminée et ceux à durée indéterminée.

Enfin, soulignons que les délais de mise à disposition des données sont relativement longs. Pour l'année 2003, par exemple, les données ont été rendues disponibles en août 2005.

Champ de l'étude

Les analyses présentées ici s'appuient sur les échantillons au 1/25^e des fichiers postes des DADS 1997 et 2000 et sur les échantillons au 1/12^e des DADS 2002 et 2003¹. Elles portent sur les salariés des établissements dont l'activité économique principale (APE) relève des activités hospitalières (851A). Dans la présente étude, n'ont été retenues que les seules observations de postes relevant de périodes « non annexes » – c'est-à-dire telles que le volume de travail associé (mesuré conjointement par la rémunération, le nombre d'heures et la durée de l'emploi) ne soit pas trop faible. Par ailleurs, pour plus de fiabilité, quelques restrictions de champ, très mineures, ont également été appliquées (âge du salarié au moins égal à 16 ans, salaire, nombre d'heures et de jours rémunérés non nuls). Pour 2003, l'étude a ainsi été menée à partir de 118 000 postes du secteur hospitalier, qui représentent au total, après pondération, près de 1 480 000 périodes d'emploi à temps plein ou temps partiel au cours de cette année.

1. L'utilisation et l'analyse des DADS 2001 ont été écartées en raison d'un manque de fiabilité des données pour les établissements hospitaliers cette année-là.

précédentes. D'autre part, le secteur privé est, dans cette étude, considéré dans son ensemble, sans distinction du point de vue de son mode de financement entre les établissements sous OQN et ceux sous DG³.

De même que dans les travaux précédemment cités, l'analyse des rémunérations effectuée ici porte sur les seuls salariés à temps complet – c'est-à-dire, au sens des DADS, les salariés effectuant au moins 80 % de la durée légale de l'entreprise.

Une répartition des qualifications variables selon le statut des établissements mais demeurée stable avant et après mise en place de la réduction du temps de travail

Le nombre d'emplois salariés, en « postes » selon la définition des DADS (encadré 2), s'élevait en 2003 à 1,5 million⁴ pour l'ensemble du secteur hospitalier (France entière), soit 3 % de plus qu'en 2002 (tableau 1) et représentait 1,2 million de postes en équivalent temps plein. Les trois quarts de ces postes se situent dans les hôpitaux publics et un quart dans les cliniques privées qui regroupent les établissements à but lucratif ou non.

3. Deux principaux éléments militent pour ne pas prendre en compte cette distinction. Premièrement, le financement des établissements de santé, et conséquemment la partition entre établissements sous DG et soumis à l'OQN, a été profondément modifié. À compter de 2005, les établissements ayant une activité de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), quel que soit leur statut juridique (public / privé), sont soumis à la réforme de la tarification à l'activité et relèvent alors d'un objectif de dépenses commun (OMDCO). Pour les établissements ayant une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie, la partition habituelle demeure entre établissements soumis à l'OQN et les établissements ex-DG qui deviennent soumis à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Deuxièmement, les nomenclatures des DADS ne différencient pas les établissements privés selon leur mode de financement et le travail de rapprochement avec les listes fournies par la Dhos est délicat (en raison de problèmes d'appariement entre les identifiants du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et le numéro Siret des établissements issu du répertoire de l'Insee ou encore par défaut d'actualisation des situations des établissements hospitaliers).

4. Par rapport aux données issues de la Statistique annuelle des établissements (SAE), il existe de fortes différences numériques, en partie liées à des méthodologies et des unités de recensement différentes. Les DADS recensent en effet les postes de travail tout au long de l'année, tandis que la SAE comptabilise le nombre de salariés en activité au mois de décembre. Ainsi, le nombre de salariés en poste en décembre 2003 calculé à partir des DADS est-il, en réalité, plus proche des effectifs recensés par la SAE en 2003 (à hauteur de 1 200 000). En dépit de ces écarts, les deux sources s'avèrent très proches en structure. Le partage entre emplois dans les établissements publics et privés est identique (75 % et 25 %). Pour plus de précision sur les différences méthodologiques et l'explication des divergences entre les deux sources, voir BESSIÈRE S., COLLET M., « Données de cadrage sur les effectifs de médecins hospitaliers en France », in *Rapport 2005 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé*, Tome 1, à paraître.

En 2003, 43 % des emplois salariés de l'ensemble des établissements hospitaliers sont des postes d'agents de service et d'employés administratifs (tableau 1), 33 % de professionnels intermédiaires soignants et sociaux (infirmiers, techniciens médicaux, assistantes sociales...). Les médecins et pharmaciens (internes compris) représentent 12 % des emplois salariés tandis que les « autres cadres administratifs » (personnels de direction, de gestion et financiers) et les professionnels intermédiaires administratifs comptent respectivement pour 1 à 2 %. Enfin, les ouvriers occupent, en 2003, 5 % des postes recensés, tout comme les apprentis et stagiaires. La répartition par catégorie socioprofessionnelle (CSP) des postes de salariés est très différente dans le secteur public et privé : le personnel médical représente 14 % des postes dans le public contre seulement 6,5 % dans le privé où la plupart des médecins exercent en libéral (phénomène particulièrement marqué dans les établissements sous OQN⁵). À l'inverse, les postes d'employés ainsi que de professionnels intermédiaires soignants sont en proportion plus élevés au sein des cliniques (respectivement 49 % et 36 % contre 42 % et 32 % dans le public). Ces écarts structurels, qui semblent surtout liés à des modes d'organisation et de fonctionnement différents, sont restés inchangés entre 1999 et 2003.

Une augmentation du temps partiel dans le secteur privé suite à la mise en place de la RTT

Les trois quarts des postes recensés en secteur hospitalier en 2003 sont occupés par des salariés « à temps complet » qui selon la définition des DADS effectuent au moins 80 % de la durée légale conventionnelle. La situation et les caractéristiques des postes à temps partiel sont globalement restées identiques à celles de 2002, avec toutefois des variations d'un secteur à l'autre et d'une catégorie socio-professionnelle à l'autre (tableau 1).

Ainsi, les femmes sont plus fréquemment à temps partiel : elles occupent 83 % des emplois de ce type pour « seulement » 73 % des postes à temps complet. C'est parmi les médecins que la proportion de postes à temps partiel est la plus importante avec un taux de 22 % dans les hôpitaux publics et de 60 % dans les établissements privés. Ce phénomène ne concerne toutefois que l'activité salariée des médecins, traduisant avant tout la propension des médecins libéraux à exercer une activité salariée

5. COLLET M., 2005, « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », *Études et Résultats*, n° 377, février, Drees.

ENCADRÉ 2 ●

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

Établissements soumis à l'Objectif quantifié national (OQN) et établissements sous Dotation globale (DG) : les établissements privés « sous OQN » sont soumis à un mécanisme de régulation prix-volume. Chaque année, les fédérations négocient avec le ministère les tarifs et volumes prévisionnels de prestations. Le dépassement de ce volume peut alors entraîner une récupération et une baisse des tarifs l'année suivante. Les autres établissements privés, comme les hôpitaux publics, ne disposent d'aucune liberté tarifaire et ont une dotation globale (DG) fixée par les pouvoirs publics en fonction de leur niveau d'activité. Cette différenciation des établissements de santé privés selon le mode de financement est proche de la distinction entre établissements à but non lucratif (sous DG) et à but lucratif (sous OQN). Le recouvrement entre ces deux notions n'est néanmoins pas strict. Depuis 2005, cette partition n'est plus valable que pour les seuls établissements ayant une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie.

Poste : un poste ou emploi salarié, au sens des DADS, correspond à une période de travail d'un salarié dans un même établissement. Un salarié ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements est donc compté plusieurs fois.

Condition d'emploi : Selon la définition des DADS, un poste est dit à temps complet (ou temps plein) si le salarié effectue au moins 80 % de la durée légale de l'entreprise¹. Synthétiquement, un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables). Les salariés dits « permanents » sont les personnes ayant été rémunérées par le même établissement entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée.

Salaire net mensuel moyen : il correspond à la masse salariale annuelle nette (rémunérations nettes de CSG et de CRDS incluant les salaires de base, les congés payés, les primes et les rémunérations des heures supplémentaires, sans qu'il soit possible de les distinguer) des postes à temps complet divisée par la somme du nombre de jours dans les périodes d'emploi correspondantes et multipliée par 30. Il est donc calculé au prorata de la présence en jours des salariés sur l'année.

Salaire net horaire moyen : il correspond à la masse salariale annuelle nette des postes à temps complet divisée par le nombre d'heures rémunérées enregistrées dans les périodes d'emploi correspondantes (les heures normales, supplémentaires et complémentaires ne peuvent être distinguées). Il est donc calculé au prorata de la présence en heures des salariés sur l'année.

1. Avant 2002, la qualification d'un poste à temps complet était fixe : était considéré comme « à temps complet » tout poste dont le temps de travail (annualisé) dépassait 1 600 heures (soit 80 % des 39 heures) – ce redressement automatique étant atténué par une confrontation avec la condition d'emploi déclarée et la condition d'emploi calculée. Depuis 2002, le nombre d'heures (annualisées) minimal pour que le poste soit qualifié de « temps complet » dépend à présent du secteur (au sens de la Nomenclature économique de synthèse ou NES) et de la taille de l'établissement – avec là encore, un rattrapage en fonction de la condition d'emploi déclarée. Néanmoins, pour les établissements hospitaliers, cette modification joue très à la marge puisque la part des postes à temps complet serait de 75 % avec l'ancien mode de calcul contre 76 % avec le nouveau. Qui plus est, cette variation minime est homogène selon le statut des établissements (public, privé sous OQN ou sous DG).

d'appoint, notamment dans les cliniques privées, ou encore à partager leur temps de travail entre plusieurs établissements. Si la part des postes occupés à temps partiel (et le nombre d'heures hebdomadaires dans ces postes – 24 en moyenne –) est restée globalement inchangée dans les établissements publics avant et après mise en place de la RTT (début 2002 dans ce secteur), elle représente, dans les structures privées, un tiers des postes en 2002 et en 2003 contre seulement un quart en 1999. Cette évolution, amorcée à compter de l'année 2000, coïncide avec l'entrée en vigueur de la réduction du temps de travail dans les établissements privés – début 2000 – (encadré 3). Cet essor du temps partiel dans les établissements privés s'est principalement concentré sur les personnels intermédiaires administratifs et techniques, les agents de service et employés administratifs et les personnels intermédiaires soignants. Ce développement du temps partiel dans le privé s'est toutefois accompagné d'une légère augmentation du nombre moyen d'heures mensuelles déclarées pour ce type de postes : toutes catégories socioprofessionnelles confondues, de 1 heure à 1 heure et demie de plus hebdomadaire en 2002-2003 par rapport à 1999 (soit une augmentation de 5 à 6 %).

Seuls les salariés à temps complet – c'est-à-dire exerçant au moins à 80 %, conformément à la définition des D.A.D.S (cf. encadré 2) – sont pris en compte dans la suite de l'analyse.

Des effectifs et des horaires aux évolutions contrastées, en lien avec la mise en place de la RTT

Au sein du secteur hospitalier, les calendriers différents de mise en place de la réduction du temps de travail selon le type d'établissement ont conduit à des politiques de ressources humaines (embauches, horaires, utilisation des heures supplémentaires...) contrastées qui ont naturellement eu un impact sur les évolutions annuelles de la masse salariale.

D'après les DADS, entre 2002 et 2003, la croissance du nombre de postes à temps plein a été particulièrement marquée (+2,7 % contre +0,7 % par an entre 2000 et 2002)⁶. Cela témoigne d'une plus forte propension de la part des établissements hospitaliers, en particulier publics, à embaucher pendant l'année 2003 (+3,1 % contre +1,1 % dans le secteur privé), qui peut être mise en relation avec le calendrier de mise en place de la RTT. Plus précisément, et par rapport à la période 2000-2002, la croissance des effectifs à temps plein a été particulièrement prononcée en ce qui concerne les agents de service et employés (dans le public comme dans le privé) et les professionnels intermédiaires soignants et sociaux dans le privé. Parallèlement, les pyramides des âges ont connu des évolutions antagonistes dans les deux secteurs entre 2002 et 2003.

TABLEAU 1 ●
 nombre d'emplois salariés des établissements hospitaliers selon le secteur en 2003
 et proportion de postes à temps partiel

Catégorie socioprofessionnelle regroupée	Postes salariés						Part des postes à temps partiel (%)		
	Privé		Public		Ensemble		Privé	Public	Ensemble
	Milliers	%	Milliers	%	Milliers	%			
Médecins, pharmaciens	22,9	6,5	158,6	14,0	181,4	12,3	59,9	22,4	27,1
Cadres direction, administration, gestion	7,7	2,2	13,0	1,2	20,7	1,4	21,4	11,3	15,1
PI soignants et sociaux*	125,8	36,0	357,5	31,6	483,3	32,7	32,2	21,8	24,5
PI administratifs et techniciens	9,4	2,7	14,8	1,3	24,2	1,6	25,6	17,7	20,8
Agents service et employés administration**	170,5	48,8	470,0	41,6	640,4	43,3	30,8	20,5	23,3
Ouvriers	12,1	3,5	51,8	4,6	64,0	4,3	19,7	8,1	10,3
Stagiaires apprentis	1,3	0,4	64,3	5,7	65,6	4,4	59,5	40,7	41,0
Ensemble	349,6	100,0	1 129,9	100,0	1 479,5	100,0	32,6	21,6	24,2

* Les professions intermédiaires "soignants" sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, les intermédiaires "sociaux" sont les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés.

** Les "agents de service" recouvrent les agents de service hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

Note : un emploi salarié correspond à un salarié dans un établissement ; les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année sont donc comptés plusieurs fois. Il en va de même pour un salarié exerçant dans plusieurs établissements distincts.

Champ : salariés ayant exercés dans un établissement ayant une activité économique principale hospitalière, France entière.

Source : DADS 2003, Insee.

6. Il faut souligner que cette évolution est plus ou moins sensible selon la source, et donc le champ et la méthode utilisée. Elle apparaît ainsi moins marquée si on considère la Statistique annuelle des établissements (SAE) de la Drees sur les mêmes années (Drees, 2005, *Les établissements de santé – un panorama pour l'année 2003*, Édition 2005, Collection Études et Statistiques, La Documentation française). Il faut donc considérer ces évolutions avec beaucoup de précaution.

Après un vieillissement sensible des salariés de l'ensemble du secteur hospitalier entre 1998 et 2002, on assiste en effet à la poursuite de ce vieillissement dans le secteur privé (21,5 % de plus de 50 ans en 2003 contre 20,5 % en 2002) et, à l'opposé, à une tendance au rajeunissement des salariés du public (50 % de moins de 40 ans contre 49 % en 2002), particulièrement prononcée pour les professionnels intermédiaires soignants et sociaux (+1,5 point pour les moins de 40 ans) [tableau 2].

Ces évolutions sont à mettre en relation avec les calendriers de mise en place de la réduction du temps de travail. Si celle-ci a été parachevée bien avant 2002 dans le secteur privé avec une stabilisation du temps de travail mensuel moyen rémunéré autour de 150 heures en 2003 (151 en 2002, 158 en 2000 et plus de 170 en 1998), il en va autrement pour les établissements publics, passés de 171 heures en moyenne par mois entre 1998 et 2000 à 157 heures en 2002 (soit -4,3 % par an). Le temps de travail rémunéré total y a également continué à diminuer en 2003 (-3,3 %) pour atteindre en moyenne un niveau proche de celui observé

dans le privé (tableau 3). La mise en place de la RTT dans le public, décalée dans le temps, semble donc être passée par une phase transitoire avec un usage vraisemblablement élevé des heures supplémentaires en 2002 qui se serait ensuite restreint sous les effets cumulés des compléments d'embauches consécutifs à la RTT et de l'accord de 2003 limitant les heures supplémentaires. Ces éléments d'explication restent toutefois de l'ordre de l'hypothèse car la source de données utilisée ne permet pas de le confirmer directement.

Une diminution des rémunérations annuelles perçues en 2003 dans le secteur public liée en partie à un moindre recours aux heures supplémentaires et après une forte hausse entre 2000 et 2002

La baisse du nombre d'heures travaillées combinée au ralentissement de la croissance du salaire horaire observée dans le public sur la période 2002-2003 (cf. *supra*) a mené à une diminution des rémunérations annuelles perçues en 2003 qu'il faut mettre en regard avec la forte hausse observée sur

TABLEAU 2 ●

structure des emplois et salaires nets horaires (SNH) par tranche d'âge et CSP en 2003

Catégorie socioprofessionnelle regroupée		Privé		Public		Ensemble	
		%	SNH (en €)	%	SNH (en €)	%	SNH (en €)
Médecins, pharmaciens / Cadres direction, administration, gestion	- de 30 ans	6,6	13,4	30,3	10,3	27,9	10,4
	30 à 39 ans	23,7	21,5	22,2	20,0	22,3	20,2
	40 à 49 ans	31,2	27,4	23,2	26,5	24,1	26,6
	50 à 59 ans	33,0	30,6	20,6	29,4	21,9	29,7
	60 ans ou +	5,5	36,0	3,7	32,9	3,9	33,4
PI soignants et sociaux / PI administratifs et techniciens	- de 30 ans	28,1	10,9	23,8	10,5	24,8	10,6
	30 à 39 ans	26,1	12,0	25,0	12,6	25,3	12,5
	40 à 49 ans	25,8	13,7	30,2	15,1	29,1	14,8
	50 à 59 ans	18,4	14,4	20,2	15,9	19,8	15,6
	60 ans ou +	1,5	15,4	0,8	14,8	1,0	15,0
Agents service et employés administration / ouvriers	- de 30 ans	22,7	7,7	20,7	8,1	21,2	8,0
	30 à 39 ans	26,2	8,4	25,9	9,4	25,9	9,2
	40 à 49 ans	30,7	9,1	32,3	10,6	31,9	10,3
	50 à 59 ans	19,0	9,4	20,1	11,0	19,8	10,6
	60 ans ou +	1,5	9,9	1,1	10,9	1,2	10,6
Ensemble	- de 30 ans	23,9	9,4	25,6	8,4	25,2	8,6
	30 à 39 ans	26,0	10,6	24,5	11,6	24,8	11,4
	40 à 49 ans	28,8	12,0	29,1	13,8	29,0	13,4
	50 à 59 ans	19,6	13,6	19,5	15,3	19,5	15,0
	60 ans ou +	1,8	17,6	1,3	21,2	1,4	20,2

Note : les stagiaires et apprentis n'apparaissent pas dans ce tableau mais sont pris en compte dans le calcul du salaire net horaire (SNH) par classe d'âge "Ensemble".

Champ : salariés temps complet, établissements à activité économique principale hospitalière, France entière.

Source : DADS 2003, Insee.

la période 2000-2002. Une telle évolution n'est pas propre au secteur hospitalier mais s'observe également dans la Fonction publique d'État et dans l'ensemble du secteur privé, notamment en raison d'un contexte macroéconomique peu propice aux revalorisations salariales.

En 2003, le salaire net annuel moyen pour un emploi à temps complet dans le secteur hospitalier s'élève à 22 472 euros, soit en euros courants une augmentation annuelle moyenne de +2,8 % par rapport à 1998 mais une évolution de -0,3 % entre 2002 et 2003. Cela correspond, en euros constants, à des évolutions de, respectivement, +0,8 % et -2,4 % (tableau 4). Cette diminution du revenu salarial perçu dans l'année par les salariés hospitaliers entre 2002 et 2003 n'a concerné que les actifs du public (-3,2 % mais -4,9 % hors cadres médicaux ou non, stagiaires et apprentis), mais pour l'ensemble des CSP, de manière plus ou moins marquée. Cette évolution à la baisse doit, cependant, être sensiblement nuancée par la forte augmentation intervenue pendant la période 2000-2002 (+2,2 % par an). Ainsi, entre 1998 et 2003, le pouvoir d'achat affiche une croissance moyenne à hauteur de 0,5 % par an dans le public (et de 1,6 % dans le privé).

Des évolutions de salaire très liées aux niveaux de qualification et des rémunérations annuelles plus faibles dans le privé que dans le public, à l'exception de celles des cadres

Naturellement, les rémunérations sont étroitement liées à la qualification des salariés et s'échelonnent sur trois niveaux (tableau 4). Tous secteurs confondus, les salaires annuels nets des médecins et pharmaciens à temps plein et ceux des autres cadres s'élèvent respectivement à 43 000 et 40 000 euros en 2003 (soit respectivement +4,1 % et +1,7 % par an, en termes réels, entre 1998 et 2003). Les professions intermédiaires « soignants et sociaux » et « administratifs et techniciens », perçoivent des rémunérations annuelles moyennes voisines de 24 500 et 22 000 euros par an (soit une hausse du pouvoir d'achat de 0,2 % par an pour les premiers mais une diminution de 0,5 % pour les seconds depuis 1998). Enfin, les ouvriers et employés perçoivent autour de 18 000 euros (+0,2 % par an depuis 1998).

Les rémunérations annuelles déclarées en 2003 pour les salariés à temps complet sont, en moyenne,

TABLEAU 3 ●

nombre d'heures mensuelles déclarées (NHM) et salaire net horaire (SNH) moyen en euros des salariés à temps complet selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle en 2003 et évolutions par rapport à 2002 et 2000

Catégorie socioprofessionnelle (regroupée)		2003			Évolution 2002-2003 (en %) *			Évolution annuelle moyenne 2000-2003 (en %) *		
		Privé	Public	Ensemble	Privé	Public	Ensemble	Privé	Public	Ensemble
Médecins, pharmaciens	NHM	155	151	151	-1,8	-3,0	-3,0	-0,9	-3,9	-3,7
	SNH	30,0	23,1	23,7	0,4	-3,5	-3,3	3,6	9,0	8,3
Cadres direction, administration, gestion	NHM	153	151	152	-0,7	-3,7	-2,7	-1,3	-4,2	-3,2
	SNH	23,5	20,9	21,8	1,6	-0,1	0,6	1,9	7,4	5,3
PI soignants et sociaux**	NHM	150	152	151	7,8	-4,0	-3,2	-1,7	-4,1	-3,5
	SNH	12,8	13,8	13,6	1,1	-0,1	0,2	3,2	4,4	4,2
PI administratifs et techniciens	NHM	151	152	151	-0,4	-3,7	-2,5	-1,9	-4,3	-3,6
	SNH	12,0	12,5	12,3	0,6	-2,3	-1,3	1,3	4,1	3,2
Agents service et employés administration***	NHM	149	152	151	-0,8	-3,7	-3,0	-1,9	-4,0	-3,5
	SNH	8,7	9,9	9,7	1,5	-1,9	-1,1	3,3	3,5	3,4
Ouvriers	NHM	150	152	152	-0,4	-4,1	-3,5	-1,5	-4,2	-3,8
	SNH	9,1	10,0	9,9	1,2	-0,7	-0,5	2,3	4,2	3,9
Stagiaires apprentis	NHM	153	156	156	150	144	144	37,0	41,8	41,7
	SNH	6,0	2,4	2,4	-3,3	1,6	-0,6	1,3	-19,3	-19,3
Ensemble	NHM	150	152	151	-0,8	-3,3	-2,8	-1,8	-4,0	-3,5
	SNH	11,6	12,6	12,4	1,6	0,0	0,4	3,3	4,5	4,3
Toutes PCS hors médecins, cadres, stagiaires et apprentis	NHM	150	152	151	-1,7	-4,8	-4,1	-2,4	-4,3	-3,8
	SNH	10,4	11,5	11,3	1,5	-1,0	-0,5	3,2	4,1	3,9

* Pour les salaires en euros constants.

** Les professions intermédiaires "soignants" sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, les intermédiaires "sociaux" sont les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés.

*** Les "agents de service" recouvrent les agents de service hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

Champ : salariés à temps complet, établissements ayant une activité économique principale hospitalière, France entière.

Source : DADS (exploitation au 1/25 jusqu'en 2001, 1/12 en 2002 et 2003), Insee.

inférieures dans les établissements privés (graphique 1) à celles versées par les hôpitaux publics (-9 % après environ -13 % sur la période 1999-2002). Cet écart est même supérieur à 10 % si l'on exclut de l'analyse les cadres (médicaux et administratifs) et les stagiaires⁷. Celui-ci peut s'expliquer partiellement par des différences dans la structure des qualifications entre secteurs mais, à catégorie socioprofessionnelle équivalente, un écart salarial subsiste entre le public et le privé. Ainsi, en 2003, les agents de service et employés administratifs, les ouvriers et les personnels intermédiaires (soignants, sociaux ou administratifs) percevaient des rémunérations sensiblement moindres dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics (entre 5 et 15 % de moins, graphique 1). Cependant, par rapport aux années précédentes, ces écarts se sont réduits de 4 à 5 points en 2003.

À l'opposé, les cadres salariés à temps complet perçoivent des salaires mensuels plus élevés dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics, qu'il s'agisse de cadres médicaux (+33 %) ou non médicaux (+13 %). Là encore, les écarts ont toutefois eu tendance à se resserrer au cours de la période récente puisqu'ils atteignaient sur la période 1999-2002 respectivement plus de 40 % et environ 20 %.

Des différences de salaires horaires inchangées entre secteurs public et privé entre 2000 et 2003

Ces écarts de salaires annuels et leur évolution peuvent également refléter les différences de durée du travail qui peuvent ou ont pu exister entre les secteurs.

Ainsi, entre 2000 et 2003, le salaire horaire net des salariés hospitaliers a augmenté, en moyenne

ENCADRÉ 3 ●

LES ACCORDS SUR LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Dans les établissements sanitaires, la mise en place de la réduction du temps de travail s'est étalée dans le temps. Elle devait s'appliquer au plus tard, pour les établissements de plus de 20 salariés, au 1^{er} janvier 2000 dans le secteur privé non lucratif, au 1^{er} février 2000 dans le secteur privé lucratif et au 1^{er} janvier 2002 pour les autres établissements. D'autre part, la loi dite « Aubry 1 » instituait une aide incitative à la création de nouveaux emplois : pour une réduction du temps de travail d'environ 10 %, des allègements de charges sociales étaient accordés si les embauches supplémentaires atteignaient au moins 6 %.

Les accords dans les établissements de santé privés

Les dispositions relatives à la durée du travail dans le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif, communes à celles du secteur social et médico-social à caractère commercial, sont définies par l'accord de branche du 27 janvier 2000 sur la réduction et l'aménagement du temps de travail.

En ce qui concerne les établissements non lucratifs, la Fédération des établissements d'hospitalisation privée (FEHAP) s'était engagée dès 1998 dans une démarche volontaire d'anticipation de la RTT en négociant un avenant à la convention collective. Celui-ci a constitué un cadre structuré ménageant des espaces de liberté, les accords d'établissement tenant compte des spécificités locales ; les dispositions relatives à la réduction du temps de travail ayant été définitivement entérinées en avril 2000.

Les accords relatifs à la Fonction publique hospitalière

Les négociations pour le passage aux 35 heures des différentes composantes de la Fonction publique sont intervenues ultérieurement à celles menées dans le secteur privé. Faute d'accord national global au niveau de la Fonction publique – les organisations syndicales dénonçant notamment le manque de créations d'emplois – les différentes fonctions publiques ont mené séparément les négociations. Pour sa part, la Fonction publique hospitalière a signé un accord national le 27 septembre 2001. Il n'a concerné, dans un premier temps, que les seuls personnels non médicaux, la complexité de la réorganisation du travail pour les praticiens ayant retardé son application réelle pour ces professionnels (décret de mise en œuvre paru le 7 octobre 2002).

Le protocole rappelait les quatre grands principes sous-tendus par l'accord : l'amélioration de l'organisation du travail, l'amélioration des conditions de travail et de vie au travail, la définition de règles nationales précises – temps de travail, modalités de décompte de ce temps, ainsi que celles des congés –, le renforcement du dialogue social lors de l'élaboration de la nouvelle organisation du travail et du suivi de sa mise en œuvre¹. Une enquête menée par la Drees a montré que sur 987 établissements publics interrogés, 94 % déclaraient avoir engagé un processus de négociation et 80 % des établissements représentant 80 % de la Fonction publique hospitalière étaient, dès l'automne 2002, signataires d'un accord de réduction du temps de travail².

1. Pour plus de précisions sur le contenu du protocole, ainsi que sur une analyse approfondie de sa mise en place, voir TONNEAU D., 2003, « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », *Document de travail, Série Études*, n° 35, octobre, Drees.

2. BOUSQUET F., 2003, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière : une enquête statistique auprès des établissements publics de santé », *Études et Résultats*, n° 224, mars, Drees.

7. Pour les raisons citées précédemment, le secteur privé est ici considéré dans son ensemble. Il faut néanmoins souligner que, en 2002, ces différences étaient nettement plus marquées pour les établissements sous OQN par rapport à ceux sous DG.

d'environ 5,2 % par an dans le privé (+3,3 % en euros constants) et de 6,4 % dans le public (environ +4,5 % en euros constants). Cette augmentation s'est confirmée pour l'ensemble des CSP, même si les cadres en ont bénéficié d'une manière un peu plus forte. Pour autant, les évolutions ont été contrastées dans le temps en raison de la mise en place de la RTT et de ses répercussions sur la nature des heures travaillées. Dans le secteur privé, la croissance s'est avérée relativement régulière et continue entre 2000 et 2003, et ce, de manière assez homogène pour l'ensemble des CSP [tableau 3]. Dans les hôpitaux publics, l'usage important des heures supplémentaires en 2002, par définition mieux rémunérées, a alimenté une très forte croissance du salaire horaire (en euros constants, +6,8 % par an entre 2000 et 2002). En revanche en 2003, la restriction de leur utilisation combinée aux revalorisations limitées du point indiciaire dans la Fonction publique hospitalière (absence en 2003 et +0,5 % fin décembre 2002) a abouti à une relative stagnation du niveau moyen du salaire horaire (+2,1 % en euros courants, soit +0 % en euros constants et -1 % hors cadres et apprentis). Le fait que ce ralentissement s'observe aussi bien pour les seuls salariés actifs n'ayant pas changé de poste pendant ces deux années que pour l'ensemble des salariés confirme l'hypothèse de

variations essentiellement dues à l'usage des heures supplémentaires et à l'évolution de la valeur du point indiciaire, sans qu'il y ait eu d'impact important des mouvements d'entrées-sorties des salariés.

