



LES DOSSIERS DE LA DREES

Méthodologie - N° 69 • Décembre 2020

Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans

Méthodologie de construction d'agrégats nationaux

Pauline Charnoz, Aurélie Delaporte, Céline Dennevault, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde

Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans

Méthodologie de construction d'agrégats nationaux

Pauline Charnoz, Aurélie Delaporte, Céline Dennevault, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde

Remerciements : Muriel Barlet, Hélène Chaput, Jehanne Richet, Engin Yilmaz

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Sommaire

SYNTHÈSE.....	7
■ INTRODUCTION.....	8
■ ÉTAT DES LIEUX ET GRANDS PRINCIPES RETENUS POUR LA CONSTRUCTION DES DONNÉES.....	9
L'emploi du secteur hospitalier : état des lieux des mesures existantes.....	9
Les publications existantes.....	9
Les sources de données mobilisables.....	9
La profondeur historique des statistiques disponibles.....	10
Quelle notion d'emploi mesurer, pour quel produit de diffusion ?.....	11
Les principales notions retenues pour mesurer les effectifs salariés hospitaliers au 31 décembre.....	13
Le produit de diffusion ciblé : une publication annuelle de chiffres au niveau national pour des regroupements de professions.....	14
Les grands principes retenus pour la construction de séries longues.....	15
Produire des estimations à partir de SIASP et des DADS de 2010 à 2015.....	15
De 2003 à 2010, s'appuyer sur les évolutions de données SAE corrigées.....	15
En production courante, chaîner des évolutions depuis 2015 pour se prémunir des impacts du passage à la DSN.....	16
Compléter le champ avec des séries SAE sur Mayotte et le service de santé des armées (SSA)....	16
■ CONSTRUCTION DES SÉRIES LONGUES POUR LE SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC.....	17
Construction des effectifs salariés au 31 décembre du secteur hospitalier public.....	17
Médecins et assimilés.....	17
Internes.....	18
Sages-femmes.....	20
Infirmiers.....	21
Aides-soignants.....	22
Personnel administratif.....	23
Autres personnels, dont autres soignants et autres non soignants.....	24
Ensemble du secteur hospitalier public.....	27
■ CONSTRUCTION DES SÉRIES LONGUES POUR LE SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ.....	28
Construction des effectifs salariés au 31 décembre du secteur hospitalier privé.....	28
Médecins et assimilés.....	29
Internes.....	30
Sages-femmes.....	31
Infirmiers.....	32
Aides-soignants.....	33
Personnel administratif.....	34
Autres personnels, dont autres soignants et autres non soignants.....	35
Ensemble du secteur hospitalier privé.....	39
■ CONCLUSION.....	40
Les principales tendances des effectifs salariés hospitaliers depuis 2003.....	40
Quelques recommandations pour un bon usage des statistiques disponibles sur les effectifs salariés hospitaliers.....	42

■ **BIBLIOGRAPHIE** 45

Annexe 1. Principales spécificités des sources SIASP, DADS et SAE	46
Annexe 2. Construction de groupes de professions dans les sources SIASP et DADS	51
Annexe 3. Mise en cohérence temporelle des données de la SAE	53

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Plusieurs publications donnent des éléments sur l'emploi salarié du secteur hospitalier, qui renvoient à des notions et des périmètres variables. Ces différentes mesures, tout en étant compatibles entre elles, sont marquées par des spécificités de champ et de concepts qui ne sont pas toujours suffisamment documentées, si bien que cela nuit à l'usage qui peut en être fait pour éclairer le débat public sur ce sujet.

Avec ce dossier, la DREES rend compte de la méthodologie qu'elle a retenu en matière de suivi statistique des effectifs hospitaliers, après un long travail d'exploration et de comparaison des données qui alimentent les publications existantes. Ce travail a conduit à creuser trois sources de données administratives distinctes : le système d'information des agents du secteur public (SIASP, Insee), le fichier des déclarations annuelles de données sociales « grand format » (DADS-GF, Insee) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE, DREES). L'identification des notions sous-jacentes (nature des emplois suivis, critère de rattachement aux établissements du champ, fenêtre d'observation, périmètre géographique) conduit à clarifier le positionnement de chacune de ces trois sources.

Des différences majeures entre SIASP-DADS, d'une part, et la SAE, d'autre part, rendent ces sources difficiles à appairer au niveau de la donnée élémentaire¹. Pour cette raison, la méthode pragmatique retenue consiste à combiner les atouts de chaque source, pour produire des données sur les **effectifs salariés en personnes physiques présents au 31 décembre dans les établissements du secteur hospitalier**. En production courante, les estimations s'appuieront désormais sur des extractions de données SIASP pour le secteur public et DADS-GF pour le secteur privé : ces données, qui sont construites à partir des fichiers de paie des établissements, donnent, en effet, l'image la plus fiable des effectifs réellement sous contrat dans le secteur hospitalier.

Ces données ne sont pas toujours disponibles avant 2010 et, quand elles le sont, elles comportent de nombreuses perturbations, liées notamment à des changements méthodologiques intervenues dans leur processus de production. La production des effectifs salariés du secteur hospitalier pour les années antérieures à 2010 nécessite donc de recourir à des données retravaillées de la SAE : leurs évolutions sont appliquées « à rebours » de manière à remonter jusqu'en 2003 pour constituer des séries rétropolées homogènes avec les chiffres qui seront livrés en production courante. Le champ des estimations est enfin complété avec la SAE de manière à intégrer le service de santé des armées (SSA) et Mayotte.

Ce travail de construction par étape permet finalement de disposer de séries d'effectifs salariés au 31 décembre des années 2003 à 2017, en distinguant le secteur public du secteur privé, et en identifiant 7 groupes professionnels de salariés : médecins (y compris odontologistes et pharmaciens), internes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, personnels administratifs, autres personnels soignants et autres personnes non soignants. Ces nouvelles séries sont à privilégier pour étudier les évolutions des effectifs hospitaliers, tandis que les données de la SAE seront utilisées en structure pour creuser plus finement la répartition des postes de travail par métiers et spécialisations médicales, mais aussi par catégories d'établissements de santé.

Ce travail de mise en cohérence conduit sur les données SIASP et DADS-GF rend nos séries sur les effectifs salariés hospitaliers plus faciles à rapprocher d'autres données d'emploi et de salaires. Parce que produits en utilisant des concepts et un champ homogène, nos estimations d'emploi salarié hospitalier sont directement comparables à celles des autres secteurs d'activité (produites par l'Insee). Elles peuvent également être rapprochées des travaux de la DREES sur les rémunérations des salariés du secteur hospitalier, qui recourent aux mêmes sources de données, avec des méthodologies contrôlées et comparables.

Toutes les données sont disponibles sur le site [data.drees](https://data.drees.fr).

¹ En particulier, la maille de collecte « établissement » n'est pas identique dans ces sources de données : dans DADS-GF et SIASP, un établissement est repéré par son numéro Siret (répertoire Sirene de l'Insee) tandis que dans la SAE, l'établissement est repéré par un numéro Finess géographique (répertoire Finess de la DREES).

■ INTRODUCTION

Plusieurs publications donnent des éléments sur l'emploi salarié du secteur hospitalier, qui peuvent renvoyer à des notions et des périmètres variables. Ces différentes mesures, tout en étant compatibles entre elles, sont marquées par des spécificités de champ et de concepts qui ne sont pas toujours suffisamment documentées, si bien que cela nuit à l'usage qui peut en être fait pour éclairer le débat public sur ce sujet. Or la DREES fait face à de nombreuses demandes de suivi de ces effectifs, aussi bien en niveau qu'en évolution, en écho aux questionnements sur la démographie des professions de santé et sur les difficultés de recrutement liées aux évolutions organisationnelles du secteur hospitalier, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et le développement de nouveaux modes de prise en charge. Les décideurs politiques, le Parlement, les chercheurs ont besoin de pouvoir suivre l'évolution dans le temps des effectifs salariés de plusieurs professions hospitalières phares (médecins et sages-femmes, infirmiers, aides-soignants) mais aussi des « fonctions supports » des établissements de santé.

Avec ce dossier, la DREES rend compte de la méthodologie qu'elle a retenue en matière de suivi statistique des effectifs hospitaliers, après un long travail d'exploration et de comparaison des données qui alimentent les publications existantes. Ce travail a conduit à creuser trois sources de données administratives distinctes : le système d'information des agents du secteur public (SIASP, Insee le fichier des déclarations annuelles de données sociales « grand format » (DADS-GF, Insee) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE, DREES). Un détour par l'identification des notions sous-jacentes (nature des emplois suivis, critère de rattachement aux établissements du champ, fenêtre d'observation, périmètre géographique, etc.) nous a conduit à clarifier les positionnements de chacune de ces trois sources.

Deux différences majeures entre SIASP et DADS-GF, d'une part, et la SAE, d'autre part, rendent ces sources difficiles à apparier. La maille de collecte « établissement » n'est d'abord pas identique dans ces sources de données. Dans DADS-GF et SIASP, un établissement est repéré par son numéro Siret (répertoire Sirene de l'Insee) tandis que dans la SAE, l'établissement est repéré par un numéro Finess géographique (répertoire Finess de la DREES). Le Finess géographique est « emboîté » dans le Siret : lorsque plusieurs activités sanitaires ou médico-sociales distinctes, avec des budgets distincts, voisinent sur la même adresse, chacune est immatriculée sous le même Siret, mais avec son numéro de Finess géographique propre. La SAE ne décomptera que les emplois salariés des Finess sanitaires, tandis que SIASP et DADS-GF décompteront tous les salariés du Siret. Prenons le cas d'une clinique et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sous le même Siret, mais avec deux Finess géographiques distincts : la SAE ne comptabilisera que les emplois hospitaliers, tandis que SIASP et DADS-GF y ajouteront ceux de l'Ehpad.

En outre, le traitement de la multiactivité (c'est-à-dire des personnes ayant plusieurs emplois dans des établissements distincts) est différent dans ces sources. Dans DADS-GF et SIASP, l'information sur chaque salarié de chaque Siret est disponible, si bien qu'il est possible de décompter des effectifs en « personnes physiques » sans double-compte. En revanche, dans la SAE, les établissements géographiques (Finess) documentent directement leurs effectifs agrégés en personnes physiques : si un salarié est rémunéré par deux Finess géographiques différents, il sera comptabilisé deux fois (à temps partiel), sans possibilité d'avoir l'information sur l'existence de ce double compte.

Une méthode pragmatique pour construire une série longue de référence sur les salariés du secteur hospitalier consiste donc à combiner les atouts de chaque source. C'est cette méthode qui est décrite dans ce dossier. La première partie présente les résultats de notre travail sur les notions et sur la comparaison des publications et des données. En découlent nos choix méthodologiques et les grandes lignes de construction des séries, en quatre temps : construction d'un socle 2010-2015, rétropolation jusqu'en 2003, chaînage d'évolution en production courante et complémentation de champ. Les deux parties suivantes présentent la déclinaison pratique de cette méthode pour les établissements publics d'abord, puis pour les établissements privés. En conclusion, nous illustrons les principaux résultats sur l'ensemble des salariés du secteur hospitalier depuis 2003. Nous faisons également quelques recommandations pour le « bon usage » de ces nouvelles données et pour en faire évoluer la production dans les années à venir.

■ ÉTAT DES LIEUX ET GRANDS PRINCIPES RETENUS POUR LA CONSTRUCTION DES DONNÉES

L'emploi du secteur hospitalier : état des lieux des mesures existantes

Les publications existantes

Plusieurs publications donnent des éléments sur l'emploi du secteur hospitalier, qui peuvent se recouper ou non, avec des notions et des périmètres variables. Il paraît utile de partir de cet état des lieux, qui peut parfois dérouter l'utilisateur de la statistique publique. Concernant les effectifs hospitaliers de l'année 2018 par exemple, les publications suivantes (disponibles en ligne) ont proposé des éléments statistiques :

- En décembre 2019, une publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP intitulée « En 2018, la forte baisse des contrats aidés entraîne une légère diminution de l'emploi public » (collection *Information Rapides* de l'Insee), décompte 1,03 million de salariés au 31 décembre 2018 dans les hôpitaux de la fonction publique hospitalière (FPH) ;
- En décembre 2019, une publication de l'Insee intitulée « L'emploi reste dynamique en 2018 malgré un repli dans quatre régions » (collection *Insee Résultats*) dévoile les estimations annuelles d'emploi de l'Insee pour l'ensemble de l'économie, avec un décompte de 1,5 million de salariés au 31 décembre 2018 dans le secteur des « activités pour la santé humaine » (plus large que celui du secteur hospitalier) ;
- En juin 2020, la DREES publie l'édition 2020 de son ouvrage *Les établissements de santé* qui décompte 1,3 million d'emplois au 31 décembre 2018 dans l'ensemble des établissements de santé (publics et privés), y compris les libéraux intervenant en établissement. Ce sont ici des emplois de type « poste de travail » qui sont décomptés, et non des personnes physiques comme dans les autres publications ;
- En décembre 2020, l'édition 2020 du *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique* décompte 1,03 million de salariés au 31 décembre 2018 dans les hôpitaux de la FPH. Ce chiffre constitue une estimation consolidée de la publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP de décembre 2019.

Ces différentes mesures, tout en étant compatibles entre elles au sens strict, sont marquées par des spécificités de champ et de concepts qui constituent un des points que cette analyse documente pour clarifier la position de la DREES en matière de suivi statistique de l'emploi du secteur hospitalier.

Les sources de données mobilisables

Ces publications font appel à trois sources différentes de données dites « administratives » (au sens où il ne s'agit pas d'enquêtes statistiques) qu'il faut également citer et dont les caractéristiques initiales conditionnent ce qu'on peut en faire :

- Le système d'information sur les agents du service public (SIASP) sous-tend les publications DGAFP ainsi que la publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP ;
- Le fichier des déclarations annuelles de données sociales « grand format » (DADS-GF)² vient compléter, pour le privé, les informations de SIASP pour alimenter le système d'information des estimations d'emploi localisées (Estel) sur lesquelles reposent les estimations annuelles de l'Insee ;
- Enfin, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sous-tend la publication annuelle de l'ouvrage *Les établissements de santé* de la DREES.

Un comparatif de ces trois sources est proposé en *annexe 1* de ce document. Ces trois sources donnent des informations sur l'emploi salarié au niveau des établissements, ce qui permet de repérer le champ des

² Il convient de distinguer la déclaration annuelle de données sociales (DADS) en tant que formalité déclarative, que doit accomplir toute entreprise employant des salariés, du fichier statistique produit par l'Insee et que nous exploitons. Dans le reste du document, DADS désignera la formalité administrative, et DADS-GF désignera le fichier statistique de l'Insee.

établissements de santé couvert par les différentes sources. Mais deux caractéristiques clefs distinguent la SAE d'un côté des sources SIASP et DADS-GF de l'autre.

La maille de collecte « établissement » n'est d'abord pas identique dans ces sources de données. Dans DADS-GF et SIASP, un établissement est repéré par son numéro Siret (répertoire Sirene de l'Insee), qui fait écho à un site géographique d'une entité juridique donnée. Si plusieurs activités distinctes d'une même entreprise sont situées à la même adresse, tous les salariés seront localisés sur le même Siret, et c'est l'activité principale de l'établissement (repérée par un code APET) qui permettra de repérer le secteur hospitalier. Dans la SAE, l'établissement est repéré par un numéro de Finess géographique (répertoire Finess de la DREES). Le Finess géographique est « emboîté » dans le Siret : lorsque plusieurs activités sanitaires ou médico-sociales distinctes, avec des budgets distincts, voisinent sur la même adresse, chacune est immatriculée avec son numéro de Finess géographique propre. Par exemple, à une adresse donnée, sous un même Siret A, on pourra trouver le Finess d'un centre hospitalier (Finess 1), celui d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI, Finess 2) et celui d'une structure médico-sociale (Finess 3). La SAE n'enquêtant que les structures sanitaires dotées d'une autorisation de soins, elle ne décomptera que les emplois salariés du Finess 1, tandis que SIASP et DADS-GF décompteront tous les salariés du Siret A. Une spécificité supplémentaire vient se rajouter : depuis 2011, la SAE interroge les établissements de santé sur leurs seuls effectifs sanitaires. Il peut arriver qu'il existe un service médico-social isolé au sein de l'établissement de santé, le tout repéré par un unique Finess géographique. Dans ce cas, l'établissement ne renseigne pas dans la SAE les effectifs de ce service médico-social. Cela fait donc deux raisons pour lesquelles les champs ne coïncideront pas très bien sur certains cas particuliers de « gros établissement multi-disciplinaires », en particulier s'ils ont des activités médico-sociales.

Le traitement de la multiactivité (c'est-à-dire des personnes ayant plusieurs emplois dans des établissements distincts) est également différent dans ces sources de données. Dans DADS-GF et SIASP, l'information sur chaque salarié de chaque Siret est disponible. De ce fait, lorsqu'un salarié travaille pour deux Siret différents, il est possible de ne le compter qu'une fois, dans son « emploi principal » avec des critères bien documentés dans les publications citées plus haut. En revanche, dans la SAE, les établissements géographiques (Finess) documentent directement leurs effectifs agrégés en personnes physiques. Si un salarié est rémunéré par deux Finess géographiques différents, il sera comptabilisé deux fois (à temps partiel), sans possibilité d'avoir l'information sur l'existence de ce double compte. C'est pour cette raison que les publications à partir de la SAE communiquent sur un nombre d'emplois (au sens du poste de travail) et non sur un nombre de personnes physiques en emploi.

Ces deux différences majeures nous ont finalement conduit, après un travail exploratoire poussé mais infructueux, à renoncer à une démarche consistant à chercher à apparier ces trois sources.

La profondeur historique des statistiques disponibles

Seules deux des quatre publications identifiées plus haut font écho à des données pour lesquelles une série temporelle est disponible en ligne.

Le rapport annuel sur l'état de la fonction publique propose une série de données sur l'évolution des effectifs physiques salariés au 31 décembre, par versant de la fonction publique, depuis 1998. Pour la FPH, il s'agit d'un indice ayant pour base 100 au 31 décembre 1998, qui atteint 130 au 31 décembre 2017 (+30 % pour les effectifs physiques salariés de la FPH entre fin 1998 et fin 2017). Mais cette évolution n'est disponible que pour l'ensemble de la FPH, et non pour le sous-ensemble des « hôpitaux publics de la FPH ». Les établissements médico-sociaux qui relèvent de la FPH y sont donc comptabilisés.