En 2003, un salarié à temps plein percevait globalement un salaire horaire en moyenne inférieur de 9 % dans le secteur privé (11,6 euros) que dans le public (12,6 euros), cet écart ayant sensiblement diminué depuis 1998 (13 %) mais demeurant stable par rapport à 2000. Cette différence peut s'expliquer, pour partie, par une plus forte représentation des professionnels hautement qualifiés dans les hôpitaux publics. Pour autant, à CSP équivalentes, des différences subsistent entre secteurs public et privé (tableau 3). En 2003, les agents de service ou employés administratifs, les ouvriers, les professions intermédiaires administratives et celles soignantes et sociales perçoivent des salaires horaires moindres dans le privé (de respectivement -12 %, -10 %, -6 % et -4 %). À l'opposé, les salaires horaires des médecins et cadres exerçant dans le privé apparaissent plus élevés que dans les hôpitaux publics (respectivement 30 % et 12 % de plus). Si les effets d'âge cumulés avec les effets « structure de qualification », contribuent à l'écart des niveaux de salaires horaires enregistrés entre public et privé, ils ne suffisent pas à l'expliquer

TABLEAU 4 ●

salaire annuel net moyen des salariés à temps complet selon le secteur et la catégorie socioprofessionnelle en 2003 et évolution en euros constants par rapport à 2002, 2000 et 1998

Catégorie socioprofessionnelle regroupée	2003			Évolution 2002-2003 en euros constants (%)			Évolution annuelle moyenne 2000-2002 en euros constants (%)			Évolution annuelle moyenne 1998-2003 en euros constants (%)		
	Privé	Public	Ensemble	Privé	Public	Ensemble	Privé	Public	Ensemble	Privé	Public	Ensemble
Médecins, pharmaciens	55 799	41 799	42 959	-1,4	-6,4	-6,1	5,1	10,8	10,1	2,7	4,3	4,1
Cadres direction, administration, gestion	43 000	37 995	39 751	0,8	-3,7	-2,1	0,5	6,3	4,0	2,1	1,5	1,7
PI soignants et sociaux *	23 065	25 053	24 616	0,4	-4,0	-3,1	1,9	2,3	2,3	1,0	0,0	0,2
PI administratifs et techniciens **	21 626	22 725	22 328	0,1	-5,9	-3,8	-0,9	2,5	1,2	-1,1	-0,1	-0,5
Agents service et employés administration	15 595	18 095	17 528	0,7	-5,4	-4,0	1,6	1,9	1,8	1,1	-0,1	0,2
Ouvriers	16 376	18 275	17 971	0,7	-4,8	-4,0	0,2	2,2	2,0	0,6	0,0	0,2
Stagiaires et apprentis	11 054	4 408	4 487	-2,1	9,5	7,0	0,0	-33,2	-32,4	0,7	-12,6	-12,9
Ensemble	20 798	22 908	22 472	0,7	-3,2	-2,4	1,9	2,2	2,2	1,6	0,5	0,8
Ensemble hors médecins, cadres, stagiaires et apprentis	18 729	20 925	20 436	0,5	-4,9	-3,7	1,6	2,3	2,2	1,2	0,0	0,3

* Les professions intermédiaires "soignants" sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, les intermédiaires "sociaux" sont les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés.

*** Les "agents de service" recouvrent les agents de service hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

Note : les salaires ne tiennent pas compte des rémunérations perçues par ailleurs, sous forme d'honoraires par exemple.

Champ : salariés à temps complet, établissements ayant une activité économique principale hospitalière, France entière.

Source : DADS (exploitation au 1/25 jusqu'en 2001, 1/12 en 2002 et 2003), Insee.

entièrement. En effet, à catégorie socioprofessionnelle, tranche d'âge et durée de travail équivalents, des disparités non négligeables demeurent.

L'âge, un facteur déterminant du niveau de salaire dont l'influence varie selon les professions et le secteur

L'ancienneté, évaluée au travers de l'âge des personnels, constitue un autre déterminant important du niveau des salaires. L'effet de l'âge sur les salaires perçus s'accroît très nettement avec la qualification puisque chez les cadres le salaire horaire d'un salarié quinquagénaire est, en 2003, trois fois plus élevé que celui d'un salarié de moins de trente ans alors qu'il est d'une fois et demie supérieur chez les professions intermédiaires et d'environ 1,3 fois pour les autres catégories professionnelles plus modestes (tableau 2).

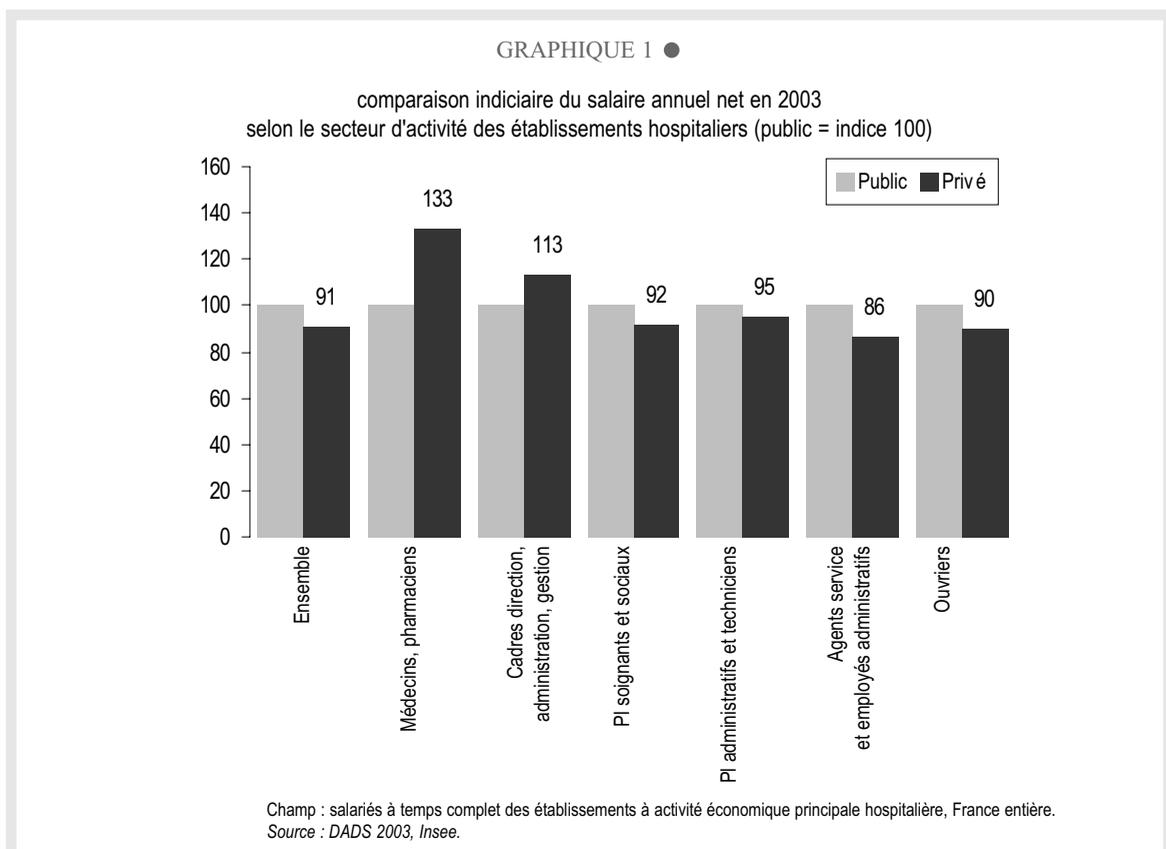
Si l'effet d'âge, au même titre que les effets « structures de qualification » et « durée de travail », participe à l'écart de salaire observé selon les catégories d'établissements hospitaliers, il est loin de l'expliquer entièrement. En effet, à catégorie socioprofessionnelle (regroupée) et tranche d'âge équivalentes, des disparités de salaires horaires demeurent, avec des signes et des amplitudes variables.

« Toutes choses égales par ailleurs », la catégorie professionnelle, l'âge, le sexe et la région jouent un rôle dans les écarts individuels de salaires

Pour tenir compte de l'ensemble de ces caractéristiques structurelles qui influent sur les écarts de rémunération, des analyses « toutes choses égales par ailleurs » ont été réalisées à partir des DADS, pour les années 1999, 2000, 2002 et 2003 (encadré 4). De ces travaux de modélisation, effectués sur les salaires horaires, ont été exclus les postes de médecins et de cadres administratifs, la variabilité des salaires horaires étant forte pour ces personnels, en raison d'effectifs plus faibles et de revenus plus dispersés. Les variables explicatives intégrées dans les modélisations sont l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle du salarié ainsi que le secteur et la zone géographique d'implantation de l'établissement.

L'impact, « toutes choses égales par ailleurs », des caractéristiques des salariés sur les rémunérations nettes qu'ils perçoivent sont de deux types : certains facteurs comme, la catégorie professionnelle, l'âge ou le sexe jouent de façon stable dans le temps (éléments « structurels »), tandis que d'autres ont un impact qui apparaît plus évolutif tels que la région d'exercice.

En 2003, la catégorie professionnelle demeure la



caractéristique la plus déterminante du niveau de rémunération horaire des salariés. Par rapport aux professions intermédiaires soignantes et sociales, et « toutes choses égales par ailleurs », les personnels relevant de professions intermédiaires administratives perçoivent un salaire horaire inférieur de 13 %, les agents de service et employés de 34 % et les ouvriers de 36 % (tableau 5). Ces différences semblent très largement structurelles, dans la mesure où elles sont restées inchangées depuis 1999. Il en va de même pour l'âge. De manière générale, le salaire horaire apparaît croissant avec l'âge mais à un rythme qui se ralentit au fur et à mesure que les salariés vieillissent. Ainsi, jusqu'à 44 ans, le salaire horaire d'un salarié augmente de manière linéaire d'environ 1,5 % par année d'âge supplémentaire. Entre 45 et

49 ans, ce rythme d'augmentation fléchit à 0,6 % pour se limiter à 0,4 % entre 45 et 54 ans. À partir de 55 ans, l'effet d'une année d'âge supplémentaire a, au contraire, un impact négatif sur le niveau de salaire (légèrement pour les 55 à 65 ans et assez fortement pour les plus de 65 ans). Un tel résultat, *a priori* surprenant, ne doit pas ici être vu comme un « effet carrière » (il est peu probable que, au cours d'une carrière, le niveau de salaire tende à décroître avec l'âge), mais plutôt comme de possibles effets de sélection⁸ et de génération⁹.

« Toutes choses égales par ailleurs », les différences observées entre le niveau de rémunération horaire des hommes et celui des femmes dans le secteur hospitalier restent faibles (-0,6 % pour les femmes). En revanche, les salariés exerçant dans les

ENCADRÉ 4 ●

MÉTHODOLOGIE DES ÉQUATIONS DE SALAIRE

L'objectif est d'analyser les écarts de salaire entre le secteur public et le secteur privé en neutralisant, dans la mesure du possible, les effets de structure (par exemple, les différences de qualification et d'âge entre les secteurs considérés).

Pour ce faire, on recourt à des équations de salaire : la variable expliquée est le logarithme du salaire horaire et les variables explicatives sont le secteur, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la région. Dans la spécification « centrale » du modèle, ces variables sont supposées jouer indépendamment les unes des autres. Ainsi, on suppose que le salaire d'un individu est, à un terme résiduel près, le produit des caractéristiques retenues (l'équation étant écrite en logarithme). Le choix d'une décomposition multiplicative permet de s'intéresser aux écarts relatifs de salaire (en %) et non aux écarts absolus (en euros).

Le modèle retenu dans cette étude s'écrit ainsi : $\text{Log}(\text{salaire}) = \alpha + \beta_i \times \text{âge}_i + \gamma \times \text{secteur} + \delta \times \text{CSP} + \eta \times \text{région} + \varepsilon$

L'estimation est faite par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) sur le champ des salariés à temps complet. La qualité du modèle est appréciée par le coefficient de détermination (le R²), qui explique le pourcentage de la variance des salaires expliquée par les variables explicatives, le reste étant attribuable au terme résiduel (à savoir les caractéristiques non incluses parmi les variables explicatives car non observées par le statisticien). Les modèles ici présentés se révèlent de bonne qualité (R² compris entre 0,5 et 0,6). D'autre part, la significativité des modalités de chaque variable explicative (effet propre sur le salaire) est systématiquement testée.

La variable explicative « secteur » comprend, dans la présente étude, deux modalités (privé et public, cette dernière modalité étant prise comme référence lors de l'estimation) et la variable explicative CSP quatre modalités (les ouvriers, les employés, les PI administratifs et techniques et les PI soignants et sociaux, cette dernière modalité étant prise comme référence lors de l'estimation). En revanche, les variables explicatives « région » et « âge » ont, dans la présente étude, été affinées afin de gagner en qualité et en interprétabilité des modèles. En prenant en compte les zones d'emploi et d'aménagement du territoire (ZEAT), la situation géographique est à présent décrite en 9 modalités qui permettent de détailler les éventuelles différences existant au sein de la province (l'Île-de-France restant la modalité de référence lors de l'estimation). L'actualisation du modèle a également donné lieu à un affinement de l'effet âge – qui peut être considéré comme un « proximi » de l'ancienneté – sur le revenu des professionnels. Dans nos précédents travaux, l'existence d'un lien linéaire entre ces deux variables était sous-tendue (par souci de simplification). Or, en France, on admet en général que le lien adopte en réalité une forme concave¹. Pour notre problématique, c'est la modélisation dite « linéaire par morceaux » qui s'est imposée comme la plus adaptée. Elle suppose que l'effet d'une année supplémentaire sur le revenu est linéaire sur les différentes tranches d'âge choisies (spécifiée par âge(i)) mais que cet effet varie d'une tranche d'âge à l'autre (les coefficients varient d'une classe à l'autre), et ce de manière concave (tendance à la décroissance des coefficients avec l'âge)².

Enfin, dans la spécification retenue, ε représente le terme résiduel.

1. Un résumé des réflexions portant sur la nature des corrélations entre âge et salaire pourra être trouvée dans DEBRAND T., PRIVAT A.-G., 2004, « Salaires individuels et évolutions macroéconomiques en France », *Revue de l'OFCE*, n° 89, avril.

2. L'ensemble de ces choix méthodologiques sont longuement discutés dans le document de travail correspondant au présent article (COLLET M., 2005, « Les rémunérations dans les établissements de santé. Évolutions et comparaisons avec l'ensemble du secteur hospitalier entre 1999 et 2002 », *Document de travail, Série Études*, n° 45, mars, Drees).

8. Pour une personne active après 65 ans, la probabilité pour que sa carrière soit « incomplète » est *a priori* plus forte : la poursuite d'une activité au-delà de l'âge auquel le salarié est en droit de la cesser et l'employeur est en droit de la faire cesser (dès lors que le salarié a déjà cotisé pour obtenir une retraite « pleine ») indique en effet qu'il s'agit davantage de carrières discontinues ou incomplètes.

9. La relation entre niveau de revenu et âge serait similaire pour toutes les générations (« effet d'âge »). En revanche, les générations les plus âgées auraient bénéficié de rémunérations en début de carrière inférieures à celles de leurs benjamins ; ce qui expliquerait leur moindre salaire en dépit d'une ancienneté plus grande.

TABLEAU 5 ●

effets des principaux déterminants
des rémunérations horaires nettes des salariés
des établissements de santé
dans les secteurs publics et privés
en 2003, 2002, 2000 et 1999.

Variable	Temps complet			
	2003	2002	2000	1999
Âge (effet d'une année supplémentaire)				
Moins de 24 ans	1,1%	0,9%	0,8%	0,8%
25 à 29 ans	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%
30 à 34 ans	1,7%	1,6%	1,6%	2,1%
35 à 39 ans	1,4%	1,6%	1,6%	1,3%
40 à 44 ans	1,4%	1,2%	1,0%	0,9%
45 à 49 ans	0,6%	0,4%	0,4%	n.s.
50 à 54 ans	0,4%	0,5%	n.s.	n.s.
55 à 64 ans	-0,5%	-0,3%	-1,4%	-1,2%
65 ans et plus	-1,5%	-1,5%	-1,8%	-2,2%
Secteur de l'établissement				
Privé	-8,2%	-10,0%	-4,2%	-9,7%
Public	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>
Sexe				
Homme	0,6%	n.s.	1,8%	1,0%
Femme	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>
Catégorie professionnelle				
Pl administratifs	-13,1%	-12,1%	-13,7%	-12,2%
Agents de service et employés	-33,9%	-33,0%	-33,2%	-33,4%
Ouvriers	-36,4%	-35,2%	-36,2%	-34,9%
Pl soignants et sociaux	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>
Région de travail				
Bassin parisien	-4,0%	n.s.	-7,9%	-5,7%
Nord	-3,8%	n.s.	-5,2%	-6,7%
Est	-4,0%	1,0%	-6,4%	-7,2%
Ouest	-5,1%	1,0%	-8,5%	-5,7%
Sud-Ouest	-6,4%	-1,8%	-7,3%	-10,9%
Centre-est	-7,6%	-3,2%	-5,9%	-4,7%
Bassin méditerranéen	-5,5%	n.s.	-5,6%	-4,2%
Dom	19,0%	26,3%	24,1%	24,4%
Région parisienne	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>	<i>Référence</i>
R2	0,5369	0,5607	0,4608	0,4787

Lecture : en 2003, le surcroît de rémunération horaire des salariés à temps complet est en moyenne, toutes choses égales par ailleurs, de 1,1 % par année d'âge supplémentaire entre 16 et 24 ans (significatif avec moins de 1 % d'erreur).

Italique : significatif avec 1 à 5 % d'erreur.

n.s. : non significatif.

Champ : ensemble des salariés (hors médecins, pharmaciens, personnels de directions et stagiaires).

Source : DADS 1999, 2000, 2002, 2003, Insee.

Dom présentent bien, « toutes choses égales par ailleurs », un niveau de rémunération sensiblement plus élevé que ceux de l'Île-de-France et de la province (+23 % en 2003). Cette différence, restée assez stable sur les cinq dernières années, s'explique par les indemnités allouées à certains salariés exerçant outre-mer (appelées « primes d'indexation Dom »). En ce qui concerne les autres grands ensembles régionaux, et au même titre que les années précédentes, l'effet propre de la « situation géographique » apparaît limité en province. En revanche, la rémunération horaire des salariés de l'Île-de-France est supérieure de 4 à 7 % à celle observée dans les autres régions métropolitaines. C'était déjà le cas avant la mise en place de la réduction du temps de travail mais les écarts entre province et Île-de-France s'étaient estompés en 2002¹⁰.

Des écarts de salaires horaires entre secteurs public et privé qui se limitent à 8 % « toutes choses égales par ailleurs »

Le secteur public offrait encore en 2003, à caractéristiques identiques des salariés, des salaires horaires en moyenne plus élevés que dans les établissements du secteur privé. Ainsi, en 2003, un salarié du secteur public percevait, « toutes choses égales par ailleurs », un salaire horaire net supérieur d'environ 8 % à un salarié du secteur privé (tableau 5). Par rapport à 1999 et 2002, les écarts se sont donc réduits de 2 points. Ces écarts restent toutefois supérieurs à ceux observés en 2000 pendant la période transitoire où les régimes horaires différaient en raison des calendriers d'entrée en vigueur de la loi relative à la réduction du temps de travail. ■

10. On peut ici faire l'hypothèse que cette réduction des écarts puisse être liée à un plus grand usage des heures supplémentaires en province au cours de la mise en place de la RTT dans le public.

LES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE CARRIÈRE DES INFIRMIERS DE LA GÉNÉRATION 2001

Rémy MARQUIER et Salah IDMACHICHE***

*Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement - Ministère de la santé et des solidarités, DREES

** Université d'Évry (IUP Ingénierie économique et statistique), stagiaire à la DREES

*Bénéficiant à la fois
d'un accès rapide à l'emploi,
d'une situation professionnelle stable,
et de rémunérations plus avantageuses
que les titulaires d'autres diplômes
de niveau proche, les infirmiers diplômés
d'État sortis de formation initiale
en 2001 sont également ceux
qui travaillent le moins souvent
à temps partiel, et qui connaissent
le moins les situations d'inactivité
ou de chômage.
Leur insertion professionnelle
semble meilleure que celle
de leurs confrères de la génération 98,
tant du point de vue de l'accès
à l'emploi que des types
de contrats obtenus.
Sur les trois premières années
d'exercice, leurs rémunérations
augmentent toutefois moins
que celles des titulaires
d'un autre diplôme de niveau proche.*

La présente étude a pour but d'examiner la trajectoire de l'insertion professionnelle des jeunes infirmiers diplômés d'État (IDE) de la génération 2001, à partir de l'enquête Céreq du même nom (encadré 1) : les caractéristiques de leur insertion professionnelle, les différentes situations traversées entre 2001 et 2004, la rémunération et les opinions que les infirmiers se font de leur métier à la première embauche et au bout de trois ans.

En 2001, 11 267 infirmiers étaient sortis pour la première fois du système éducatif (i.e. nouveaux arrivants) et entraient dans la vie active, et 1 374 avaient interrompu au moins une fois leurs études avant d'effectuer celles d'infirmiers (i.e. diplômés-expérimentés) [encadré 2 et tableau 1]. La profession reste très féminine, puisque 86,8 % des infirmiers sont des infirmières.

LA SITUATION DES INFIRMIERS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL EST APPAREMMENT MEILLEURE QUE CELLE DES AUTRES DIPLÔMÉS DE NIVEAU COMPARABLE

En matière d'accès au marché du travail, la situation des infirmiers est apparemment plus favorable que chez les autres diplômés de niveau proche : ainsi, la quasi-totalité des infirmiers nouveaux arrivants et des diplômés nouveaux arrivants des autres formations de la santé ou du social de la génération 2001 ont trouvé au moins un emploi pendant les trois ans qui ont suivi la date d'obtention du diplôme – concernant les infirmiers, les proportions sont par ailleurs les mêmes pour celles de la génération 98). Les titulaires d'un diplôme universitaire de niveau proche paraissent connaître une situation plus défavorable, puisque 3,9 % des DEUG-DEUST et 4,3 % des deuxièmes cycles universitaires n'ont pas trouvé d'emploi au cours des trois ans.

Dans toute la suite, et sauf mention contraire, l'étude de l'insertion professionnelle portera sur les seuls enquêtés ayant eu au moins un emploi sur les trois ans que couvre l'enquête.

*Plus du quart des infirmiers trouve
son premier emploi via
son établissement de formation*

À l'issue de la formation, l'intégration dans le monde du travail peut s'effectuer par le recours à différents moyens, par ailleurs très variables selon le type de diplôme obtenu. 27,8 % des infirmiers nouveaux arrivants ont accédé à un premier emploi par le biais

de leur établissement de formation, mais il est vrai que ce dernier est souvent situé au sein d'un hôpital, futur employeur potentiel. Le rôle de l'établissement de formation pour l'accès à un premier emploi apparaît largement moins important chez les autres diplômés, à l'exception peut-être des titulaires d'un autre Bac + 2 de la santé ou du social (18,6 %). Les infirmiers apparaissent également comme la catégorie qui a eu le moins recours à l'ANPE pour trouver un premier emploi : seul 1,5 % d'entre eux a été embauché par ce biais, légèrement moins que les infirmiers de la génération 98 (où ils étaient 2,3 % dans ce cas¹), mais surtout moins que tous les autres types de formations (4,8 % au minimum).

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE GÉNÉRATION 2001 DU CÉREQ

Les enquêtes générationnelles du Centre d'études et de recherche sur les qualifications (Céreq) ont pour objectif d'apporter une connaissance quasi exhaustive du parcours de chaque individu à partir de la date de sortie de formation initiale jusqu'à la date d'interrogation¹. Chaque individu est en outre interrogé sur ses caractéristiques individuelles et familiales, la situation sociale de ses parents, etc.

Trois enquêtes de ce type ont été réalisées à ce jour (une quatrième – enquête Génération 2004 – est actuellement en cours de préparation) :

- Génération 92, où les personnes sorties de formation initiale ont été interrogées cinq ans après la sortie de leurs études ;
- Génération 98, où les personnes sorties de formation initiale ont fait l'objet de trois vagues d'enquête (trois ans en 2001, cinq ans en 2003 et sept ans en 2005 après la sortie des études) et où une extension d'échantillon sur les diplômés de la santé et du social a été réalisée pour la première fois² ;
- Génération 2001, où les personnes sorties de formation initiale ont été interrogées trois ans après la sortie des études, et où une nouvelle extension d'échantillon a été financée par la Drees.

Pour Génération 2001, le Céreq a interrogé environ 15 000 jeunes sortis de formation initiale. Quelle que soit la formation considérée, les individus de l'enquête Génération 2001 répondent aux critères suivants :

- ils n'avaient pas quitté le système éducatif avant 2001, sauf éventuellement pour effectuer leur service national, pour une maternité ou une maladie. La Drees a cependant souhaité, pour le secteur sanitaire et social, que cette contrainte ne soit pas imposée³. Les diplômés de ce secteur peuvent donc soit ne pas avoir interrompu leurs études auparavant (on parle alors de « nouveaux arrivants »), soit avoir connu une ou plusieurs interruptions avant d'effectuer leur formation finale (on parle alors d'individus « diplômés-expérimentés »⁴) ;
- ils étaient inscrits dans un établissement de formation en 2000-2001 ;
- ils ont quitté le système éducatif en 2001 ;
- ils n'ont pas repris leurs études pendant l'année qui a suivi leur entrée sur le marché du travail.

Dans la présente étude, seuls les diplômés d'un niveau proche de celui d'infirmiers sont retenus. Dans un souci de comparabilité avec les infirmiers pour lesquels seuls les diplômés figuraient dans la base de sondage, et donc pouvaient être interrogés, ceci exclut les Bac + 2 sortis de formation initiale mais non diplômés. Au total, l'échantillon de l'étude est composé d'environ 6 000 enquêtés, dont 1 216 infirmiers et 1 414 titulaires d'un autre diplôme Bac + 2 de la santé ou du social⁵.

1 – Pour une analyse détaillée de ces caractéristiques, voir MARQUIER R., IDMACHICHE S., « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », Drees, *Document de travail série Études*, à paraître.

2 – Du côté des infirmiers, l'enquête Génération 98 a fait l'objet d'une exploitation par la Drees (voir MARQUIER R., « Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 393, avril 2005 et « Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998 », Drees, *Document de travail série Études*, n°46, avril 2005).

3 – Remarque importante : ceci implique que, dans toute la suite, les diplômés d'un autre secteur que celui de la santé ou du social (y compris infirmiers) sont des nouveaux arrivants. La distinction sera faite en revanche pour les infirmiers et les titulaires d'un autre diplôme Bac + 2 de la santé ou du social.

4 – Ceci concerne donc en particulier les infirmiers diplômés d'État qui ont suivi cette formation après avoir exercé en tant qu'aide soignant, et qui ont bénéficié à ce titre d'une promotion professionnelle.

5 – Ces diplômés sont : assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, ergothérapeute, manipulateur d'électro-radiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, puéricultrice, pédicure-podologue, sage-femme.

1. La différence de proportions n'est cependant que faiblement significative (p-value = 0,08).

De manière générale, que ce soit du point de vue des infirmiers ou des titulaires d'un autre Bac + 2 de la santé ou du social, les modes d'accès à l'emploi, et notamment le rôle de l'établissement de formation, sont identiques pour les nouveaux arrivants et les diplômés-expérimentés. Ainsi 25,9 % des infirmiers de la catégorie des diplômés expérimentés ont trouvé un premier emploi par le biais de l'établissement de formation, et 14,6 % des titulaires (diplômés-expérimentés) d'un autre diplôme de la santé ou du social.

Les infirmiers accèdent rapidement à l'emploi...

86,8 % des infirmiers nouveaux arrivants trouvent immédiatement un emploi (i.e. en moins d'un mois), dont 90,3 % des hommes et 86,3 % des femmes². Par ailleurs, seul 1,8 % d'entre eux a mis quatre mois ou plus pour trouver un premier emploi.

Ainsi, par rapport aux autres diplômés de niveau proche (autour de Bac + 2), les infirmiers passent en moyenne très peu de temps à la recherche d'un emploi. Les IDE nouveaux arrivants mettent ainsi 0,3 mois³ en moyenne à accéder à un premier emploi (tableau 2). Ils sont de ce fait nettement favorisés par rapport aux autres diplômés : à l'exception des autres Bac + 2 nouveaux arrivants de la santé ou du

social qui mettent en moyenne 1,1 mois pour accéder à un premier emploi, les autres diplômés y consacrent environ 2,5 mois.

La distinction entre les infirmiers nouveaux arrivants et diplômés-expérimentés ne révèle pas de différence en ce qui concerne le temps d'accès au premier emploi, que l'on considère l'ensemble (les proportions d'infirmiers trouvant un emploi en moins d'un mois sont respectivement de 86,8 % et 86,5 %), ou les deux sexes séparément. Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 semblent en revanche plus avantagés que ceux de la génération 98 : s'ils sont 86,8 % à avoir trouvé un emploi en moins d'un mois pour la génération 2001, ils n'étaient « que » 74 % dans la génération 98. De même, 4,4 % des infirmiers de la génération 98 ont mis 4 mois ou plus pour trouver un emploi, contre seulement 1,9 % de ceux de la génération 2001. Il est à cet égard possible que la mise en place des 35 heures (en 2000 pour les hôpitaux privés et les services médico-sociaux, en 2002 pour les hôpitaux publics) ait accentué la demande d'infirmières dans les hôpitaux et cliniques, puisque l'on estime à 26 000 le nombre de postes d'infirmières créés pour compenser la réduction du temps de travail entre 1999 et fin 2002, dont 8 000 dans le secteur privé et 18 000 dans le secteur public⁴.

TABLEAU 1 ●

les infirmiers et les titulaires d'un diplôme de niveau proche de la génération 2001

	Effectifs	%	Part des femmes	Âge moyen au diplôme
Infirmiers diplômés d'État	12 641	–	86,8	24,1
• Nouveaux arrivants	11 267	5,4	88,1	23,6
• Diplômés-expérimentés	1 374	–	75,8	28,2
• Génération 98	11 335	5,4	84,3	23,5
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	10 109	–	74,3	25,4
• Nouveaux arrivants	8 483	4,1	75,7	24,2
• Diplômés-expérimentés	1 691	–	68,6	31,3
DEUT-DEUST	19 998	9,6	56,9	23,8
BTS-DUT industriel	36 306	17,5	18,8	21,4
BTS-DUT tertiaire	56 900	27,3	72,5	21,5
2 ^e cycle universitaire	75 094	36,1	61,0	24,2
Ensemble(*)	208 048	100,0	58,4	22,9

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Source : Céreq, *Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98*

2. La différence étant largement significative (p-value < 0,01).

3. Remarque : le nombre de mois pour trouver un emploi n'est pas déclaré par l'enquêté, mais recalculé *a posteriori* par le Céreq à partir du calendrier déclaratif (l'enquêté devant décrire sa situation sur le marché de l'emploi mois par mois). Lorsque le nombre de mois moyen est égal à 0,3, cela ne signifie donc pas que des enquêtés ont indiqué avoir mis dix jours à trouver un emploi, mais qu'un nombre important d'entre eux a trouvé immédiatement un emploi (voir infra pour les détails).

4. Voir à ce sujet DELAMAIRE et al : « La profession d'infirmière », in *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électro-radiologie médicale*, Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, tome 3, pp. 51-105.

... et connaissent très peu l'inactivité ou le chômage au cours des trois premières années

Au cours des trois années suivant l'obtention de leur diplôme, les infirmiers nouveaux arrivants sont très peu touchés par le chômage : en moyenne, ils ont passé moins de 1 % de leur temps au chômage (0,6 %, légèrement moins que pour la génération 98, où cette part de temps s'élevait à 1,6 %) [tableau 3], largement moins que les autres diplômés de niveau proche (à l'exception des autres Bac + 2 de la santé ou du

social). De même, les périodes passées dans des situations de formation, de reprises des études ou d'inactivité sont plus importantes chez les sortants de formation n'appartenant pas au domaine de la santé ou du social⁵.

Au total, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 ont en moyenne été en emploi pendant 98 % du temps, contre 85 % ou moins pour les diplômés ne relevant pas de la santé ou du social. On n'observe donc pas ou peu de cessation d'activité des infirmiers dans les premières années de vie active, même si cette profession est très féminisée.

À la date de l'enquête, c'est-à-dire trois ans après leur sortie de formation, 96,7 % des infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 sont toujours dans une situation d'emploi et seulement 1,4 % et 1,5 % d'entre eux sont respectivement au chômage et en situation d'inactivité⁶. Les titulaires nouveaux arrivants d'un autre Bac + 2 de la santé et du social sont quasiment dans la même situation : 96,3 % d'entre eux sont en emploi et 2,8 % au chômage. La situation est en revanche différente pour les autres diplômés de niveau Bac + 2 : seuls 79,5 % des titulaires d'un DEUG-DEUST sont en emploi à la date de l'enquête et près de 9 % d'entre eux sont au chômage. La même remarque vaut pour les autres catégories de diplômés, avec tout de même un taux de chômage moins important chez les titulaires d'un BTS-DUT industriel.

TABLEAU 2 ●
 temps moyen d'accès au premier emploi
 en mois

	Hommes	Femmes	Ensemble
Infirmiers diplômés d'État	0,2	0,3	0,3
• Nouveaux arrivants	0,2	0,3	0,3
• Diplômés-expérimentés	0,6	0,3	0,4
• Génération 98	0,7	0,6	0,6
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	1,2	1,1	1,1
• Nouveaux arrivants	1,0	1,1	1,1
• Diplômés-expérimentés	1,8	1,2	1,4
DEUG-DEUST	2,5	2,1	2,3
BTS-DUT industriel	2,4	2,8	2,5
BTS-DUT tertiaire	2,5	2,4	2,4
2 ^e cycle universitaire	2,3	2,6	2,5
Ensemble*	2,3	2,2	2,2

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.
 Champ : individus ayant trouvé au moins un emploi en trois ans.
 Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

TABLEAU 3 ●
 parts de temps passées dans chaque situation

	Emploi	Chômage	Formation	Inactivité	Reprises des études
Infirmiers diplômés d'État	97,9	0,6	0,1	1,2	0,2
• Nouveaux arrivants	97,9	0,6	0,1	1,1	0,2
• Diplômés-expérimentés	97,3	0,7	0,0	1,9	0,1
• Génération 98*	94,5	1,6	0,2	1,6	0,1
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	94,2	3,0	0,1	2,6	0,1
• Nouveaux arrivants	94,5	2,6	0,1	2,7	0,1
• Diplômés-expérimentés	93,2	4,6	0,0	2,2	0,0
DEUG-DEUST	80,1	10,3	1,9	4,3	3,4
BTS-DUT industriel	85,5	10,1	0,7	2,2	1,5
BTS-DUT tertiaire	84,5	10,2	0,7	2,7	1,9
2 ^e cycle universitaire	82,9	8,3	1,6	4,9	2,3
Ensemble**	88,3	6,2	0,9	3,2	1,4

(*) les 2 % de temps restant sont dus au service national effectué par les hommes infirmiers.
 (**) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.
 Champ : individus ayant accédé ou non à l'emploi sur les trois ans d'enquête.
 Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 98 et Génération 2001.

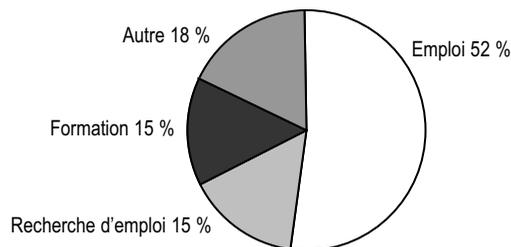
5. Par ailleurs, on ne constate pas de différences entre nouveaux arrivants et diplômés-expérimentés.
 6. La situation des infirmiers diplômés-expérimentés à la date d'enquête est globalement la même que celle des nouveaux arrivants : fort taux d'emploi et très peu de personnes inactives ou au chômage. De même, la situation n'a pas évolué entre les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 98 et leurs homologues de la génération 2001.

ENCADRÉ 2 ●

LES INFIRMIERS AYANT DÉJÀ TRAVAILLÉ AVANT L'OBTENTION DE LEUR DIPLÔME, ESSENTIELLEMENT UNE RECONVERSION OU LA RECHERCHE D'UNE QUALIFICATION RECONNUE

Les infirmiers diplômés-expérimentés constituent une catégorie particulière : la plupart d'entre eux ayant déjà travaillé, le fait de suivre les études d'infirmiers correspond le plus souvent à une réorientation ou à une promotion (pour les anciens aides-soignants ou auxiliaires de puériculture). Avant de reprendre leurs dernières études, les 1 374 infirmiers en formation post-initiale de la génération 2001 ont passé en moyenne 6,7 mois à la recherche d'un emploi, 47,9 mois (soit près de 4 ans) en emploi et 5,1 mois en formation. Juste avant l'entrée en formation, un peu plus de la moitié des infirmiers diplômés-expérimentés (52 %) était en emploi et 15 % en recherche d'emploi (graphique 1)¹.

graphique 1 • situation des infirmiers diplômés-expérimentés avant leur entrée en formation



Champ : infirmiers diplômés-expérimentés.

Source : Céreq, exploitation Drees - enquête Génération 2001.

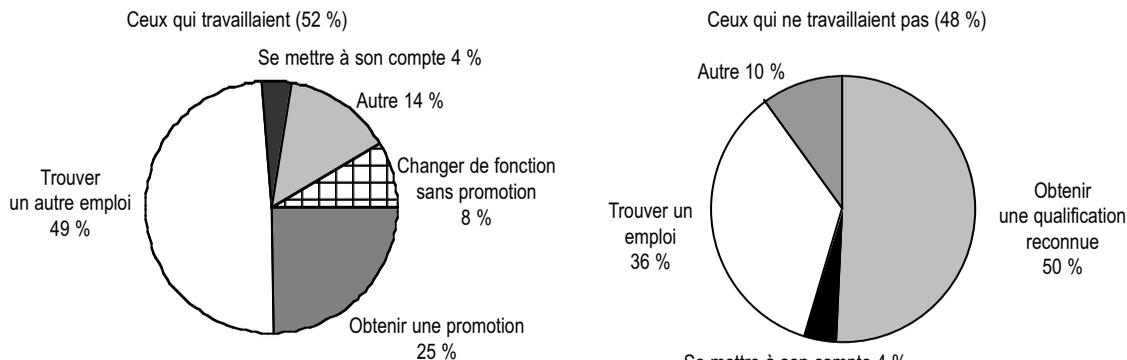
Tous les infirmiers diplômés-expérimentés en emploi avant leur reprise d'études étaient salariés, et les trois quarts travaillaient dans le secteur public. Par ailleurs, environ 62 % de ceux qui étaient en emploi avant l'entrée en formation d'infirmier occupaient un poste dans le domaine de la santé ou du social, et un quart était aide-soignant ou auxiliaire de puériculture. Cependant, la proportion de ceux qui ont travaillé dans le secteur de la santé ou du social entre le 1^{er} arrêt des études et les études d'infirmiers tombe à 41 % si l'on considère l'ensemble des infirmiers diplômés-expérimentés.

Sur les 52 % des individus en emploi avant leurs études en soins infirmiers, près de la moitié (49 %) souhaitait trouver un autre emploi et un quart a repris ses études pour obtenir une promotion (graphique 2), la moitié des anciens aides-soignants ayant indiqué cette finalité. Parmi les diplômés-expérimentés qui n'étaient pas en emploi avant de commencer des études d'infirmiers, la moitié (50 %) désirait obtenir une qualification reconnue, et plus d'un tiers (36 %) voulait simplement trouver un emploi.

59 % des infirmiers diplômés-expérimentés avaient le baccalauréat ou une équivalence à ce diplôme comme niveau d'études le plus élevé avant d'entrer à nouveau en formation. Seuls 8 % avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat et 14 % un niveau d'au moins Bac + 3, c'est-à-dire au moins équivalent au diplôme d'infirmier.

Par ailleurs, les études d'infirmiers pour les diplômés-expérimentés n'ont pu être effectuées, pour près des deux tiers (64 %) des personnes concernées, que par un financement personnel ou familial. 10 % des financements proviennent de l'employeur et 16 % des Assedic ou de l'ANPE.

graphique 2 • objectifs poursuivis par les infirmiers diplômés-expérimentés pour justifier leur reprise d'études



Champ : infirmiers diplômés-expérimentés.

Source : Céreq, exploitation Drees - enquête Génération 2001.

1. Pour les détails sur la situation des infirmiers avant leur entrée en formation, voir MARQUIER R., 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », Drees, *Études et Résultats*, n° 458, janvier.

Très peu d'infirmiers et d'autres diplômés de la santé et du social nouveaux arrivants sont encore à cette date en formation ou en reprise des études (0,1 % en formation et 0,3 % en reprise des études dans les deux types de diplôme). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que leurs spécialisations éventuelles ne sont souvent accessibles au plus tôt qu'après deux ans d'expérience professionnelle⁷.

Une grande stabilité dans l'emploi

Du point de vue de la stabilité dans l'emploi, les situations des infirmiers et des titulaires d'autres diplômes de la santé ou du social semblent, là encore, relativement favorables. Les infirmiers nouveaux arrivants ont occupé en moyenne 1,5 emploi durant les trois années qui ont suivi l'obtention du diplôme, et n'ont connu que peu de périodes de chômage et d'inactivité (0,1 pour les deux situations). Il n'y a par ailleurs pas de différence avec les infirmiers ayant connu une interruption antérieure des études. En comparant ces résultats avec ceux obtenus pour les autres diplômés, il ressort que ces derniers occupent plus d'emplois différents (synonyme d'une relative instabilité professionnelle) et connaissent également davantage de périodes de chômage et d'inactivité.

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 semblent de plus connaître une situation plus stable vis-à-vis de l'emploi que ceux de la génération

98 : le nombre moyen d'emplois occupés pendant les trois premières années de vie active y était alors de 1,8 contre 1,5 pour les infirmiers de la génération 2001.

86,8 % des IDE nouveaux arrivants ont conservé leur premier emploi au bout de six mois, et 79,8 % au bout de douze mois, contre 80,4 % et 68,3 % des titulaires des autres Bac + 2 de la santé ou du social (tableau 4)⁸. Dans la majorité des cas, les titulaires d'autres diplômes de niveau proche sont encore moins nombreux à conserver leur premier emploi au bout de six ou douze mois, en particulier chez les BTS-DUT (où seule un peu plus de la moitié est dans ce cas au bout d'un an de vie active).

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 sont par ailleurs restés plus longtemps dans leur premier emploi que ceux de la génération 98 : ces derniers n'étaient que 74,4 % dans cette situation au bout de six mois (soit plus de 10 points de moins que les infirmiers de la génération 2001), et 61,9 % au bout de douze mois. Dans les deux cas, ce sont toujours les hommes qui semblent partir le plus tôt de leur premier emploi.

Au total, les infirmiers de la génération 2001 se caractérisent donc par une insertion professionnelle rapide et durable dans l'emploi, et un fort taux de conservation de leur premier emploi. Ils apparaissent ainsi dans une situation légèrement plus favorable que les autres Bac + 2 de la santé ou

TABLEAU 4 ●

proportions d'individus ayant conservé leur premier emploi
 au bout de 6 mois et au bout de 12 mois

en %

	6 mois			12 mois		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Infirmiers diplômés d'État	82,7	87,5	86,8	75,0	80,4	79,7
• Nouveaux arrivants	80,4	87,7	86,8	72,6	80,8	79,8
• Diplômés-expérimentés	91,9	85,3	86,9	84,3	76,7	78,6
• Génération 98	69,9	75,2	74,4	57,2	62,8	61,9
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	79,2	81,1	80,6	70,7	67,7	68,5
• Nouveaux arrivants	80,6	80,3	80,4	74,1	66,4	68,3
• Diplômés-expérimentés	73,1	85,4	82,0	55,2	74,6	69,2
DEUG-DEUST	77,4	81,4	79,6	60,7	60,7	60,7
BTS-DUT industriel	70,2	75,2	71,1	52,3	40,4	50,2
BTS-DUT tertiaire	72,8	73,3	73,2	55,7	54,3	54,7
2 ^e cycle universitaire	85,1	86,6	86,0	65,6	63,6	64,4
Ensemble*	77,3	81,3	79,6	59,6	61,3	60,6

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Champ : individus ayant au moins eu un emploi en trois ans.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

7. Ces spécialisations sont : puéricultrices (sans exigence vis-à-vis de l'expérience professionnelle), infirmiers anesthésistes (après 2 ans d'expérience professionnelle minimum) infirmiers de bloc opératoires (après 2 ans d'expérience professionnelle minimum), cadres de santé (après 4 ans d'expérience professionnelle minimum).

8. Il n'y a par ailleurs pas de différences entre nouveaux arrivants et diplômés-expérimentés.

du social, et se distinguent nettement des autres diplômés de niveau proche. Leur situation s'est par ailleurs encore améliorée depuis la génération 98, puisque l'accès à l'emploi est devenu encore plus rapide, le chômage et l'inactivité encore plus marginaux.

UN STATUT DE TRAVAIL STABLE

près de 9 infirmiers sur 10 ont un emploi stable trois ans après leur sortie de formation...

À l'embauche du premier emploi, un peu moins de la moitié (44,7 %) des infirmiers nouveaux arrivants ont un emploi stable (CDI ou fonctionnaire⁹), et 8,3 % d'entre eux sont intérimaires. La proportion d'intérimaires est par ailleurs nettement plus élevée que parmi les autres bac + 2 de la santé ou du social nouveaux arrivants (2,9 %), mais très inférieure à celle observée pour les BTS-DUT (35,6 % et 20,4 % respectivement pour les filières industrielle et tertiaire). Les proportions sont globalement identiques pour les nouveaux arrivants et les diplômés-expérimentés.

Au bout de trois ans, les proportions de sortants ayant obtenu un emploi stable ont nettement augmenté, et ce quel que soit le diplôme considéré. Près de neuf infirmiers nouveaux arrivants sur dix (86 %) sont dans ce cas, part sensiblement plus élevée que chez les titulaires d'autres diplômes (à l'exception

des autres Bac + 2 de la santé ou du social¹⁰). La part des infirmiers nouveaux arrivants intérimaires a également fortement baissé, puisqu'ils sont désormais 2,1 % à être dans cette situation.

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 ont également des contrats plus pérennes que leurs confrères de la génération 98 : à l'embauche de leur premier emploi, ces derniers n'étaient qu'un quart à avoir obtenu un contrat en CDI ou de fonctionnaire, et les trois quarts étaient dans ce cas au bout de trois ans.

... du fait d'une nette préférence des IDE pour le secteur public, qui augmente avec le temps

Cette importante proportion d'emplois stables est à rapprocher de la forte part des infirmiers travaillant dans le secteur public : pour 61,3 % des IDE nouveaux arrivants, le premier poste occupé était un emploi dans le secteur public (tableau 5). Cette proportion est largement plus élevée que celle des titulaires d'autres diplômes de niveau proche (au maximum 44,5 %, chez les deuxièmes cycles universitaires), et reflète le poids de l'hôpital public dans l'exercice de la profession d'infirmier. Par ailleurs, la proportion des infirmières nouvelles arrivantes dans le secteur public est plus élevée que celle des infirmiers de la même catégorie (62,1 % contre 55,2 %).

TABLEAU 5 ●

proportion des individus travaillant dans le secteur public
 lors du premier et du dernier emploi

	Premier emploi			À la date de l'enquête		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Infirmiers diplômés d'État	58,3	62,8	62,2	72,4	70,3	70,6
• Nouveaux arrivants	55,2	62,1	61,3	69,2	69,9	69,8
• Diplômés-expérimentés	71,1	68,7	69,3	85,2	74,9	77,4
• Génération 98	52,3	47,6	48,3	70,9	62,1	63,5
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	14,3	47,1	38,7	15,7	52,9	43,4
• Nouveaux arrivants	13,8	48,2	39,8	12,7	53,0	43,2
• Diplômés-expérimentés	16,2	41,1	33,3	27,3	52,6	44,7
DEUG-DEUST	26,0	25,0	25,4	29,0	32,7	31,1
BTS-DUT industriel	3,9	6,6	4,4	7,9	15,7	9,3
BTS-DUT tertiaire	5,2	8,5	7,6	6,7	18,0	14,9
2 ^e cycle universitaire	38,1	48,6	44,5	44,3	58,3	52,9
Ensemble*	18,7	31,5	26,2	22,9	40,4	33,2

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98

9. Pour les autres catégories de diplômes, les emplois classés comme stables comprennent également les indépendants, mais ce statut est inaccessible aux infirmiers pendant leurs trois premières années d'exercice.

10. La différence avec les infirmiers est très peu significative au sens statistique (p-value=0,15).

Au bout de trois ans, et quel que soit le type de diplôme, les diplômés de la génération 2001 ont manifesté une nette préférence pour le secteur public (les proportions d'emplois dans ce secteur augmentent de façon considérable). À la date de l'enquête, 69,8 % des infirmiers nouveaux arrivants exercent un emploi dans le secteur public. Cette proportion reste largement supérieure à celle observée pour les titulaires d'autres diplômes de niveau proche (le maximum étant toujours atteint par les deuxièmes cycles universitaires, avec 52,9 % d'entre eux travaillant dans le secteur public).

En ce qui concerne les infirmiers ayant déjà travaillé avant l'obtention de leur diplôme, plus des deux tiers d'entre eux (69,3 %) travaillent dans le secteur public dès le premier emploi, proportion légèrement supérieure de celle des nouveaux arrivants¹¹, et sans qu'il y ait de différence selon le sexe (les proportions d'hommes et de femmes diplômés-expérimentés y travaillant dès la première embauche sont respectivement de 71,1 % et 68,7 %, et de 85,2 % et 74,9 % à la date d'enquête, les différences n'étant pas significatives).

Les jeunes infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 ont également manifesté dès le départ aussi bien qu'au bout de trois ans une plus grande propension à travailler dans le secteur public que ceux de la génération 98 (qui n'étaient que 48,3 % à y travailler dès le premier emploi et 63,5 % après trois ans). Par ailleurs, à la date d'enquête, les infirmiers de la génération 98 semblent plus attirés par le secteur public que les infirmières (70,9 %

contre 62,1 %), alors que pour la génération 2001, les proportions sont quasiment identiques pour les deux sexes au bout de trois ans.

Peu d'infirmiers à temps partiel en début de carrière

Lors de la prise de leur premier emploi, la proportion des infirmiers nouveaux arrivants travaillant à temps partiel est de 4,2 % (tableau 6), bien moindre que celle rencontrée pour toutes les autres catégories de diplômes (à l'exception des titulaires d'un BTS-DUT industriel), et ce malgré la forte part de femmes chez les infirmiers. Au bout de trois ans, quel que soit le diplôme de niveau Bac + 2 considéré, la part de travail à temps partiel a diminué. En ce qui concerne les infirmiers nouveaux arrivants, cette proportion est passée de 4,2 % à 3 %.

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 travaillent beaucoup moins fréquemment à temps partiel que ceux de la génération 98 (4,2 % contre 12,6 % lors du premier emploi, et 6,7 % contre 3 % trois ans plus tard), même si pour les deux générations, la proportion de temps partiel a diminué en trois ans. Il n'en reste pas moins que les infirmiers de la génération 98, même en 2001, c'est-à-dire au moment où ils ont pu accumuler trois ans d'expérience et où ceux de la génération 2001 commencent à travailler, travaillent plus souvent à temps partiel que leurs confrères de la génération suivante à leur première embauche.

TABLEAU 6 ●
 proportions des individus de la génération 2001 travaillant à temps partiel

	Premier emploi			Au bout de 3 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Infirmiers diplômés d'État	2,7	4,8	4,5	0,4	3,9	3,4
• Nouveaux arrivants	2,0	4,5	4,2	0,5	3,3	3,0
• Diplômés-expérimentés	5,7	7,8	7,3	0,0	9,2	7,0
• Génération 98	6,8	13,7	12,6	2,8	7,5	6,7
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	3,4	15,8	12,7	2,7	10,1	8,2
• Nouveaux arrivants	3,1	16,2	13,0	2,2	8,9	7,3
• Diplômés-expérimentés	4,5	13,8	11,2	4,9	16,5	12,8
DEUG-DEUST	13,8	19,3	16,8	10,2	12,9	11,7
BTS-DUT industriel	4,9	8,6	5,5	1,4	3,7	1,8
BTS-DUT tertiaire	8,8	12,7	11,6	5,7	6,9	6,6
2 ^e cycle universitaire	14,8	20,5	18,2	10,0	12,3	11,4
Ensemble*	10,0	15,6	13,2	5,9	9,1	7,8

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.
 Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

11. La p-value associée au test de différence des proportions est de 0,08.

Le travail à temps partiel semble, pour les infirmiers nouveaux entrants, plus souvent une contrainte qu'un véritable choix, puisque les deux tiers des embauchés à temps partiel déclarent qu'ils désiraient travailler à temps plein au début de leur premier emploi (ils étaient plus des trois quarts dans la génération 98). Cette proportion est en revanche beaucoup plus faible chez les titulaires d'un diplôme universitaire (dans les deux cas, environ un tiers de ceux qui travaillaient dès le début du premier emploi à temps partiel désiraient en fait travailler à temps plein¹²).

Lors du premier emploi, une analyse toutes choses égales par ailleurs, menée au travers d'un modèle logistique, révèle que le « choix » du temps partiel dépend de plusieurs facteurs, et notamment du sexe, les femmes ayant une probabilité plus forte de travailler à temps partiel que les hommes (+2 points sur la probabilité). L'âge joue également un rôle non négligeable, la probabilité de travailler à temps partiel augmentant avec celui-ci (+1 point sur cette probabi-

lité pour les 25-29 ans et +13 points pour les 30 ans et plus par rapport aux infirmiers de moins de 25 ans).

Enfin, pour ce qui est du type de travail, les infirmiers ont moins de chances de travailler à temps partiel lorsqu'ils sont employés du secteur public (-4 points sur la probabilité par rapport aux employés du privé). Par ailleurs, la probabilité diminue lorsque le contrat de travail est stable (-3 points pour les CDI ou fonctionnaires par rapport aux CDD).

Au bout de trois ans, la probabilité de travailler à temps partiel est globalement influencée par les mêmes facteurs que lors du premier emploi, à l'ajout près de la présence d'enfants¹³ (tableau 7). Ainsi, les infirmiers sans enfants ont-ils une probabilité moindre de travailler à temps partiel (-1 point sur la probabilité par rapport à ceux qui ont des enfants).

D'autre part, même si toutes les autres caractéristiques jouent dans le même sens que dans l'analyse du temps de travail du premier emploi, l'ampleur des effets est différente : ainsi, les femmes ont beaucoup

TABLEAU 7 ●

résultats de la régression logistique sur le travail à temps partiel à la date d'enquête

Variable	Coefficient	Probabilité	Écart / Référence	p-value
Constante (Référence)	-3,75	0,02	-	< 0,01
Sexe				
Homme	Ref.	-	-	-
Femme	2,18	0,17	0,15	0,04
Âge en 2001				
< 25 ans	Ref.	-	-	-
25-29 ans	0,62	0,04	0,02	0,10
>= 30 ans	1,36	0,08	0,06	0,01
Présence d'enfants				
Oui	Ref.	-	-	-
Non	-1,04	0,01	-0,01	<0,01
Non réponse	-10,49	0,00	-0,02	<0,01
Secteur d'activité				
Public	-1,05	0,01	-0,01	<0,01
Privé	Ref.	-	-	-
Type de contrat				
CDI, fonctionnaire	-0,78	0,01	-0,01	0,06
Intérimaire	0,23	0,03	0,01	0,79
CDD, autre	Ref.	-	-	-

Lecture : l'évolution de la probabilité de travailler à temps partiel est calculée par rapport à une situation de référence. La probabilité pour une personne correspondant à la situation de référence (ici un infirmier de moins de 25 ans en 2001, avec des enfants, employé dans le privé avec un CDD) se calcule grâce à la seule constante selon la formule :

$$P_0 = \frac{1}{1 + \exp[-(-3,75)]}$$

Lorsqu'on s'écarte de cette situation de référence, il suffit de tenir compte des coefficients estimés dans la régression logistique. Par exemple, l'évolution de probabilité de travailler à temps partiel pour un infirmier sans enfant par rapport à un infirmier ayant des enfants est, toutes choses égales par ailleurs :

$$P_1 - P_0 = \frac{1}{1 + \exp[-(-3,75 - 1,04)]} - \frac{1}{1 + \exp[-(-3,75)]}$$

Paires concordantes : 75,3 % - Paires discordantes : 16,1 % - Paires liées : 8,6 %.

Champ : infirmiers diplômés d'État (nouveaux arrivants ou non) dans leur dernier emploi.

Source : Céreq, exploitation Drees - Enquête Génération 2001.

12. Les différences avec les infirmiers étant largement significatives (p-values < 0,01 dans les deux cas).

13. Dans l'enquête, la question sur la présence des enfants n'était posée que pour la situation actuelle de la personne interrogée (en 2004), et non pas à la sortie des études (en 2001). De ce fait, cette variable n'a pu être introduite que dans la régression correspondant à l'emploi à la date d'enquête.

plus de chances d'être à temps partiel que les hommes (+15 points sur la probabilité, toutes choses égales par ailleurs). À l'inverse avoir un contrat de travail de type CDI ne diminue la probabilité de travailler à temps partiel que de 1 point. Cela confirme que, au cours des trois premières années d'exercice, le temps partiel évolue d'un temps partiel contraint, peu lié aux caractéristiques individuelles (âge excepté) mais plus à celles de l'emploi, vers un temps partiel beaucoup plus choisi, et dépendant des caractéristiques de la personne plus que de celles de son emploi.

LES SALAIRES DES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT SONT RELATIVEMENT ÉLEVÉS

On considère dans tout ce qui suit les rémunérations des infirmiers au début de carrière (à l'embauche en 2001) et trois ans plus tard (en 2004). On n'utilisera que le salaire mensuel net des individus à plein temps, prime éventuelle incluse¹⁴, et actualisé en euros 2001.

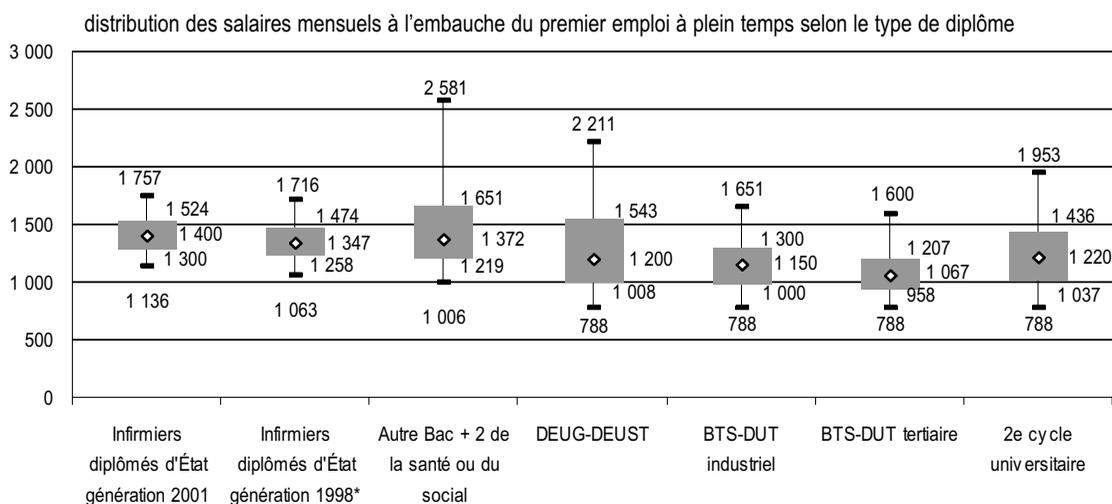
Les IDE perçoivent des salaires supérieurs à ceux des autres diplômés

Le salaire médian de premier emploi des infirmiers nouveaux arrivants travaillant à temps plein est de

1 400 € (graphique 1), ce qui les place au dessus des salaires perçus par toutes les autres catégories de diplômés de niveau proche de la génération 2001, mis à part les titulaires nouveaux arrivants d'un autre Bac + 2 de la santé ou du social (qui perçoivent un salaire net médian de 1 372 €, la différence avec les infirmiers n'étant pas significative¹⁵). À l'opposé, les diplômés de la génération 2001 les moins rémunérés sont les titulaires d'un BTS, DUT (1 067 € comme salaire médian pour les titulaires d'un BTS-DUT tertiaire et 1 150 € pour les diplômés ayant un BTS-DUT industriel). Les salaires des infirmiers sont également peu dispersés par rapport aux salaires des autres diplômés (écart interquartile¹⁶ de 224 €, alors qu'à l'opposé l'écart interquartile des DEUG-DEUST est de 535 €).

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 sont également mieux lotis que leurs confrères de la génération 98 pour ce qui est des rémunérations à la première embauche : le salaire médian de ces derniers est en effet de 1 347 € nets (en euros constants 2001) au début de leur premier emploi, soit 53 € de moins que les infirmiers de la génération 2001¹⁷. La dispersion des salaires des deux générations est quant à elle assez proche (216 € pour les infirmiers de la génération 98, et 224 € pour ceux de la génération 2001).