Les estimations annuelles d'emploi de l'Insee sont également accompagnées de tableaux de séries longues. Pour le secteur des « activités pour la santé humaine » (plus large que celui du secteur hospitalier), des données annuelles de nombre de salariés sont disponibles à partir du 31 décembre 1989. Sur une période identique à celle des données FPH, l'évolution est de +15,5 % (entre fin 1998 et fin 2017). Là encore, les données ne permettent pas de descendre à un niveau plus fin pour examiner le secteur des établissements de santé.

Pour les publications ciblant davantage les établissements de santé, elles ne donnent accès qu'à des données sur les deux dernières années, sans possibilité d'accéder à une série longue cohérente. Pourtant, les sources de données sous-jacentes ne l'interdisent pas : les données SIASP existent depuis 2009, celles de DADS-GF depuis 1993 au moins, comme celles de la SAE. Concernant SIASP et DADS-GF, une attention spécifique est prêtée chaque année par l'Insee aux évolutions qui peuvent en découler, pour permettre de les commenter dans les

publications qui les mobilisent. Pour autant, plusieurs ruptures de séries sont à noter, notamment lors de refonte de nomenclatures (PCS ou secteur d'activité) ou de système d'information. Une refonte majeure a en particulier eu lieu en 2002 pour DADS-GF. Quant à la SAE, elle n'est pas conçue au départ pour être utilisée en évolution : chaque année, le questionnaire peut évoluer au gré des besoins de connaissances fines sur les établissements de santé. Même si le bloc de données sur les emplois rémunérés est relativement stable depuis la refonte de 2000, un travail préalable de remise en cohérence temporelle des données est à réaliser pour pouvoir en commenter les évolutions.

Quelle notion d'emploi mesurer, pour quel produit de diffusion ?

Les différences structurelles majeures des données sources expliquent le paysage « pluriel » des publications statistiques sur les effectifs hospitaliers : cette « statistique phare » semble de ce fait avoir des contours flous. Comme nous venons de le voir, elle peut relever de notions ou de concepts différents : effectifs en personnes physiques, emplois au sens de « postes de travail » ou encore équivalent temps plein (ETP). Ces différences font souvent écho à des usages et des points de vue différents de la statistique : lorsqu'il s'agit de suivre des travailleurs sur le marché du travail, on ne retient pas les mêmes concepts que lorsque l'on cherche à évaluer une quantité de travail disponible dans un établissement pour « produire » ce service spécifique qu'est le soin.

En outre, suivant les acteurs qui mobilisent les données et en parlent, il peut s'ajouter d'autres types de déclinaisons qui peuvent accentuer ce sentiment de « flou », suivant que sont examinées seulement certaines professions hospitalières (médecins, infirmiers, aides-soignants), certains types d'emploi (salariés, libéraux, fonctionnaires, contrats aidés) ou certains types d'établissements (hôpitaux publics uniquement, établissements privés).

Il faut donc d'abord identifier les différentes dimensions existantes, pour positionner une statistique centrale pour le suivi des effectifs. Tout acteur qui veut mobiliser une statistique d'emploi doit clarifier ses concepts et faire des choix concernant huit dimensions d'intérêt :

- **Que veut-on compter ?** Il peut s'agir par exemple de postes de travail, de contrats de travail, d'emplois « budgétaires », de personnes physiques ou encore d'un volume de travail (exprimé en ETP ou en heures travaillées) ;
- **Quel critère de rattachement de chaque employé au champ d'étude ?** Il peut s'agir de repérer les salariés en fonction de leur lieu de travail, ou bien en fonction de qui porte leur rémunération. Dans le cas de salarié employé dans plusieurs établissements à la fois (multiactivité), il convient aussi de définir la règle à suivre ;
- **Quel est le statut d'emploi à suivre ?** Il peut s'agir des seuls salariés ou également des professions indépendantes et libérales ;
- **Quelle est la nature des emplois suivis ?** Il peut s'agir de ne suivre que des emplois « ordinaires » (de type CDI ou CDD) ou d'inclure également les apprentis, les contrats aidés ou en alternance, les externes, les internes ou encore les stagiaires ;
- **Quelle est la fenêtre d'observation ?** Il peut s'agir de données en moyenne annuelle ou au contraire d'une « photographie » à une date donnée, comme par exemple le 31 décembre ;
- **Quel est le champ juridique à couvrir ?** Il peut s'agir du public uniquement, ou du privé, ou de certaines formes juridiques spécifiques d'établissements ;
- **Quel est le champ géographique à couvrir ?** Il peut s'agir de la seule France métropolitaine ou de l'ensemble des départements, incluant les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM), voire également les collectivités d'outre-mer (COM) ;
- **Quel usage recommandé des données ?** Certaines données sont explicitement construites et contrôlées pour permettre de mesurer des évolutions, souvent au prix d'un niveau de détail moins fin, tandis que d'autres sont construites comme une photographie donnant une image fiable en niveau ou encore en structure mais basée sur des concepts qui peuvent varier au cours du temps et donc empêche de mesurer des évolutions.

Pour chacune des quatre publications mentionnées plus haut en exemple, il est ainsi possible de décliner leur positionnement au regard de ces huit critères, en précisant quelles sont les données sous-jacentes (*tableau 1*).

Tableau 1 • Description fine des concepts de quatre publications sur l'emploi sanitaire en France

	<i>Informations Rapides</i> INSEE-DREES-DGCL-DGAFF	<i>INSEE Focus</i>	<i>Les établissements de santé</i> Panorama DREES	Rapport annuel de la DGAFF
Source	SIASP	Estel - DADS-GF	SAE	SIASP
Concept d'emploi	Personnes physiques en emploi (PP)	Personnes physiques en emploi (PP)	Emplois au sens du poste de travail	Personnes physiques en emploi (PP)
Critère de Rattachement	Emplois rémunérés par les Siret du champ	Emplois dont le lieu de travail est un des Siret du champ	Emplois rémunérés par les Finess géographiques du champ	Emplois rémunérés par les Siret du champ
Statut d'emploi	Salariés	Salariés	Salariés et libéraux	Salariés
Nature des emplois	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis	Hors emplois aidés et apprentis	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis
Fenêtre d'observation	PP actifs au 31/12	PP actifs au 31/12	Emplois rémunérés au 31/12	PP actifs au 31/12
Champ juridique	Hôpitaux publics de la FPH	Siret publics et privés du secteur de la santé humaine	Établissements publics et privés ayant une autorisation de soins	Hôpitaux publics de la FPH
Champ géographique	France hors Mayotte	France hors Mayotte	France (y.c. Mayotte)	France hors Mayotte
Usage	Niveau et évolution	Niveau et évolution	Niveau et structure	Niveau et évolution

SIASP > Système d'information sur les agents du secteur public ; DADS-GF : déclarations annuelles de données sociales « grand format » ; Estel : estimations localisées d'emploi ; PP : emploi en personnes physiques ; FPH : fonction publique hospitalière.
Sources > INSEE, DADS-GF et SIASP ; DREES, SAE ; DGAFF ; analyses DREES.

Les principales notions retenues pour mesurer les effectifs salariés hospitaliers au 31 décembre

La DREES est déjà engagée dans une publication commune avec l'Insee, la DGAFP et la DGCL. Il nous paraît donc important de faire d'abord des choix qui soient compatibles avec cette publication. Pour cette raison, nous allons privilégier **la production de données d'effectifs salariés en personnes physiques au 31 décembre**. En outre, nous chercherons à ce que sur le champ des hôpitaux de la Fonction publique hospitalière (FPH), nos choix soient cohérents avec ceux retenus pour la publication commune avec nos partenaires.

Ces premières orientations nous conduisent à retenir SIASP et les DADS comme sources de référence. Pour autant, nous souhaitons aussi mobiliser la SAE, principalement pour nous rapprocher de son champ, défini par l'ensemble des établissements publics ou privés détenant une ou plusieurs autorisations de soins délivrées par leur ARS. C'est selon nous le champ d'observation à privilégier pour bien suivre l'ensemble des ressources humaines de l'offre de soins hospitalière. Il s'agira ainsi d'étendre le champ de la publication commune aux établissements de santé privé, mais aussi à Mayotte (depuis 2011, année où Mayotte devient le 5^e département d'Outre-Mer), au service de santé des armées (SSA) ou encore aux professeurs des universités - praticien hospitalier (PU-PH). Ces deux derniers ensembles sont en effet classés par la DGAFP dans le versant « Fonction publique d'État » (FPE) du fait de leur rattachement respectif aux ministères des Armées et de l'Éducation nationale.

Reprenant les huit critères énoncés plus haut, nous visons donc à construire des données d'emploi salarié hospitalier au 31 décembre, caractérisés de la manière suivante :

- **Concept d'emploi** : Personnes physiques en emploi (PP) ;
- **Critère de rattachement** : Emplois rémunérés par les Siret du champ à construire ;
- **Statut d'emploi** : salariés ;
- **Nature des emplois** : tous salariés, y compris fonctionnaires, PU-PH, internes et emplois aidés³. Sont exclus les stagiaires, apprentis et externes ;
- **Fenêtre d'observation** : salariés actifs au 31 décembre de chaque année ;
- **Champ juridique** : hôpitaux publics de la FPH, y compris le service de santé des armées (SSA)⁴, et établissements de santé privés ;
- **Champ géographique** : France y compris Mayotte ;
- **Usage** : en niveau et en évolution.

Le champ étudié sera repéré, en production courante, de la manière suivante :

- **Secteur public** : l'identification dans SIASP des Siret des établissements à intégrer au champ se fera en s'appuyant, comme pour la publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP, sur la variable de champ de l'employeur pour la dernière période du poste égale à FPH (EMP_CHAMP_FINAL = FPH) et en excluant les établissements médico-sociaux (repérés avec les variables de catégorie juridique et de secteur d'activité) ;
- **Secteur privé** : en miroir, l'identification dans DADS-GF des Siret des établissements à intégrer au champ se fera en s'appuyant sur la catégorie juridique (CAT_JUR ne commençant pas par 7) puis en se retraignant aux établissements du secteur « activités hospitalières » (APET=8610Z).

Les effectifs salariés que nous suivrons seront donc ceux du « secteur hospitalier » au sens du secteur d'activité de Sirene. Il englobe le champ des établissements de santé au sens de la SAE, mais en étant un peu plus large du fait de la maille utilisée qui est le Siret. Il peut ainsi parfois englober, en plus des Finess des établissements de santé, quelques Finess d'établissements non sanitaires : établissement médico-social ou centre de formations aux métiers sanitaires et médico-sociaux par exemple (*annexe 1*).

³ Les contrats aidés sont comptabilisés isolément dans la SAE. Dans SIASP, ils sont également comptabilisés mais leur repérage isolé est imparfait, si bien que nous préférons les intégrer directement au dénombrement des salariés. En revanche, sont exclus les stagiaires, les apprentis et les externes, pour rester cohérent avec le champ de la publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP.

⁴ Le SSA n'est pas inclus dans le champ FPH de la DGAFP, car il est classé dans le versant FPE avec le reste de la Défense. Ses effectifs ne peuvent pas être distingués, dans SIASP, des autres salariés de la Défense. Il faudra donc prévoir un retraitement pour les ajouter.

Le produit de diffusion ciblé : une publication annuelle de chiffres au niveau national pour des regroupements de professions

La DREES souhaite développer une démarche pragmatique et rechercher un compromis entre niveau de détail, faisabilité et robustesse des mesures. Cette section détaille les choix retenus en matière de fréquence de publication et de niveau de détail des agrégats proposés.

L'intérêt des usagers de la statistique publique se porte souvent sur des sous-groupes de salariés ou d'établissements, pour lesquels des besoins de suivi statistique, de pilotage des effectifs et de la masse salariale ou des conditions de formation existent. C'est notamment le cas des professions médicales, mais aussi des grandes familles professionnelles du monde hospitalier que sont par exemple les infirmiers et les aides-soignants. Il peut aussi exister une demande pour distinguer le secteur public du secteur privé, ou encore accéder à des déclinaisons locales des statistiques (régionales ou départementales).

Compte tenu des sources sur lesquelles nous allons travailler, il apparaît que nous pourrions couvrir avec une relativement bonne précision les groupes de professions suivants :

- **Médecins et assimilés** : sous cette appellation, nous comptabiliserons tous les médecins, généralistes ou spécialistes, mais aussi les médecins de santé publique, les médecins du travail, les biologistes, les odontologistes et les pharmaciens⁵. Les PU-PH y seront intégrés. Seules les sages-femmes seront décomptées séparément ;
- **Internes** : sous cette appellation nous comptabiliserons les internes (de toutes spécialités et qui réalisent leur stage dans un établissement de santé, quelle que soit la structure qui les rémunère), mais aussi les faisant fonction d'interne (FFI) ;
- **Sages-femmes** : sous cette appellation nous comptabiliserons toutes les sages-femmes ;
- **Infirmiers** : sous cette appellation nous comptabiliserons tous les infirmiers diplômés d'État (IDE), avec ou sans spécialisation, à l'exclusion des personnels infirmiers d'encadrement (cadres infirmiers, surveillants chefs infirmiers) qui seront comptabilisés dans les « autres personnels » ;
- **Aides-soignants** : sous cette appellation nous comptabiliserons tous les aides-soignants, y compris les aides-médico-psychologiques et les auxiliaires de puériculture ;
- **Personnel administratif** : sous cette appellation nous comptabiliserons les personnels de direction et les autres personnels administratifs (secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs par exemple) ;
- **Autres personnels** : sous cette appellation nous comptabiliserons toutes les autres catégories de personnel, incluant les personnels d'encadrement des services de soins, les psychologues, les personnels de rééducation, les personnels éducatifs et sociaux, les personnels medicotechniques, les personnels techniques et ouvriers (y compris ingénieurs et conducteurs ambulanciers).

Ce dernier groupe de personnels, très large, peut être subdivisé en deux sous-groupes, suivant qu'il s'agit de personnels soignants ou non soignants. Cette information n'est cependant exploitable de manière homogène dans les données SIASP et DADS que depuis 2010. Il est donc proposé d'estimer une série « autres personnels » depuis 2003 et de la décliner entre « autres soignants » et « autres non soignants » depuis 2010.

Les effectifs salariés de l'ensemble du personnel hospitalier seront obtenus en additionnant ceux de chaque groupe.

Dans toutes les sources étudiées, il est possible d'isoler d'une part les établissements publics et d'autre part les établissements privés. La SAE va plus loin en distinguant, au sein des établissements privés, ceux qui sont à but lucratif et ceux qui sont à but non lucratif. Mais cette distinction, qui vient du référentiel Finess, est difficile à transposer de manière fiable et systématique avec les notions du référentiel Sirene qui caractérisent les établissements des fichiers SIASP et DADS-GF. Nous proposons de produire des estimations d'effectifs salariés pour le public d'une part et pour le privé d'autre part, pour chacun des groupes de personnels.

Nous proposons enfin de commencer par produire uniquement des agrégats nationaux, sans ventilation géographique plus fine. Un travail pourra être fait ultérieurement pour étudier la possibilité d'établir des estimations similaires et avec un bon niveau de robustesse au niveau régional voire départemental.

⁵ Dans les sources SIASP et DADS-GF, il n'est pas possible de distinguer les odontologistes et pharmaciens des médecins.

Les grands principes retenus pour la construction de séries longues

Les notions et le périmètre de travail étant précisés, il faut maintenant définir une méthode pour construire des séries longues d'effectifs salariés du secteur hospitalier. Celle-ci comporte quatre grandes étapes successives pour parvenir à un résultat satisfaisant.

Produire des estimations à partir de SIASP et des DADS de 2010 à 2015

Les séries d'effectifs salariés sont d'abord produites pour chacun des groupes professionnels, à partir de SIASP pour le secteur public et à partir des DADS pour le secteur privé. À partir des professions finement identifiées dans la SAE, nous avons cherché à en reproduire la définition à partir des informations disponibles dans SIASP et DADS-GF. L'annexe 2 détaille cette stratégie de construction.

Les données SIASP sont disponibles depuis 2009, mais la première année de ce système d'information a été celle d'une montée en charge, si bien que ce n'est qu'à partir de 2010 qu'il est possible de construire des séries dont les évolutions sont robustes. Du côté DADS-GF, les données sont disponibles depuis 1993 mais avec une importante rupture de série en 2002. Le passage progressif des établissements privés à la déclaration sociale nominative (DSN) à partir de 2016 nous invite à utiliser avec plus de précaution les données postérieures à 2015.

Nous avons donc commencé par construire un socle de données sur la période 2010-2015, avec une méthodologie similaire pour le public et le privé. Au cours de ce travail, certaines anomalies conduisant à des évolutions atypiques sont apparues ponctuellement. Après les avoir explorées (retour aux données par établissement), nous avons proposé une correction, le plus souvent en nous appuyant sur les données de la SAE. Ces corrections ponctuelles seront signalées dans les deux prochaines parties, consacrées à détailler la construction des données pour chaque groupe professionnel du public, puis du privé. Le cas des internes fait notamment l'objet d'une exception : ils sont bien comptabilisés dans SIASP, mais sans possibilité de distinguer ceux qui sont en stage en établissement de santé de ceux qui réalisent leur stage ailleurs (cabinet de médecine de ville ou pharmacie d'officine par exemple). Seule la SAE permet de décompter les internes travaillant effectivement en établissement de santé.

À ce stade, le champ est encore incomplet par rapport à nos objectifs : les établissements de santé de Mayotte (principalement le centre hospitalier de Mamoudzou) et les établissements du service de santé des armées (SSA) ne sont pas repérables dans SIASP et DADS-GF. Ils feront l'objet d'un complément détaillé plus bas.

De 2003 à 2010, s'appuyer sur les évolutions de données SAE corrigées

Cette seconde étape de travail consiste à confronter trois familles de séries construites à partir des sources SAE, SIASP et DADS-GF, retraitées pour être aussi comparables que possible, sur un champ respectant au maximum les jalons que nous avons posé jusqu'alors.

Un travail de remise en cohérence temporelle des données d'emploi de la SAE a donc été conduit. La SAE n'est en effet pas conçue pour répondre à un besoin de suivi d'évolution d'emploi, mais plutôt à un besoin de connaissance fine de sa structure une année donnée. Plusieurs ruptures de séries apparaissent à l'examen des données « brutes » avec en particulier trois ruptures marquées : en 2009, dans le secteur public, les CDD sur emplois non permanents (compte 6415) sont intégrés alors qu'ils ne l'étaient pas avant ; en 2011, le champ de la SAE est restreint aux seuls services sanitaires des établissements de santé, excluant notamment les personnels des services médico-sociaux de ces établissements, comptabilisés jusqu'alors ; en 2013, une profonde refonte de la SAE affecte particulièrement les données du secteur public, désormais enquêté au niveau de chaque entité géographique, et non plus au niveau de l'entité juridique comme jusqu'en 2012. L'ensemble de ce travail préalable pour disposer de données d'emploi SAE aussi comparables que possible est restitué dans l'annexe 3. Notons que la SAE a connu une importante refonte en 2000, avec un processus qui ne semble complètement stabilisé qu'à partir de la SAE 2002. Par prudence, nous avons donc choisi de faire démarrer nos séries SAE en 2003.