GRAPHIQUE 1 ●



(*) En euros constants 2001.

Lecture du graphique : la valeur centrale (le losange) correspond à la médiane des salaires, les rectangles correspondent à la situation de 50 % des individus (25 % de chaque côté de la médiane) et l'intervalle entre les barres correspond à la situation de 90 % des individus (45 % de chaque côté de la médiane).

Champ : individus nouveaux arrivants travaillant à temps plein lors de leur premier emploi.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquête Génération 2001.

14. Dans le questionnaire de l'enquête, le montant des primes annuelles a été divisé par 12 et ajouté au salaire mensuel.

15. p -value = 0,41. Le test de la différences des médianes a été réalisé en calculant les variances par bootstrap (pour les détails de la méthode, voir l'annexe du Document de travail, « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », à paraître, *op. cit.*).

16. La différence entre les quartiles supérieur et inférieur (Q3 - Q1), qu'on appelle l'écart interquartile, constitue un indicateur de la dispersion des salaires. L'écart interquartile couvre 50 % de l'ensemble des individus. Plus il est faible, moins les salaires sont dispersés.

17. La différence des deux médianes est par ailleurs largement significative (p -value < 0,01).

DES AUGMENTATIONS SALARIALES MOINS IMPORTANTES QUE CHEZ LES AUTRES DIPLÔMÉS DE NIVEAU PROCHE

Si la situation des infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 est meilleure que celle des titulaires d'autres diplômes de niveau proche pour ce qui est des rémunérations de début de carrière, cet avantage semble s'atténuer avec le temps : ainsi, sur trois ans, le taux de croissance des salaires médians (en euros constants 2001) des IDE nouveaux arrivants de la génération 2001 est de 2,4 %, en dessous de la plupart des autres diplômés de cette génération. En particulier, les titulaires d'un autre diplôme de la santé ou du social (pour lesquels l'augmentation du salaire médian a été de 6,2 %), disposent désormais d'un salaire médian supérieur à celui des infirmiers (1 457 € nets contre 1 433 € pour les IDE, la différence étant significative au sens statistique¹⁸). Les infirmiers restent toutefois, au bout de trois ans, mieux rémunérés que les titulaires d'un autre diplôme de niveau proche en dehors du secteur de la santé et du social. Par ailleurs, les salaires infirmiers sont toujours largement moins dispersés que ceux des titulaires d'autres diplômes de niveau proche (167 € pour les IDE, contre 323 € minimum chez les autres diplômés) [graphique 2].

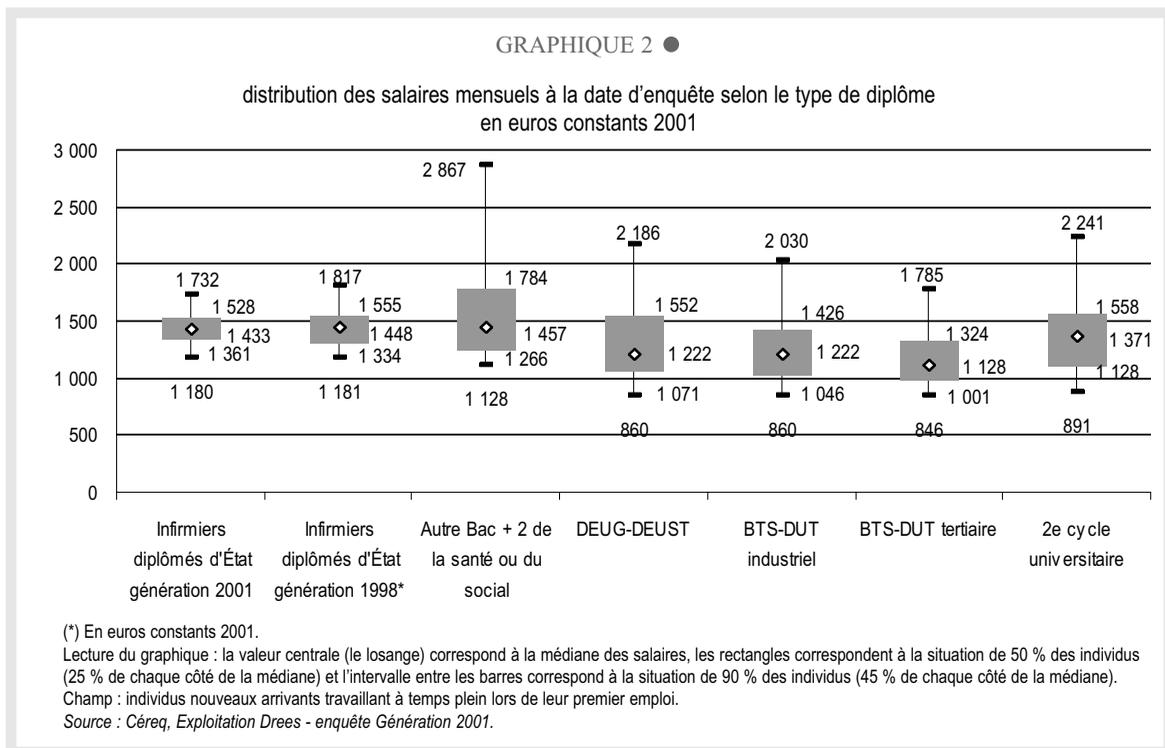
Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 sont par ailleurs légèrement moins bien rémunérés

au bout de trois ans que ceux de la génération 98 (salaire médian de 1 433 € contre 1 448 € pour la génération 98, la différence étant significative¹⁹). L'augmentation des salaires en trois ans a en effet été largement plus importante pour les infirmiers de la génération 98 (7,5 %, contre 2,4 % pour la génération 2001). La rémunération des infirmiers de la génération 2001 est toutefois moins dispersée que celle de leurs confrères de la génération 98 (les dispersions de salaires sont respectivement de 167 € et 221 €), ceci étant dû, au moins en partie, au plus fort poids des infirmiers de la génération 2001 dans le secteur public, où les rémunérations sont beaucoup moins variables que dans le secteur privé.

Les rémunérations d'embauche sont plus importantes pour les infirmiers du secteur privé, mais seules celles du secteur public augmentent

À secteur d'activité donné, les infirmiers restent mieux rémunérés que les titulaires d'un autre diplôme de niveau proche, à l'exception près des autres Bac + 2 de la santé ou du social, qui sont dans une situation plus favorable dans le secteur privé. Cette configuration perdure tout au long des trois ans que couvre l'enquête.

Lors du premier emploi, la rémunération médiane des infirmiers nouveaux arrivants est plus importante



18 - p-value<0,01
 19 - p-value<0,01

dans le secteur privé que dans le secteur public²⁰ (1 433 € contre 1 400 €²¹). La situation était en revanche inversée chez les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 98, puisque contrairement à ceux de la génération 2001, ils étaient mieux rémunérés dans le secteur public que dans le secteur privé à l'embauche du premier emploi (les salaires médians y étaient respectivement de 1 378 € contre 1 311 € nets²²). On peut là encore y voir un éventuel effet de la mise en place de la réduction du temps de travail : en effet, les cliniques privées soumises à la régulation de l'Objectif quantifié national (OQN) ont bénéficié en 2002 d'un accroissement de leurs subventions d'exploitation, dont une partie a servi à l'accompagnement des revalorisations salariales réalisées par les établissements dans le cadre de l'harmonisation des rémunérations entre les personnels hospitaliers privés et publics. On peut alors émettre l'hypothèse que, compte tenu de ces besoins de main-d'œuvre, le secteur privé offrait des rémunérations supérieures à ses jeunes recrues infirmières, ceci afin de les embaucher plus facilement en rendant plus attractif le travail en établissement privé. La dispersion des salaires des infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 est également beaucoup plus importante dans le privé que dans le public (respectivement 301 € et 200 €), et ce pour la génération 2001 comme pour la génération 98.

À la date d'enquête, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 dans les secteurs public et privé gagnent en médiane respectivement 1 434 € et 1 448 €. Seuls les infirmiers travaillant dans le secteur public ont connu une augmentation de leur salaire médian (+2,4 % en euros constants 2001 sur les trois ans). Même si les salaires médians du public et du privé sont quasiment égaux à la date de l'enquête (la différence n'étant plus significative au sens statistique²³), leur distribution reste toujours moins égalitaire dans le privé que dans le public (respectivement de 225 € contre 151 €). Ce constat était également le même pour les infirmiers de la génération 98 au bout de trois ans de vie active. D'autre part, la différence de salaires entre nouveaux arrivants et diplômés-expérimentés semble cette fois-ci également toucher le secteur public (le salaire médian des

diplômés-expérimentés y est de 1 471 € et celui des nouveaux arrivants de 1 433 €²⁴), et plus seulement le secteur privé.

Sur les trois ans, les hommes restent mieux rémunérés que les femmes mais leurs salaires sont également plus dispersés

Le salaire médian dans un premier emploi des infirmières nouvelles arrivantes est inférieur de 4,8 % à celui des infirmiers : le salaire médian d'un infirmier s'élève à 1 467 € alors qu'une infirmière ne touche que 1 400 €²⁵). Cet écart perdure au bout de trois ans d'exercice (1 504 € pour les hommes, contre 1 433 € pour les femmes). La dispersion des salaires des hommes à l'embauche du premier emploi est par ailleurs légèrement supérieure à celle observée pour les femmes (respectivement 250 € et 217 €).

De ce fait, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 se distinguent plus des infirmières que ceux de la génération 98 (où les hommes étaient déjà mieux rémunérés dès l'embauche du premier emploi) : en 1998, l'écart des salaires médians entre les hommes et les femmes était de 48 €²⁶, alors qu'il est de 67 € en 2001. Au bout de trois ans cependant, les écarts selon le sexe sont les mêmes dans les deux générations.

Le type de contrat de travail et la région de formation jouent également un rôle dans les rémunérations des infirmiers

À l'entrée dans le premier emploi, une analyse « toutes choses égales par ailleurs » – en régressant le logarithme du salaire sur les diverses variables explicatives – montre que le salaire des infirmiers dépend de plusieurs facteurs, et notamment du sexe, les hommes étant mieux rémunérés que les femmes (à hauteur de 5 %). Les infirmiers nouveaux arrivants sont par ailleurs moins bien payés en moyenne que les diplômés-expérimentés (-3 % sur leur rémunération).

La région de travail a également un effet non négligeable sur les rémunérations : ainsi, les infir-

20. Par contre, à secteur donné, les infirmiers nouveaux arrivants et diplômés-expérimentés ont une rémunération équivalente (les différences de salaires médians n'étant pas significatives)

21. La différence de médianes est significative (p-value=0,04)

22. La différence des deux médianes est largement significative (p-value<0,01).

23. p-value=0,48

24. La différence est significative (p-value=0,01).

25. La différence de médianes est largement significative (p-value<0,01).

26. La différence étant là encore significative (p-value<0,01).

miers employés en Île-de-France sont mieux payés que ceux travaillant en province (+8 %).

Avoir un emploi stable a également un impact positif sur la rémunération des infirmiers (+3 % par rapport aux autres types de contrats). Enfin, les infirmiers sont en moyenne moins bien rémunérés dans le secteur public, où ils gagnent environ 3 % de moins que leurs confrères du secteur privé.

Au bout de trois ans, la rémunération des infirmiers ne dépend plus du secteur d'activité (la variable étant non significative au sens statistique). En revanche, les autres facteurs gardent globalement la même influence. Toutes choses égales par ailleurs, les hommes gagnent 6 % de plus que les femmes et les nouveaux arrivants gagnent 4 % de moins que les infirmiers qui avaient déjà travaillé avant l'obtention de leur diplôme.

La région de travail joue également dans le même sens que lors du premier emploi (+6 % sur la rémunération pour les infirmiers travaillant en Île-de-France par rapport à ceux de province).

Enfin, les intérimaires, qui n'étaient pas avantagés du point de vue des rémunérations à l'entrée dans le premier emploi, gagnent cette fois-ci 8 % de plus que les titulaires d'un contrat à durée limitée, et rejoignent ainsi le niveau de rémunération des infirmiers bénéficiaires d'un emploi stable (tableau 8).

LES JEUNES INFIRMIERS ONT UNE BONNE OPINION DE LEUR EMPLOI

Une bonne adéquation estimée entre l'emploi et le niveau de compétences

83 % des infirmiers nouveaux arrivants ont déclaré que leur premier emploi correspondait à leurs compétences (contre 75,3 % chez les infirmiers diplômés-expérimentés). Ce sont d'ailleurs les nouveaux arrivants les plus nombreux à partager cette opinion, avec juste derrière les titulaires nouveaux arrivants d'un autre Bac + 2 de la santé ou du social, qui sont également 77,3 % à le penser (tableau 9). Pour chacune des formations autres que celles de la santé ou du social, seule la moitié environ (entre 44,8 % et 58,1 %) des jeunes diplômés considèrent qu'ils ont été embauchés au bon niveau de compétences.

L'opinion des infirmiers nouveaux arrivants sur les compétences requises dans leur emploi ne connaît pas de changements significatifs entre le premier emploi et l'emploi occupé trois ans après leur sortie de formation, puisque 83,5 % d'entre eux estiment toujours qu'ils sont embauchés à un niveau qui correspond à leurs compétences. Par rapport à leur premier emploi, les titulaires des autres diplômes Bac + 2 ont, après trois ans, sensiblement amélioré leurs opinions, près des deux tiers ayant déclaré qu'ils travaillent à un niveau qui correspond à leur niveau de compétences.

Enfin, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 semblent encore plus satisfaits de leur emploi que ceux de la génération 98, où ils étaient 78 % à penser que leur premier emploi correspondait à leurs compétences et 81,9 % dans leur dernier emploi.

Parmi les infirmiers nouveaux arrivants qui ont répondu à la question, la proportion des femmes qui estiment que leur emploi actuel correspond à leur niveau de compétences est quasiment identique à celle des hommes (83,6 % et 83,3 %). En revanche, la proportion des infirmiers déclarant travailler au-dessus de leur niveau de compétence est de 7,6 % pour les hommes, légèrement moins élevée que pour les femmes (11,3 %, la différence entre les deux proportions étant peu significative²⁷).

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 employés dans le privé ont sur ce point des opinions très proches de ceux travaillant dans le secteur public, ce qui n'était pas le cas pour les infirmiers de

TABLEAU 8 ●

résultats de la régression du logarithme du salaire à la date d'enquête sur les variables explicatives

Variable	Coefficient	p-value
Constante	7,29	< 0,01
Sexe		
Homme	0,06	< 0,01
Femme	Ref.	-
Nouvel arrivant		
Oui	-0,04	0,02
Non	Ref.	-
Région de formation		
Île-de-France	0,05	< 0,01
Province (ou étranger)	Ref.	-
Contrat de travail		
CDI, fonctionnaire	0,08	< 0,01
Intérimaire	0,08	0,06
CDD, autre	Ref.	-

Lecture du tableau : à la date d'enquête, les infirmiers gagnent 6 % de plus que les infirmières, toutes choses égales par ailleurs.

R² = 0,08

Root MSE = 0,13

Champ : infirmiers diplômés d'État, travaillant à plein temps à la date d'enquête.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquête Génération

27. p-value égale à 0,15.

la génération 98. Par ailleurs, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 travaillant dans le secteur privé semblent plus satisfaits de leur emploi que ceux de la génération 98 : 81,6 % déclarent avoir un premier emploi au bon niveau de compétences, contre 74,2 % chez les infirmiers de la génération 98. Le constat est identique au bout de trois ans.

Plus des deux tiers des IDE estiment que leur emploi leur permet de se réaliser professionnellement

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 sont les diplômés qui déclarent le plus souvent s'épanouir professionnellement dans leur emploi actuel (78,5 % indiquent qu'ils se réalisent tout à fait professionnellement). Seule une faible proportion d'entre eux (4,2 %) a répondu négativement à la question : « Diriez-vous de votre emploi actuel qu'il vous permet de vous réaliser professionnellement ? » (tableau 10). L'appréciation de l'emploi en terme de réalisation professionnelle semble également très positive chez les titulaires d'un Bac + 2 de la santé ou

du social, puisque seuls 6,8 % des nouveaux arrivants ont répondu négativement à la question précédente. En revanche, la proportion des individus déclarant ne pas se réaliser professionnellement est beaucoup plus importante chez les titulaires d'un DEUG-DEUST, d'un diplôme de deuxième cycle universitaire, d'un BTS ou d'un DUT (entre 17,5 % et 18 %).

Les titulaires d'un diplôme lié à la santé ou au social ayant connu une interruption antérieure des études (infirmiers et autres Bac + 2 de la santé ou du social) sont également moins satisfaits de leur niveau de réalisation professionnelle que les diplômés nouveaux arrivants. Concernant les infirmiers, 9 % des diplômés-expérimentés ont estimé que leur emploi actuel ne leur permet pas de se réaliser professionnellement, contre 4,2 % des infirmiers nouveaux arrivants²⁸. Enfin, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 se différencient peu de leurs homologues de la génération 98. Globalement, ces derniers semblent légèrement moins satisfaits sur le plan de l'épanouissement professionnel : 6,6 % d'entre eux estimaient ne pas se réaliser professionnellement dans leur métier trois ans après la fin de leurs études.

TABLEAU 9 ●

ressenti de l'adéquation emploi-niveau de compétences
des individus de la génération 2001

en %

	À l'embauche du premier emploi			À la date de l'enquête		
	L'emploi correspond aux compétences	L'emploi est en dessous des compétences	L'emploi est au dessus des compétences	L'emploi correspond aux compétences	L'emploi est en dessous des compétences	L'emploi est au dessus des compétences
Infirmiers diplômés d'État	82,2	6,7	11,1	83,2	6,0	10,8
• Nouveaux arrivants	83,0	6,1	10,9	83,5	5,6	10,9
• Diplômés-expérimentés	75,3	12,0	12,8	80,0	9,9	10,1
• Génération 98	78,0	9,4	12,6	81,9	6,7	11,4
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	77,2	17,8	5,0	82,6	11,5	5,9
• Nouveaux arrivants	77,3	17,0	5,7	84,1	9,7	6,2
• Diplômés-expérimentés	76,9	20,8	2,3	76,7	18,7	4,6
DEUG-DEUST	52,9	43,1	4,0	63,7	32,1	4,2
BTS-DUT industriel	44,8	49,5	5,8	65,9	28,4	5,8
BTS-DUT tertiaire	53,2	43,4	3,4	66,9	27,8	5,3
2 ^e cycle universitaire	58,1	39,6	2,3	67,1	30,5	2,4
Ensemble*	56,6	39,4	4,0	68,0	27,4	4,6

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

28 - La différence n'est cependant pas très significative (p-value=0,08).

Les différences d'appréciation selon le sexe restent faibles. Ainsi, si l'on se restreint aux infirmiers nouveaux arrivants, 78,3 % (respectivement 4,2 %) des femmes et 79,7 % (respectivement 4,4 %) des hommes nouveaux arrivants estiment que l'emploi actuel leur permet tout à fait (respectivement ne leur permet pas) de se réaliser professionnellement. À l'inverse, parmi les infirmiers de la génération 98, les hommes semblent moins satisfaits que les femmes de leur situation : 11,9 % déclarent ne pas s'épanouir professionnellement, contre 5,6 % des femmes.

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 du secteur privé semblent par ailleurs légèrement moins satisfaits de leur insertion professionnelle que ceux du secteur public : 5,8 % des infirmiers du secteur privé déclarent ne pas se réaliser professionnellement, contre 3,6 % dans le secteur public, la différence étant peu significative²⁹. Les différences sont là encore plus marquées pour les infirmiers de la génération 98 : 9,1 % des infirmiers du privé ne sont pas satisfaits contre 5,3 % de ceux du secteur public.

Peu d'infirmiers sont à la recherche d'un autre emploi

Le dernier indicateur de satisfaction est la recherche éventuelle d'un autre emploi³⁰. Trois ans après l'obtention de diplôme, 9,7 % des infirmiers nouveaux arrivants déclarent être en situation de recherche d'un autre emploi, ce qui est là encore largement inférieur aux proportions observées chez les titulaires d'autres diplômes (au minimum, ils sont 14,4 %, chez les autres diplômés de la santé ou du social à rechercher un autre emploi à la date d'enquête), et ce quel que soit le secteur d'activité (tableau 11). Les diplômés qui ont des appréciations négatives sur leur emploi actuel (réalisation professionnelle, etc.) sont nombreux à déclarer qu'ils recherchent un autre emploi à la date de l'enquête : 29,3 % pour les titulaires d'un DEUG-DEUST, 22,7 % pour les deuxièmes cycles universitaires.

Peu d'infirmiers exerçant dans le secteur public sont à la recherche d'un autre emploi (7,9 %), alors que c'est le cas de 14,1 % des infirmiers du secteur privé. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes³¹.

29. p-value égale à 0,11

30. La recherche d'un autre emploi n'est cependant pas à proprement parler un indicateur de satisfaction. Néanmoins, on peut légitimement penser que plus les individus d'un groupe cherchent à changer d'emploi, moins ils sont satisfaits de leur situation.

31. p-value égale à 0,11

TABLEAU 10 ●

opinions des individus des deux générations sur la réalisation professionnelle

en %

	Oui, tout à fait	Oui, plutôt	Non
Infirmiers diplômés d'État	77,1	18,1	4,8
• Nouveaux arrivants	78,5	17,3	4,2
• Diplômés-expérimentés	65,9	25,1	9,0
• Génération 98	74,1	19,3	6,6
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	70,8	21,6	7,6
• Nouveaux arrivants	72,5	20,7	6,8
• Diplômés-expérimentés	62,3	26,0	11,7
DEUG-DEUST	56,8	25,7	17,6
BTS-DUT industriel	54,7	27,5	17,8
BTS-DUT tertiaire	50,1	32,4	17,5
2 ^e cycle universitaire	54,6	27,4	18,0
Ensemble*	55,9	27,7	16,4

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

TABLEAU 11 ●

les individus à la recherche d'un autre emploi

en %

	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Infirmiers diplômés d'État	7,5	15,0	9,7
• Nouveaux arrivants	7,9	14,1	9,7
• Diplômés-expérimentés	5,1	25,0	9,2
• Génération 98	8,0	16,2	10,9
Autre Bac + 2 de la santé ou du social	13,2	17,8	15,8
• Nouveaux arrivants	11,7	16,3	14,3
• Diplômés-expérimentés	20,2	25,5	23,1
DEUG-DEUST	23,7	32,5	29,3
BTS-DUT industriel	13,1	26,1	24,8
BTS-DUT tertiaire	17,0	25,2	23,9
2 ^e cycle universitaire	16,4	30,8	22,7
Ensemble*	15,6	26,7	22,8

(*) hors diplômés-expérimentés et infirmiers de la génération 98.

Source : Céreq, Exploitation Drees - enquêtes Génération 2001 et Génération 98.

Les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 semblent là encore légèrement plus satisfaits de leur emploi que ceux de la génération 98, puisque ces derniers étaient 10,9 % à chercher un nouvel emploi au bout de trois ans (contre 9,7 % chez les infirmiers de la génération 2001).

Sur la question de la recherche d'un autre emploi, les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 ont globalement le même profil que ceux de la génération 98. Toutefois, si les infirmiers de la génération 2001 sont moins souvent à la recherche d'un nouvel emploi au bout de trois ans, c'est avant tout parce que cette proportion a diminué pour les employés du secteur privé (au bout de trois ans,

16,2 % des infirmiers du secteur privé de la génération 98 sont à la recherche d'un nouvel emploi, contre 14,1 % de ceux de la génération 2001), alors qu'elle est restée quasiment identique chez les employés du secteur public.

Parmi l'ensemble des diplômés de la génération 2001, les IDE et les autres diplômés de la santé et du social semblent donc les plus satisfaits de leur insertion professionnelle : bonne appréciation quant à la compatibilité des compétences personnelles avec les exigences de la profession d'infirmier, davantage de satisfaction en ce qui concerne la réalisation professionnelle et plus grande stabilité dans l'emploi. ■

BIBLIOGRAPHIE

- DELAMAIRE M.-L., MIDY F., POLTON D., 2004, « La profession d'infirmière », in *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électro-radiologie médicale*, Observatoire national de la démographie des professions de santé, Rapport, tome 3, pp.51-105.
- MARQUIER R., 2005, « Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998 », *Drees, Études et Résultats*, n° 393, avril.
- MARQUIER R., 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Drees, Études et Résultats*, n° 458, janvier.
- MARQUIER R., IDMACHICHE S., 2006, « Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001 », *Drees, Document de travail, série Études*, à paraître.
- 2001, « Quand l'école est finie... Premiers pas dans la vie active de génération 98 », *Céreq*, mars.
- 2004, « Génération 2001, s'insérer lorsque la conjoncture se dégrade », *Céreq, Bref*, décembre.

LES REVENUS LIBÉRAUX DES CHIRURGIENS-DENTISTES, INFIRMIERS ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Nadine LEGENDRE

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
DREES

*Entre 1993 et 2004,
les revenus libéraux
des chirurgiens-dentistes, des infirmiers
et des masseurs-kinésithérapeutes
ont globalement augmenté,
à un rythme contrasté
selon les périodes et selon les professions.
Ainsi, en moyenne sur cette période,
leur croissance a été respectivement,
en termes réels de + 1,3 %, + 1,7 %
et + 0,3 % par an.*

*Les revenus des dentistes
et des infirmiers ont bénéficié
du développement de leur activité
et ceux des masseurs-kinésithérapeutes,
des revalorisations tarifaires.*

*Sur les dernières années,
le revenu libéral réel des dentistes
a également été soutenu
par l'accroissement des dépassements
et celui des infirmiers, par l'augmentation
des frais de déplacements.*

*Une cartographie des revenus libéraux
de ces professions révèle par ailleurs
de fortes disparités régionales,
avec des écarts de revenus
particulièrement marqués
chez les dentistes.*

*À l'exception de l'Île-de-France,
les revenus moyens sont plus élevés
dans la partie nord de la France.*

Les revenus libéraux des professions de santé peuvent être estimés en rapprochant les honoraires produits par la CNAMTS et les données sur les charges provenant de la DGI (encadré 1). Les revenus libéraux ainsi obtenus pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ne tiennent pas compte d'éventuelles activités salariées qui concernent très peu ces professions libérales : 4 % des dentistes libéraux en 2004, 2 % des infirmiers et 5 % des kinésithérapeutes exercent aussi à titre de salarié.

ÉVOLUTION DE 1993 À 2004

*Des gains de revenu réels
pour les dentistes et les paramédicaux,
par rapport à 1993, à partir de 2001*

Entre 1993 et 2004, le revenu libéral réel net de charges professionnelles des dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes a, en moyenne, augmenté, sachant que l'évaluation des revenus 2004 est provisoire¹. Le taux d'évolution annuel moyen enregistré sur ces onze années par les infirmiers (+1,7 % par an) est proche de celui de l'ensemble des médecins suivis par la DREES² (+1,5 %) et de celui des dentistes (+1,3 %). En revanche, celui des masseurs (+0,3 %) lui est inférieur.

1. Ils ont été obtenus par application des taux de charge issus des BNC de 2003 sur les honoraires du Snir, version provisoire de 2004.

2. Omnipraticiens, anesthésistes, cardiologues, chirurgiens (y compris les chirurgiens-orthopédistes), dermatologues, gastro-entérologues, gynécologues, ophtalmologues, ORL, pédiatres, pneumologues, psychiatres (y compris neuropsychiatres), radiologues, rhumatologues, stomatologues.

D'après les calculs de la DREES, un dentiste aurait en moyenne perçu 79 689 € de revenu libéral en 2004, un infirmier 38 522 € et un kinésithérapeute 34 446 € (tableau 1). Le revenu libéral d'un chirurgien-dentiste est supérieur à celui d'un omnipraticien (63 666 €) mais inférieur au revenu moyen des médecins (81 591 €). Cette situation perdure depuis 1993 (graphique 1). Les revenus des infirmiers et kinésithérapeutes sont proches l'un de l'autre. Jusqu'en 1995, les infirmiers avaient un revenu nettement inférieur à celui des masseurs. Les revenus moyens de ces deux catégories d'auxiliaires médicaux furent ensuite quasiment égaux jusqu'en 2002. À partir de 2003,

l'écart s'est à nouveau creusé fortement, au profit des infirmiers cette fois.

Le revenu réel des trois professions présente un profil d'évolution similaire à celui des médecins : stagnation ou régression puis croissance. En fait, les évolutions ont été très contrastées selon les périodes : jusqu'en 1997, les trois professions ont vu leur revenu diminuer en monnaie constante ; entre 1997 et 2000, le revenu réel des professions paramédicales a nettement augmenté tandis que celui des dentistes stagnait ; il y a eu croissance pour tous à partir de 2000, et c'est en 2001 que chacune des trois professions a retrouvé, et éventuellement dépassé, son revenu réel de 1993.

ENCADRÉ 1 ●

SOURCES, CHAMP ET MÉTHODE

Le revenu libéral des professions de santé est établi à partir d'une estimation des honoraires et des charges par spécialité.

Deux sources de données sont utilisées :

• *Les honoraires et les effectifs proviennent des statistiques du Système national interrégimes (Snir) élaborées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le champ de l'étude recouvre l'ensemble des professionnels pour lesquels au moins 1 € d'honoraires a été liquidé au cours de l'année pour être cohérent avec celui des sources fiscales sur les charges. Les honoraires des praticiens des DOM ne sont pas pris en compte.*

• *Les charges professionnelles, les débours (chèques impayés et autres) et les honoraires rétrocédés aux remplaçants proviennent des statistiques fiscales de la Direction générale des impôts (DGI). Les données fiscales exploitées ici concernent les professionnels à activité normale (remplaçants exclus), conventionnés ou non, ayant rempli une déclaration contrôlée des bénéfices non commerciaux BNC 2 035. Les données fiscales permettent de déterminer la part des débours et honoraires rétrocédés et des taux de charge.*

Calcul du revenu

Le revenu net moyen par activité libérale est estimé chaque année en appliquant aux honoraires moyens issus du Snir le taux de débours et de rétrocessions d'honoraires puis le taux de charges, tous deux issus des BNC selon la démarche décrite dans le tableau.

Passage des honoraires globaux au revenu individuel : l'exemple des infirmiers en 2003

	Montant (en milliers d'euros)	Sources
Honoraires globaux hors dépassement	2 467 000	Snir (CNAMTS)
Dépassements globaux	5 605	
Frais de déplacement	575 882	
Honoraires globaux totaux	3 048 487	
Effectif	48 650	
Honoraires totaux par praticien	62,7	
Débours et rétrocessions	4,2 %	BNC 2 035 (DGI-INSEE)
Honoraires nets par praticien	60,1	
Taux de charge	37,9 %	BNC 2 035 (DGI-INSEE)
Revenu par praticien	37,3	

Les données fiscales et celles du Snir ne sont pas parfaitement homogènes. Des traitements ont été faits pour réduire les incohérences et des hypothèses ont dû être posées.

L'utilisation de données fiscales individuelles a permis un certain nombre de corrections (redressement d'incohérences dans les données brutes, rectification de non-réponse partielle, etc.). Par souci d'améliorer la cohérence entre les deux sources, les déclarations fiscales ayant des honoraires déclarés supérieurs aux honoraires maximaux (lissés sur trois ans) présents dans les fichiers Snir ont été enlevées. Il s'agit en effet très probablement de déclarations fiscales de sociétés, cumulant les honoraires de plusieurs professionnels. Les déclarations ayant des charges négatives ou des honoraires négatifs ou nuls sont également exclues. Le nombre de déclarations enlevées en 2003 représentait près de 2 % de l'ensemble des déclarations de médecins.

Pour les raisons développées ci-dessus, les effectifs et les honoraires issus des données BNC 2 035 de la DGI peuvent différer de celles de la CNAMTS, que l'on préfère prendre comme référence dans cette étude.

L'activité soutient les revenus des dentistes et infirmiers, les tarifs ceux des kinésithérapeutes

Pour les dentistes et infirmiers (graphique 2), c'est le développement de l'activité qui a soutenu la progression des honoraires ou au moins évité leur régression jusqu'en 1998. Entre 1993 et 2004, l'activité individuelle des deux professions n'a cessé de croître lentement jusqu'en 1999, beaucoup plus rapidement ensuite.

Inversement, l'évolution des tarifs des dentistes a freiné l'augmentation de leurs honoraires (graphique 3) : si plusieurs revalorisations tarifaires

leur ont été accordées au cours de la période, elles ont été inférieures à la hausse générale des prix. Les barèmes des dentistes ont ainsi³ fait l'objet d'augmentations générales en 1994 et 1996, de revalorisations partielles en 1997 et 2003. Par ailleurs, des mesures de nomenclature ont été prises en leur faveur en 1997 et 1998 et une modification de leur nomenclature générale des actes est intervenue en 2001. Aussi, le partage prix/volume des honoraires doit-il être interprété avec prudence en ce qui les concerne (encadré 2). En effet, le dynamisme de leur activité sur les dernières années provient au moins en partie de ces mesures de nomenclature.

TABLEAU 1 ●

revenu et taux d'évolution annuel moyen du revenu réel des dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes

	Revenu libéral 2004 (en €)	Revenu libéral 2004 (en €) (e)	Taux annuel moyen de croissance du revenu réel d'activité libérale			
			1993-2004	1993-1997	1997-2000	2000-2004
Dentistes	77 155	79 689	1,3	-0,9	0,0	4,6
Infirmiers	37 312	38 522	1,7	-2,1	2,5	5,2
Masseurs-kinésithérapeutes	33 787	34 446	0,2	-3,7	2,3	2,7

(e) Les revenus 2004 ont été estimés en appliquant les taux de débours et de rétrocessions et les taux de charges issus des déclarations BNC 2035 relatifs à l'année 2003 aux honoraires 2004 donnés par le Snir.

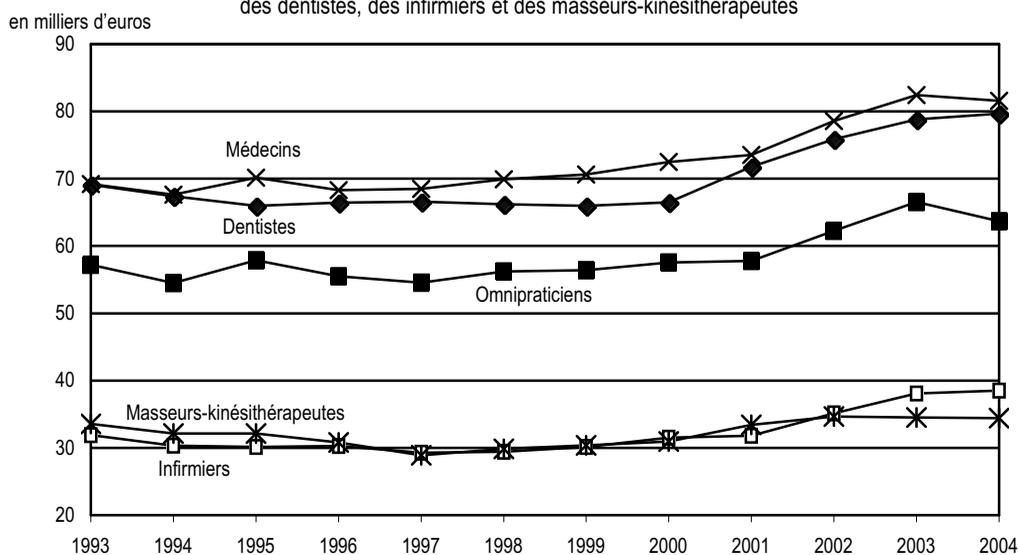
Ces résultats sont donc provisoires en l'attente des déclarations BNC 2035 de 2004 et du SNIR définitif 2004.

Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

GRAPHIQUE 1 ●

évolution du revenu réel d'activité libérale des dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes



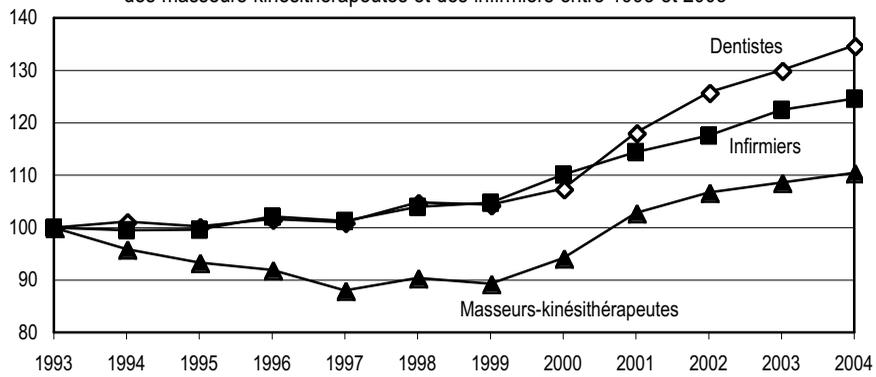
Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

3. En mars 2003, le tarif des coefficients de soins conservateurs a été porté de 2,36 € à 2,41 €. Mais, comme dans le même temps, la part de ces coefficients dans les honoraires diminuait, cette revalorisation n'apparaît pas dans l'effet tarif.

GRAPHIQUE 2 ●

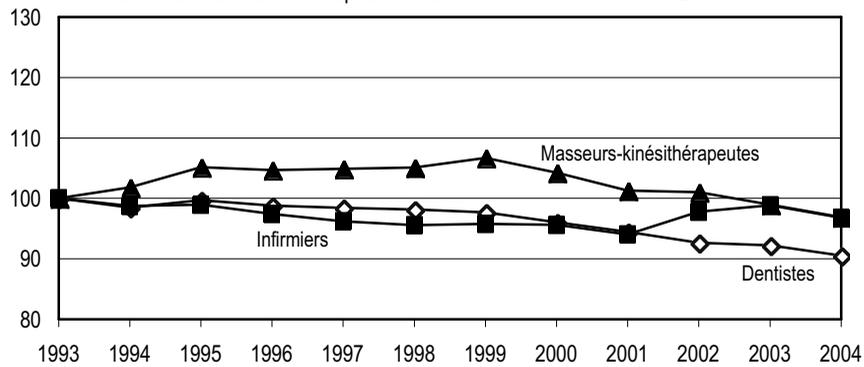
évolution de l'activité des chirurgiens-dentistes,
des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers entre 1993 et 2003



Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.
Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

GRAPHIQUE 3 ●

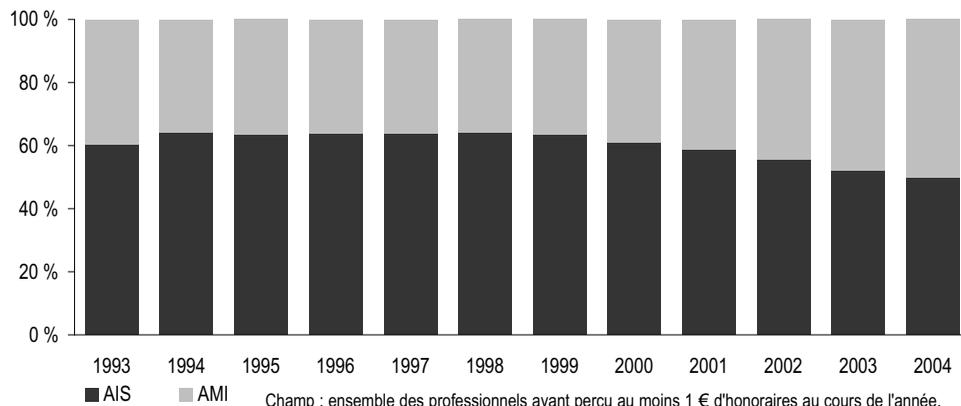
évolution des tarifs moyens des chirurgiens-dentistes,
des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers entre 1993 et 2003



Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.
Sources : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

GRAPHIQUE 4 ●

évolution de la structure des honoraires des infirmiers entre 1993 et 2003



Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.
Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), exploitation DREES.

De même, jusqu'en 2001, les tarifs des infirmiers ont progressé moins vite que la hausse générale des prix, bien que le barème des coefficients AMI (actes médico-infirmiers) ait été revalorisé à plusieurs reprises (en 1994, 1995 et deux fois en 1999). À partir de 2000, les tarifs des infirmiers ont profité de la réduction de la part des actes en AIS (actes infirmiers de soins) au profit des actes en AMI, mieux rémunérés (graphique 4). Il faut néanmoins attendre 2002 pour que leurs tarifs réels augmentent. Ce renversement de tendance est la conséquence des mesures prises cette année-là : leur décret de compétence a été rénové, les coefficients des AMI et des AIS ont été réévalués et un nouvel acte a été créé : la démarche des soins infirmiers (DI). Aussi, sur la fin de la période, les hono-

raires des infirmiers stimulés à la fois par le développement de l'activité et l'évolution des tarifs en termes réels ont connu une évolution particulièrement soutenue.

En revanche, l'activité en diminution puis stable des masseurs a pesé sur l'évolution de leurs honoraires jusqu'en 1999. Toutefois, les revalorisations tarifaires annuelles intervenues entre 1993 et 1999 ont limité leur régression jusqu'en 1997 et leur ont même permis de croître ensuite. En 2000, le rôle de l'activité et des tarifs semble s'inverser mais cela résulte essentiellement de la méthode retenue pour déterminer les effets prix et volume. En effet, les masseurs ont alors bénéficié d'une importante révision de leur nomenclature d'actes, laquelle s'est accompagnée d'une réduction générale des barèmes des coefficients. Cette révision qui a amélioré la tarification des actes par une augmentation du nombre de coefficients s'est mécaniquement, avec notre mode de calcul, traduite par un effet volume de l'activité en 2000 et 2001, alors qu'il s'agissait plutôt d'un effet prix. Mais l'activité des masseurs a continué de croître ensuite.

Les dépassements tirent à la hausse le revenu des dentistes, les frais de déplacement celui des infirmiers

Au cours des dernières années, le revenu réel des dentistes a également été soutenu par l'évolution des dépassements, tandis que celui des infirmiers l'était par l'augmentation des frais de déplacement (tableau 2). En effet, la part des dépassements dans les honoraires totaux des chirurgiens-dentistes s'est accrue depuis 2000 pour atteindre 47,9 % en 2003 (contre 46,5 % en 1999). Elle s'est toutefois légère-

ENCADRÉ 2 ●

EFFET PRIX – EFFET VOLUME

La croissance moyenne des honoraires (issus du Snir) se décompose en un effet prix et un effet volume d'activité. Pour les dentistes et les professions paramédicales étudiées, les dépassements et les frais de déplacement sont traités à part. La décomposition entre les deux effets se fait sur les honoraires hors frais de déplacement et hors dépassements.

Dans l'étude, l'indice des prix utilisé mesure l'évolution des tarifs annuels moyens des actes conventionnés, pondérés par la structure des actes effectués dans l'année étudiée. Pour les consultations et les visites, c'est le nombre d'actes qui est pris en compte, alors que, pour les actes techniques, c'est le nombre de coefficients multiplicatifs des lettres clés. L'indice de volume d'activité est alors obtenu en divisant l'indice d'évolution des honoraires par l'indice des prix. Dans notre approche, les mesures de nomenclatures (changements de coefficients pour la tarification d'un acte donné existant, augmentation du nombre de coefficients pour un acte donné) se traduisent donc par des hausses des volumes et non des prix. Seule une décomposition de l'activité par acte (et non par lettre-clé) permettrait de calculer des indices de prix intégrant les effets de ces mesures de nomenclatures. Signalons qu'une stagnation des tarifs des lettres-clés ne signifie pas pour autant, même en l'absence de mesures de nomenclature, que le prix moyen des actes n'augmente pas. En effet, il peut croître si la structure des actes effectués se déforme au profit des actes les mieux rémunérés.

Les dentistes peuvent donner des consultations d'omnipraticiens et des consultations de spécialistes. Mais l'essentiel de leurs honoraires (environ 95 %) provient de la pratique des actes techniques. Les deux professions paramédicales, pour leur part, n'exécutent que des actes spécifiques¹ considérés comme techniques. Leur activité est donc mesurée dans sa totalité en terme de coefficients.

1. AMI (actes techniques autres que soins et gardes à domicile des malades) et AIS (soins et gardes à domiciles des malades pour les infirmiers, AMS (actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), AMK (autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire) et AMC (autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement).

TABLEAU 2 ●

part des dépassements et des frais de déplacement dans les honoraires totaux en %

	1993	1997	2000	2004
Dépassements				
Dentistes	46,8	47,1	47,2	47,5
Infirmiers	0,4	0,3	0,4	0,1
Masseurs-kinésithérapeutes	1,1	1,1	1,3	1,4
Frais de déplacements				
Dentistes	0,0	0,0	0,0	0,0
Infirmiers	18,2	18,0	17,5	20,1
Masseurs-kinésithérapeutes	4,9	4,5	4,6	4,4

Champ : ensemble des professionnels ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), exploitation DREES.

ment réduite en 2004 (47,5 %). Dans le même temps, le poids des frais de déplacement des infirmiers dans leurs honoraires totaux est passé de 17,5 % en 2000 à 20,1 % en 2004. Cette croissance a lieu à partir de 2002 du fait des revalorisations de l'indemnité forfaitaire de déplacement intervenues en 2002 et à deux reprises en 2003 en faveur des infirmiers. En revanche, les dépassements constituent une part beaucoup trop faible des honoraires des professions paramédicales (0,1 % pour les infirmiers en 2004 et 1,4 % pour les masseurs) pour influencer significativement sur l'évolution de leurs revenus. Enfin, les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes font peu de déplacements.

Par ailleurs, entre 1993 et 2003, les taux de charge ont globalement augmenté pour chacune des trois professions (tableau 3). En fait, ces taux n'ont cessé de croître jusqu'en 2000 pour les dentistes, 1998 pour les infirmiers et 1997 pour les kinésithérapeutes.

Depuis ces dates, les taux de charge des professions paramédicales ont régressé mais cette tendance demande à être confirmée. En effet, les évolutions observées sont assez chaotiques. Pour les infirmiers, après une nette baisse en 1999, les taux de charge ont stagné pendant trois ans. En 2001, ils revenaient quasiment à leur niveau de 1998 avant de diminuer à nouveau fortement cette fois (40,8 % en 2001 et 37,9 % en 2003). Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la baisse observée depuis 1997 résulte d'une chute concentrée sur la seule année 2001 (de plus d'un point) entre deux périodes de stagnation. Depuis 2000, les taux de charge des dentistes ont quant à eux stagné plus qu'ils n'ont diminué. Aussi, sur les années les plus récentes, l'évolution des charges a-t-elle favorisé la progression des revenus réels (à peine pour les dentistes) alors que, jusque-là, elle la freinait et cela d'autant plus que les charges représentent une part importante des honoraires. En 2003, les taux de charge s'élevaient en moyenne à 60 % pour les dentistes, 47 % pour les masseurs et 38 % pour les infirmiers.

TABLEAU 3 ●

part des charges dans les honoraires nets*

Spécialités	en %			
	1993	1997	2000	2003
Dentistes	57,6	59,2	60,7	60,4
Infirmiers	36,7	40,3	40,2	37,9
Masseurs-kinésithérapeutes	45,1	48,8	48,4	47,2

* Honoraires nets = honoraires totaux nets de débours et rétrocessions.
Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraire au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

REVENUS PAR RÉGION EN 2003

Des écarts de revenus selon les régions davantage marqués pour les dentistes

Les écarts de revenus libéraux entre régions sont moins importants pour les paramédicaux (cartes 1 et 2) que pour les omnipraticiens (carte 3) – présentés ici à titre de référence – et surtout pour les dentistes (carte 4). Un dentiste de Picardie perçoit en moyenne un revenu de 65 % plus élevé que celui exerçant en Provence-Alpes-Côte d'azur (PACA) ou en Corse. L'écart est de 53 % entre un généraliste du Nord-Pas-de-Calais et un autre de PACA ou de Corse. Il est de 44 % entre un masseur du Limousin et un autre de Rhône-Alpes, de 39 % entre un infirmier installé en Lorraine et un autre des Pays de la Loire. Par ailleurs, les régions où les dentistes ont les revenus les plus élevés sont celles où leur densité est la moins forte, suggérant que l'activité totale est répartie entre un moins grand nombre de professionnels. C'est également le cas, dans une moindre mesure, pour les omnipraticiens. En revanche, pour les professions paramédicales, il n'y a pas de relation évidente entre revenus et densités, peut-être en raison d'une plus grande variabilité du contenu de l'activité, tout au moins en ce qui concerne les infirmiers (Cf. infra).

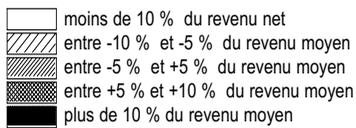
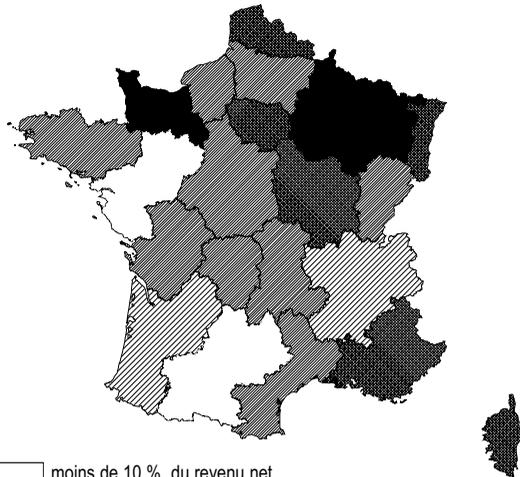
Une opposition entre les régions du nord et du sud sauf pour les infirmiers

Une certaine opposition existe entre le nord et le sud de la France en ce qui concerne les revenus libéraux perçus par les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes, comme c'est d'ailleurs le cas pour les omnipraticiens. C'est dans le nord, à l'exception de l'Île-de-France, que l'on observe les revenus moyens les plus élevés. Inversement, les plus faibles s'observent dans le sud. Cette opposition est particulièrement flagrante pour les dentistes : ceux qui exercent dans les régions qui s'étendent de l'Aquitaine aux régions PACA et Corse perçoivent en moyenne un revenu inférieur de 10 % à la moyenne nationale pour lesquels il y a une nette corrélation entre leur densité et leur revenu. Inversement, les dentistes installés de la Basse-Normandie à la Franche-Comté, et aussi dans le Centre, en Poitou-Charente et dans le Limousin perçoivent 10 % de plus que la moyenne.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les revenus moyens les plus élevés se situent dans les mêmes régions que pour les dentistes, à l'exception des régions orientales (Alsace et Franche-Comté) et du Poitou-Charentes. Il n'y a qu'en Rhône-Alpes que les masseurs perçoivent un revenu inférieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale. Les autres régions du sud se classent parmi les dernières.

CARTE 1 ●

revenus moyens des infirmiers par région

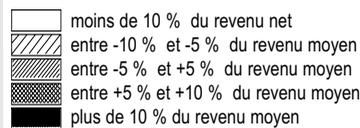
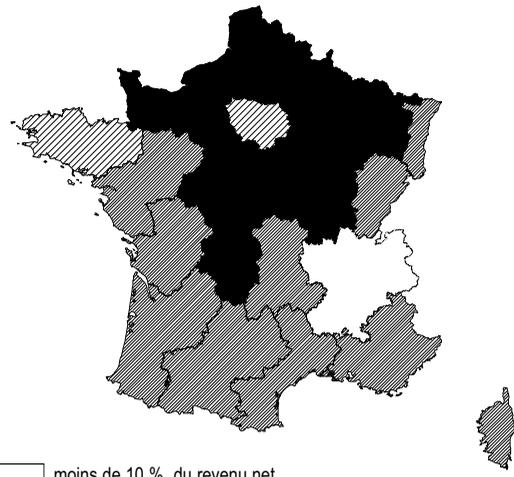


Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

CARTE 2 ●

revenus moyens des masseurs-kinésithérapeutes par région

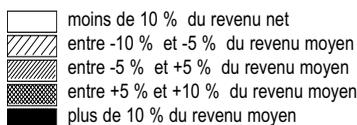
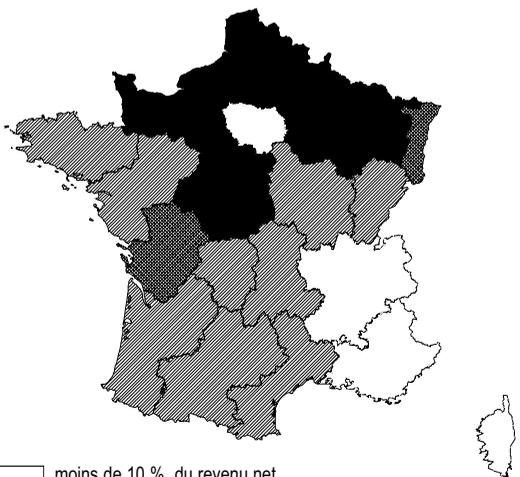


Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

CARTE 3 ●

revenus moyens des omnipraticiens par région

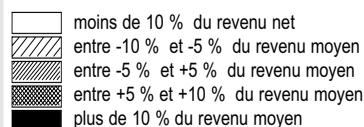
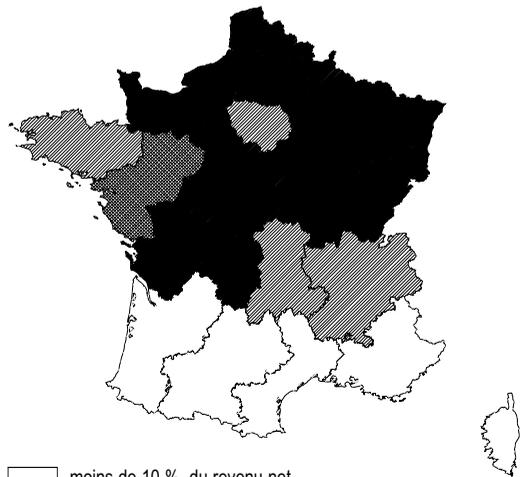


Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

CARTE 4 ●

revenus moyens des chirurgiens-dentistes par région



Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Source : Fichiers Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

La carte des revenus des omnipraticiens est proche des deux précédentes. À l'exception de la Franche-Comté, de la Bourgogne et du Limousin, les généralistes dont les revenus moyens sont les plus élevés exercent dans les mêmes régions que les dentistes en moyenne les mieux rémunérés. Inversement, c'est en Rhône-Alpes, en PACA et Corse que les généralistes ont les revenus les plus bas.

L'Île-de-France se distingue

Pour les dentistes et kinésithérapeutes comme pour les omnipraticiens, l'Île-de-France se distingue des autres régions du nord de la France : ses professionnels y disposent de revenus relativement faibles par rapport à ceux des régions limitrophes. Ainsi, les omnipraticiens et masseurs-kinésithérapeutes franciliens figurent-ils parmi les professionnels les moins bien rémunérés (si l'on ne tient compte que de l'activité libérale). La densité des omnipraticiens en Île-de-France est pourtant parmi les moins fortes. Enfin, les dentistes d'Île-de-France, dont la densité par habitant est parmi les plus élevées, ont un revenu proche de la moyenne nationale alors que, dans les régions moyennes, il est nettement supérieur.

Les infirmières ont des revenus et des pratiques différentes selon les régions

Les revenus libéraux des infirmiers opposent plutôt le nord-est au sud-ouest : ce sont ceux qui exercent en Lorraine, en Champagne-Ardenne et en Basse-Normandie devant ceux d'Alsace, du Nord - Pas-de-Calais, de Bourgogne, de PACA et de Corse qui perçoivent les revenus moyens les plus élevés. À l'opposé, les revenus les plus faibles s'observent dans les Pays de Loire et en Midi-Pyrénées, derrière les régions de Rhône-Alpes et d'Aquitaine.

D'autre part, sans que cela recouvre la carte des revenus libéraux, les infirmières exercent différemment selon leur lieu d'installation⁴. Celles du sud de la France et de Bretagne font plutôt, en moyenne, moins d'actes que leurs collègues du nord sans qu'il y ait, pour autant des différences marquées entre les nombres moyens de coefficients réalisés par infirmier (tableau 4). Mais surtout, les infirmiers des régions du sud et de Bretagne, pratiquent, en proportion, beaucoup plus d'actes (et de coefficients) en acte infirmier de soins (AIS) que ceux du nord, alors que les autres réalisent d'avantage d'actes médico-infirmiers (AMI).

TABLEAU 4 ●

revenu, densité et pratique des infirmiers, selon le revenu décroissant

Région Insee	Revenu en milliers d'euros	Densité pour 100 000 habitants	Part des actes en AIS	nombre d'actes par infirmiers (hors DI)	Part des coefficients en AIS	nombre de coefficients par infirmiers (hors DI)
Lorraine	46	56,4	19 %	9 623	34 %	17 259
Champagne-Ardenne	43	53,3	6 %	10 235	13 %	15 130
Basse-Normandie	41	66,1	23 %	8 481	39 %	16 759
Alsace	41	51,3	29 %	8 175	47 %	17 302
Nord-Pas-de-Calais	40	63,4	17 %	8 810	30 %	16 193
Bourgogne	40	65,0	22 %	7 998	38 %	15 199
PACA et Corse	40	167,7	64 %	6 810	78 %	18 637
Île-de-France	39	39,5	35 %	7 155	49 %	16 825
Limousin	39	110,0	30 %	7 099	50 %	14 490
Auvergne	38	86,6	27 %	7 374	45 %	14 237
Haute-Normandie	38	53,9	13 %	8 592	25 %	15 127
Picardie	38	55,7	13 %	8 679	26 %	15 085
Franche-Comté	37	56,0	24 %	7 993	42 %	15 217
Centre	36	56,2	14 %	8 159	27 %	14 360
Poitou-Charentes	36	71,8	15 %	8 062	28 %	14 507
Bretagne	36	105,0	46 %	6 909	64 %	15 948
Languedoc-Roussillon	36	184,3	61 %	6 013	77 %	16 649
Aquitaine	35	117,5	49 %	6 623	66 %	16 159
Rhône-Alpes	34	80,0	43 %	6 453	61 %	15 062
Midi-Pyrénées	33	143,6	45 %	6 266	64 %	14 358
Pays de la Loire	33	49,8	24 %	7 248	40 %	14 443
Total France métropolitaine	37	81,2	39 %	7 193	57 %	16 177

AIS : actes infirmiers de soins

DI : démarches des soins infirmiers

Champ : ensemble des praticiens ayant perçu au moins 1 € d'honoraire au cours de l'année.

Source : Fichier Snir, version provisoire pour 2004 (CNAMTS), et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

4. « L'activité des infirmières libérales », 2001, *Dossier Études et Statistiques*, CNAMTS, n° 52.

POUR EN SAVOIR PLUS

CNAMTS, 2005, « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 », Carnets Statistiques, n° 111.

CNAMTS, 2001, « L'activité des infirmières libérales », Dossier Études et Statistiques, n° 52.

LEGENDRE N., 2005, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », Drees, Études et Résultats, n°412.

LEGENDRE N., 2006, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », Drees, Études et Résultats, n° 457.

UNE TYPOLOGIE DES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMÉS À LA MÉDECINE DE VILLE

Marie GOUYON

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
DREES

*En 2004, les recours urgents
ou non programmés représentaient,
en France métropolitaine,
12 % de l'activité
des médecins généralistes
exerçant en cabinet
ou dans une association d'urgentistes.
À partir de cette enquête
réalisée par la DREES,
sept grands types
de recours urgents
à la médecine générale
sont ici mis en évidence.
Ils reposent à la fois,
sur les motifs des séances,
leur contenu et leur issue,
ainsi que sur les caractéristiques
des patients et des médecins.*

La définition des séances urgentes, étudiées dans l'enquête réalisée par la DREES en 2004 (encadré 1), est volontairement très large, afin de permettre une comparaison avec l'ensemble des passages aux urgences hospitalières¹. Ainsi, sont considérés comme « urgents ou non programmés » :

- les urgences médicales repérées comme telles par le médecin ;
- les recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, par exemple la nuit ou le week-end, donnant normalement lieu à une tarification spécifique ;
- les recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée » ;
- les recours aux médecins des associations d'urgentistes de ville.

Une première étude² décrivait, sous forme de premiers résultats, les circonstances des recours urgents ou non programmés en médecine de ville. Or, les caractéristiques des séances urgentes, qu'il s'agisse des motifs, des diagnostics, des actes pratiqués par le médecin, des orientations qu'il prescrit ou des caractéristiques des patients, ne sont pas indépendantes les unes des autres.

1. CARRASCO V., BAUBEAU D., 2003, « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », Drees, *Études et Résultats*, n° 212.

BAUBEAU D. et CARRASCO V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Drees, *Études et Résultats*, n° 215.

2. GOUYON M., LABARTHE G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », Drees, *Études et Résultats*, n°471.

GOUYON M., 2006, : « Les recours aux médecins urgentistes de ville », Drees, *Études et Résultats*, n° 480.