Sur le secteur public, les séries SAE et SIASP donnent des résultats finalement relativement comparables en termes de tendance sur la période 2010-2015. Des écarts en niveaux existent, mais nous savons les expliquer, puisqu'ils résultent en grande partie du fait que les sources ne mesurent pas strictement la même chose : la SAE comptabilise des postes de travail et non des personnes physiques, sur un champ un peu plus étroit que celui obtenu avec SIASP. Selon les professions, l'une ou l'autre de ces sources d'écart s'impose en niveau, mais sans

porter atteinte à la comparabilité des évolutions. Un constat similaire est fait sur le secteur privé en comparant les séries SAE et DADS-GF, sur une période plus étendue.

Nous avons donc adopté une stratégie pragmatique pour construire nos séries sur la période 2003-2010 : pour chaque secteur et chaque groupe professionnel, nous partons des effectifs salariés obtenus pour 2010 et nous chaînons à rebours les évolutions de la SAE retraitée pour remonter jusqu'en 2003. Les établissements du champ identifiés par les Siret issues de SIASP et des DADS-GF peuvent comprendre un volet de personnel médico-social (annexe 1). Pour cette raison, ce sont des données SAE y compris médico-social qui seront mobilisées sur 2003-2010 pour effectuer ce travail de rétopolation (et non pas les séries corrigées et restreintes au strict champ sanitaire). Pour quelques groupes professionnels du secteur hospitalier privé, il sera possible de conserver l'historique directement issu des calculs avec les DADS.

En production courante, chaîner des évolutions depuis 2015 pour se prémunir des impacts du passage à la DSN

En 2016, tous les établissements privés de l'ensemble des secteurs d'activité ont commencé à passer à la DSN, qui remplace définitivement les DADS dans les établissements privés en 2018. Ceci constitue un « choc déclaratif » pour les bases de données Insee, notamment parce que la DSN est transmise à un rythme mensuel (annuel pour les DADS) et que sa logique de déclaration est très différente de celle des DADS. Il faut y ajouter un « choc applicatif » dans la mesure où l'Insee a dû développer une nouvelle application informatique pour accueillir des données ayant un format différent et faire coexister DSN et DADS pendant les trois années de transition (2016 à 2018). De ce fait, les fichiers Insee issus des données DADS pour les validités 2016 puis 2017 ont connu de fortes révisions⁶, en niveau comme en évolution. Nous nous attendons à ce que les données pour 2018 le soient également.

La question est alors de savoir comment intégrer cette instabilité des données, en niveau comme en évolution. En général, la solution consiste à réviser la série pour maintenir une série homogène, soit en modifiant tout le passé de la série chaque fois que nécessaire, soit en ne retenant des nouvelles données que les évolutions, appliquées à un niveau de référence.

Nous retenons ici une méthode consistant à se donner 2015 pour « année de base », servant de référence pour le niveau des effectifs salariés du secteur hospitalier privé. Pour les années suivantes, l'estimation des effectifs salariés consiste à venir chaîner sur le niveau de 2015 les évolutions calculées à partir des dernières versions disponibles des fichiers DADS-GF : lorsqu'un nouveau fichier arrive, il contient des données pour l'année N, mais également des données corrigées pour l'année N-1, et nous appliquons l'évolution N/N-1. Si plusieurs fichiers sont corrigés, nous mettons à jour toutes les évolutions concernées. Cette méthode présente l'avantage de pouvoir s'adapter aux révisions des fichiers DADS-GF de l'Insee, sans réviser systématiquement l'ensemble de la série.

Les établissements hospitaliers publics ont commencé à passer à la DSN en 2020. Ce mouvement doit théoriquement se terminer en 2022. Les données SIASP vont s'en trouver durablement perturbées, au moins pour les validités 2020 à 2022, voir 2023 en cas de retard. Il nous paraît donc prudent de proposer d'adopter également 2015 pour année de base dans le public.

Compléter le champ avec des séries SAE sur Mayotte et le service de santé des armées (SSA)

Une ultime étape consiste à compléter le champ de nos estimations en ajoutant les séries par groupes professionnels pour le SSA (secteur public uniquement) et pour Mayotte (public et privé). Seule la SAE dispose de données sur ces deux compléments. Des séries sont donc construites avec la SAE depuis 2003, puis retraitées pour corriger les différentes ruptures de série de la SAE évoquées plus haut.

Compte tenu de leur petit périmètre, ces séries sont un peu plus heurtées. Toutefois, comme leurs effectifs salariés sont faibles et sont ajoutés à chacun des groupes professionnels de chaque secteur, elles n'affectent pas les évolutions des agrégats nationaux finaux.

⁶ Chaque fichier de données DADS-GF contient à la fois les données de l'année N et celles de l'année N-1, retravaillées pour permettre de calculer les évolutions les plus exactes possibles. Sur les validités 2016 et 2017, ce sont à chaque fois les données N et N-1 qui sont fortement modifiées, affectant les niveaux et les évolutions des effectifs salariés.

■ CONSTRUCTION DES SÉRIES LONGUES POUR LE SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC

Construction des effectifs salariés au 31 décembre du secteur hospitalier public

Les données SIASP sont mobilisées pour produire une série d'emploi salarié France entière au 31 décembre dans le secteur hospitalier public par groupes de professions. Des estimations ont aussi été réalisées à partir des DADS-GF disponibles sur des années plus anciennes que les données SIASP. Ces séries sont cependant moins fiables pour étudier des évolutions à cause de ruptures de séries assez fréquentes liées à des changements de nomenclature ou dans la chaîne de production des données DADS-GF (*annexe 1*). Pour le secteur public, cette piste a donc été abandonnée.

Les séries d'effectifs SIASP sont calculées hors SSA et hors Mayotte. Le secteur hospitalier est défini avec la variable de champ de l'employeur de la dernière période du poste égale à FPH (`emp_champ_final="FPH"`) et en excluant les établissements médico-sociaux (repérés avec la catégorie juridique et l'activité⁷). Les séries d'emploi de la FPH au 31 décembre issues de SIASP et utilisées dans les publications de l'Insee et la DGAFP sont construites grâce à la notion de poste principal au sein du secteur public. Ainsi, pour tous les individus ayant plusieurs postes simultanément dans le secteur public, un poste principal est défini, généralement celui pour lequel la rémunération est la plus importante. Il y a donc des personnes employées dans la FPH dont le poste principal est dans la FPE (fonction publique d'État) ou la FPT (fonction publique territoriale). Le cas le plus courant est celui des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) qui sont aussi rémunérés par les universités et donc l'État. Pour notre analyse, l'objectif n'est pas d'affecter un employé du secteur public de manière unique à l'un des trois versants. L'objectif est de comptabiliser tous les salariés travaillant dans le secteur public hospitalier quelles que soit leurs autres activités. Un poste principal au sein de la FPH est donc défini pour tous ceux ayant un ou plusieurs postes *non annexes*⁸ dans la FPH mais dont le poste principal défini initialement dans SIASP est hors FPH.

Pour chaque groupe de professions, les séries obtenues sont comparées avec les séries issues de la SAE, sur la période 2010-2015. Les évolutions et les niveaux de la SAE et de SIASP sont assez proches mais des différences subsistent, en particulier sur certaines professions.

Une autre différence entre SIASP et la SAE réside dans l'exclusion beaucoup plus fine de l'emploi des services médico-sociaux dans les données de la SAE, comme expliqué dans la partie précédente (voir aussi *annexe 1*). Cela explique que les estimations SIASP soient légèrement supérieures en niveau aux estimations de la SAE, en particulier pour les groupes de professions les plus représentés dans le secteur médico-social comme les infirmiers et les aides-soignants. De plus, l'emploi étant un peu plus dynamique dans le secteur médico-social sur la période étudiée, cela peut aussi expliquer des différences en évolution.

Médecins et assimilés

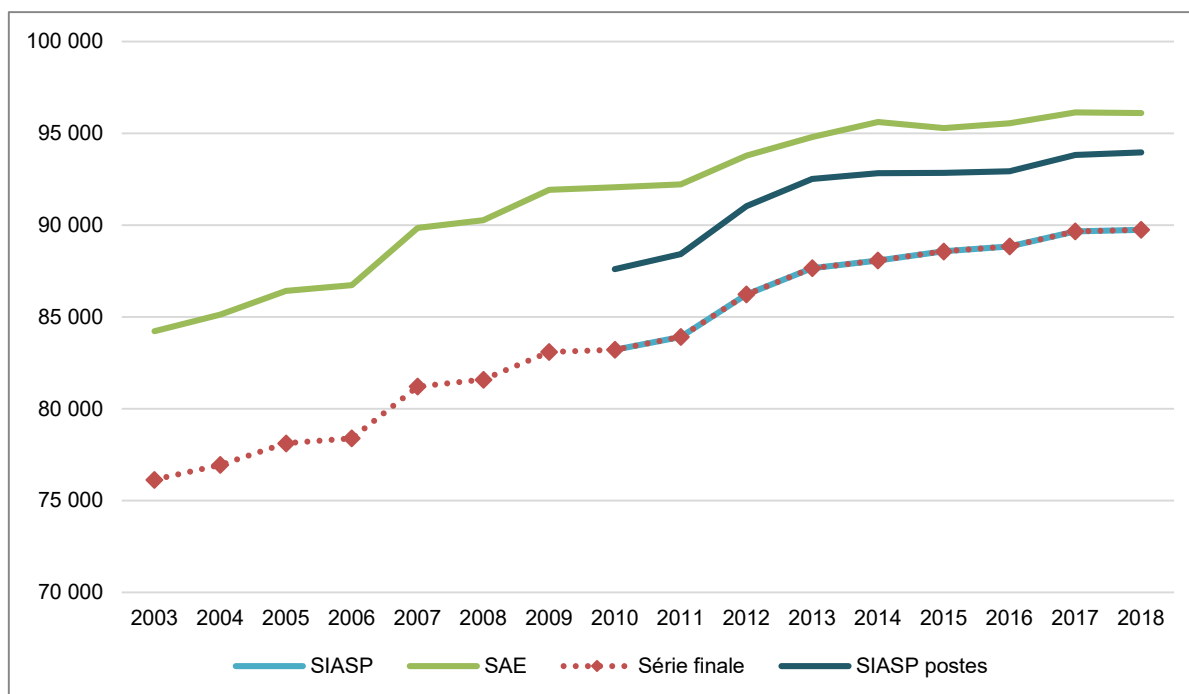
Pour les médecins et assimilés, l'estimation du niveau d'emploi est assez différente entre les deux sources. L'écart varie entre 7 % et 9 % suivant les années, depuis 2013. Il s'explique par le fait que les médecins travaillent fréquemment dans plusieurs établissements et sont donc comptabilisés dans chacun de ces établissements dans les estimations SAE, mais une seule fois dans les estimations SIASP. Pour s'en convaincre, il suffit de construire une série du nombre de postes au 31 décembre dans SIASP, donc avec un concept d'emploi beaucoup plus proche de celui de la SAE. Les niveaux sont alors beaucoup plus proches entre les deux sources (écart entre 2 % et 3 %).

⁷ `emp_cj_final in ("7364","7365","7389") and emp_apet_final in ("8710A","8730A","8710B","8710C","8720A","8720B","8730B","8790A","8790B","8810A","8810B","8810C","8891A","8891B","8899A","8899B") and emp_cj_final="7366"`

⁸ Un poste est non annexe si le volume de travail et le niveau de rémunération associés sont « suffisants » source : insee.fr

La série finale est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2010 et en rétroplant la série avec les évolutions estimées par la SAE.

Graphique 1 • Effectifs des médecins et assimilés salariés du secteur hospitalier public



Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE et SIASP-postes en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis). Le groupe des médecins et assimilés comprend les médecins, les odontologues et les pharmaciens.

Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Internes

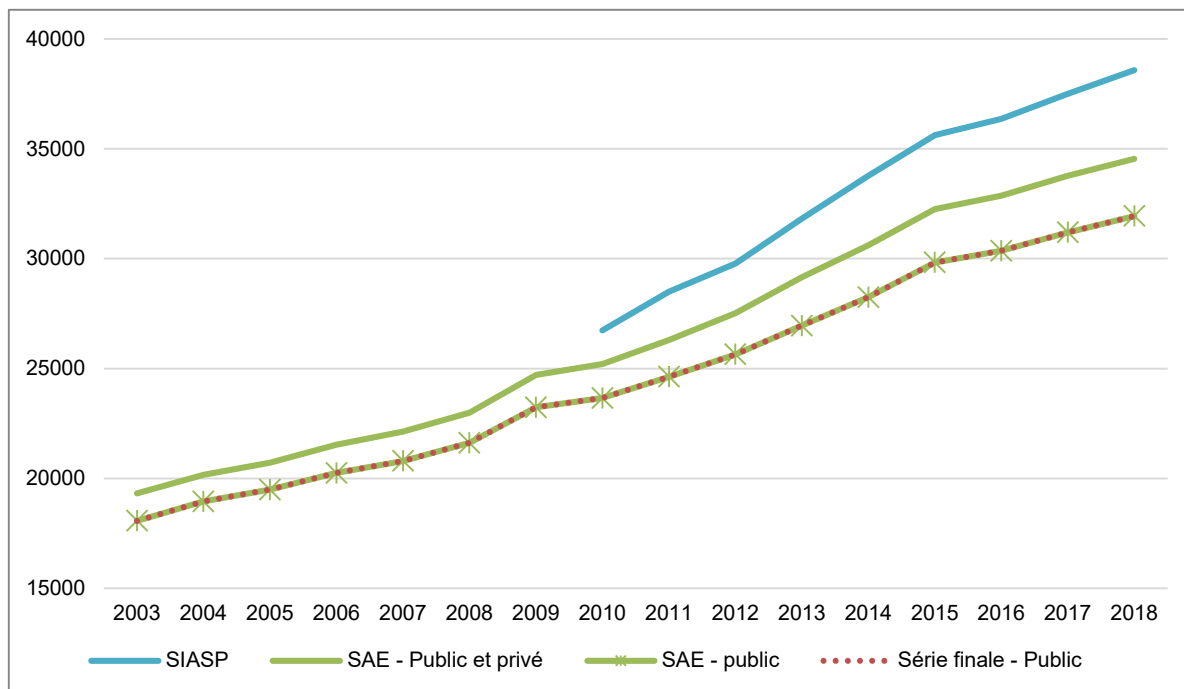
Le cas des internes appelle un traitement particulier. En effet, les étudiants réalisant un stage dans un établissement privé ou un stage extrahospitalier sont rémunérés par leur centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement. Ces internes sont donc comptabilisés dans la source SIASP comme agents du public tandis que, dans la source SAE, ils sont soit comptabilisés dans l'établissement où ils réalisent leur internat, donc pour certains dans le secteur privé, soit non comptabilisés, dans le cas par exemple des stages extrahospitaliers. Pour notre analyse, nous avons choisi de privilégier le lieu où est réalisé le stage d'internat.

Les effectifs d'internes estimés par SIASP sont supérieurs à ceux estimés avec la SAE, secteurs hospitaliers public et privé confondus. Cet écart semble s'accroître, passant d'environ 1 500 en 2010 à plus de 4 000 en 2018. Le nombre d'internes en stage extrahospitalier n'est pas disponible mais une borne inférieure peut être estimée. En effet, les internes en médecine générale doivent effectuer au moins un semestre de stage en ville sur leurs 6 stages au total. Il y a environ 3 000 postes pourvus en médecine générale chaque année sur la période 2010-2018, donc on peut estimer à environ 1 500 le nombre d'internes de médecine générale en stage extrahospitalier à un instant donné. De plus, les internes des autres spécialités ainsi que les internes en pharmacie et en odontologie peuvent aussi réaliser des stages extrahospitaliers. L'écart croissant entre les deux estimations pourrait s'expliquer par le développement de ce type de stage. En effet, un des objectifs de la réforme du 3^e cycle des études médicales est de faciliter ce type de stage et de « permettre à l'étudiant d'approcher tous les modes d'exercice et types de structures, notamment en ambulatoire ».⁹

⁹ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid118182/reforme-du-3e-cycle-des-etudes-de-medecine-une-formation-renovee-modernisee-et-simplifiee.html>

Dans notre analyse, le lieu de l'internat est privilégié et la série finale est donc l'estimation SAE. De plus, les internes n'effectuant chaque stage que dans un seul lieu dans la très grande majorité des cas, l'estimation SAE peut être considérée comme une estimation en personnes physiques.

Graphique 2 • Effectifs des internes de médecine, odontologie et pharmacie du secteur hospitalier public

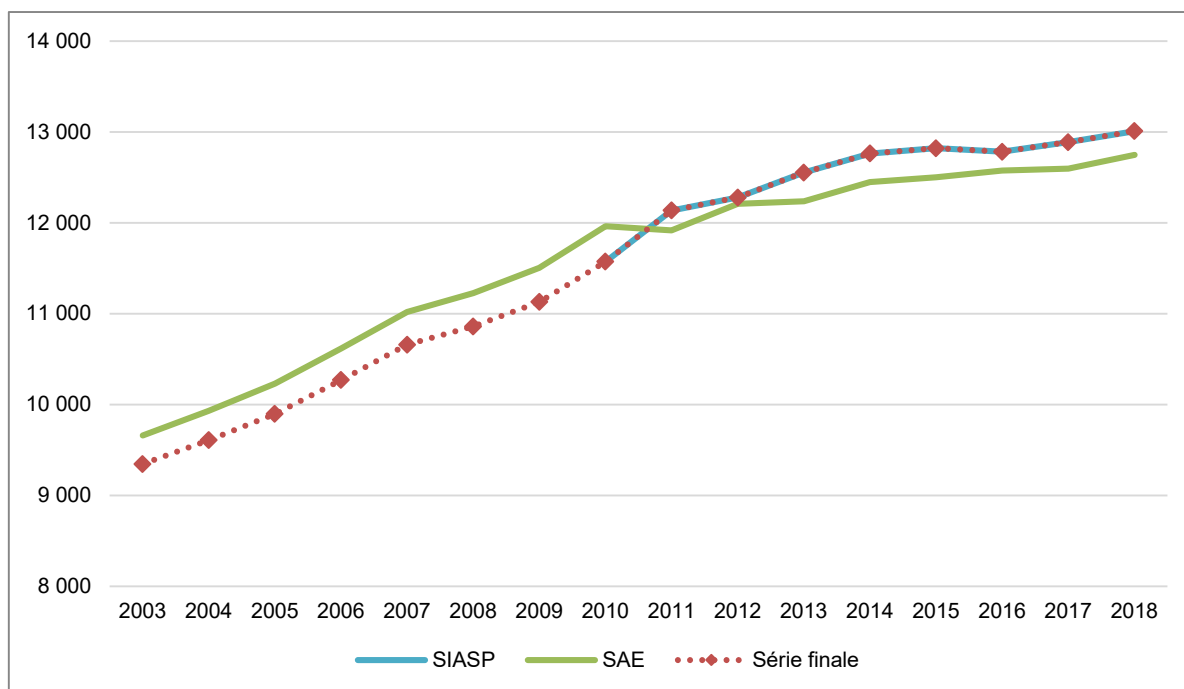


Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis). Sont inclus les faisant fonction d'interne (FFI).
Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Sages-femmes

Pour les sages-femmes, la méthode s'applique sans traitement particulier. La série finale est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2010 et en rétropolant la série avec les évolutions estimées dans la SAE.

Graphique 3 • Effectifs des sages-femmes salariées du secteur hospitalier public



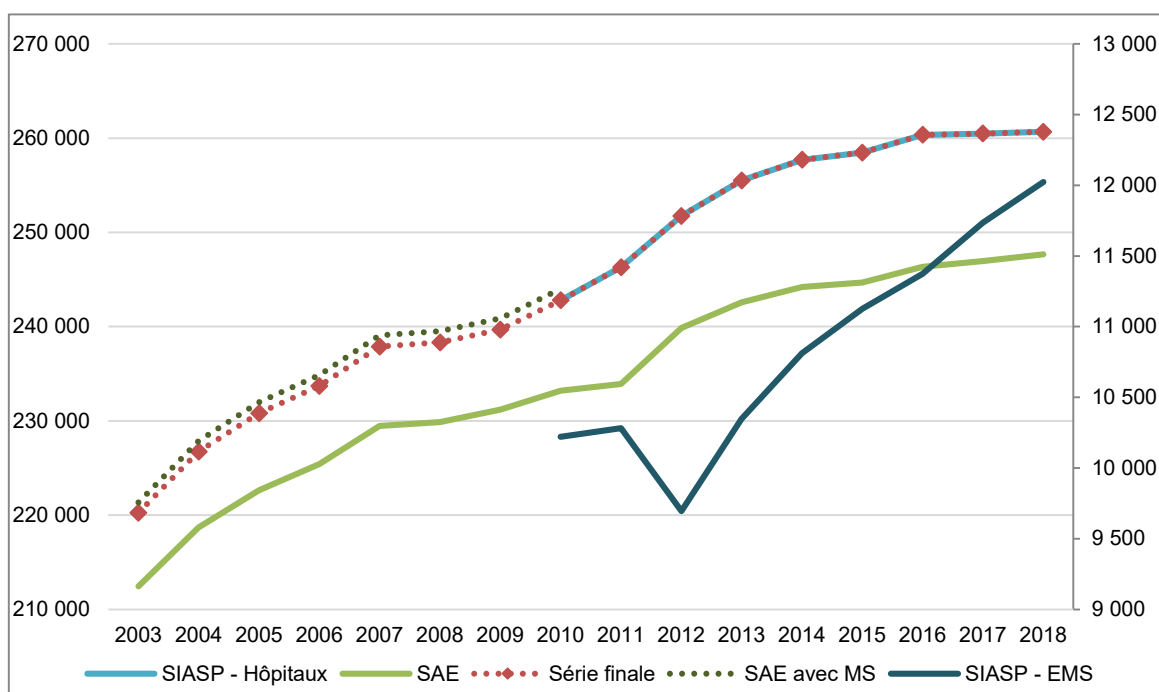
Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).
Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Infirmiers

Pour les infirmiers, sur la période d'observation commune, l'emploi estimé dans la SAE est moins dynamique que celui estimé dans SIASP. L'estimation SIASP comprend des emplois du secteur médico-social dépendant d'un Siret dont le secteur d'activité est principalement sanitaire (au sens de l'APET). Cela peut être le cas d'un Ehpad qui se trouverait sur le même site qu'un hôpital, par exemple. Or l'emploi a été plus dynamique dans le secteur médico-social qui emploie beaucoup d'infirmiers. Entre 2010 et 2018, les effectifs infirmiers ont ainsi augmenté de 7,4 % dans les établissements de santé publics et de 17,6 % dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics (*graphique 4*)¹⁰.

La série finale est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2010 et en rétropolant la série avec les évolutions estimées dans la SAE y compris médico-social, pour tenir compte de l'impact important, pour les infirmiers, de cette spécificité.

Graphique 4 • Effectifs des infirmiers salariés du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. La série SIASP-EMS se lit avec l'échelle de droite.

Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

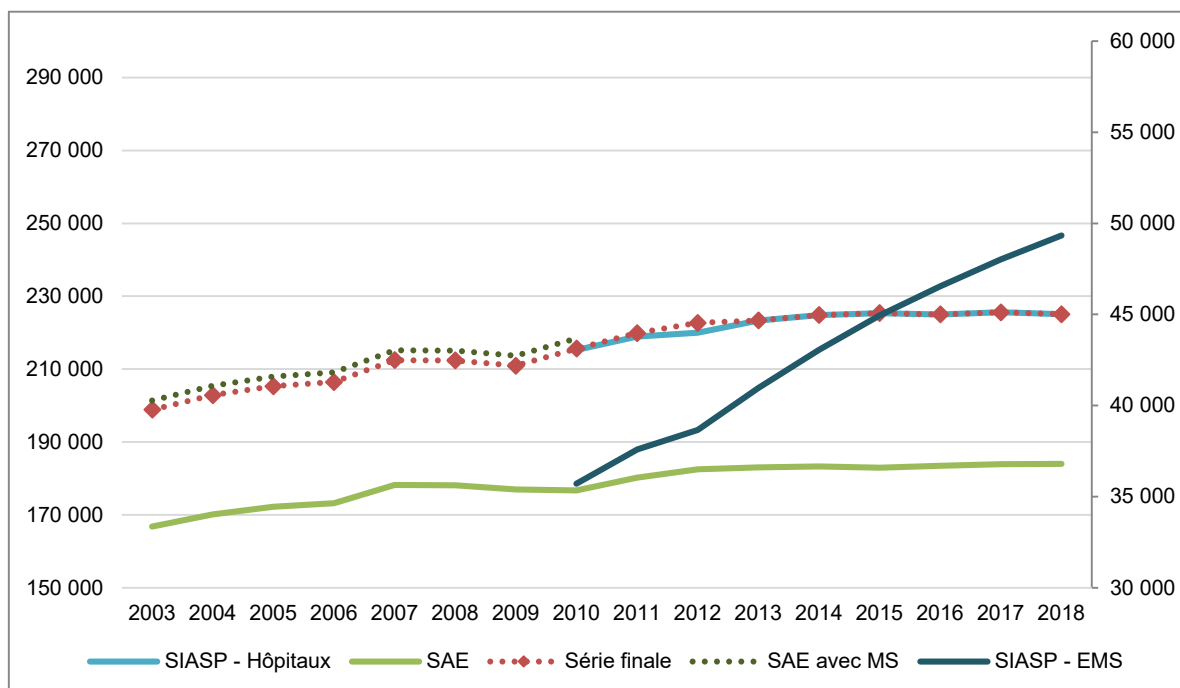
Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

¹⁰ Les effectifs du médico-social public ont été estimés avec les données SIASP (série SIASP-EMS) et la définition des établissements médico-sociaux présentées au début de cette partie.

Aides-soignants

Le cas des aides-soignants est similaire à celui des infirmiers. La série finale est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2010 et en rétroplant la série avec les évolutions estimées dans la SAE y compris médico-social. Sur la période d'observation commune, l'emploi estimé dans la SAE est moins dynamique que celui estimé dans SIASP, sans doute pour les mêmes raisons que pour les infirmiers. En effet, entre 2010 et 2018, les effectifs d'aides-soignants ont augmenté de 4,5 % dans les établissements de santé publics et de 38,1 % dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics (*graphique 5*).

Graphique 5 • Effectifs des aides-soignants salariés du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. La série SIASP-EMS se lit avec l'échelle de droite.

Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

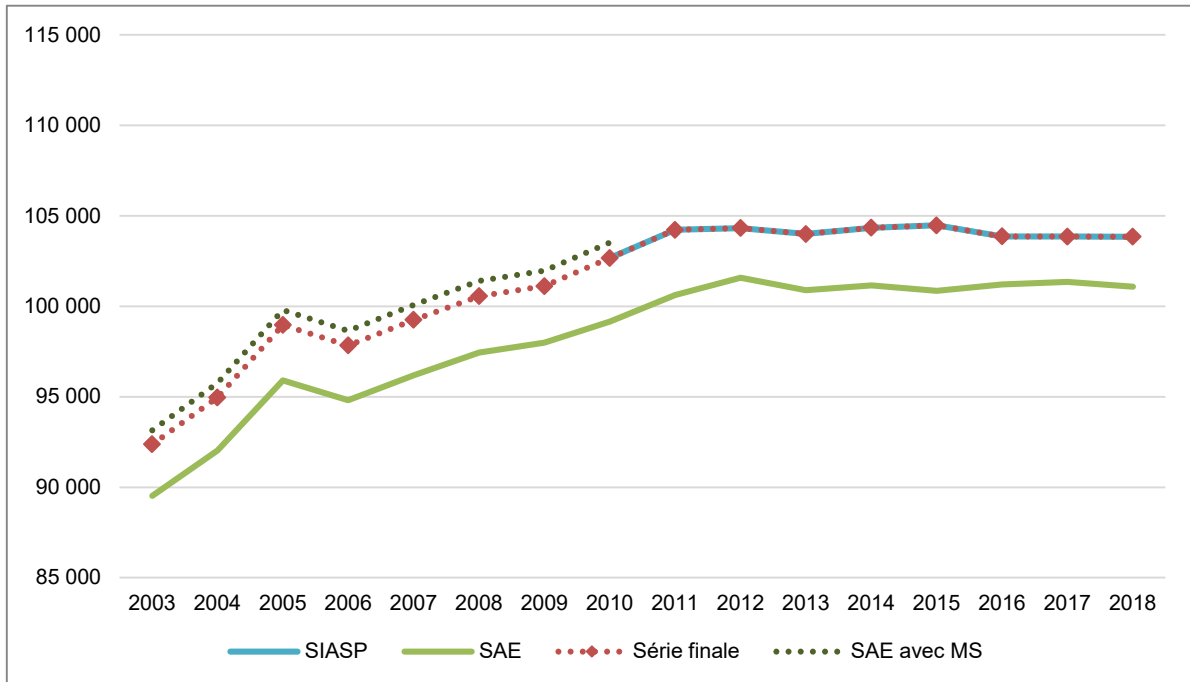
Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Personnel administratif

Pour le personnel administratif, la méthode s'applique sans traitement particulier. La série finale est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2010 et en rétropolant la série avec les évolutions estimées avec la SAE y compris médico-social.

Là encore, l'estimation SIASP comprend des emplois du secteur médico-social dépendant d'un Siret dont le secteur d'activité est principalement sanitaire (au sens de l'APET). Ceci explique les écarts sensibles en niveau entre SAE et SIASP.

Graphique 6 • Effectifs du personnel administratif salarié du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010.

Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

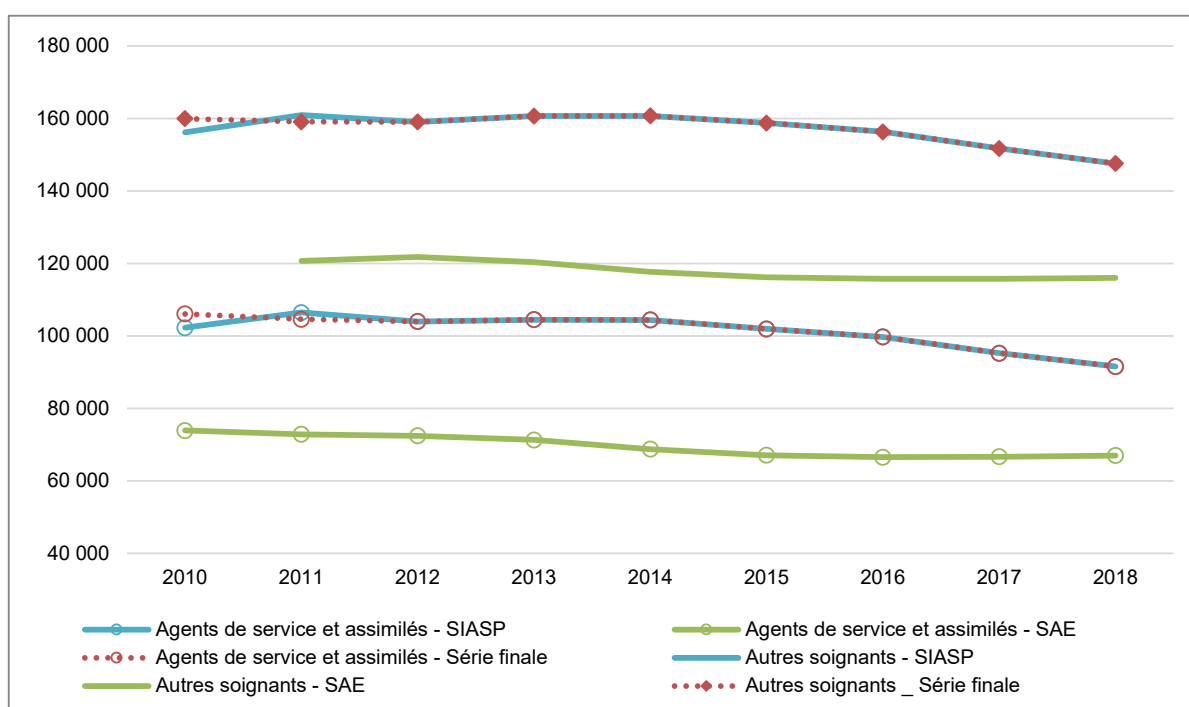
Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Autres personnels, dont autres soignants et autres non soignants

Autres soignants

L'estimation SIASP des effectifs d'autres soignants en 2011 semble fragile. Cette année correspond à une année de changement dans la source administrative. En détaillant la catégorie de personnel « autres soignants », cette rupture provient des agents de service hospitalier qui constituent la part la plus importante de cette catégorie. L'estimation des effectifs d'agents de service à partir de la SAE ne fait pas apparaître cette fluctuation en 2011. Le choix a donc été fait de corriger l'estimation des agents de service en 2011. La série est obtenue en utilisant l'estimation issue de SIASP depuis 2012 et en estimant 2011 et 2010 avec les évolutions estimées avec la SAE. La série complète des autres soignants est ensuite reconstituée à partir de cette série corrigée des agents de service et des estimations SIASP des effectifs des autres sous-catégories.

Graphique 7 • Effectifs des autres personnels soignants salariés du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010.

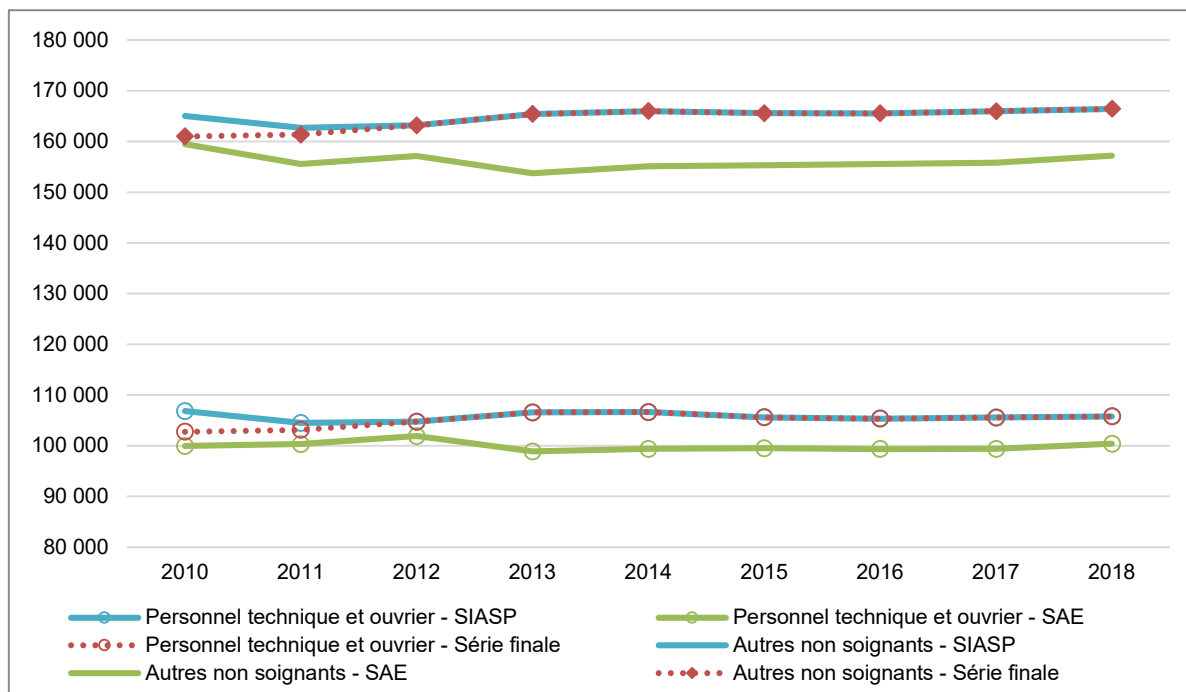
Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Autres non soignants

Comme pour les « autres soignants », l'estimation SIASP des effectifs des « autres non soignants » en 2011 semble fragile. La même méthode de correction est appliquée. Dans le cas des « autres non soignants », c'est la sous-catégorie du personnel technique et ouvrier qui est corrigée en 2010 et 2011 en appliquant les variations estimées avec la SAE.

Graphique 8 • Effectifs des autres personnels non soignants salariés du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010.