Des méthodes d'analyse de données ont permis de faire ressortir les caractéristiques les plus souvent associées. Ainsi, l'analyse des correspondances multiples (encadré 2) a, avant tout, mis en évidence une opposition entre, d'une part, les séances motivées par les problèmes somatiques aigus des jeunes patients et, d'autre part, les recours des patients âgés pour motifs somatiques ou psychiques, concernant généralement des affections chroniques. Un second axe d'opposition, de moindre importance, a permis d'isoler les recours liés aux problèmes traumatiques. À la suite de cette analyse, ces recours ont été classés dans une typologie. Celle qui est ici présentée distingue ainsi sept grands types de séances (tableau 1), selon l'âge des patients, la nature du recours et le diagnostic réalisé par le médecin.

*Les recours des enfants et des adolescents pour épisode infectieux aigu :
43 % des recours urgents
auprès des généralistes*

Dans presque tous les cas, le patient de ce groupe fait appel au médecin pour une affection aiguë. Il s'agit d'un problème notamment infectieux dans plus de la moitié des cas, qui peut concerner des pathologies ORL, ophtalmologiques ou en stomatologie (43 % des diagnostics principal ou secondaires), l'hépatogastro-entérologie (15 %) ou encore la pneumologie (11 %). Des médicaments sont prescrits, sans se limiter à un éventuel renouvellement d'ordonnance, dans pratiquement tous les cas. La plupart de ces recours sont traités en moins d'un quart d'heure.

Pour ce type de recours, les enfants (42 %) et les adolescents (14 %) sont sur-représentés.

*Un épisode aigu non infectieux touchant des patients plus âgés :
24 % des recours urgents
auprès des généralistes*

Lors de 45 % des séances de ce type, l'état somatique du patient est jugé par le médecin susceptible de s'aggraver et, dans six cas sur dix, le médecin signale une douleur qu'il faut soulager rapidement.

Dans un cas sur cinq, le patient souffre d'une affection chronique décompensée. Un tiers de ces recours relève de la rhumatologie, 18 % de l'hépatogastro-entérologie, 17 % de la cardiologie et 15 % de l'uro-gynécologie. Au cours de 27 % des

séances, le médecin réalise des actes ou des conseils de prévention. Ici aussi, des médicaments sont prescrits la plupart du temps, au-delà d'un éventuel renouvellement d'ordonnance.

Ce type de recours donne lieu dans plus de la moitié des cas à un bilan, qu'il s'agisse d'analyses biologiques (29 % contre 11 % dans l'ensemble des séances urgentes) ou de radiologie (23 % contre 10 %). Le médecin recommande également au patient d'être suivi par un généraliste (45 %) ou par un spécialiste (23 %).

Plus de la moitié de ces recours durent plus de quinze minutes et ils ont plus fréquemment lieu au domicile du patient (30 % contre 23 % de l'ensemble des recours).

Près des deux tiers des patients de ce groupe ont plus de 45 ans et 62 % d'entre eux sont des femmes. Interrogé sur la légitimité du recours, le médecin répond que 95 % de ces patients ont eu raison de le consulter (90 % dans l'ensemble des séances urgentes).

*Les recours relatifs à des maladies chroniques stables :
6 % de l'ensemble des recours urgents
ou non programmés*

Presque tous les patients de ce groupe sont jugés dans un état somatique stable. Le recours concerne dans trois cas sur quatre une affection chronique stabilisée. Les diagnostics les plus fréquents relèvent de la cardiologie (cité dans 57 % de ces recours), suivie de l'endocrinologie métabolique (23 % contre 3 % de l'ensemble des recours) et de la psychiatrie (12 %). Des diagnostics afférents à des problèmes neurologiques ou uro-gynécologiques sont effectués dans moins de 10 % des séances, mais dans des proportions toutefois plus importantes que pour l'ensemble des recours urgents. Le médecin déclare avoir dû procéder à une écoute psychologique particulière de son patient dans un cas sur cinq.

Lors de 68 % de ce type de séances, le médecin prescrit des médicaments, mais uniquement pour un renouvellement d'ordonnance (tandis que ce type de prescription ne représente que 7 % de l'ensemble des recours).

Les trois quarts des séances de ce type durent moins d'un quart d'heure et se déroulent presque exclusivement de jour, en semaine.

Quatre patients sur dix concernés par ce type de recours ont plus de 70 ans, la même proportion ayant entre 45 et 69 ans. Il s'agit de la classe qui

compte le plus de patients réguliers du médecin (89 %) et pratiquement pas de patient de médecin urgentiste. C'est également celle où la part de recours jugés injustifiés est la plus importante (20 %). En effet, le médecin estime que, dans un recours sur cinq, l'appel en urgence n'était pas légitime et que le patient n'avait pas eu raison de le consulter dans ces conditions.

*Les manifestations allergiques
et les lésions dermatologiques
nécessitant des soins :
4 % des recours urgents
auprès des généralistes*

Figurent en nombre important dans ce groupe les allergies, l'asthme et surtout les lésions dermatologiques. En effet, les diagnostics sont associés pour les trois quarts à la dermatologie (4 % dans l'ensemble des séances urgentes) et pour un quart à la toxicologie, aux agents physiques et aux allergies (1 % de l'ensemble des recours en urgence) ; dans 41 % des cas, l'urgence somatique est avérée puisque l'état des patients est alors jugé susceptible de s'aggraver. Le médecin pratique fréquemment une injection, un prélèvement ou fait un pansement (12 %) ou de la prévention (27 %). Il prescrit souvent des analyses biologiques (14 %) ou des médicaments, hors du seul renouvellement d'ordonnance (91 %).

Deux recours sur cinq durent plus d'un quart d'heure et se déroulent un peu plus souvent que la moyenne pendant un week-end. L'intervention a lieu plus fréquemment au cabinet du médecin (81 % contre 75 % dans l'ensemble des recours).

Ce type de recours concerne au premier chef les patients les plus jeunes (moins de 12 ans : 24 %) et les plus âgés (plus de 70 ans : 20 %).

*Les problèmes traumatiques :
10 % des recours urgents
à la médecine générale*

Dans ce cinquième groupe, 97 % des patients souffrent d'un problème traumatique aigu et éprouvent dans les deux tiers des cas une douleur qu'il faut soulager rapidement. Leur état somatique, le plus souvent stable, relève de la traumatologie ou, dans une moindre mesure, de la rhumatologie. Au cours de la séance, le médecin pratique une immobilisation (13 % contre 2 % de l'ensemble des recours urgents), une injection, un pansement ou un prélèvement (14 %) ou un acte de petite chirurgie (9 %). Une radio est prescrite à 30 % des patients et des soins paramédicaux à 12 % d'entre eux ; à l'issue de 38 % de ces recours, le médecin conseille au patient d'être suivi par un généraliste et établit un certificat (arrêt maladie) dans un cas sur quatre.

Ce groupe discrimine peu les patients en termes d'âge, bien que les adolescents et les jeunes adultes y soient légèrement sur-représentés. Ce type de recours concerne plus fréquemment les hommes, qui représentent la moitié des patients de ce groupe (contre 43 % de l'ensemble des patients recourant en urgence à la médecine générale). Il s'agit plus souvent que dans l'ensemble des séances urgentes de patients occasionnels du médecin généraliste, qui se rendent à plus de 80 % au cabinet du médecin.

ENCADRÉ 1 ●

L'ENQUÊTE SUR LES RECOURS URGENTS
OU NON PROGRAMMÉS À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale a été réalisée en 2004 par la DREES, auprès d'un échantillon de 1 398 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine dans un cabinet (1 304 médecins) ou dans une association d'urgentistes (94 médecins de SOS Médecins ou des Urgences médicales de Paris).

Cette enquête fait suite à l'enquête réalisée en 2002 par la DREES sur les usagers des services d'urgences hospitaliers. Elle permet d'étudier cette fois les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Comme lors de la première enquête, elle a comporté deux volets. Un premier volet a consisté à faire remplir par les médecins deux questionnaires. Un premier questionnaire portait sur l'organisation de leur activité, leur expérience et leur formation relatives aux urgences. Un second questionnaire était renseigné pour chaque séance « urgente » et s'attachait à décrire la nature, les motifs, les diagnostics, les actes diagnostiques et gestes thérapeutiques pratiqués par le médecin, ainsi que les traitements et orientations qu'il avait éventuellement prescrits : 17 254 recours urgents ou non programmés peuvent ainsi être décrits (dont 5 % par les urgentistes de ville), du point de vue des médecins. Un second volet a consisté à contacter les patients, à l'issue de ces séances urgentes ou non programmées, afin de recueillir leur ressenti sur leur prise en charge par la médecine générale de ville et les informations dont ils disposent sur le parcours de soin : 4 009 entretiens téléphoniques ont ainsi été menés, non exploités ici.

TABLEAU 1 ●

caractéristiques des sept séances types et de l'ensemble des recours urgents (en %)

	Épisode infectieux aigu, enfants et adolescents	Épisode aigu, rhumatologie, des patients plus âgés	Urgences sans gravité, maladies chroniques	Manifestations allergiques et lésions dermatologiques	Problèmes traumatiques	Pathologies psychiatriques	Urgences somatiques critiques	Ensemble
Répartition des séances	43,2	23,6	6,1	4,2	9,7	8,1	5,2	100,0
Motifs								
Problème somatique	98,6	98,4	36,6	89,2	4,9	38,2	96,9	79,1
Problème traumatique	0,8	1,2	1,6	7,5	97,4	4,0	1,8	11,8
Problème psychique	0,2	0,7	2,9	5,7	0,6	82,8	2,5	7,8
Douleur à soulager rapidement	31,3	55,9	4,0	28,9	67,6	25,8	40,4	39,0
Degré d'urgence somatique								
État somatique stable	81,2	55,4	96,2	59,1	80,9	61,3	16,4	70,5
État susceptible de s'aggraver	18,8	44,6	2,9	40,9	19,0	38,7	58,3	28,3
Pronostic vital menacé	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	25,0	1,1
Décès	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Degré d'urgence psychologique								
Pas de difficultés psychologiques	97,9	86,4	86,5	87,1	93,7	3,9	77,8	84,7
État psychiatrique perturbé sans besoin de prise en charge	1,9	13,1	11,7	10,1	5,8	75,4	19,4	12,9
État psychiatrique perturbé nécessitant une prise en charge	0,1	0,4	1,7	2,5	0,3	19,1	2,4	2,1
État psychiatrique aigu	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	1,7	0,4	0,3
Nature du recours								
Affection aiguë	98,0	77,5	4,2	80,3	94,8	54,7	73,9	81,3
Affection chronique destabilisée	0,7	20,0	3,5	12,3	1,1	25,7	24,7	9,2
Affection chronique stable	0,7	1,7	73,9	4,9	1,4	16,6	0,8	7,3
Certificat	0,6	0,8	18,4	2,5	2,7	3,1	0,6	2,3
Diagnostics principal ou secondaires								
Cardiologie	1,1	16,6	57,4	2,3	2,4	9,2	48,3	11,4
Dermatologie	0,0	0,0	1,4	79,8	1,4	1,2	1,7	3,6
Endocrinologie	0,5	3,3	22,8	1,3	0,5	1,3	7,0	3,0
Hématologie	0,1	1,0	0,8	0,6	0,2	1,0	3,9	0,7
Hépatogastro-entérologie	15,0	17,5	7,0	4,8	0,8	10,1	19,8	13,0
Infectiologie	51,3	15,7	6,0	20,1	2,2	5,4	12,0	27,8
Pathologie sociale et médico-légale	0,2	0,3	6,1	1,2	0,7	5,9	0,9	1,2
Neurologie	1,1	7,9	5,9	1,1	0,7	6,7	15,2	4,1
Obstétrique	0,9	1,8	1,5	1,1	0,0	0,2	2,2	1,1
ORL-ophtalmo-stomatologie	42,9	6,3	3,0	10,2	4,2	4,3	1,7	21,1
Pneumologie	10,5	11,3	4,7	6,2	0,6	4,6	12,4	8,7
Psychiatrie et toxicomanie	0,5	1,8	12,4	1,4	0,9	92,7	3,8	9,6
Rhumatologie	1,6	33,8	12,5	5,1	16,9	8,7	4,1	12,5
Toxicologie, allergies, agents physiques	0,0	0,0	0,2	26,2	0,0	0,3	0,7	1,1
Traumatologie	0,6	2,7	1,5	3,2	85,8	2,7	1,7	10,5
Uro-gynécologie	1,6	15,1	7,7	1,7	0,4	4,2	8,7	5,6
Actes diagnostiques et gestes thérapeutiques								
Electrocardiogramme	0,0	0,4	0,0	0,4	0,3	0,9	22,6	1,2
Injection, pansement, prélèvement	3,0	10,9	9,5	12,4	14,2	2,6	14,4	7,3
Petite chirurgie	0,1	0,3	0,0	0,9	8,8	0,0	0,5	1,1
Immobilisation	0,0	0,0	0,1	0,0	13,2	0,4	0,0	1,4
Gestes de réanimation	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,2
Écoute psychologique	3,8	17,4	20,9	17,4	6,1	89,2	19,2	16,8
Entretien social	1,4	2,3	5,2	6,5	3,2	20,9	3,5	4,0
Prévention	18,8	26,6	24,6	26,8	13,9	21,9	10,6	20,7

	Épisode infectieux aigu, enfants et adolescents	Épisode aigu, rhumatologie, des patients plus âgés	Urgences sans gravité, maladies chroniques	Manifestations allergiques et lésions dermatologiques	Problèmes traumatiques	Pathologies psychiatriques	Urgences somatiques critiques	Ensemble
Prescription de médicaments								
Seulement pour un renouvellement d'ordonnance	1,1	1,7	67,7	3,0	1,9	13,2	1,6	6,8
Pas seulement pour un renouvellement d'ordonnance	95,6	90,1	19,1	90,8	77,3	67,9	30,1	81,9
Pas de prescription	3,3	8,2	13,2	6,2	20,8	18,9	68,3	11,3
Orientation du patient								
Examens biologiques	2,3	29,4	14,2	13,9	1,6	8,7	17,5	11,1
Radiologie	0,9	22,9	1,0	2,6	30,5	2,9	7,2	9,8
Soins paramédicaux	1,4	8,4	0,9	6,1	11,6	3,5	4,8	4,6
Certificat	15,2	17,1	8,8	8,7	24,4	27,2	6,1	16,6
Hospitalisation	0,3	1,1	0,8	2,5	3,7	5,5	70,2	4,6
Suivi par un généraliste	10,4	44,5	9,8	27,0	37,8	38,2	22,9	25,0
Suivi par un spécialiste	2,4	22,9	5,3	13,4	9,0	27,3	29,8	12,0
Durée, moment et lieu du recours								
Séance de moins de 15 mn	81,6	48,1	72,6	59,3	67,6	31,8	19,4	63,6
Séance de jour	87,9	85,9	93,8	84,1	87,5	86,8	71,8	86,8
Séance de nuit	7,1	7,8	5,3	7,3	6,5	7,8	16,5	7,6
Séance de week-end	5,0	6,4	0,9	8,6	6,1	5,4	11,7	5,6
Au cabinet du médecin	83,2	67,1	76,3	80,5	81,3	70,0	34,1	75,3
Au domicile du patient	15,9	29,8	22,4	17,7	15,8	27,9	59,9	22,7
Maison de retraite, maison médicale, autre	1,0	3,1	1,3	1,8	3,0	2,1	6,0	2,1
Type de médecin								
Urgentiste de ville	5,5	5,5	0,2	4,5	3,5	3,4	11,4	5,0
Généraliste en cabinet, en milieu rural	31,5	31,0	35,8	31,1	34,5	25,0	37,2	31,7
Généraliste en cabinet, en milieu urbain	63,0	63,5	64,0	64,4	62,0	71,6	51,4	63,3
Caractéristiques du patient								
Moins de 12 ans	42,4	4,3	1,8	24,2	16,0	3,3	6,5	22,2
De 13 à 24 ans	13,8	5,4	5,9	10,0	15,5	9,0	5,0	10,5
De 25 à 44 ans	26,4	26,6	10,7	21,1	29,8	41,2	13,3	26,2
De 45 à 69 ans	13,4	38,1	43,0	25,1	25,0	28,1	26,5	24,7
Plus de 70 ans	4,0	25,6	38,6	19,6	13,7	18,4	48,7	16,3
Patient en ALD	4,6	30,2	46,1	20,9	12,5	29,6	55,0	19,3
Patient femme	56,3	61,9	55,0	57,9	50,0	63,6	46,0	57,1
Actif	67,6	49,2	28,2	51,4	63,9	50,5	29,9	56,5
Chômeur	3,7	3,6	2,7	4,7	2,5	7,3	2,5	3,8
Autre inactif	28,8	47,3	69,1	43,9	33,6	42,2	67,6	39,8
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	7,9	5,7	6,6	9,5	4,0	13,9	3,8	7,3
Le médecin a tenu compte du contexte social du patient pour l'orienter	2,4	9,6	8,7	11,0	5,3	56,9	22,7	10,7
Patient nouveau	14,7	11,4	2,7	14,9	14,3	9,2	19,5	12,8
Patient occasionnel	21,2	18,4	8,1	21,4	26,3	18,9	13,3	19,7
Patient suivi régulièrement	64,1	70,3	89,2	63,8	59,3	71,9	67,2	67,5
Le médecin pense que le patient a eu raison de le consulter	87,8	95,3	79,9	89,8	93,1	91,2	98,4	90,5

source : Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

ENCADRÉ 2 ●

MÉTHODOLOGIE DE LA TYPOLOGIE DES SÉANCES URGENTES

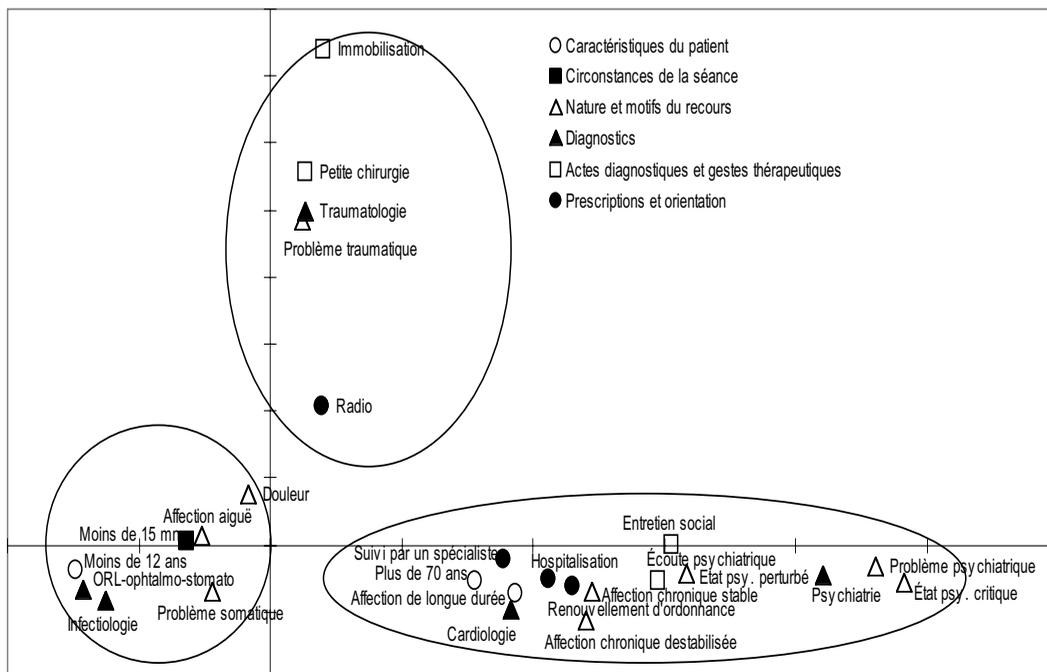
La typologie présentée dans cette étude a été réalisée en deux temps : une analyse des correspondances multiples (ACM), et notamment les premiers axes de cette analyse, ont permis de mettre en évidence les principaux critères selon lesquels s'opposent les recours urgents ou non programmés aux médecins généralistes.

En complément de l'ACM, une classification ascendante hiérarchique (CAH)¹ a ensuite permis de dégager des « séances urgentes types » pour ces médecins : cette typologie est l'une des typologies possibles. Ce n'est évidemment pas la seule : elle résulte d'un compromis entre la volonté de restituer la diversité qui caractérise les recours urgents ou non programmés auprès des généralistes et celle d'obtenir une typologie « simple », sans entrer trop avant dans les aspects techniques qui auraient permis d'isoler de nouveaux sous-groupes de séances. Cette typologie ne constitue pas non plus un découpage strict de l'activité ou du temps de travail « en urgence » des médecins généralistes : la répartition des séances urgentes ou non programmées entre les classes de cette typologie est donnée ici à titre indicatif et ne serait pas rigoureusement la même dans le cadre d'une autre classification. Elle donne en revanche une bonne idée de la diversité de l'activité « urgente » des généralistes, bien qu'elle ne reflète pas toutes les spécificités qui en font tant la richesse que la difficulté.

Les variables « actives » sur lesquelles s'appuie l'analyse sont les motifs et la nature du recours, les degrés d'urgence tant somatique que psychique, les diagnostics principal ou secondaire, les actes diagnostiques et gestes thérapeutiques pratiqués par le médecin, les traitements prescrits et les orientations, l'horaire et la durée de la séance, ainsi que l'âge du patient et le fait qu'il souffre d'une affection de longue durée ou non. Des variables illustratives ont été ajoutées à l'analyse². Il s'agit des caractéristiques du patient (sexe, activité, bénéficiaire de la CMU complémentaire, suivi régulièrement ou non par le médecin rencontré lors des recours urgents, patient accompagné ou non lors de la séance), du médecin (exerçant dans une association d'urgentistes ou en cabinet, rural ou citadin, âge, sexe, région d'exercice, formé ou non aux urgences, part des recours urgents dans l'ensemble de son activité) et de la séance (diagnostic principal, diagnostics secondaires, visite ou consultation, jour de la semaine, urgence justifiée du point de vue du médecin, ce dernier a pris en compte ou non le contexte social du patient pour décider de son orientation).

Le jour de la semaine, le fait que le patient soit accompagné ou non, qu'il s'agisse d'une visite ou d'une consultation, que le médecin soit formé ou non aux urgences, la part des séances urgentes dans son activité et sa région d'exercice sont des facteurs peu discriminants et ne sont donc pas décrits dans cette étude.

ACM réalisée sur les données de l'enquête*



(*) Axe 1 (horizontal) ; axe 2 (vertical).

Source : Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

1. CAH sur les coordonnées des observations (recours urgents ou non programmés) sur les 19 premiers axes de l'ACM, rassemblant plus de 50 % de l'inertie totale.
2. Ces variables ne participent pas à l'élaboration de la typologie.

Les troubles psychiques des adultes :
8 % des recours urgents
auprès des généralistes

Plus de 80 % des patients de ce groupe consultent pour un problème psychique, dont près de la moitié relève d'une affection chronique. Parmi les diagnostics, le médecin cite en premier lieu la psychiatrie (93 %), suivie de la neurologie (7 %), des pathologies sociales et médico-légales (6 %). Dans trois cas sur quatre, le patient présente un état psychique perturbé, sans nécessiter toutefois une prise en charge spécifique (13 % dans l'ensemble des recours urgents) ; dans 19 % des cas, son état implique une prise en charge spécifique et 1,7 % des patients de ce groupe présentent un état psychiatrique aigu (0,3 % de l'ensemble des recours urgents).

Par ailleurs, 30 % des patients de ce groupe souffrent d'une affection de longue durée, et des médicaments sont prescrits en vue du seul renouvellement d'ordonnance plus souvent que la moyenne.

Le médecin conduit un entretien social dans 21 % des cas et réalise une écoute psychologique dans 89 % des séances. Il établit un certificat lors de 27 % des recours de ce type et recommande souvent à son patient de consulter un spécialiste (27 %) ou un généraliste (38 %) dans les deux semaines qui suivent.

La plupart de ces séances durent plus de quinze minutes et sont réalisées plus souvent au domicile du patient que l'ensemble des recours urgents (28 % contre 23 %).

Les patients recourant en urgence à la médecine générale pour ce type de motifs sont le plus souvent âgés de 25 à 44 ans (41 %) et sont plus fréquemment des femmes (64 %). Il s'agit également plus souvent de patients consultant régulièrement le médecin vu en urgence, de chômeurs et d'inactifs, ainsi que de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire. D'ailleurs, dans 57 % des cas, le médecin déclare avoir pris en compte le contexte social du patient pour décider de son orientation (11 % de l'ensemble des séances urgentes).

Les urgences somatiques critiques :
5 % des recours urgents
à la médecine générale

Dans ce dernier groupe, 58 % des patients présentent un état susceptible de s'aggraver et leur pronostic vital est menacé dans 25 % des cas. Plus de 20 % d'entre eux présentent un état psychique perturbé. Un quart de ces patients souffre d'une affection chronique déstabilisée, et le trouble dont ils souffrent relève dans les deux tiers des cas de la cardiologie, de la neurologie ou de l'hématologie.

Le médecin pratique fréquemment un électrocardiogramme (23 % contre 1 % dans l'ensemble des recours urgents) et, dans une moindre mesure, une injection, un pansement ou un prélèvement (14 %) ; dans 4 % des cas, des gestes de réanimation sont nécessaires (alors que ce n'est le cas que dans 0,2 % de l'ensemble des recours urgents).

Sept recours sur dix sont suivis d'une hospitalisation (immédiate ou différée) et il est conseillé à 30 % des patients de ce groupe d'être suivis rapidement par un spécialiste.

Ce type de séances se caractérise également par sa durée : 81 % durent plus de 15 minutes. Par ailleurs, 60 % des séances se déroulent au domicile du patient et 6 % dans une maison de retraite ou une maison médicale (respectivement 23 % et 2 % de l'ensemble des recours). Il s'agit plus fréquemment de séances de nuit (16 %) ou de week-end (12 %).

Dans ce cas, les patients s'adressent plus souvent que dans l'ensemble des recours urgents à un urgentiste de ville (11%) ou à un généraliste exerçant en cabinet en milieu rural (37 %). Près de la moitié d'entre eux sont âgés de plus de 70 ans et 55 % souffrent d'une affection de longue durée. Les hommes sont particulièrement nombreux dans ce groupe (54 %). Dans la presque totalité des cas, le médecin estime que le patient a eu raison de le consulter et il tient compte de son environnement social pour l'orienter dans 23 % des cas. ■

LES EFFETS DE LA MISE EN ŒUVRE DE SYSTÈMES DE PAIEMENTS PROSPECTIFS DE TYPE T2A SUR LA QUALITÉ

une approche à partir de la littérature internationale

Frédéric BOUSQUET*, Pierre LOMBRIL** et Anne-Lise GUISSSET**

* HAS et DREES

** CHU de Nantes

Des débats contradictoires ont eu lieu ces dernières années à propos de l'impact éventuel de la tarification à l'activité (T2A) sur la qualité et l'accès aux soins. Le Comité d'évaluation de la tarification à l'action mis en place fin 2004 a ainsi souhaité alimenter la réflexion en ce sens à partir des connaissances acquises au travers d'expériences étrangères. Sans ignorer les difficultés de transposition d'un pays à l'autre, cette étude porte sur les méthodes d'analyse utilisées dans un certain nombre de travaux empiriques. Dans la littérature internationale, les principales études réalisées sur ce thème, essentiellement américaines et de type épidémiologique, mettent en évidence un impact du financement prospectif sur la diminution de la durée de séjour et l'évolution des modes de prise en charge, mais sans effet négatif sur la mortalité. Dans un premier temps, aux États-Unis, on a pu également observer une diminution de l'activité hospitalière, contrairement à certains pays européens, dont la Norvège et la Suède, où le passage au paiement prospectif a provoqué une augmentation considérable de l'activité. Toutefois, globalement, la qualité des soins hospitaliers ne semble pas s'être dégradée et a continué à croître depuis la mise en œuvre du paiement prospectif. Il reste cependant difficile d'en tirer des enseignements pour la France, en raison, d'une part, des particularités du système américain, d'autre part, de certaines limites méthodologiques, notamment pour évaluer la qualité des soins.

Dans le cadre du programme d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) en France, le ministère de la Santé et des Solidarités a souhaité réaliser une revue de la littérature sur les méthodes d'analyse et de mesure de l'évolution de la qualité des soins, à la suite de la mise en œuvre du système de paiement prospectif. Une critique souvent formulée à l'encontre ce type de mécanisme de financement des établissements de santé souligne en effet les risques que la T2A engendre pour la qualité des soins et des prises en charge des patients. La théorie économique montre notamment que, sous certaines hypothèses de capacité des producteurs à observer par avance la lourdeur des patients qu'ils doivent soigner, la T2A génère des incitations qui peuvent avoir des effets « non désirés », principalement de trois ordres : le risque moral (fournir des soins « surcôtés » à des patients « légers ») ; la limitation de l'intensité des soins, en particulier pour les patients les plus lourds ; la sélection pure et simple des patients consistant à écarter ceux qui ne sont pas associés à un niveau de rémunération suffisant. Ceci se traduirait à la fois par une limitation de l'efficacité économique attendue du système et un risque pesant sur la qualité et l'accès aux soins.

Cette approche considère ici les producteurs comme des agents économiques rationnels cherchant à maximiser leurs profits. D'autres travaux ont montré que les comportements des producteurs de soins, et en particulier ceux des professionnels de santé, étaient largement guidés par des préoccupations éthiques, déontologiques ou psychologiques, contrebalançant fortement les incitations économiques liées aux mécanismes de financement. Par ailleurs, celles-ci peuvent aussi être contraintes par la nature du marché ou par une capacité limitée à observer le risque réel que représente chaque patient. Par exemple, l'intérêt de sélectionner les patients peut présenter un risque de perte de parts de marché pour un établissement dans un contexte de concurrence.

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs rend en fin de compte la théorie économique assez peu prédictive de l'impact de la T2A sur la qualité des soins. Ceci explique sans doute au moins en partie le caractère récurrent des débats contradictoires qui se sont développés sur le sujet au fil des années.

L'objectif de ce travail était donc d'étudier, à travers les différents travaux empiriques qui ont été entrepris sur ce thème, s'il est possible de mettre en évidence des effets mesurables du paiement prospectif sur la qualité des soins. De très nombreux travaux ont été conduits, principalement aux États-Unis, ainsi que dans d'autres pays européens ayant mis en œuvre des formes de financement prospectif des hôpitaux. Leurs résultats s'inscrivent dans un contexte économique, institutionnel et social spécifique, qui fait qu'ils peuvent ne pas toujours être transposables au cas français. L'ambition de cette étude n'était donc pas de recenser l'exhaustivité des recherches réalisées sur la question, mais plutôt de repérer les thèmes abordés et les méthodologies employées et de porter sur ces deux points un regard critique.

La première partie de ce document replacera la problématique dans un cadre conceptuel en tentant notamment d'identifier la nature des mécanismes qui pourraient lier le mode de financement prospectif et la qualité. La seconde dressera une synthèse des principales études réalisées sur ce thème. La troisième s'appuiera sur l'observation d'expériences étrangères de mesure de la qualité, notamment en Allemagne, pour décrire des modèles envisageables de suivi de la qualité du système hospitalier.

REPLACER LA PROBLÉMATIQUE « T2A ET QUALITÉ » DANS UN CADRE CONCEPTUEL PRÉCIS

Répondre à la question de l'impact de la T2A sur la qualité des soins requiert d'abord de clarifier les concepts qui sont ici mobilisés, et en particulier ceux de « qualité » et de « production hospitalière ». Il est ensuite nécessaire d'identifier les mécanismes par lesquels la T2A pourrait avoir un impact sur la qualité. À ce stade, et faute de certitude sur la nature précise des mécanismes qui lient de manière générale le financement et la qualité, il s'agit plutôt de formuler un certain nombre d'hypothèses sur les modalités d'action de ces mécanismes.

Une acception extensive de la qualité

Il existe différentes définitions de la qualité en santé, développées par diverses organisations à travers le monde. Elles peuvent différer sur certains aspects,

mais toutes s'accordent pour définir la qualité comme un concept pluridimensionnel qui dépasse la seule appréhension de la pratique médicale. Il est proposé ici de s'appuyer sur une définition de la qualité développée dans le cadre de travaux menés par la Drees (Lombrail, Naiditch, Baubeau *et al.* 2001).

Par « qualité » il faut entendre en effet non seulement l'efficacité clinique et la sécurité, mais aussi l'accessibilité temporelle (plus en termes de délais de prise en charge que d'horaires de disponibilité des services, géographique ou financière), la continuité de la prise en charge à l'intérieur de l'hôpital ainsi qu'aux interfaces avec les autres intervenants en santé, la prise en charge globale du patient (qu'il s'agisse de gestion de la douleur, de réadaptation précoce, de prévention et d'éducation du patient, de soutien psychologique, de médiation interculturelle, etc.), la qualité des relations humaines avec les professionnels, incluant celle de l'information comme celle de l'environnement physique. En matière de qualité des soins, une autre précision importante s'impose : il convient de distinguer la qualité des soins dans la prise en charge des patients admis (la clientèle des établissements) et la qualité du service rendu à la collectivité, comme le rappelle le dossier Solidarité et Santé « Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », publié par la Drees 2001 dans les développements consacrés à l'« atteinte des objectifs » (encadré 1).

La T2A, une incitation forte à modifier les processus de production à l'hôpital

Le paiement prospectif est en effet une règle de rémunération consistant à fixer le prix d'un bien ou d'un service indépendamment de son coût de production¹. Cette règle conduit ainsi à reporter le risque financier sur le producteur : si ses coûts sont supérieurs aux tarifs en vigueur, il supporte le différentiel. Le paiement prospectif est ainsi, en théorie, fortement incitateur à des efforts de productivité de la part des établissements de santé. La question qui se pose est donc de savoir où les établissements vont identifier les possibles gisements de productivité et comment ils vont chercher à les exploiter.

1. En pratique, cela signifie que l'on ne tient pas compte des coûts propres d'un établissement pour fixer les prix (i.e. les tarifs) qui lui sont applicables. La mise en œuvre se décale en général un peu de la théorie dans la mesure où les prix sont en général fixés sur la base de la moyenne des coûts. Néanmoins, de nombreuses variantes peuvent exister : moyenne sur un échantillon, sur l'exhaustivité des établissements, moyenne écartée, médiane, etc. Une solution plus extrême qui se voudrait très incitatrice à la maîtrise des coûts pourrait en théorie également se baser sur le coût minimum.

Une approche intéressante de cette question consiste à se référer au modèle désormais classique du processus de production hospitalier développé par Donabedian (Donabedian, 1996 ; Starfield, 1973).

ressources → services → santé

Cette conception distingue deux étapes dans la production de « santé » par les hôpitaux. Elle met notamment l'accent sur le fait que l'unité de prise de décision est différente suivant l'étape du processus de production où l'on se situe. Les médecins contrôlent la quantité des services directement liés aux soins, ainsi que leur ordonnancement. En revanche, les ressources utilisées pour répondre à la demande de services intermédiaires sont essentiellement sous le contrôle des gestionnaires (qui peuvent comprendre des médecins, suivant leur degré de participation à la gestion de l'hôpital). Le staff médical prend les décisions liées aux patients et l'administration fournit les services de support (service de soins) et les services auxiliaires (tels que les services techniques ou logistiques ou d'hôtellerie) pour les médecins à leur demande.

La première étape (ressources → services) interroge donc les effets d'une diminution ou d'une réallocation des ressources sur la capacité de l'établissement à maintenir les moyens (humains et techniques) adéquats pour la production des services. Des effets moins directs peuvent aussi être supposés. La contrainte financière pesant sur les établissements

dont les coûts seront supérieurs aux tarifs en vigueur pourrait en effet avoir un impact sur les conditions générales de travail, d'hygiène ou de sécurité, avec des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients.

En sens inverse, on peut aussi penser que ces réductions de moyens peuvent créer des incitations à réviser les processus de prise en charge, de manière à mieux les adapter à la nature des pathologies traitées et aux caractéristiques socio-démographiques des patients et à favoriser le développement des démarches qualité afin de réduire les coûts de la non qualité (ANAES-CCECQA 2004).

La seconde étape (services → santé) traduit le lien qui existe entre le processus de prise en charge et le résultat en matière d'amélioration de l'état de santé et interroge l'ampleur de mise en œuvre de service à des fins de traitement du patient. La question d'une éventuelle dégradation de la qualité est donc posée ici en termes de risques relatifs à la diminution de la quantité et/ou de l'intensité des soins, par exemple, à court terme, la sortie du patient en état instable et le risque de complications peuvent être liés à une diminution abusive. À plus long terme il peut également apparaître des pertes de chances liées à un transfert d'information trop bref (risque iatrogène médicamenteux) ou un processus d'éducation thérapeutique insuffisant (obérant des gains potentiels de qualité de vie). C'est de fait à ce niveau que les effets de la T2A sur la qualité doivent être

ENCADRÉ 1

MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS À L'HÔPITAL inspiré de Rotbart, 2001 ; Lombrail et Naiditch, 2001 ; Baubeau *et al.* 2001

Qualité pour les individus pris en charge (Lombrail et Naiditch, 2001)

• **Performance « clinique »** : c'est-à-dire « capacité à organiser le processus de soins de façon à ce qu'il aboutisse à une augmentation de la probabilité d'une réponse favorable, tout en diminuant la probabilité de ses effets négatifs potentiels » (ANDEM-ANAES), comprend les structures de l'hôpital (performance des équipements, qualité et niveau des ressources humaines), les procédures de soins, actes ou ensemble d'actes mis en œuvre et les résultats obtenus en termes cliniques (ou en terme de perception par le patient).

• **Prise en charge globale des patients** : « Vise à répondre aux besoins multiples des patients et de leurs accompagnants, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux, à intégrer aux soins curatifs les dimensions de prévention, de réhabilitation et les soins palliatifs, et d'organiser pour cela la coopération avec d'autres acteurs »

Qualité du service rendu à la collectivité (Baubeau *et al.*, 2001)

• **Accessibilité** : c'est-à-dire « la possibilité pour une population d'obtenir les prestations dont elle a besoin, en quantité suffisante et à un prix raisonnable » (OMS), se décompose en accessibilité géographique, financière ou culturelle.

• **Pertinence des prestations dispensées** : elle suppose 1 – que le service ne pourrait pas l'être plus avantageusement par un autre établissement ou un autre intervenant – et, 2 – que les prestations sont justifiées par l'état du patient ou des contraintes d'environnement –.

• **Cohérence entre les missions et la population desservie** : c'est-à-dire « la cohérence entre, d'une part, la clientèle desservie par un établissement, la nature et le niveau de complexité de ses services, et, d'autre part, les autorisations dont il dispose et ses missions définies par son statut (HL, CH, CHR ou clinique) et par le schéma (SROS) », afin d'assurer « une réelle couverture des besoins de la population ainsi que la continuité de la prise en charge au sein de réseaux de soins gradués ».

appréhendés. À ce stade, ces effets apparaissent toutefois plus complexes que les seuls risques de sous-dimensionnement de la quantité de services. Les modifications des processus de prise en charge les plus probables ont été évoquées par la théorie (cf. introduction) et, pour certaines, ont pu aussi être constatées à partir des expériences étrangères.

Dans une logique strictement économique, de manière à maximiser ses recettes par rapport à ses dépenses, dans un financement prospectif par admission, l'hôpital a intérêt à :

- diminuer la quantité de ressources utilisées (par exemple, le personnel) par unité de service, par exemple, la journée d'hospitalisation (sous le contrôle principal des gestionnaires) ;
- diminuer la quantité de services produits (durée de séjour, médicaments, actes diagnostiques et thérapeutiques, activités de promotion de la santé, etc.) par patient admis ou substituer par des services moins coûteux (plutôt sous le contrôle des médecins) ;
- maximiser le nombre d'admissions en attirant plus de patients avec profil tarifaire « attractif », c'est-à-dire ayant un coût attendu par séjour inférieur au tarif remboursé, ou encore les cas les plus « légers » dans

des groupes homogènes de séjours (décision d'admission sous le contrôle relatif des médecins, mais variable selon le statut de l'établissement et son positionnement dans l'offre de soins).

L'impact potentiel de ces mécanismes en terme de processus et de résultats est illustré dans le tableau 1. Notons toutefois que les deux premiers sont valables également pour un financement par enveloppe budgétaire globale, tel qu'observé actuellement en France pour les hôpitaux publics. Le troisième suppose une bonne connaissance du coût par patient et donc la mise en place de systèmes d'information adaptés. En l'état actuel du développement de leur comptabilité analytique, peu d'établissements français (publics ou privés) en sont capables.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DE RÉPONSES APPORTÉS PAR LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE ?

La recherche documentaire a exploré les principales bases de données avec les mots-clés suivants : « *Prospective Payment* » « *and (Quality or Performance and) Hospital* », ainsi que « *(Incentives*

TABLEAU 1 ●

Impacts potentiels liés au financement prospectif sur les processus et résultats de la prise en charge à l'hôpital

Mécanisme par lequel se traduit le changement lié à la T2A	Bénéfices éventuels et opportunités	Risques potentiels
1 - ↓ quantité et qualité des ressources	- Révision des processus - Identifier et prévenir le coût de la non qualité - Déléguer les activités « non essentielles » à des organismes spécialisés	Personnel insuffisant entraînant heures de travail accrues, charge de travail inadéquate, accidents, démotivation, soins dépersonnalisés, etc. et donc en bout de ligne impact sur la satisfaction des patients, voire la sécurité et l'efficacité clinique
2 - ↓ quantité et qualité des services		
2.1 - ↓ durée séjour	- Analyse des trajectoires de soins - Implantation des chemins cliniques - Préparation précoce à la sortie - Coordination des soins avec structures alternatives en ambulatoire ou long-séjour	- Sortie dans un état instable - Prise en charge inadéquate à domicile (=> réadmission) - Manque de temps pour les soins de communication, d'éducation et de promotion de la santé (=> réadmission)
2.2 - ↑ interventions de jour	- Investissement dans équipement - Améliorations techniques anesthésiques - Confort accru pour le patient	Prise de risque dans la sélection des patients pouvant bénéficier de l'intervention de jour
2.3 - ↓ actes diagnostiques, thérapeutiques, médicaments	- Protocoles de soins, standardisation des processus - Médecine basée sur les preuves Diminution risques iatrogènes	Limitation accès à certains services spécifiques onéreux ou non standards
3 - ↑ admissions « attractives » financièrement et inversement ↓ admissions financièrement « risquées »	Accès à l'admission facilitée (l'argent suit le patient)	Découpage des séjours pour multiplier artificiellement le nombre d'admissions Accès à l'admission limité pour cas « lourds » Importance accrue du curatif (soigner rapidement les patients admis) par rapport au préventif (éviter leurs réadmissions)

or DRG) and Quality », en retenant la période de référence 1990-2004. Les bibliographies des articles trouvés selon cette approche ont été revues et ont permis d'ajouter ainsi à la liste initiale quelques articles intéressants. Une lecture critique des résumés a conduit à retenir un petit nombre de travaux.

Des études essentiellement américaines et de type épidémiologique

Les articles sont résumés dans l'annexe et les références, listées en fin de section. Globalement, la littérature est dominée par l'étude de l'impact du *Prospective Payment System* (PPS) aux États-Unis. Quelques travaux européens ont été publiés, provenant de Scandinavie ou d'Europe du Sud (Italie, Portugal). La majorité des études publiées sont de type épidémiologique, comparant des indicateurs de qualité « avant » et « après » le paiement prospectif, sans tenir compte d'éventuels facteurs concomitants qui pourraient aussi avoir des impacts sur l'évolution des prises en charge (aux États-Unis par exemple, la mise en œuvre du paiement prospectif a coïncidé avec le fort développement du « *Managed Care* » qui a incité très fortement les établissements à modifier leurs modes de prise en charge des patients. D'autres études ont tenté d'identifier une relation positive ou négative entre le mode de financement et l'indicateur étudié. Ces dernières reposent sur des modèles économétriques visant à isoler l'effet du mode de paiement de l'évolution « naturelle » qui aurait eu lieu indépendamment d'une modification du mode de financement, ou sur une analyse de type cas-témoin en comparant des États « avec » et « sans » financement prospectif.

Les travaux américains sont dominés par l'étude de la *Rand Corporation* qui porte sur les personnes âgées de plus de 65 ans, assurées par *Medicare* (avec une double limite : d'âge et de statut vis-à-vis de l'assurance maladie). Il faut souligner d'emblée la lourdeur des moyens mis en œuvre pour l'évaluation dans le cadre de ces travaux. Les bases de données médico-administratives n'ont de fait pu être mobilisées que de manière limitée, pour repérer les séjours correspondants aux pathologies traceuses sélectionnées pour l'étude. Dans un second temps, il a fallu apparier ces données aux informations provenant des bases des organismes d'assurance maladie pour connaître la mortalité et les réadmissions : ces dernières ne peuvent se produire dans un autre hôpital que celui de l'hospitalisation initiale, et échapper de ce fait au système d'information propre à ce premier établissement. Enfin, ce qui est le plus coûteux, le reste des données sur la qualité des pratiques de prise en charge provenait d'une extraction à partir des dossiers médicaux pour la formulation d'un jugement sur critères à la fois

explicites (grille d'audit) et implicites (avis d'experts cliniciens). Ce travail à propos de 17 000 patients hospitalisés dans 300 hôpitaux a mobilisé 52 « data collectors » spécialement formés pour l'étude pendant un temps prolongé (l'étude d'un dossier demandait 90 minutes en moyenne).

Les indicateurs utilisés sont la mortalité inter- ou intra-hospitalière (7 études), le nombre d'admissions à l'hôpital (4 études), la durée de séjour (3 études), la qualité des processus par jugement d'experts implicite ou explicite (3 études), les réadmissions (2 études), ainsi qu'une évaluation de l'état de santé des patients à la sortie, le nombre d'admissions en long-séjour, les soins à domicile ou les consultations en ambulatoire (2 études), la qualité des soins perçue par les patients (1 étude), la qualité de vie évaluée par les patients (1 étude), le taux d'infections nosocomiales (1 étude), le volume d'activité (1 étude), la santé financière de l'hôpital (1 étude). Le relevé des indicateurs met en évidence une orientation de ceux-ci vers une appréhension de la performance clinique, avec essentiellement l'évaluation de l'intensité de services par patient et de son état de santé à la sortie (estimés par le nombre de journées et les réadmissions) et les résultats des soins (approximés par le taux de mortalité). Ces mesures répondent à une crainte majeure exprimée eu égard à la mise en place d'un système de paiement prospectif : une diminution exagérée des durées de séjour avec à la clé une sortie en état instable.

Les effets mesurés

Globalement, la plupart des études semblent mettre en évidence un effet sur les consommations de ressources (diminution de la durée moyenne de séjour [DMS], « *Shift ambulatoire* ») sans effet mesurable sur la qualité autre qu'une augmentation des réadmissions. Toutefois, sur ce dernier point, il est difficile de distinguer ce qui relève d'une évolution des pratiques et des modes de prise en charge, de ce qui relèverait d'une dégradation de la qualité justifiant la réhospitalisation. Par ailleurs, d'autres études (ProPAC² 1989) considéraient que le taux de réadmission avait augmenté plus vite avant la mise en œuvre du PPS qu'après.

Les études mettent en évidence un impact significatif et systématique du financement prospectif sur la diminution de la durée de séjour. La question est de savoir si cette réduction reflète une rationalisation des prises en charge ou bien un raccourcissement

2. *Prospective Payment Assessment Commission* (commission d'évaluation de la réforme du système de financement de *Medicare* et *Medicaid*, mise en place par les pouvoirs publics américains en 1986).

excessif de la durée des soins et de surveillance. L'étude de la *Rand Corporation* a, sur cette question, montré que le nombre de patients quittant l'hôpital dans un état considéré comme instable avait significativement augmenté entre 1982 (année précédant la mise en œuvre du PPS) et 1986, passant de 10 % à 15 % du total des séjours. Cette sortie plus précoce n'a pas de conséquence en terme de mortalité.

En termes de résultats, la quasi-totalité des études ayant tenté d'évaluer les effets du paiement prospectif sur la mortalité (intra ou post-hospitalière) concluent à l'absence de liens entre cet indicateur et le changement de mode de financement. Seules exceptions identifiées dans cette revue de littérature, l'étude de Shen (2003) a mesuré une augmentation de la mortalité à court terme (7 ou 30 jours), mais qui disparaît à plus long terme (1 ou 2 ans), et ne peut en outre être constatée que pour certaines pathologies traceuses associées à un taux de mortalité élevé et un lien processus-résultat démontré. De même, l'étude de la *Rand* a identifié une diminution de mortalité à 30 jours pour certaines pathologies traceuses. Aucun effet n'a été observé pour d'autres indicateurs de résultats tels que le taux d'infections nosocomiales (Peterson 1995) ou la qualité de vie perçue par les patients à 7 jours et 6 semaines (Ljunggren 2003, sur un échantillon réduit de 40 patients cardiaques par année, en Suède). En revanche, dans une étude parallèle de Ljunggren (2003), une diminution de qualité perçue – particulièrement au niveau de la prise en charge par le personnel – a été observée.

En termes de processus, l'étude de la *Rand* (fondée sur une revue des dossiers sur base de critères de jugement explicites ou implicites) considère que la qualité des soins a plutôt progressé après la mise en place du PPS.

Les études américaines montrent aussi toutes une diminution de l'activité hospitalière (mesurée en nombre d'admissions). Ces données corroborent celles des rapports de la ProPAC, montrant que la mise en œuvre du PPS aux États-Unis avait immédiatement conduit à un ralentissement de l'activité hospitalière, ce qui pouvait apparaître contradictoire avec les prévisions de segmentation des séjours. De l'avis de différents experts, sa mise en œuvre a conduit les établissements à « externaliser » fortement les prises en charge vers des formes financièrement moins contraintes (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, médecine de ville). Certains experts considèrent ainsi que le PPS a conduit à une meilleure adéquation des formes de prises en charge à la nature des pathologies. Le constat américain reste néanmoins difficilement transposable au cas français, dans la mesure où le PPS ne concernait que les séjours d'hospitalisation complète (de plus de 24 heures).

À l'inverse, dans plusieurs pays européens dont la Norvège et la Suède, dont l'offre de soins hospitalière était marquée par l'existence de files d'attente, le passage au paiement prospectif a provoqué une augmentation considérable de l'activité. Il semble donc que l'impact du PPS soit sur ce point fortement conditionné au contexte de fonctionnement du système de soins qui préexiste à sa mise en œuvre et aux mesures accompagnant par la suite sa mise en œuvre, comme par exemple l'augmentation simultanée du budget global pour les soins hospitaliers dans les comtés étudiés en Norvège.

Des limites méthodologiques importantes

In fine, la mise en œuvre du paiement prospectif ne paraît pas, d'après la plupart des études disponibles, avoir eu d'impact péjoratif notable sur la qualité des soins hospitaliers. Celle-ci semble même s'être améliorée significativement ces 20 dernières années, c'est-à-dire après l'introduction d'un PPS qui a fortement évolué lui-même dans ses modalités pendant cette période (Williams SC, 2005).

Il n'en reste pas moins que la revue de littérature laisse une impression décevante, manquant de pouvoir conclusif et surtout prédictif pour le cas français. Plusieurs raisons peuvent être identifiées.

En premier lieu, le niveau de preuve apporté par ces études reste problématique dans la mesure où il est délicat d'imputer au seul paiement prospectif des variations qui pourraient également être expliquées par d'autres sources concomitantes, comme par exemple le développement des *Health Maintenance Organizations* aux États-Unis. L'obstacle n'est pas levé par les quelques études économétriques qui reposent sur une modélisation, elle-même discutable. Il n'est pas évident de dissocier l'impact sur les consommations de ressources (diminution de la DMS, « *Shift Ambulatoire* ») des tendances lourdes déjà à l'œuvre, indépendamment du PPS. De même, les modalités de mise en place du PPS varient d'un pays à l'autre. En outre, l'effet du PPS ne peut pas être dissocié du modèle de financement en place avant le passage au financement prospectif par DRGs et de la nature des autres modèles de financement existants dans le système de soins (quand il existe plusieurs sources différentes). Des modalités de compensation ou d'accompagnement telles que les missions d'intérêt général des hôpitaux peuvent modérer certains effets pressentis du PPS. Et finalement, selon que le PPS est accompagné d'une diminution (dans la majorité des pays) ou d'une augmentation (Norvège : voir Kjerstad, 2003) de l'enveloppe budgétaire globale, les effets pourront fortement varier. Il y a donc autant de PPS que de pays appliquant cette approche.

Par exemple, les États-Unis ont conservé un système de séparation du financement pour le séjour et les actes médicaux, aboutissant à des incitations divergentes : l'hôpital a intérêt à diminuer les durées de séjour, alors que le médecin a intérêt à les augmenter pour s'assurer un revenu important.

Par ailleurs, les indicateurs utilisés principalement sont les réadmissions (dans le même établissement le plus souvent), les durées de séjour et le taux de mortalité intra-hospitalière. Or, la validité de ces indicateurs comme mesure de la qualité des soins est fortement mise en doute dans la littérature. À de rares exceptions près, comme en Suède, seuls les indicateurs « durs » d'efficacité clinique curative sont utilisés, qu'il s'agisse de résultats (mortalité, réadmissions) ou de pratiques professionnelles (conformité des prises en charge aux règles de l'art). Les études internationales apportent ainsi un éclairage très restreint sur l'ensemble du champ de la qualité à l'hôpital. Seule la dimension « qualité technique », selon une approche par les résultats (et dans une moindre mesure par les processus), est évaluée. Des dimensions telles que l'accès aux soins, la prise en charge humaine, la prévention et l'éducation à la santé ou la coordination des soins sont très largement laissées de côté. Ce constat est sans doute lié à l'existence de cloisonnements académiques des dispositifs de production de connaissance en la matière. Un rapport du groupe Image de l'ENSP (Lombrail, 1992) a déjà signalé la dichotomie suivante : c'est la littérature clinique ou qualicienne qui s'intéresse majoritairement à la qualité des soins (l'étude de la *Rand* est parue dans le *Journal of the American Medical Association*) et elle le fait essentiellement sous l'angle de l'efficacité clinique du service rendu à la clientèle qui fréquente les établissements de santé. Les problématiques d'accès aux soins et de services rendus à la population sont quant à elles abordées majoritairement dans la littérature de « santé publique » et les deux univers sont aussi cloisonnés aux États-Unis qu'en France...

QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME FRANÇAIS ?

Comme on vient de le voir, la revue de littérature n'apporte que des résultats relativement limités. L'absence de constat clair et univoque, à propos d'un impact du paiement prospectif sur la dégradation de la qualité conduit à mettre en question le modèle théorique économique pur, et montre la complexité des nombreux facteurs qui viennent influencer sur les comportements des personnels soignants et administratifs des établissements. Toutefois, comme il l'a aussi été souligné plus haut, on ne peut pas écarter

non plus certaines limites méthodologiques des études évoquées ci-dessus, révélant des insuffisances pour mesurer les phénomènes qu'elles ambitionnaient d'appréhender.

Ce constat conduit à réinterroger la manière dont il serait envisageable, voire souhaitable, de replacer la question du suivi et de la mesure de la qualité dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A. À cet égard, un des intérêts de la T2A en la matière aura été de mettre en évidence le manque d'informations sur la qualité des soins et des prises en charge dans le système hospitalier français. *In fine*, indépendamment du niveau du risque réel que le système de financement prospectif fait peser sur la qualité, il paraît aujourd'hui acquis que, quel que soit le mécanisme de financement en place, un dispositif de mesure et de suivi de la qualité constitue un outil de pilotage indispensable pour le système hospitalier, au même titre que la régulation financière ou la planification (Burnel, 2004).

Une des questions qui se pose en vue de la mise en place d'un tel suivi est de déterminer quel est le niveau pertinent d'observation de la qualité : doit-on se placer au niveau de chaque établissement ou bien du système hospitalier dans son entier ? Compte tenu des difficultés méthodologiques d'évaluation de la qualité qui ont pu être mises en évidence dans ce rapport, une double approche devrait être privilégiée. Celle-ci combinerait, d'une part, un système de surveillance de la qualité des soins observable au niveau du système de soins dans son ensemble pour déceler d'éventuels « clignotants » signalant la nécessité d'une analyse plus approfondie, d'autre part, un système d'indicateurs incitant à améliorer la qualité s'appliquant à chaque établissement. Ce système, plutôt que de chercher à mesurer l'atteinte de résultats quantifiables à l'aide d'indicateurs, devrait servir avant tout à outiller la réflexion et l'action qualité au sein des établissements.

Ces approches combinées sont aujourd'hui diversement développées, principalement aux États-Unis, ainsi que dans un nombre croissant de pays d'Europe du Nord (Grande-Bretagne, Allemagne, Pays-Bas, Danemark, Suède ou encore en Australie). Il faut noter que, si tous ces pays ont mis en place un système de financement prospectif, la mise en œuvre d'un dispositif de suivi de la qualité n'y est pas nécessairement rattachée. Le cas allemand paraît à cet égard plus particulièrement intéressant, dans la mesure où ce pays se trouve à un stade d'implémentation d'un système « T2A » à peu près comparable au nôtre et qu'un dispositif de suivi de la qualité a été mis en œuvre dans le même temps (encadré 2).

La mise en place d'un système de suivi de la qualité des soins requiert avant tout le développement

d'outils techniques de mesure non seulement fiables et valides, mais aussi faciles à renseigner par les établissements. Ce dernier critère fait en principe des bases de données médico-administratives (telles que le Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] ou la Statistique annuelle des établissements [SAE]) des sources de données privilégiées pour construire ces mesures. Cependant, une phase de diagnostic paraît nécessaire pour déterminer la fiabilité des éléments qui pourraient éventuellement servir à construire des indicateurs de qualité. Plusieurs travaux montrent par exemple les limites du PMSI pour construire des taux de mortalité ou de réadmissions autorisant des comparaisons rigoureuses entre établissements. Faire évoluer les pratiques de codage et le recueil de informations de façon à fiabiliser ce type d'indicateurs devrait constituer un enjeu important

pour l'évolution des grands systèmes d'information hospitaliers. De même, la mobilisation de données sur les moyens ou les équipements doivent trouver une cohérence avec la SAE. Des données de nature épidémiologique peuvent par ailleurs être exploitées de manière utile à partir des registres de maladies.

Toutefois, si l'on souhaite comparer des mesures de qualité entre les établissements, il semble inévitable, comme l'enseignent les expériences étrangères, de recueillir des informations qui ne se trouvent actuellement dans aucun des grands systèmes d'informations hospitaliers et qui nécessitent la plupart du temps de revenir au dossier médical, voire de le compléter. Ceci aura incontestablement un coût pour les établissements en cours, ainsi que le montrent les deux principales expérimentations en cours (COMPAQH [Grenier-Sennelier *et al.*, 2005] et

ENCADRÉ 2 ●

MISE EN PLACE EN ALLEMAGNE D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE
DE LA QUALITÉ ET D'INCITATIONS À LA QUALITÉ

Parallèlement à l'instauration du système de DRGs, le législateur a prévu la mise en place d'un système pour en évaluer l'impact sur la qualité. L'Allemagne se caractérisant par un système de « Selbstverwaltung » (auto-gouvernance) dans les soins de santé, cette responsabilité échoit donc conjointement à l'association des hôpitaux et aux assureurs, en collaboration avec l'organisation nationale des médecins et des représentants de la profession infirmière. Toutefois, aux dires de certains experts, cette mesure n'est actuellement pas (ou très partiellement) mise en place et ne semble pas attirer un intérêt majeur des acteurs du système hospitalier. En outre, à partir de cette année (données 2004), les hôpitaux sont tenus de remplir un « rapport sur la qualité » et de l'envoyer aux assureurs (date limite : 31 août et ensuite tous les deux ans). Ce sont les assureurs qui détiennent la responsabilité de le rendre public sur internet. Ce rapport contient essentiellement des mesures relatives au nombre d'employés, à la disponibilité de certains équipements techniques, aux volumes pour certaines interventions, et au degré de participation au système d'assurance qualité externe organisé par le Bundesgeschäftstelle für Qualitätssicherung (BQS voir ci-dessous). L'évaluation de la qualité est donc très « grossière » et repose essentiellement sur des aspects structurels. Elle n'inclut aucune mesure de résultats. D'après un expert, ce constat s'explique pour trois raisons principales : le coût de la mesure, la difficulté sinon l'impossibilité de se mettre d'accord entre assureurs et hôpitaux sur des indicateurs de qualité et finalement la crainte des décideurs d'être confrontés à des décisions politiques difficiles.