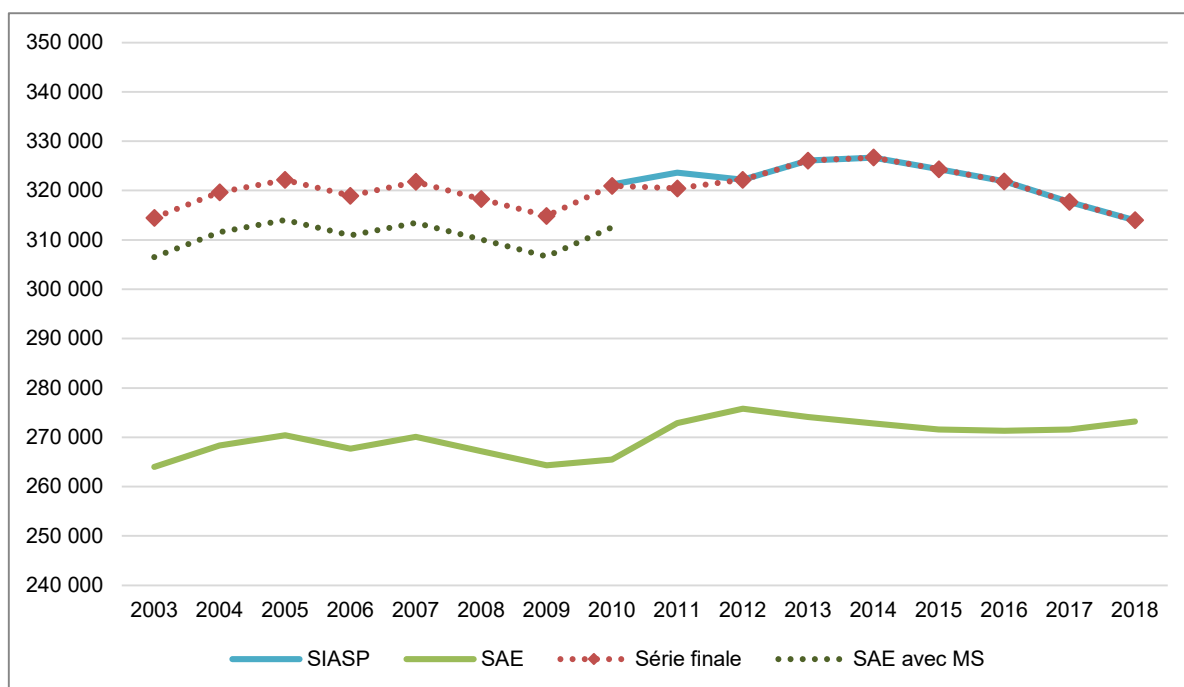
Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Autres personnels

Les effectifs de la catégorie « autres personnels » sont estimés à partir de 2010 en additionnant les effectifs estimés des « autres soignants » et des « autres non soignants ». Les effectifs avant 2010 sont obtenus en rétropolant avec les évolutions de la SAE y compris médico-social.

Graphique 9 • Effectifs des autres personnels (soignants et non soignants) salarié du secteur hospitalier public



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010.

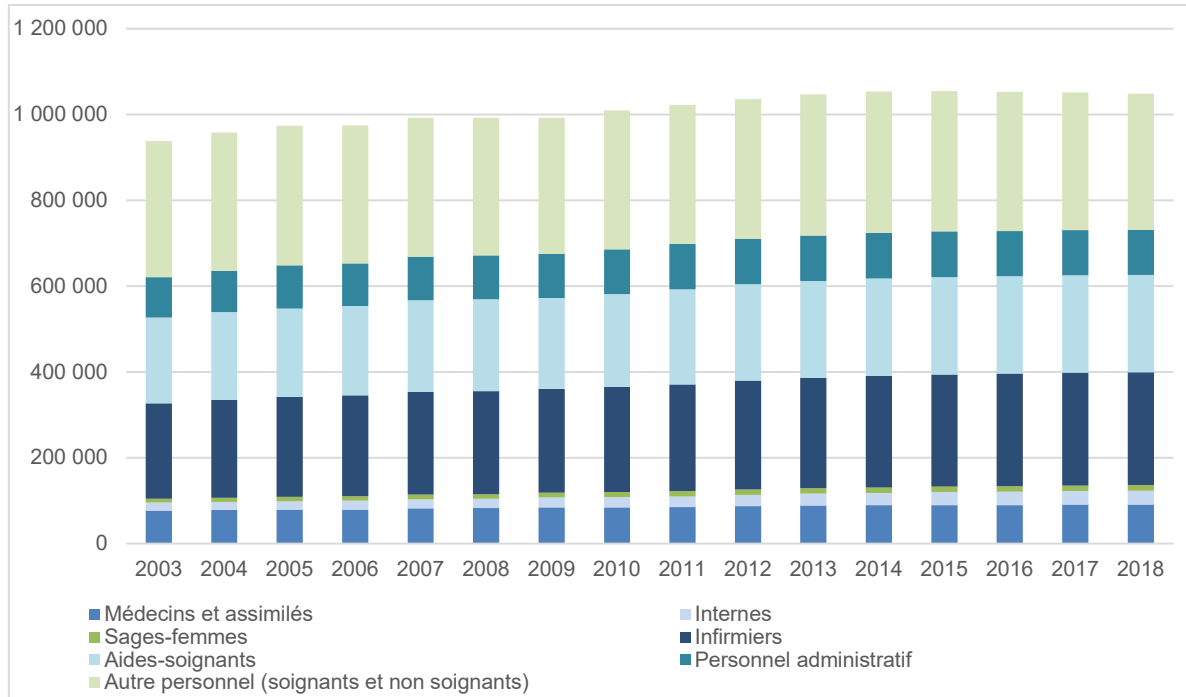
Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Ensemble du secteur hospitalier public

Pour obtenir l'estimation de l'ensemble des effectifs dans le secteur hospitalier public sur notre champ, les effectifs du SSA et de Mayotte, estimés avec la SAE, sont ajoutés.

Graphique 10 • Effectifs salariés du secteur hospitalier public - séries finales



Champ > Salariés du secteur hospitalier public présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France **entière** (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, SIASP ; DREES, SAE ; traitements DREES.

■ CONSTRUCTION DES SÉRIES LONGUES POUR LE SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ

Construction des effectifs salariés au 31 décembre du secteur hospitalier privé

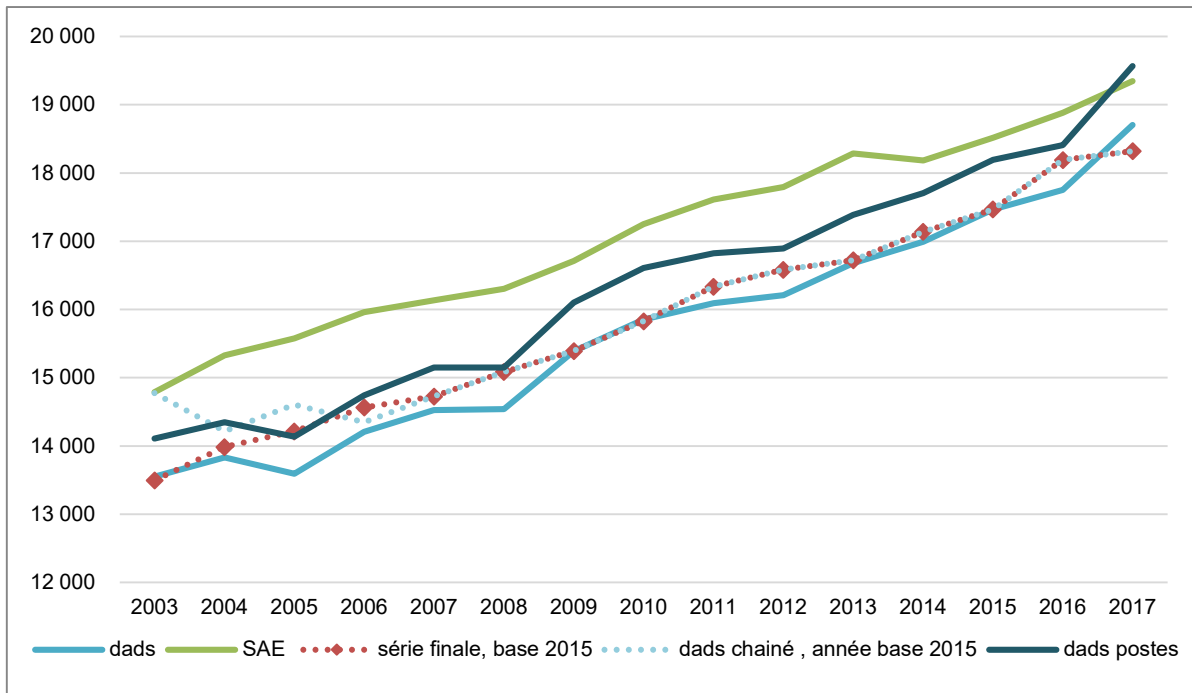
La méthode de construction des effectifs salariés au 31 décembre du secteur hospitalier privé « au sens de la DREES » est similaire à celle utilisée pour le secteur public : une estimation des effectifs par groupes de professions est construite à partir des DADS-GF, puis comparée à une estimation issue de la SAE. Pour construire l'effectif total, les effectifs de chaque groupe de professions, éventuellement corrigés, sont additionnés pour obtenir l'estimation de l'ensemble des effectifs salariés du secteur hospitalier privé.

Le secteur hospitalier privé est défini dans les DADS-GF avec l'APET 8610Z « Activités hospitalières » de l'établissement au sens Siret et la catégorie juridique (ne commençant pas par 7). Dans chaque fichier de l'année N des DADS-GF, l'information sur l'année N-1 est également disponible et celle-ci peut être différente de l'information du fichier de l'année N-1 des DADS-GF. Les producteurs recommandent d'utiliser les informations des années N et N-1 d'un même fichier pour étudier des évolutions entre deux années. Il est donc possible de constituer une série « chaînée » en utilisant ces évolutions. Nous avons choisi d'estimer cette série « chaînée » en prenant pour base l'année 2015 car, depuis cette date, le passage progressif des entreprises à la déclaration sociale nominative (DSN, qui remplace depuis 2016 les DADS) perturbe les estimations d'effectifs du secteur privé. De manière plus générale, les DADS ont subi un certain nombre de changements, en particulier avant 2010 (*annexe 1*), qui peuvent venir perturber la construction de séries longues cohérentes. Le chaînage peut permettre de résoudre ce problème, mais il n'est pas toujours suffisant. Pour certaines professions, la SAE a permis de pallier cette limite de la source DADS-GF.

Médecins et assimilés

Pour les médecins et assimilés, l'estimation chaînée permet de corriger certains heurts de la série DADS. Cette estimation apparaît cependant peu fiable entre 2003 et 2006 et a donc été corrigée en utilisant les évolutions de la SAE. Comme dans le secteur public, l'estimation SAE est plus élevée que celle des DADS-GF. En effet, de nombreux médecins exercent dans plusieurs établissements et sont donc comptabilisés plusieurs fois dans la SAE, qui comptabilise des postes et non des personnes physiques.

Graphique 11 • Effectifs des médecins et assimilés salariés du secteur hospitalier privé



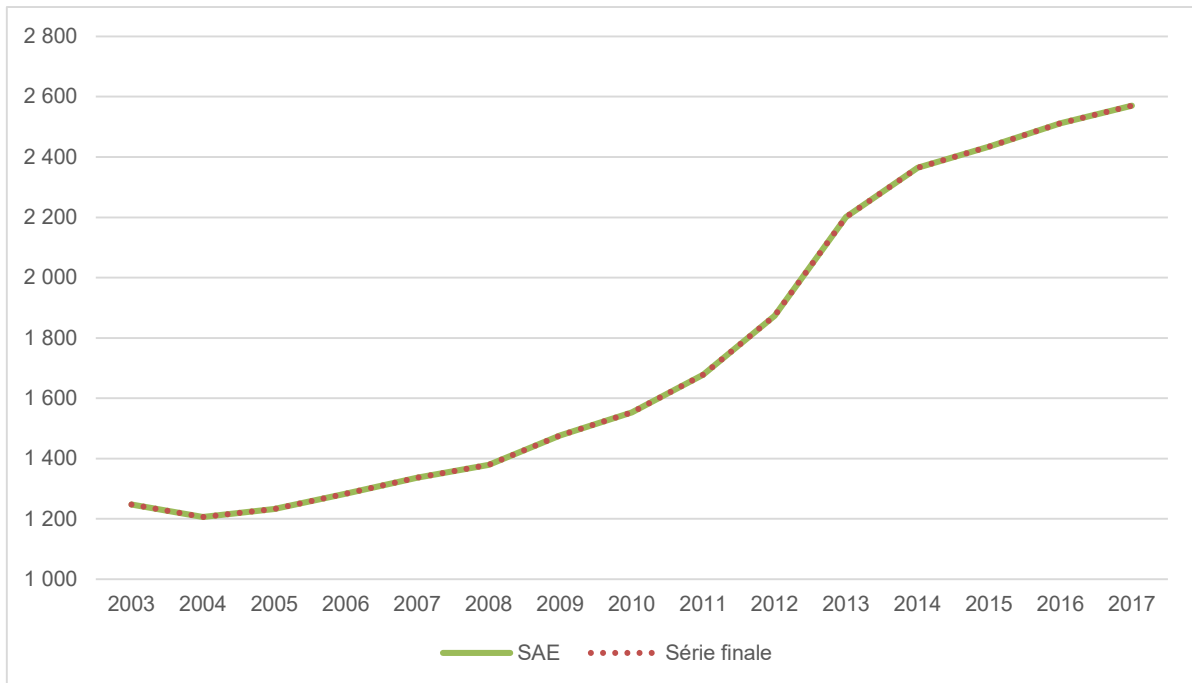
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE et SIASP-postes en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis). Le groupe des médecins et assimilés comprend les médecins, les odontologistes et les pharmaciens.

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Internes

Pour les internes du secteur privé, l'estimation est réalisée avec la SAE, comme pour les internes du secteur public, pour les raisons présentées dans la partie précédente.

Graphique 12 • Effectifs des internes en médecine, odontologie et pharmacie du secteur hospitalier privé

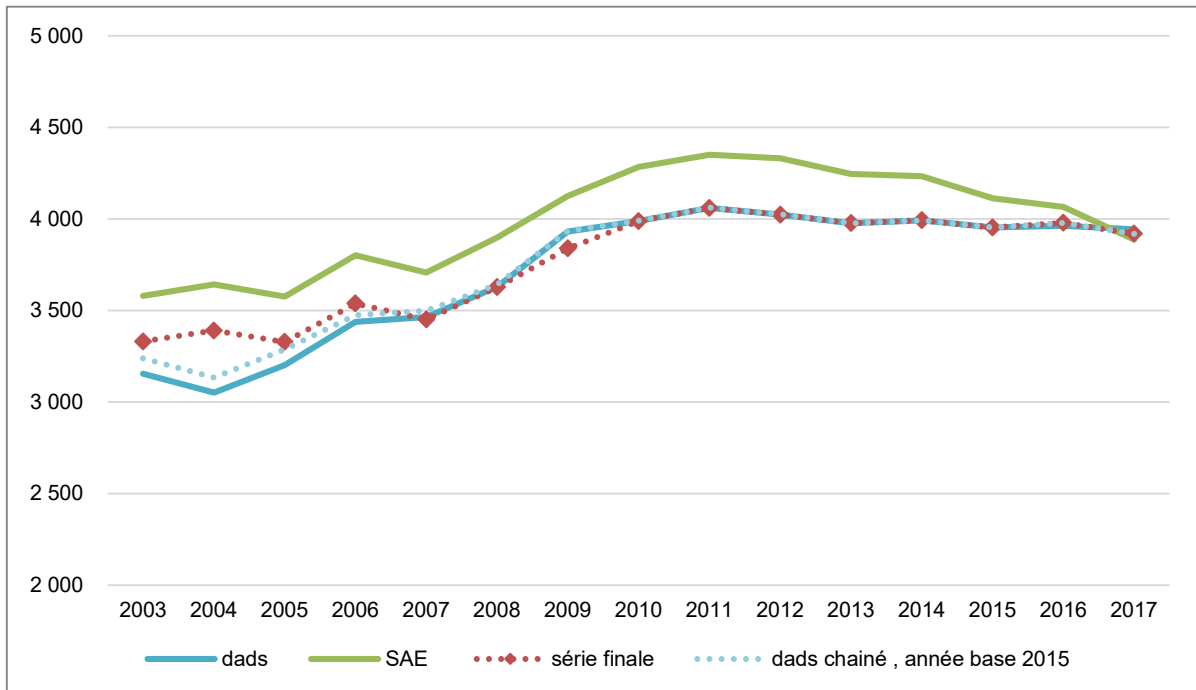


Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes) hors SSA, France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis). Sont inclus les faisant fonction d'interne (FFI).
Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Sages-femmes

Pour les sages-femmes, les effectifs salariés estimés dans les DADS-GF sont très proches, qu'ils soient chaînés ou pas. Avant 2010, l'estimation est cependant plus heurtée que la SAE et de plus les évolutions sont différentes. Les estimations sont donc redressées en rétropolant avec les évolutions de la SAE avant 2010.

Graphique 13 • Effectifs de sages-femmes salariées du secteur hospitalier privé



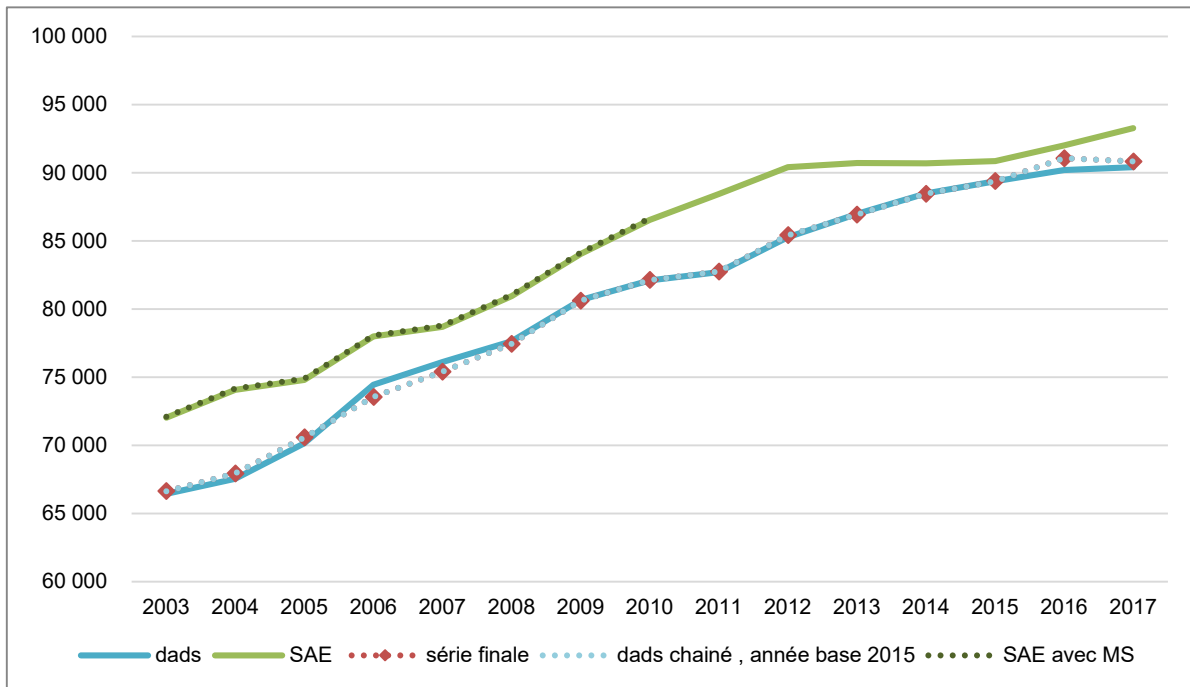
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Infirmiers

Pour les infirmiers, l'estimation des effectifs à partir des DADS-GF n'apparaît pas affectée par d'importants sauts de série. Les évolutions sont proches de celles estimées avec la SAE. Il n'apparaît donc pas nécessaire de corriger les effectifs estimés à partir des DADS-GF. La série finale conservée est celle estimée en chaînant les données DADS-GF.