Parallèlement, un système d'assurance externe de la qualité est géré par le BQS. En 2004, ce programme comprend 30 modules (dont 20 à participation obligatoire), correspondant à des domaines de soins (par exemple, gynécologie, obstétrique, prévention des escarres) ou interventions spécifiques (par exemple, cholécystectomie, première implantation d'un pacemaker, fracture du col du fémur). Des indicateurs spécifiques sont construits pour chaque module et nécessitent la collecte de données ad-hoc. En retour des données, l'hôpital reçoit un « bulletin » lui permettant de se comparer aux autres hôpitaux de la région. Ces bulletins sont strictement confidentiels et remis directement aux hôpitaux. Ils ne sont donc disponibles ni pour le public, ni pour les assureurs, ni pour les autorités, ni pour les organisations professionnelles. Si des résultats inquiétants devaient être observés, le BQS entamerait une démarche de « dialogue structuré », la première étape étant une demande d'explications à l'hôpital concerné et, si des manquements en terme de qualité sont suspectés, la deuxième étape est une « peer review ». Ce « dialogue structuré » permet de s'assurer que les (mauvais) résultats ne sont pas laissés sans suite dans les établissements. Il sera poursuivi tant que les résultats ne seront pas rendus publics.

Sur ce point, un autre expert, responsable qualité dans une chaîne d'établissements privés, souligne la faible utilisation par l'administration des données, notamment de la réticence des acteurs de terrain. Tout d'abord, la collecte des données est très lourde ; les données devant pour la plupart être extraites des dossiers de manière manuelle. Ensuite, aucun contrôle de qualité n'est réalisé, ce qui pose la question de la comparabilité des résultats. Mais la limite essentielle de cette approche se situe au niveau du délai important (un an et demi) entre le codage des données cliniques au niveau de l'établissement et le retour par le BQS à l'établissement. Ce délai important est lié au fait que les données ne sont traitées et les résultats envoyés, qu'annuellement. Il est par conséquent très difficile pour les acteurs hospitaliers d'en tirer des leçons.

De surcroît, des objectifs en terme de volume d'activité ont été fixés pour cinq interventions. Si le nombre critique d'interventions n'est pas atteint par l'établissement au cours de l'année 2005, celui-ci ne sera plus remboursé pour ces interventions à compter de l'année 2006. Dans le futur, la liste des interventions concernées par cette mesure pourra être étendue.

Enfin, bien que l'accréditation des établissements ne soit pas obligatoire, un nombre croissant d'entre eux se fait accréditer volontairement (également sous la pression des nombreux organismes d'assurance maladie) par des organisations privées.

En conclusion, on observe bien un faisceau d'initiatives relatives à la qualité des soins lancées simultanément à la mise en place du financement prospectif en Allemagne, bien que non directement liées à celle-ci. Par contre, aucun système de surveillance de la qualité des soins ne paraît de fait avoir été réellement implanté, alors qu'un tel système était explicitement prévu dans la loi.

PATH [Moret *et al.*, 2005]). L'enjeu (ou le défi) pour les pouvoirs publics est de démontrer en retour que cette information est utile non seulement à des fins d'information, mais aussi d'amélioration de la qualité.

Ce dernier point soulève dès lors la question des modalités d'utilisation de ces données par les établissements eux-mêmes comme par les pouvoirs publics : doit-on limiter l'utilisation des données sur la qualité des établissements à un cadre purement interne à leur fonctionnement ou bien ces données entrent-elles dans un cadre d'évaluation externe ? La participation à une collecte de données qualité doit-elle se faire sur la base du volontariat ou bien doit-elle être obligatoire ? Le recueil doit-il être suivi d'une diffusion publique des données ou bien doit-on préserver l'anonymat des établissements ? Enfin, les mesures de la qualité des établissements doivent-elles être rattachées à des politiques d'incitation à la qualité (incitations financières par exemple) ?

Toutes ces questions suscitent des choix de nature stratégique qui peuvent pour certains être éclairés

par les évolutions d'expériences étrangères plus anciennes et qu'il serait bon d'analyser. En tout état de cause, il semble que ces expériences visent prioritairement à servir de support à des projets d'amélioration de la qualité au sein des établissements en même temps qu'elles favorisent une culture de la mesure et de la « responsabilité sur les résultats » (*accountability* en anglais). Cette dernière exigence de transparence à l'égard des acteurs du système de santé (usagers y compris) paraît à cet égard être devenue incontournable. La question est de savoir comment concilier cette exigence avec l'adhésion des professionnels et la préservation de nécessaires espaces d'apprentissage par comparaison protégée. Le débat en cours aux États-Unis sur le fait de savoir s'il vaut mieux payer en fonction de performances vérifiables ou en fonction de la participation à des programmes visant à les améliorer (le plus souvent par comparaison) illustre l'actualité de cette question (Birkmeyer et Birkmeyer, 2006). ■

Référence	Année	Pays	Indicateurs	Relation	Commentaires
Efficacité clinique et accès – processus – intensité de services par patient					
Louis <i>et al.</i>	1999	Italie	<ul style="list-style-type: none"> • Admissions hosp. • Durée de séjour • Admissions de jour • Taux de mortalité • Réadmissions 	<p>↓</p> <p>↓</p> <p>↑↑↑</p> <p>0 / ↑</p> <p>↓ / 0 / ↑</p>	<p><u>Résultats</u> : variables selon traceur (admissions : ↓ pour traceurs médicaux et ↑ pour traceurs chirurgicaux)</p> <p><u>9 traceurs</u> : chirurgicaux/méd., chroniques/aigus</p> <p><u>Design longitudinal</u> : comparaison 1993 (avant) à 1996 (après)</p> <p><u>Discussion</u> : accès aux soins pour patients diabétiques ?</p> <p><u>Réformes simultanées</u> : 1) incitants explicites → utilisation hôpital de jour, 2) changement structure administrative et médicale → responsabiliser pour la performance</p>
Manton <i>et al.</i>	1993	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Séjour hospitalier* • Admission long-séjours • Soins à domicile • Mortalité 	<p>↓</p> <p>↑</p> <p>↑↑</p> <p>0</p>	<p><u>Design longitudinal</u>, comparaison 1982-83 et 1984-85</p> <p><u>Données populationnelles</u> = « Health Survey » + bases de données administratives (facturation Medicare)</p> <p><u>Stratification</u> par groupe de case-mix (≠ DRG)</p> <p><u>Résultats</u> variables en fonction groupe – substitution moins marquée chez les catégories plus faibles (+ 80 ans)</p> <p>* (durée séjour et probabilité admission)</p> <p>Note : Lieu de décès évolue mais taux mortalité constant</p>
Hsia <i>et al.</i>	1992	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Jugement d'expert (« implicit criteria review ») 	+	<p>Analyse <u>type "coût-efficacité"</u></p> <p>« as the specificity of diagnosis and treatment increases, the DRG payment rises faster than the cost of providing medically indicated services »</p>
Kahn <i>et al.</i> (RAND)	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Jugement d'expert (« explicit criteria review ») 	↑	<p><u>Design longitudinal</u>, comparaison 1981/82 – 1985/86, 14012 patients ; <u>5 traceurs</u></p> <p>Note : Meilleurs processus associés à meilleurs résultats mesurés par mortalité à 30 jours</p> <p>Meilleurs processus après PPS pour les 5 traceurs, même pour dimensions + sensibles aux incitants financiers du PPS (soins infirmiers, lits soins intensifs)</p>
Keeler <i>et al.</i> (RAND)	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Jugement d'expert (« implicit criteria review ») 	↑	Voir Khan <i>et al.</i> 1990
Kosecoff <i>et al.</i> (RAND)	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • "Status on discharge" 	↓	10% (1981/82) vs. 15% (1985/86) patients quittent hôpital en état considéré instable
Gay <i>et al.</i>	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Admissions • Réadmissions 	<p>↓↓</p> <p>↑↑</p>	<p><u>Design longitudinal</u> : comparaison 1981 (avant) et 1984 (après)</p> <p><u>Principaux résultats</u> : Compression des services particulièrement sur les DRGs et cohortes non rentables</p> <p><u>Interprétation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement non autorisé si admission considérée non justifiée par Peer Review Organization - Réadmissions reflètent pratiques administratives
Chesney	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'admissions • Durée de séjour total, soins intensifs, post-intervention, etc. • % patients utilisant soins intensifs ou unité de soins cardiaque (ICU/ICC) • % patients avec consultations médicales 	<p>-</p> <p>- ensuite +</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p><u>Design longitudinal</u> avec comparaison patients Medicare (<u>cas</u>) et non-Medicare (<u>contrôles</u>) avant et après PPS, sur période de 8 ans (1980-1987), 419 hôpitaux</p> <p><u>Durée de séjour</u> : baisse initiale mais compensée ensuite par une augmentation. <u>Hypothèses suggérées</u> : 1) ce n'est pas tant mode de financement mais montant de financement qui importe. 2) coût marginal d'un jour supplémentaire très bas quand taux d'occupation aux alentours de 65 %</p> <p>Mode financement actes médicaux non changés par passage PPS.</p>

annexe

Efficacité clinique – résultats (mortalité, réadmission, etc.)					
Shen	2003	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité à 7 jours • Mortalité à 30 jours • Mortalité ou réadmission à 90 jours • Mortalité ou réadmission à 1 an • Mortalité à 2 ans 	++ ++ + 0 0	<p><u>Méthodologie</u> : Analyse relation entre pression financière sur hôpital (degré pénétration HMOs, perte de revenu dû à diminution prix Medicare PPS) et qualité des soins, différents modèles économétriques, 8 années (1985 à 1994), tous les séjours aigus aux USA dans hôpitaux non fédéraux dans régions urbaines</p> <p><u>Choix AMI (infarctus du myocarde aigu)</u> : sélection des patients limitée à traceurs avec taux mortalités élevés et lien résultats-processus démontré</p> <p><u>Résultats</u> : -1% prix PPS Medicare \Rightarrow + 0,66% (1985-1990) et + 3,21% (1990-1994) mortalité à 30 jours</p>
Ljunggren et al.	2003	Suède	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie perçue à 7 jours et 6 semaines 	0	<p><u>Design longitudinal</u> entre 1992 et 1996 dans un « county » (avec introduction du paiement par DRG), 2 établissements, 40 patients chirurgicaux par année</p> <p>Voir aussi commentaires de Ljunggren et al. 2001 ci-dessous</p>
Dismuke et al.	2002	Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité 	0	<p><u>Design longitudinal</u> : avant-après sur 3 années (1992, 93, 94), 219 hôpitaux. Question posée : limitation des coûts et qualité sont-ils compatibles ? <u>Traceur</u> : Specific cardiovascular disorder except transient ischemic attack</p> <p><u>Variables de coût</u> : % patients subissant CT scan et % patients avec un séjour aux soins intensifs.</p> <p><u>Résultat complémentaire</u> : hôpitaux avec + courte durée de séjour et utilisation + intensive de technologie ont des taux de mortalité + bas</p> <p><u>Limites</u> : 1 seul DRG, durée limitée dans le temps, pas d'ajustement pour sévérité, ni prise en compte des transferts</p>
Shmueli	2002	Israël	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de séjour • Mortalité intra-hospitalière • Mortalité à 60 jours • Mortalité à 1 an • Réadmission à 60 jours 	↓↓↓ 0 0 0 ↑	<p><u>Design longitudinal</u> : 2 ans avant (1988-90) et 1 an après (1990-91)</p> <p>4 hôpitaux sans but lucratif ; <u>5 traceurs</u></p>
Pettersen KI.	1995	Norvège	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'infections nosocomiales 	0	<p><u>Design longitudinal</u>, suivi pendant 2 années <u>après</u> changement de système, 4 hôpitaux.</p> <p>Article non disponible (abstract anglais)</p>
Cutler	1995	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité intra-hôpital ou à 1 mois • Mortalité à 1 an • Réadmissions 	+/- 0 ++	<p><u>Design longitudinal</u>, 1981-83 vs. 1984-85, vs. 1986-87. Cas-contrôle car Massachusetts introduit PPS dans 3e période. Étude menée dans 6 états de Nouvelle-Angleterre. Divers modèles économétriques.</p> <p>Distingue effet « prix moyen » et effet « prix marginal » du passage au PPS.</p> <p><u>Attention</u> : impact négatif PPS sur la mortalité uniquement observé dans hôpitaux pour lesquels les prix moyens diminuent avec le PPS. Par contre, l'élimination du remboursement à la marge – propre au PPS- a un impact positif sur la mortalité (baisse de 25% suite PPS). Les deux effets sont donc opposés.</p> <p><u>Discussion</u> : Augmentation réadmissions serait attribuable à changement technique comptable plutôt qu'à morbidité accrue</p>

Wells <i>et al.</i>	1994	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Processus : 10 mesures sur base de revue implicite/explicite par jugement d'experts • Intensité d'utilisation de services thérapeutiques / jour • Résultats : 7 mesures (mortalité, réadmissions, non-amélioration statut à la sortie,...) 	0 ↑ -	<p>Traceur : dépression (unipolaire ou non spécifiée) chez patients âgés de 65 ans et +</p> <p>Design longitudinal, avant-après, comparaison 1981-82 à 1985-1986 et en fonction de présence d'unités de soins psychiatriques spécifiques avec exemption du financement prospectif ou unités de soins aigus</p> <p>Régression logistique, sur les mesures de processus, intensité utilisation de service et résultats en fonction du lieu de traitement (et type de financement associé), contrôlé pour sévérité à l'admission</p> <p>Résultats : globalement, qualité augmente dans le temps, de manière semblable pour unités sur bases PPS ou non, intensité d'utilisation service augmente plus rapidement dans unités non exemptes de PPS pour rattraper niveau autres unités, mais complications plus nombreuses dans unités psychiatriques exemptées de PPS.</p>
Kahn <i>et al.</i> (RAND)	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité intra-hôp. • Mortalité à 30 jours • Mortalité à 180 jours 	- - 0	<p>16.1% to 12.6% in 1981/82 vs. 1985/86</p> <p>16.5% to 15.4% in 1981/82 vs. 1985/86</p> <p>29.6% to 29.0% in 1981/82 vs. 1985/86</p> <p>5 traceurs</p>
Onder <i>et al.</i>	2000	Italie	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité intra-hospitalière • Durée de séjour • Sortie vers maison de repos 	↓↓ ↓↓ 0	<p>Traceur : <i>Pneumonie</i>, Patients âgés de 65 ans et +</p> <p>Design longitudinal, comparaison 1988,91 et 93 à 1995, 97, 98 (note : passage au PPS en 1994)</p> <p>Note : simultanément, âge à l'admission et complexité (mesurée par l'indice de co morbidité de Charlson) augmentent</p>
Brizioli <i>et al.</i>	1996	Italie			<p>Traceur : <i>Heart failure</i></p> <p>Article non disponible!</p>
Utilisation ressource - Structure					
Spetz	1999	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Demande pour infirmiers (par type) 	0	<p>Analyse simultanée de l'effet de PPS et du degré de pénétration des HMO sur le marché</p> <p>Echantillon : hôpitaux aigus de Californie en activité entre 1976-1977 et 1994/95 - Méthodes : Régressions multiples</p> <p>Effet PPS mesuré par l'intermédiaire de la variable « réduction de revenue attendue causée par le PPS en pourcentage du revenu projeté pré-PPS</p>
Satisfaction du patient					
Qualité de la prise en charge par le personnel					
Ljunggren <i>et al.</i>	2001	Suède	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins perçue par patients 	↓	<p>Design longitudinal entre 1992 et 1996 dans un « county » (avec introduction du paiement par DRG), 2 établissements, 40 patients chirurgicaux par année</p> <p>Diminution de qualité perçue particulièrement au niveau de la prise en charge par le personnel</p>
Volume activité					
Kjerstad	2003	Norvège	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients • Nombre de points DRG 	+ +	<p>Étude cas-contrôle : comparaisons « county » avec et sans système de paiement par DRG</p> <p>Répond à objectif principal de la réforme (pour à terme facilité accès et diminuer listes attente)</p>
Paysage des services de santé					
Davis <i>et al.</i>	1990	USA	<ul style="list-style-type: none"> • Ratios financiers 	-	<p>Stratégie de survie des hôpitaux ruraux</p> <p>Plus petits hôpitaux sont perdants</p> <p>Effet PPS reporté grâce à stratégies de subsidiation par autres sources de revenu non opérationnel</p>

annexe

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DU TABLEAU PRÉCÉDENT

- E., Fraticelli A., Marcobelli A., Paciaroni E. (1996), « Hospital Payment System based on Diagnosis Related Groups in Italy : Early Effects on Elderly Patients with Heart Failure », Arch Gerontol Geriatr, Nov-Dec, 23 (3) :347-355.
- Chesney J.D. (1990), "Utilization Trends before and after PPS", Inquiry, 27 (4) :376-381.
- Cutler D.M. (1995), "The Incidence of Adverse Medical Outcomes Under Prospective Payment", Econometrica, 63 (1) :29-50.
- Davis R.G., Zeddes TC, Zimmerman MK, McLean RA (1990), Journal of Rural Health, 6 (3) :286-301.
- Gay E.G., Kronenfeld J.J. (1990), "Regulation, Retrenchment – the DRG Experience : Problems from Changing Reimbursement Practice", Social Science and Medicine, 31 (10) :1103-1118.
- Hsia D.C., Ahern C.A. (1992), "Good Quality Care increases Hospital Profits under Prospective Payment", Health Care Financing Review, Spring, 13 (3) :17-26.
- Kahn K.L., Keeler E.B., Sherwood M.J., Rogers W.H., Draper D., Bentow S.S., Reinisch E.J., Rubenstein L.V., Kosecoff J., Brook R.H. (1990), "Comparing Outcomes of Care before and after Implementation of the DRG-based Prospective Payment System", Journal of the American Medical Association, 264 (15) :1984-1988.
- Kahn K.L., Rogers W.H., Rubenstein L.V., Sherwood M.J., Reinisch E.J., Keeler E.B., Draper D., Kosecoff J., Brook R.H. (1990), "Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria before and after Implementation of the DRG-based Prospective Payment System", Journal of the American Medical Association (JAMA), 264 (15) :1969-1073.
- Keeler E.B., Kahn K.L., Draper D., Sherwood M.J., Rubenstein L.V., Reinsich E.J., Kosecoff J., Brook R.H. (1990), "Changes in Sickness at Admission following the Introduction of Prospective Payment System", Journal of the American Medical Association (JAMA), 264 (15) :1962-1968.
- Kjerstad E. (2003), "Prospective Funding of General Hospitals in Norway – Incentives for Higher Production?", International Journal of Health Care Finance and Economics, 3(4):231-251.
- Kosecoff J., Kahn K.L., Rogers W.H., Reinisch E.J., Sherwood M.J., Rubenstein L.V., Draper D., Roth C.P., Chew C., Brook R.H. (1990), "Prospective Payment System and Impairment at Discharge. The 'Quicker-and-Sicker' Story revisited", Journal of the American Medical Association (JAMA), 264 (15) :1980-3.
- Ljunggren B., Sjoden P.O. (2003), "Patient-reported Quality of Life before, compared with after a DRG Intervention", International Journal of Quality in Health Care, 15:433-440.
- Ljunggren B., Sjoden P.O. (2001), "Patient Reported Quality of Care before vs. after the Implementation of a Diagnosis Related Groups (DRG) Classification and Payment System in one Swedish County", Scand J Caring Sci, 15 (4) :283-94.
- Louis D.Z., Yuen E.J., Braga M., Cicchetti A., Rabinowitz C., Laine C., Gonnella J.S. (1999), « Impact of a DRG-based Hospital Financing System on the Quality and Outcomes of Care in Italy », Health Services Research, 34:405-415.
- Manton K.G., Woodbury M.A., Vertrees J.C., Stallard E. (1993), "Use of Medicare Services before and after Introduction of the Prospective Payment System", Health Services Research, Aug, 28(3):269-92.
- Onder G., Bernabei R., Cesari M., Gambassi G.; GIFA Investigators (Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano) (2000), "Prospective Payment System and Hospitalization for Pneumonia in Italy", Archives of Internal Medicine, Dec 11-25;160(22):3385-91.
- Pettersen K.I. (1995), "Hospital Infections as Quality Indicators. DRG-based Financing, did it change Therapeutic Quality?", Tidsskr Nor Laegeforen, 115 (23) :2923-2927.
- Shen Y.C. (2003), "The Effect of Financial Pressure on the Quality of Care in Hospitals", Journal of Health Economics, 22 (2) :243-269.
- Shmueli A., Intrator O., Israeli A. (2002), "The Effects of Introducing Prospective Payments to General Hospitals on Length of Stay, Quality of Care and Hospitals' income : the Early Experience of Israël", Social Science and Medicine, 55 (6) :981-989.
- Spetz J. (1999), "The Effects of Managed Care and Prospective Payment on the Demand for Hospital Nurses : Evidence from California", Health Services Research, 34 :993-1010.
- Wells K.B., Rogers W.H., Davis L.M., Benjamin B., Norquist G., Kahn K., Brook R. (1994), "Quality of Care for Depressed Elderly pre-post Prospective Payment System : Differences in Response Accross Treatment Settings", Medical Care, 32 (3) :257-276.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES GÉNÉRALES

- Amal N. Trivedi, M.D., M.P.H., Alan M. Zaslavsky, PH.D., Eric C. Schneider, M.D., M.Sc., and John Z. Ayanian, M.D., M.P.P. (2005), "Trends in the Quality of Care and Racial Disparities in Medicare Managed Care", *N Eng J Med*, 353 : 692-700.
- Ash S., M., Sloss E. M., Holgan C. et al. (2000), "Measuring Underuse of Necessary Care Among Elderly Medicare Beneficiaries Using Inpatient and Outpatient Claims", *JAMA*, 284 : 2325- 2333
- Baubeau D., Corvez A., Lucas C. (2001), « Évaluer la qualité du service rendu à une collectivité », in « Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », Dossier Solidarité et Santé, Drees, 2:47-53.
- Benkimoun P., Delberghe M. (2006), « La rentabilité imposée à l'hôpital », *Le Monde*, 23 janvier, p. 21.
- Birkmeyer N.J.O., Birkmeyer J.D. (2006), "Stratégies for Improving Surgical Quality. Should Payers reward Excellence or Effort?", *N Engl J Med*, 354 : 864-870.
- Clarke S.P., Aiken L.H. (2006), « More Nursing, Fewer Deaths. The Need to connect Organizational Components and Outcomes for Improved Patient Safety », *Qual Saf Health Care*, 15 : 2-3.
- Bousquet F. (2004), « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? », *Dossiers Solidarité et Santé, Drees*, n°1 : 45-58.
- CCECQA (2004), « Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions », ANAES, service évaluation 2004, juillet.
- Chesney J.D. (1990), "Utilization Trends before and after PPS", *Inquiry*, Winter, 27 (4) :376-81.
- Chillingirian J.A., Sherman H.D. (1990), "Managing Physician Efficiency and Effectiveness in Providing Hospital Services", *Health Services Management Research*, 3:3-15.
- Cutler D.M. (1995), "The Incidence of Adverse Medical Outcomes under Prospective Payment", *Econometrica*, 63 (1) :29-50.
- Davis R.G., Zeddis T.C., Zimmerman M.K., McLean R.A. (1990), "Rural Hospitals under PPS : a five-year Study", *J Rural Health*, Jul, 6 (3) : 286-301.
- Dismuke, Guimaraes (2002), "Has the Caveat of case-mix based Payment Influenced the Quality of in Hospital Care in Portugal ?", *Applied Economics*, 34 :1301-1307.
- Donabedian A. (1996), "Evaluating the Quality of Medical Care (II)", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 :166-206.
- Dossier Solidarité et Santé (2001), « Éléments pour évaluer les performance des établissements de hospitaliers », *Drees*, n°2, avril-juin.
- Epstein A.M. (2004), "Health Care in America. Still too separate, not yet equal", *New England Journal of Medicine*, 351 : 603-5.
- Fetter R.B., Freeman J.L. (1986), "Diagnosis Related Groups : Product Line Management within the Hospital", *Academy of Management Review*, 11:41-54.
- Gasquet I., Villeminot S., Dos Santos C. et al. (2003), « Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français », *Santé Publique*, 15 : 383-402.
- Gay E.G., Kronenfeld J.J. (1990), "Regulation, Retrenchment - the DRG Experience : Problems from Changing Reimbursement Practice", *Social Science and Medicine*, 31 (10) :1103-
- Gerrie J.J., Bours W., Ruud J.G., Halfens G, Math J.J., Candel M., Richard T., Grof M., Huijet Abu-Saad H. (2004), "A Pressure Ulcer Audit and Feedback Project cross Multi-hospital Settings in the Netherlands", *Int. J. for Qual. in Health Care*, n°3, 16 : 211-218.
- Grenier-Sennelier C., Corriol C., Daucourt V., Michel P., Minvielle E. (2005), « Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH », *Revue Epidemiologique de Sante Publique*, 53 : 1S22-1S30.
- Halpern M.T., Alexander J.A., Fennell M.L. (1992) "Multihospital System Affiliation as a Survival Strategy for Rural Hospitals under the Prospective Payment System", *J Rural Health*, Spring, 8 (2) :93-105.
- Hsia D.C., Ahern C.A. (1992), "Good Quality Care increases Hospital Profits under Prospective Payment", *Health Care Financ Rev*, Spring, 13 (3) :17-26.
- Jha A.K., Zhonghe Li, Orav J., Epstein A.M. (2005), "Care in US Hospitals. The Hospital Quality Alliance program", *N Engl J Med*, 353 : 265-274.
- Kahn K.L., Keeler E.B., Sherwood M.J., Rogers W.H., Draper D., Bentow S.S., Reinisch E.J., Rubenstein L.V., Kosecoff J., Brook R.H. (Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *Journal of the American Medical Association* 1990 ; 264 (15) :1984-1988.
- Kahn KL, Rogers WH, Rubenstein LV, Sherwood MJ, Reinisch EJ, Keeler EB, Draper D, Kosecoff J, Brook RH. (1990), "Measuring Quality of Care with Explicit Process Criteria before and after Implementation of the DRG-based Prospective Payment System", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 264 (15) :1969-1073.
- Keeler E.B., Kahn K.L., Draper D., Sherwood M.J., Rubenstein L.V., Reinsich E.J., Kosecoff J., Brook R.H. (1990), "Changes in Sickness at Admission following the Introduction of Prospective Payment System", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 264 (15) :1962-1968.
- Kerry E. Kilpatrick, Kathleen N. Lohr, Sheila Leatherman, George Pink, Jean M. Buckel, Caroline Legarde and Lynn Whitener (2005), "The Insufficiency of Evidence to Establish the Business Case for Quality", *Int J For Quality in Health Care*, 17, n°4 : 347-355.
- Kjerstad E. (2003), "Prospective Funding of General Hospitals in Norway – Incentives for Higher Production?", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(4):231-251.

• • •

• • •

- Kosecoff J., Kahn K.L., Rogers W.H., Reinisch E.J., Sherwood M.J., Rubenstein L.V., Draper D., Roth C.P., Chew C., Brook R.H. (1990), "Prospective Payment System and Impairment at Discharge. The 'quicker-and-sicker' Story revisited", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 264 (15) :1980-3.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), « Les inégalités sociales de santé », *La Découverte*, Paris, 448 p.
- Ljunggren and Sjöden (2003), "Patient-reported Quality of Life before, compared with after a DRG Intervention", *Int J Qual Health Care*, 15 : 433-440.
- Ljunggren B., Sjöden P.O. (2001), "Patient reported Quality of Care before vs. after the Implementation of a Diagnosis Related Groups (DRG) Classification and Payment System in one Swedish county", *Scand J Caring Sci*, 15 (4) :283-94.
- Lombrail P., Naiditch M. (2001), « Évaluer les performances cliniques pour les individus pris en charge », in « Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers » Dossier Solidarité et Santé, Drees 2:21-46.
- Lombrail P., Naiditch M., Pouvourville (de) G. et al. (1992), « Utilization Review et Quality Assurance, ou l'assurance de qualité au quotidien aux USA en 1989 », *Cahiers d'image n°2*, Rennes.
- Lombrail P., Pascal J., Lang T. (2004), « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, société et solidarité*, 2 : 61-71.
- Moret L., Ricolleau-Paillé C., Surer C., Delarue S., Guisset A.-L., Lombrail P. et le groupe opérationnel PATH (2005), « L'expérimentation PATH de comparaison des performances hospitalières en France : résultats des audits d'antibioprophylaxie et de la mesure de la satisfaction du patient hospitalisé », *Risques et Qualité*, 2 : 220-2228.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K. (2002), "Nurse-staffing Levels and the Quality of Care in hospitals", *N. Engl. J. Med.*, 346 : 1715 –1722.
- Normand J.-M. (1994), « Les contraintes économiques posent de nouvelles questions d'éthique médicale », *Le Monde*, 30 novembre.
- Onder G., Bernabei R., Cesari M., Gambassi G. ; GIFA Investigators (Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano) (2001), "Prospective Payment System and Hospitalization for Pneumonia in Italy", *Arch Intern Med.*, Aug, 13-27 ; 161 (15) :1918-9. Comment on : *Arch Intern Med.*, 2000 Dec 11-25;160(22):3385-91.
- Qvist P., Rasmussen L., Bonnevie B., Gjørup T. (2004), "Repeated Measurements of Generic Indicators : a Danish National Program to Benchmark and Improve Quality of Care", *Int J For Qual In Health Care*, n°2 ; 16 : 141-148.
- Rotbart G. (2001), « Introduction », in « Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », Dossier Solidarité et Santé, Drees, 2:9-12.
- Shen Y.C. (2003), "The Effect of Financial Pressure on the Quality of Care in Hospitals", *Journal of Health Economics*, 22 (2) :243-269.
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Barnsley J., Béland F., Leggat S.G., Denis J.L., Bilodeau H., Langley A., Brémond M., Baker C.R. (1998), "A Conceptual Framework for the Health Care Organization Performance", *Health Services Managemen Research*; 11:24-48.
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. (1999), « La performance organisationnelle des organismes de santé publique », *Ruptures*, 6 :34-46.
- Singer D., Carr P., Mulley A. et coll. (1983), « Rationing Intensive Care : Physician Response to a Resource Shortage. », *N. Eng. J. Med*, 309 : 1155-1160.
- Starfield B. (1973), "Health Services Research : a Working Model", *New England Journal of Medicine*, 37 : 833-839.
- Tourangeau A.E., Cranley L.A., Jeffs L. (2006), "Impact of Nursing on Hospital Patient Mortality : a Focused Review and Related Policy Implications", *Qual Saf Health Care*, 15: 4-8.
- Wells K.B., Rogers W.H., Davis L.M., Benjamin B., Norquist G., Kahn K., Brook R. (1994), "Pre-post Prospective Payment System : Differences in Response across Treatment Settings", *Med Care*, Mar, 32 (3) :257-76.
- Williams S.C., Schmaltz S.P., Morton D.J., Koss R.G., Loeb J. (2005), "Quality of Care in US Hospitals reflected by Standardized Measures, 2002-2004", *N Engl J Med*; 353: 255-264.