Graphique 14 • Effectifs des infirmiers salariés du secteur hospitalier privé



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. Cela concerne très peu de postes dans le secteur privé.

Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE et SIASP-postes en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF; DREES, SAE ; traitements DREES.

Aides-soignants

L'estimation des effectifs d'aides-soignants à partir des DADS-GF est relativement cohérente dans le temps, sauf pour l'année 2012. Les évolutions des effectifs estimés avec la SAE sont assez différentes de celles estimées avec les DADS-GF. Les évolutions estimées avec les DADS-GF ne font pas apparaître de rupture de séries sauf en 2012. La série finale conservée est donc celle estimée en chaînant les données DADS-GF, à l'exception de l'année 2012, qui est estimée en appliquant aux effectifs de 2011 l'évolution estimée dans la SAE entre 2011 et 2012.

Graphique 15 • Effectifs des aides-soignants salariés du secteur hospitalier privé



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. Cela concerne très peu de postes dans le secteur privé.

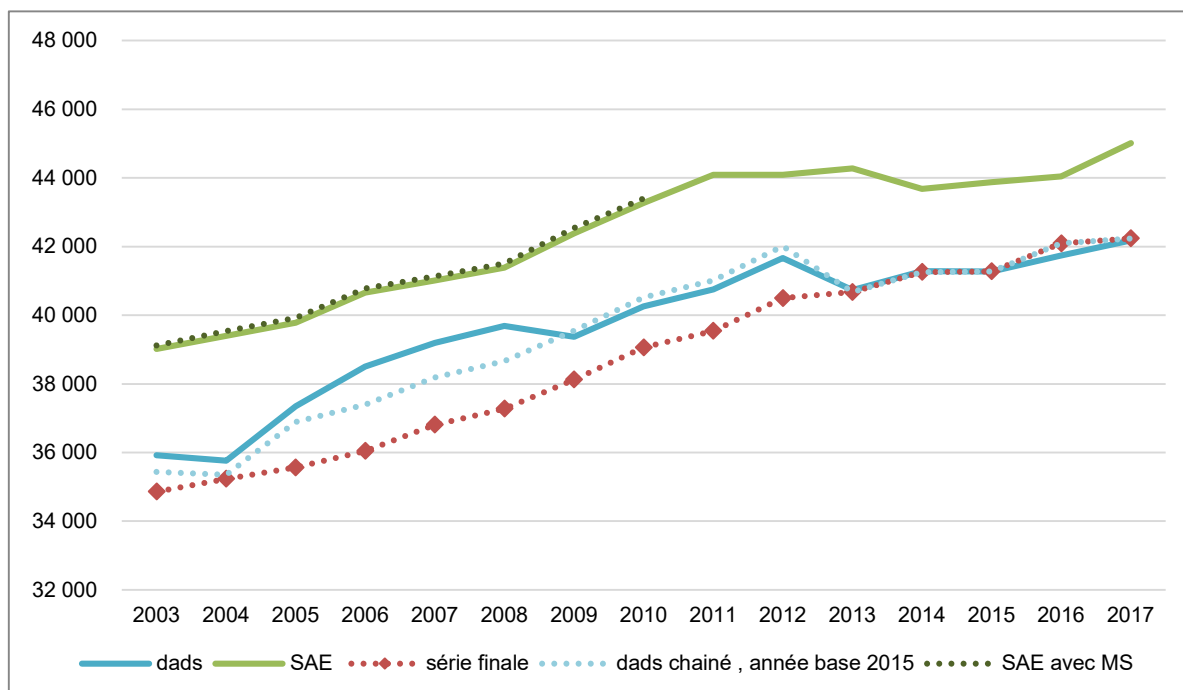
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF; DREES, SAE ; traitements DREES.

Personnel administratif

L'estimation des effectifs du personnel administratif à partir des DADS-GF connaît de fortes perturbations. Le chaînage des données permet de corriger les estimations sur 2005-2009 mais pas sur 2003-2004, ni pour la rupture de série en 2013. Les évolutions de la SAE sont donc utilisées pour les corriger : celles de la SAE y compris médico-social en 2003 et 2004 et celles sans médico-social entre 2012 et 2013 (le médico-social a cessé d'être collecté dans la SAE en 2011). Les évolutions entre les SAE 2012 et 2013 sont généralement considérées comme moins fiables, du fait de la refonte de la SAE intervenue sur 2013, qui se traduit notamment par un changement de mode de collecte. Cependant, celui-ci concerne surtout les établissements publics.

Graphique 16 • Effectifs du personnel administratif salarié du secteur hospitalier privé



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. Cela concerne très peu de postes dans le secteur privé.

Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

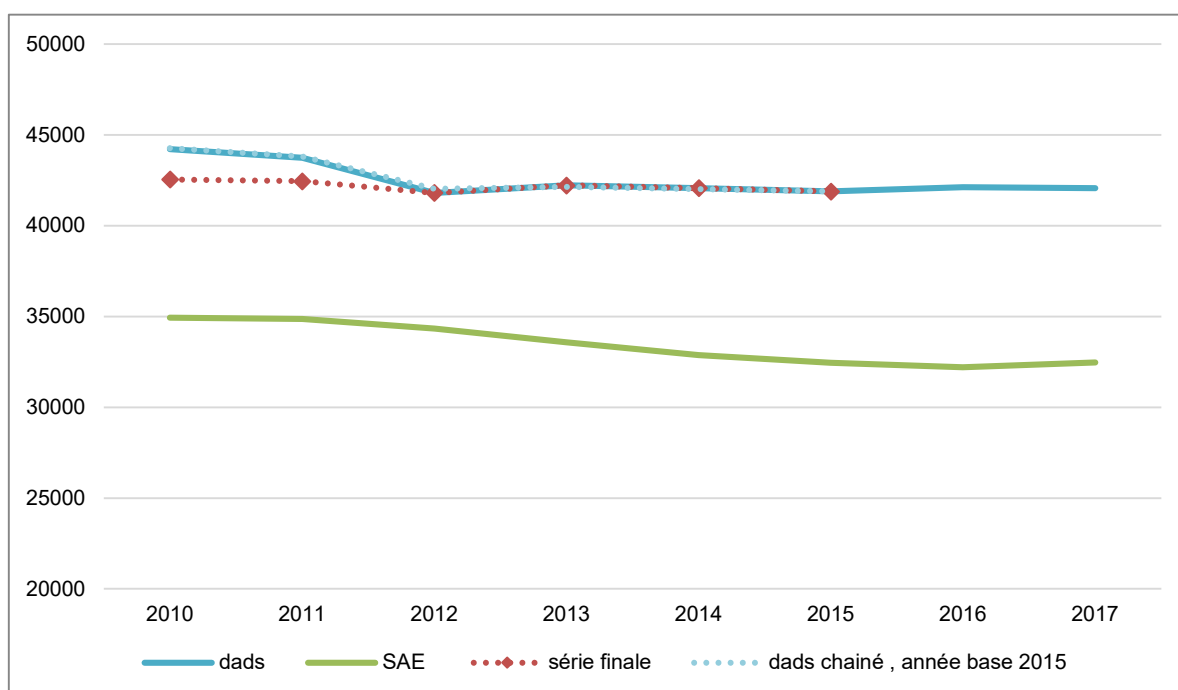
Autres personnels, dont autres soignants et autres non soignants

Autres soignants

L'estimation des effectifs des « autres soignants » semble problématique pour l'année 2012. Le détail par sous-catégorie indique que cela concerne surtout les agents de service hospitalier et les psychologues. L'estimation pour les psychologues est corrigée en 2010, 2011 et 2012 en utilisant les évolutions estimées avec la SAE. L'estimation pour les agents de service est corrigée de la même manière pour 2010 et 2011.

Graphique 17 • Effectifs des autres soignants salariés du secteur hospitalier privé

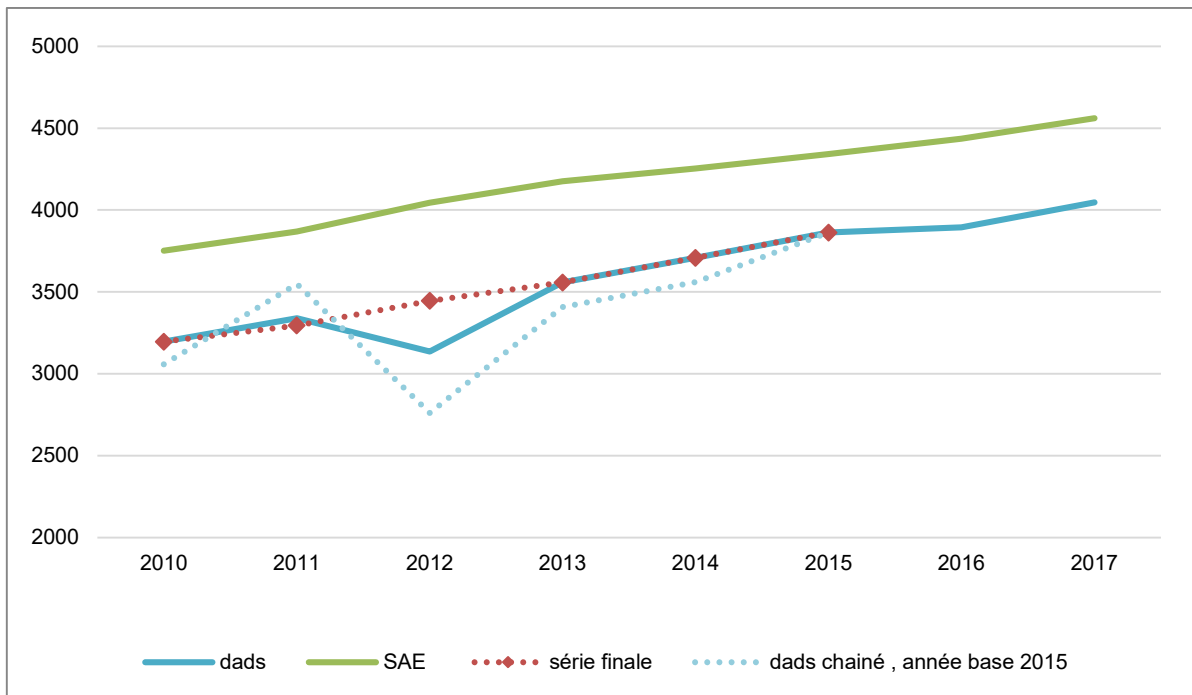
Graphique 17a • Effectifs des agents de service et assimilés, salariés du secteur hospitalier privé



Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

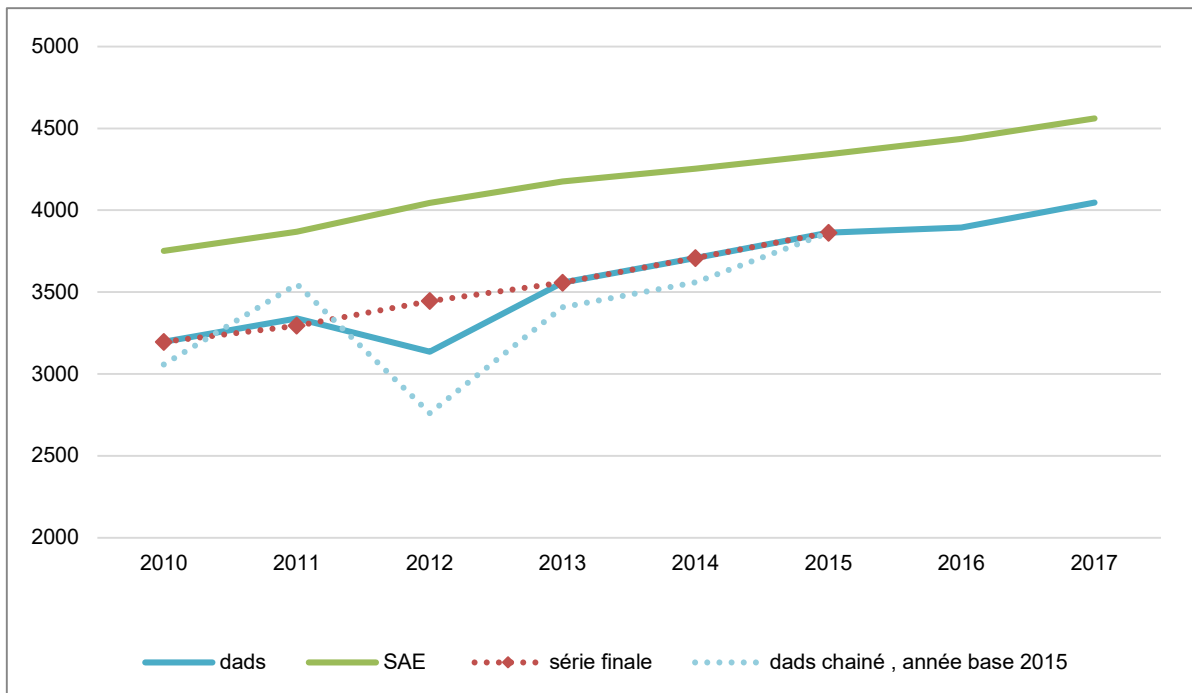
Graphique 17b • Effectifs des psychologues salariés du secteur hospitalier privé



Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Graphique 17c • Effectifs des autres soignants salariés du secteur hospitalier privé



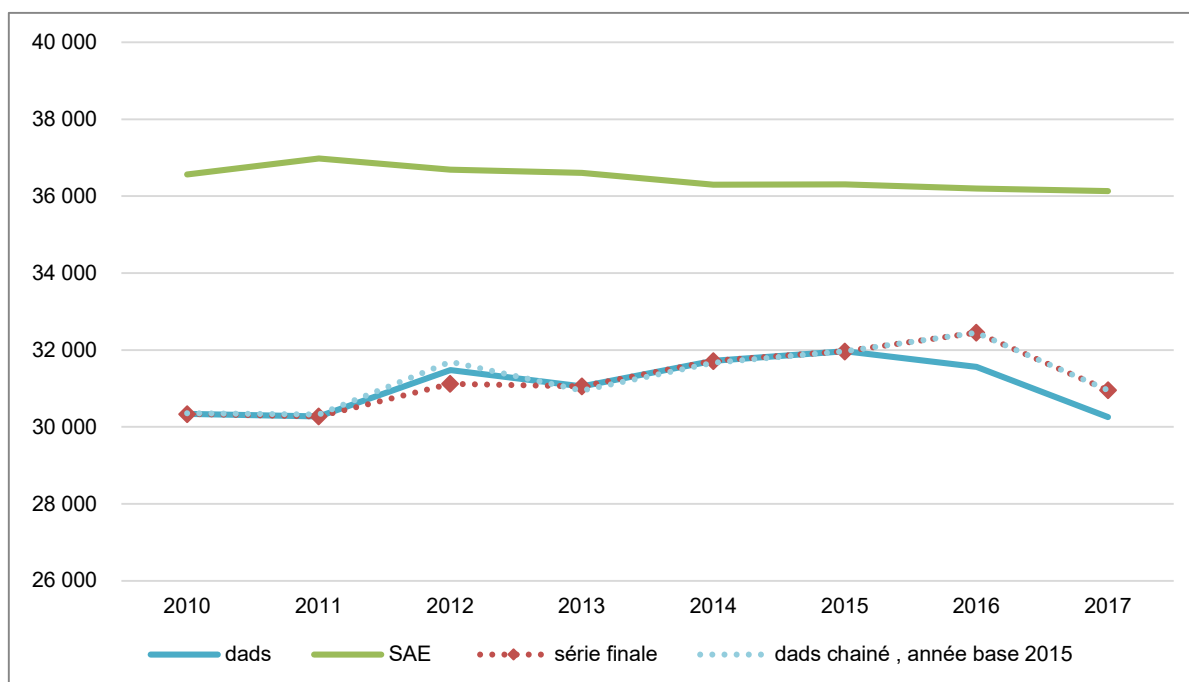
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Autres non soignants

Les effectifs des « autres non soignants » estimés avec les DADS-GF, chaînés ou pas, sont très proches et les évolutions sont proches de celles de la SAE, sauf en fin de période. Cela est sans doute dû à la forte baisse des contrats aidés qui a eu lieu à cette période et qui impacte uniquement la série DADS-GF, puisque les contrats aidés ne sont pas inclus dans la série SAE. La série finale conservée est celle estimée en chaînant les données DADS-GF.

Graphique 18 • Effectifs des autres non soignants salariés du secteur hospitalier privé



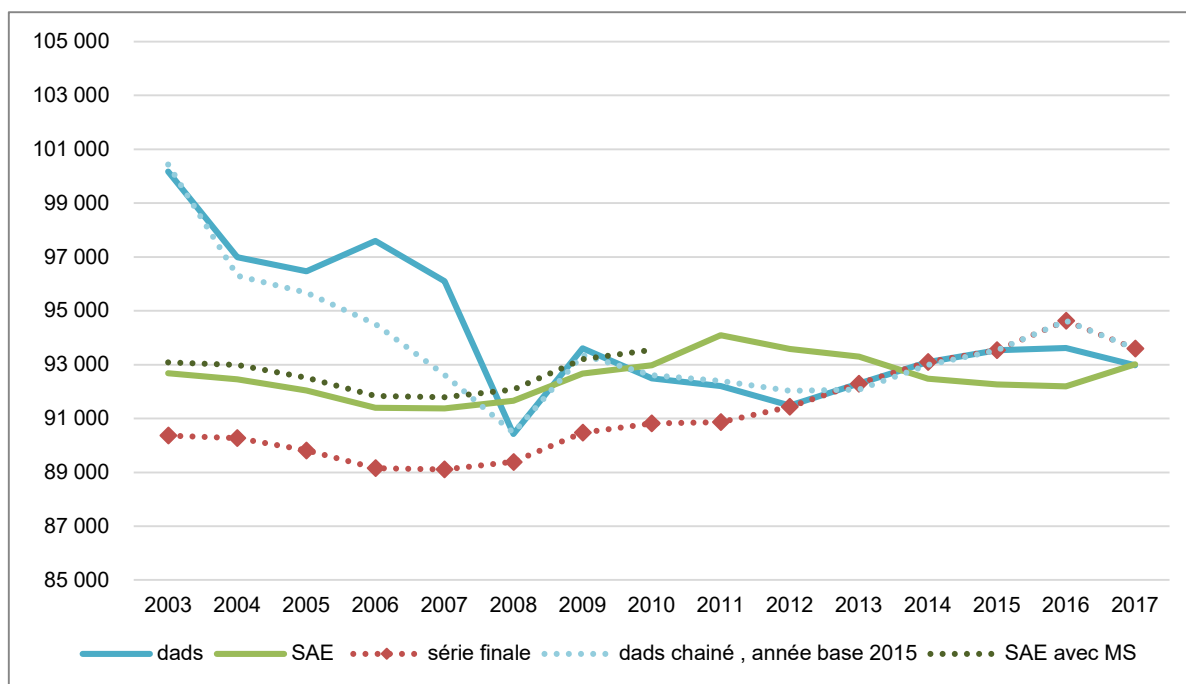
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF; DREES, SAE ; traitements DREES.

Autres personnels

Comme pour le secteur public, l'estimation des effectifs du groupe « autres personnels » est estimée à partir de 2010 en additionnant les effectifs corrigés des « autres soignants » et des « autres non soignants ». Avant 2010, les estimations sont rétropolées avec les évolutions de la SAE y compris médico-social.

Graphique 19 • Effectifs des autres personnels (soignants et non soignants) salariés du secteur hospitalier privé



Note > La série "SAE avec MS" inclut les postes médico-sociaux des Finess du secteur sanitaire, qui ne sont plus collectés depuis 2010. Cela concerne très peu de postes dans le secteur privé.

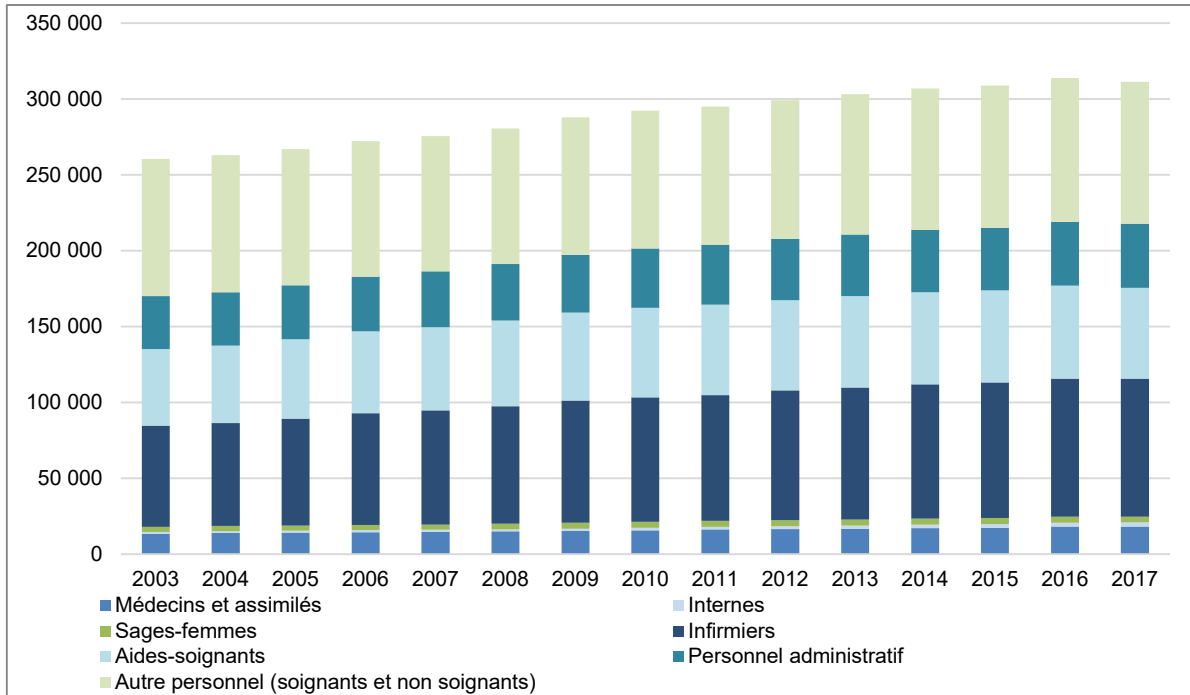
Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière hors Mayotte (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Ensemble du secteur hospitalier privé

Pour obtenir l'estimation de l'ensemble des effectifs dans le secteur hospitalier privé sur notre champ, les effectifs de Mayotte estimés avec la SAE sont ajoutés.

Graphique 20 • Effectifs salariés du secteur hospitalier privé - séries finales



Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques sauf SAE en postes), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).

Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

■ CONCLUSION

À l'issue de ce travail de construction par étape, nous disposons donc de séries d'effectifs salariés au 31 décembre dans les établissements publics et privés du secteur hospitalier (au sens du secteur d'activité). En agrégeant par secteur juridique et groupe professionnel, nous pouvons donner une image globale du niveau des effectifs salariés hospitaliers et de leur évolution de 2003 à 2017.

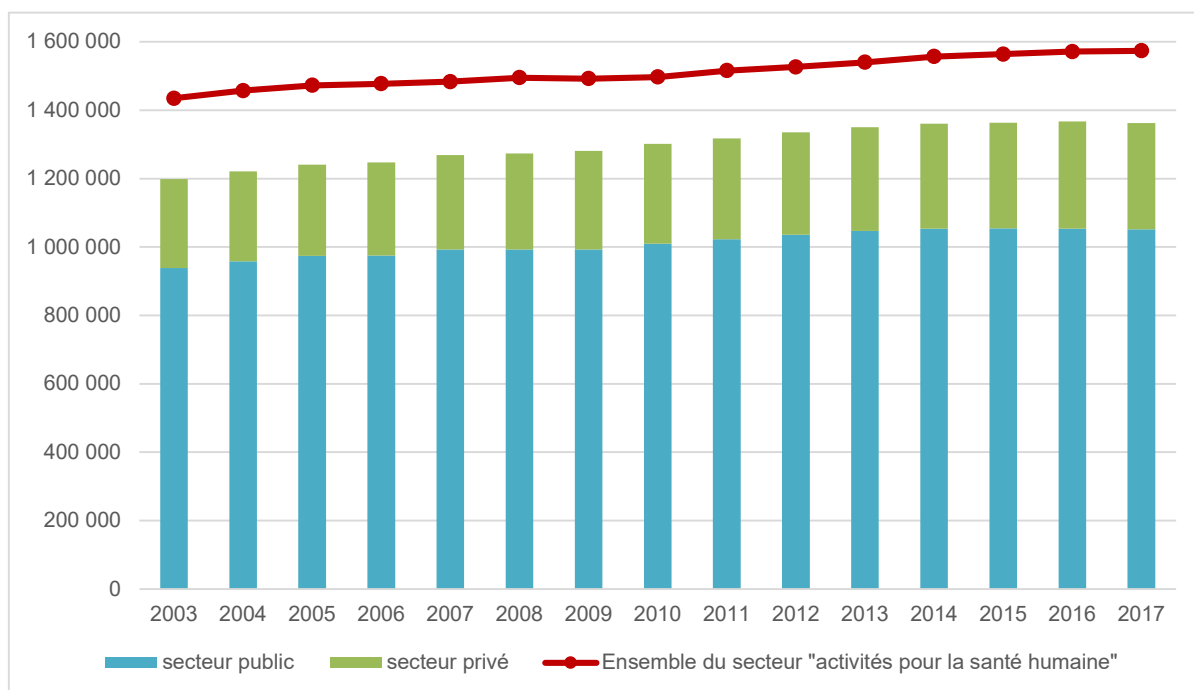
Les principales tendances des effectifs salariés hospitaliers depuis 2003

Entre fin 2003 et fin 2017, les effectifs salariés du secteur hospitalier ont progressé de 14 %, passant de 1,2 million de salariés à 1,4 million de salariés (*graphique 21*). Il faut toutefois signaler que depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent, avec un taux de croissance annuel qui passe de 1,6 % fin 2010 à 0,3 % fin 2016. Au 31 décembre 2017, les effectifs salariés hospitaliers enregistrent même un léger repli (-0,3 %), aussi bien dans le public que dans le privé.

La part des effectifs du secteur privé a connu une légère progression sur la même période, passant de 21,7 % à 22,9 %, reflet d'une progression de ces effectifs légèrement plus rapide (20 %) que dans le secteur public (12 %).

L'un des atouts de la méthode retenue ici est qu'elle permet de comparer le secteur hospitalier au reste des estimations annuelles d'emploi salarié de l'Insee. En particulier, elle permet d'étudier la part des effectifs salariés hospitaliers dans l'ensemble du secteur « activité pour la santé humaine »¹¹ (*graphique 22*). Celle-ci progresse d'abord régulièrement pour atteindre un point haut fin 2013 à 87,7 % (après 83,5 % fin 2003). Puis elle fléchit doucement, pour atteindre 86,6 % fin 2017, restant toutefois bien supérieure à son niveau de 2003.

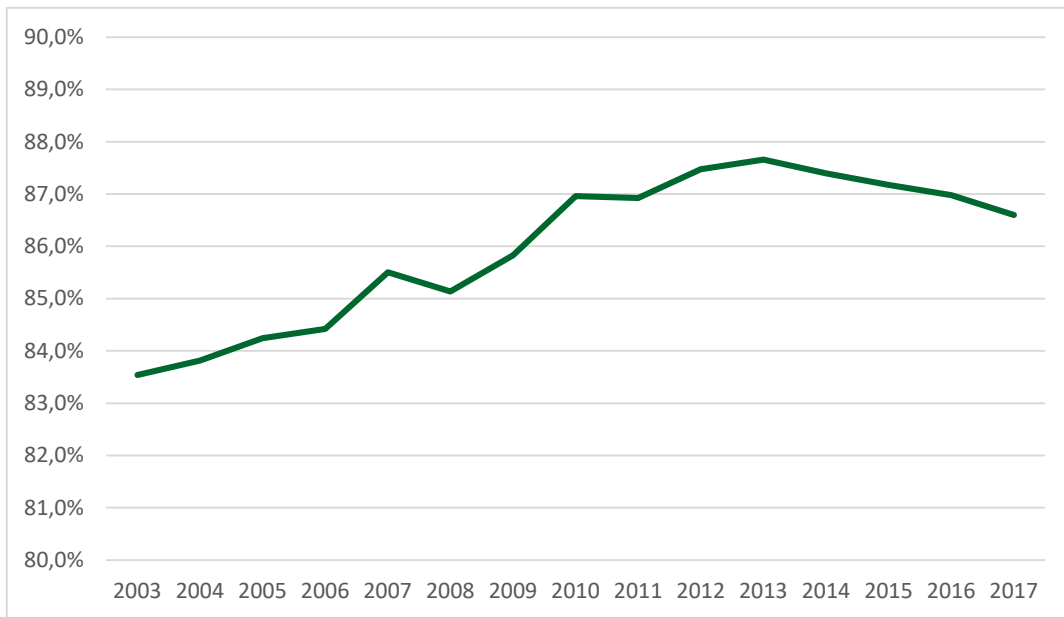
Graphique 21 • Effectifs salariés du secteur hospitalier, par type juridique d'établissement



Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31/12 (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis), sauf "activités pour la santé humaine" : France entière hors Mayotte.
Source > Insee, SIASP, DADS-GF et Estimations d'emploi ; DREES, SAE ; traitements DREES.

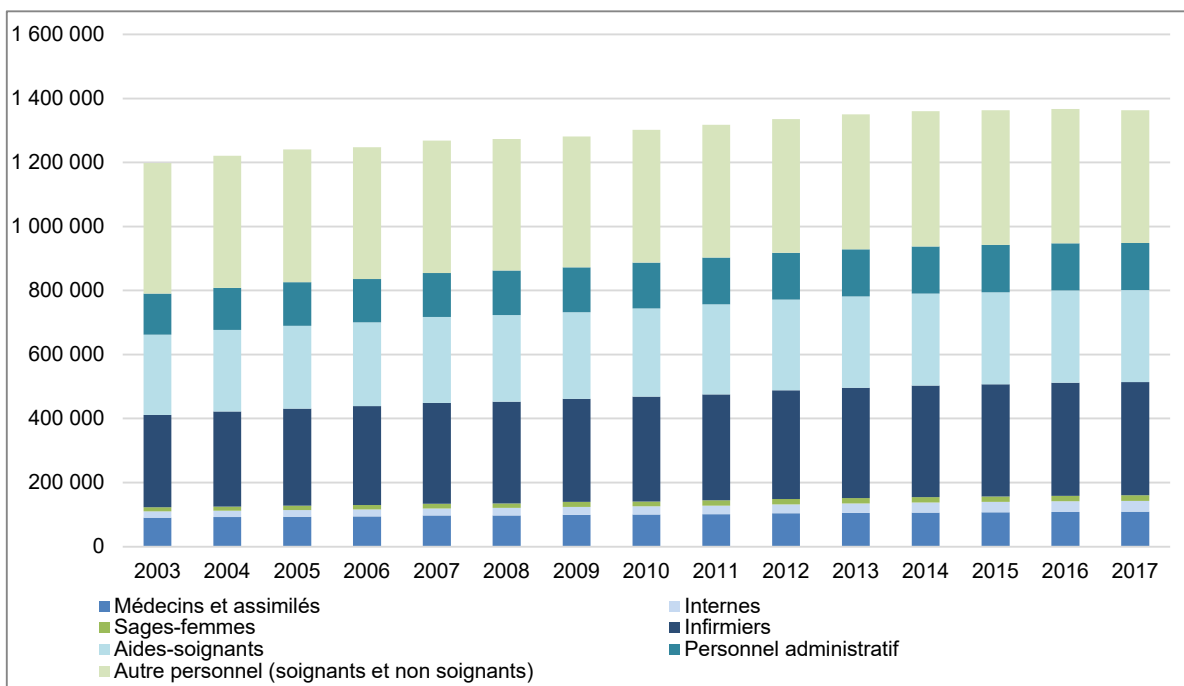
¹¹ Outre le secteur hospitalier, le secteur des « activités pour la santé humaine » comprend ici tous les salariés de la médecine de ville (médecins, dentistes, sages-femmes, infirmiers, rééducation, pédicure-podologues), exerçant par exemple en centre de santé, mais aussi les salariés ambulanciers, ceux des laboratoires de biologie médicale et ceux du secteur de l'appareillage, voir tableau A de l'annexe 1.

Graphique 22 • Part des effectifs salariés du secteur hospitalier dans l'ensemble du secteur des « activités pour la santé humaine »



Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31/12 (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis), sauf "activités pour la santé humaine" : France entière hors Mayotte.
Source > Insee, SIASP, DADS-GF et Estimations d'emploi ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Graphique 23 • Effectifs salariés du secteur hospitalier, par groupes de professions



Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31/12 (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).
Source > Insee, SIASP et DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

C'est le personnel médical au sens large (médecins et assimilés, internes et sages-femmes) qui a connu la plus forte progression entre fin 2003 et fin 2017, si bien que sa part dans les effectifs salariés hospitaliers est passée de 10,2 % à 11,7 % pendant cette période (graphique 23). Le nombre d'internes a notamment progressé de 76 %,

le nombre de sages-femmes de 34 % et celui des autres professions médicales de 20 %, en lien avec l'extension des *numerus clausus* sur la période.

Les effectifs d'infirmiers ont progressé de 23 % entre fin 2003 et fin 2017. Leur part dans les effectifs salariés a également progressé, passant de 24,1 % à 26,0 % sur la même période. La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (21 %) et des personnels administratifs (11 %) est restée globalement stable depuis 15 ans. En revanche, celle des « autres personnels » a reculé de 34,0 % à 30,4 %.

La répartition par professions des effectifs salariés est sensiblement différente entre le secteur privé et le secteur public. En particulier, la part du personnel médical dans l'ensemble du personnel salarié est plus faible dans le secteur privé (environ 8 % fin 2017, contre 13 % dans le public). Cela est probablement lié au fait qu'une grande proportion des médecins des établissements de santé privés exerce en libéral, et non sous statut salarié.

Parmi les effectifs salariés non médicaux, la part du personnel soignant, en particulier les infirmiers et les autres soignants, est un peu plus importante dans le secteur privé (74 % fin 2017) que dans le secteur public (70 %). La part d'aides-soignants parmi le personnel non médical est cependant plus élevée dans le secteur public. Au sein du personnel non soignant, les salariés du personnel administratif sont plus nombreux que ceux des autres non soignants dans le secteur privé, contrairement au secteur public.

Une progression des effectifs salariés est observée pour presque tous les groupes de professions entre fin 2003 et fin 2017, un peu plus prononcée dans le secteur privé que dans le secteur public. Deux groupes font exception et voient notamment leurs effectifs salariés reculer entre 2010 et 2017 : les sages-femmes du privé (-1,7 %) et les autres personnels soignants du public (-5,2 %).

Les effectifs salariés de sages-femmes ont progressé de manière similaire dans les deux secteurs jusqu'en 2010, mais ont ensuite continué à augmenter dans le secteur public alors qu'ils ont stagné dans le secteur privé. Ceci fait écho au fait que le secteur privé a réduit son implication dans les activités périnatales et que de nombreuses maternités privées ont fermé. Entre 2007 et 2017, le nombre d'accouchements réalisés par les cliniques privées a ainsi baissé de 40 000 au profit des maternités publiques, qui concentrent 68 % des accouchements en 2017, contre 64 % en 2007.

Le groupe des autres personnels est très hétérogène. Il regroupe aussi bien des personnels soignants, comme les agents de service hospitaliers (ASH), que des personnels non soignants comme le personnel médicotechnique ou technique. Dans le secteur public entre 2010 et 2018, la baisse sensible des effectifs salariés des autres soignants pourrait s'expliquer par la baisse des contrats aidés en fin de période : dans la FPH, de nombreux contrats aidés concernent les ASH, professions majoritaire au sein du groupe des autres personnels soignants. Dans le secteur privé, les effectifs des autres soignants sont moins dépendants des contrats aidés et ont continué d'augmenter entre 2010 et 2017.

Quelques recommandations pour un bon usage des statistiques disponibles sur les effectifs salariés hospitaliers

Un nouvel outil à associer avec les informations existantes sur l'emploi des établissements de santé et les salaires qui y sont pratiqués

La mise en place de ce nouveau jeu de séries statistiques longues ne rend pas caduque l'utilisation des autres sources et publications. Elle conduit simplement à repositionner chaque donnée sur son usage le plus pertinent :

- Les séries longues d'effectifs salariés hospitaliers (ESH) donnent un niveau de référence et une lecture en évolution pour des grands groupes de professions hospitalières, pour le public comme pour le privé ;
- La SAE sera utilisée en structure pour creuser plus finement la répartition des postes de travail par métiers et spécialisations médicales, mais aussi par catégories d'établissements de santé ;

- La publication commune Insee-DREES-DGCL-DGAFP¹² permet de positionner de manière cohérente le volet public des séries ESH par rapport à l'ensemble de la FPH d'une part et par rapport aux autres versants de la fonction publique d'autre part ;
- Enfin, le travail de mise en cohérence avec les travaux conduit sur les données SIASP et DADS-GF permet de rapprocher les données ESH des autres estimations annuelles d'emploi salarié de l'Insee (comme vu plus haut), mais aussi des travaux de la DREES sur les rémunérations des salariés du secteur hospitalier, du fait d'un recours aux mêmes sources de données, avec des méthodologies contrôlées et comparables.

Rappel des spécificités et limites de ces nouvelles séries et précautions d'emploi dans les comparaisons avec la SAE

Rappelons-le une dernière fois : le champ de ces estimations d'effectifs salariés du secteur hospitalier n'est pas celui de la SAE. La SAE se limite aux effectifs salariés des seuls établissements de santé autorisés (au sens de Finess). Nos estimations intègrent tous les établissements (au sens du Siret) du secteur d'activité hospitalier. C'est un champ plus large que celui de la SAE, qui intègre notamment une fraction d'effectifs salariés travaillant dans des unités médico-sociales ou de formation aux métiers de la santé. Par conséquent, sur les professions d'infirmier et d'aide-soignant, les évolutions des effectifs devraient donc être un peu plus dynamiques ces prochaines années dans nos estimations que dans la SAE, toutes choses égales par ailleurs.

Dans le même temps, la SAE dénombre des postes de travail tandis que nos estimations comptabilisent des personnes physiques. Si la proportion de personnels rémunérés par plusieurs sites ou encore le recours au temps partiel évoluent, les écarts en niveaux comme en tendance vont se modifier entre les deux sources.

Pistes pour entretenir et faire évoluer cet ensemble de données

Depuis 2015, les données sociales des établissements du secteur hospitalier (comme celles des établissements des autres secteurs d'activité) sont entrées dans une période d'instabilité avec le passage à la DSN, induisant de fortes révisions en niveau comme en évolution des effectifs du secteur hospitalier privé. Une méthode d'estimation pourrait consister à se recalculer systématiquement sur le dernier niveau connu. Cela aurait pour conséquence de réviser chaque fois l'ensemble de la série. Pour le secteur hospitalier privé, les révisions seraient alors sensibles pour les trois dernières années (*graphique 24*).

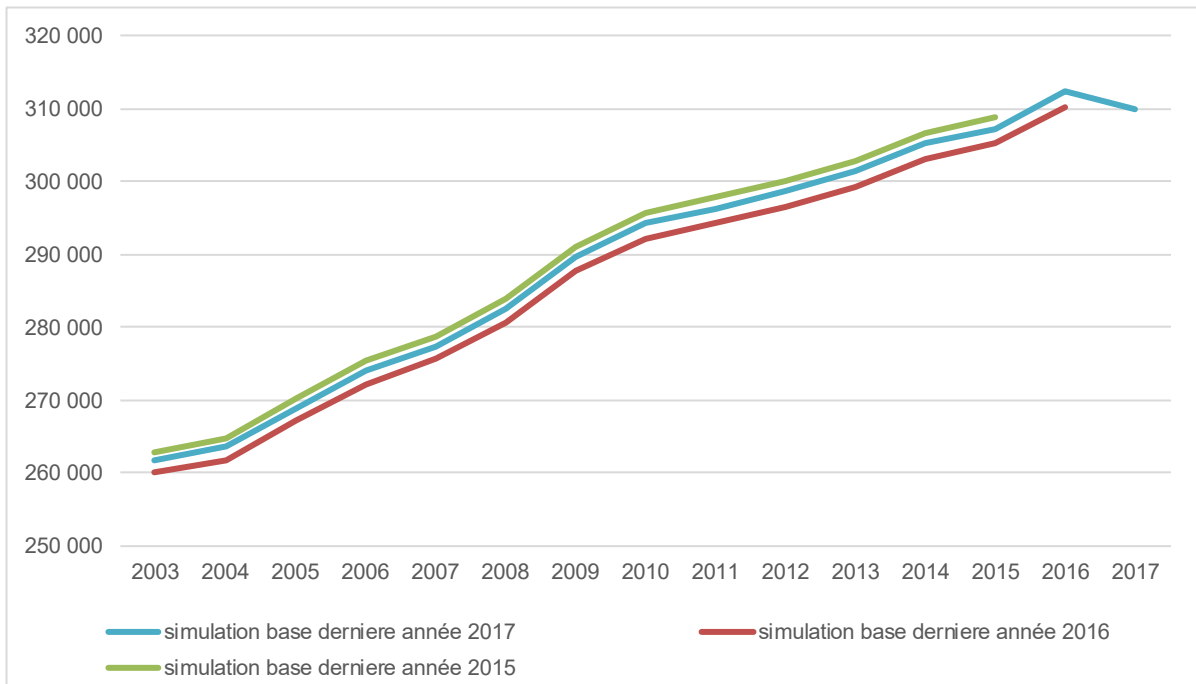
Pour cette raison, nous avons construit un outil qui permet de conserver un historique stable de données avant 2015, avec des révisions cantonnées aux années postérieures à 2015 (*graphique 25*). Soulignons que plusieurs années postérieures à 2015 peuvent être affectées à chaque fois, pour intégrer le maximum d'informations fournies par les nouvelles livraisons de fichiers DADS-GF corrigés : un nouveau fichier DADS-GF 2016 a ainsi été livré en même temps que le fichier DADS-GF 2017, induisant une mise à jour simultanée des évolutions 2015-2016 et 2016-2017.

La technique retenue (chaînage des évolutions révisées sur le niveau de 2015) peut toutefois conduire à une dérive progressive du niveau des effectifs. Celle-ci ne pourra être réellement appréciée et étudiée qu'une fois que tous les établissements du secteur hospitalier auront fini de passer à la DSN.

Les données sociales seront toutes en DSN en 2023 ou 2024. Ceci suggère de prévoir un nouvel examen méthodologique une fois toutes les données 2024 connues. Celui-ci pourrait viser à expertiser l'existence ou non d'une dérive progressive en niveau des effectifs salariés hospitaliers de notre outil. Il s'agirait alors de produire des séries révisées et définitives pour la séquence 2015-2024. Alors figées en niveau, celles-ci pourraient servir de socle à un nouvel outil de production de ces estimations, avec pour année de base 2024 (ou 2025).

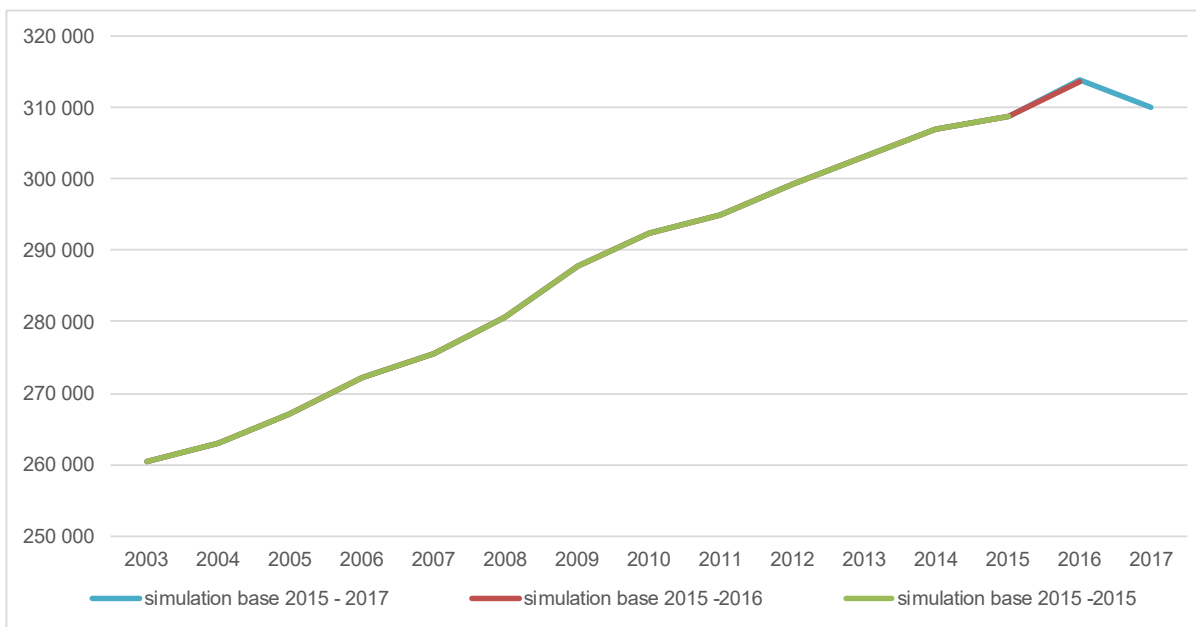
¹² Les données FPH de cette publication commune sur les trois versants de la fonction publique sont celles qui font référence pour aider à piloter les politiques de revalorisations salariales de la FPH, car elles couvrent exactement le champ de la FPH.

Graphique 24 • Révisions successives de la série des effectifs salariés du secteur hospitalier privé, dans le cas d'un calage intégral sur le dernier niveau connu



Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).
Source > Insee, DADS-GF ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Graphique 25 • Révisions successives de la série des effectifs salariés du secteur hospitalier privé, dans le cas de la méthode « base 2015 »



Champ > Salariés du secteur hospitalier privé présents au 31/12 (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis).
Source > Insee, DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

■ BIBLIOGRAPHIE

- **Ba, A., Donzeau N., Pons Y.** (2020, avril). « En 2018, les contrats aidés chutent, les autres emplois publics augmentent ». Insee, *Insee Première*, 1797.
- **Barlet, M., Marbot, C.** (dir.) (2016, juillet). *Portrait des professionnels de santé –édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **DGAFP** (2019, décembre). *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique - édition 2019*. Paris, France.
- **Insee** (2019, décembre). « En 2018, la forte baisse des contrats aidés entraîne une légère diminution de l'emploi public ». Insee, *Informations rapides*, 2019-324.
- **Loquet, J.** (2015, septembre). Emplois et salaires dans le secteur hospitalier en 2012. DREES, *Études et Résultats*, 934.
- **Toutlemonde, F.** (dir.) (2020, juillet). *Les établissements de santé –édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Annexe 1. Principales spécificités des sources SIASP, DADS et SAE

L'exploration des sources de données qui alimentent les publications existantes sur les effectifs salariés hospitaliers nous a rapidement conduit à nous focaliser sur les caractéristiques de trois sources de données administratives distinctes : le système d'information des agents du secteur public (SIASP, Insee), le fichier des déclarations annuelles de données sociales « grand format » (DADS-GF, Insee) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE, DREES).

Les données « tous salariés » du fichier DADS

La déclaration annuelle de données sociale (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement (Siret) un certain nombre d'informations sur l'emploi et les rémunérations, relatives aux salariés et à l'établissement (nature et qualification de l'emploi, montant des rémunérations versées, etc.).

Chaque année, l'Insee récupère et traite les DADS pour alimenter deux chaînes de production :

- la première, SIASP, traite les déclarations des employeurs de la FPH et de la FPT, en sus des fichiers de paie des agents de l'État, pour produire un fichier SIASP couvrant les trois fonctions publiques ;
- la seconde, DADS, traite les déclarations des employeurs du secteur privé.

En bout de chaînes, les fichiers SIASP et DADS sont agrégés pour produire un fichier dit « DADS Grand Format » (DADS-GF) sur l'ensemble des postes de travail des établissements français, qu'ils soient publics ou privés. Dans ce fichier, chaque observation est un croisement « individu x Siret » appelé « poste ». Attention toutefois à un cas particulier lié au processus de fabrication du fichier DADS-GF de l'Insee : si un salarié occupe plusieurs postes au sein du même Siret durant la même année, tous ses postes seront fusionnés sur une même ligne du fichier. C'est seulement s'il occupe plusieurs postes au sein de Siret différents qu'ils apparaîtront tous.

Ce fichier permet de compter aussi bien le nombre total de « postes » des établissements que le nombre d'individus salariés dans ces établissements. Si un individu occupe plusieurs postes de travail dans l'année, plusieurs lignes du fichier documenteront les différents postes occupés. Dans le cas de la multiactivité (plusieurs postes occupés la même année), il est d'usage d'identifier le « poste principal au 31 décembre » de cet individu, soit le poste actif le plus rémunérateur parmi les postes occupés au 31 décembre.

Chaque version du fichier Insee contient les données de l'année N, mais également celles de l'année N-1, de manière à permettre le calcul d'évolution à des niveaux fins.

Plusieurs phénomènes occasionnant des ruptures de série dans les (DADS-GF) ont été relevés, conduisant parfois à produire des retraitements spécifiques pour les années concernées :

- Changement de la nomenclature PCS (professions et catégories socioprofessionnelles) en 2003 : l'impact est net en 2003, notamment lorsqu'il s'agit d'identifier des professions en particulier comme c'est le cas dans ce dossier, mais il est également sensible sur les années 2004 et 2005, probablement du fait d'une intégration seulement progressive des nouvelles PCS.
- Passage à la norme DADS-U en 2005 : il s'agit d'une refonte de la modalité déclarative avec l'arrivée de la déclaration automatisée des données sociales unifiée, dite DADS unifiée, ou DADS-U.
- Passage de la NAF rév.1 à la NAF rév.2 en 2008 : la nomenclature des activités françaises (NAF) a été révisée entre 2007 et 2008, si bien que la codification des APET (code d'activité principale de l'établissement) a été profondément revue. Dans le cas de notre travail, reposant sur l'identification du secteur hospitalier par mobilisation de l'APET, l'impact est majeur. Le tableau A ci-après présente le détail de la Naf rév.2 pour le secteur des « activités pour la santé humaine ».
- Passage aux « DADS grand format » en 2009 : à partir de 2009, les déclarations DADS des employeurs de la FPH et de la FPT ne sont plus traitées dans la chaîne « DADS » comme auparavant, mais intégrées dans une chaîne spécifique à la fonction publique. Elles sont réintégrées *in fine* dans le fichier « Grand Format ». Les redressements des données et les traitements de mise en cohérence ne sont donc plus cohérents entre public

et privé. Cette évolution majeure se combine avec le passage à une PCS codée et redressée de manière plus fine, dite « PCS à 4 chiffres » (au lieu de 2 avant).

- Passage à la norme N4DS en 2011 : la norme pour les déclarations dématérialisées des données sociales (N4DS), est une évolution de la norme DADS-U qui permet d'élargir le périmètre des déclarations supportées par la norme mais aussi d'améliorer la fiabilité des données déclarées. Cette évolution, qui a eu un impact notamment sur le codage des PCS, a probablement aussi continué d'avoir des impacts jusque pour les DADS 2012.
- Passage à la DSN à partir de 2016 pour le privé, 2020 pour le public.

Tableau A • Détail des sous-classes du secteur des « activités pour la santé humaine » de la Naf rév.2

Code	Intitulés de la NAF rév.2
86	Activités pour la santé humaine
86.1	Activités hospitalières
86.10	Activités hospitalières
86.10Z	Activités hospitalières
86.2	Activité des médecins et des dentistes
86.21	Activité des médecins généralistes
86.21Z	Activité des médecins généralistes
86.22	Activité des médecins spécialistes
86.22A	Activités de radiodiagnostic et de radiothérapie
86.22B	Activités chirurgicales
86.22C	Autres activités des médecins spécialistes
86.23	Pratique dentaire
86.23Z	Pratique dentaire
86.9	Autres activités pour la santé humaine
86.90	Autres activités pour la santé humaine
86.90A	Ambulances
86.90B	Laboratoires d'analyses médicales
86.90C	Centres de collecte et banques d'organes
86.90D	Activités des infirmiers et des sages-femmes
86.90E	Activités des professionnels de la rééducation, de l'appareillage et des pédicures-podologues
86.90F	Activités de santé humaine non classées ailleurs

Les données du fichier SIASP

Le système d'information sur les agents des services publics (SIASP), produit par l'Insee à partir de 2009, exploite les informations contenues dans les DADS (données sur l'emploi et les rémunérations) sur le champ des agents des trois versants de la fonction publique (de l'État, territoriale et hospitalière). Le périmètre de la fonction publique recouvre les personnes morales et organismes soumis au droit administratif dans lesquels le recrutement est effectué sur la base du droit public. La détermination de chacun des versants s'appuie essentiellement sur la catégorie juridique de l'employeur.

Le fichier SIASP contient toutefois des informations supplémentaires par rapport aux DADS, propres aux emplois publics, notamment la catégorie (A, B, C), le grade, l'échelon, le statut (titulaire, non titulaire).

Construit à partir de la DADS, le fichier SIASP est exposé aux mêmes risques de rupture de séries que le fichier DADS-GF.

Les données de la SAE

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Depuis 2013, chaque entité géographique est interrogée sur les effectifs qu'elle rémunère et est identifiée par un numéro Finess géographique. De 2000 à 2012, c'est également le cas dans le secteur privé, mais dans le secteur public, ce sont les entités juridiques (identifiées par un numéro Finess juridique) qui répondent pour l'ensemble de leurs établissements géographiques.

Concernant les questions sur les effectifs rémunérés, la SAE demande à chaque Finess géographique de déclarer un volume d'emplois (au sens du poste de travail), ce qui occasionne naturellement des « double-comptes » pour les salariés rémunérés par plusieurs Finess géographiques, comme c'est souvent le cas chez les médecins notamment.

La SAE n'est pas conçue pour répondre à un besoin de suivi d'évolution d'emploi, mais plutôt à un besoin de connaissance fine de sa structure une année donnée. Les évolutions réglementaires, y compris sur les questions de personnels, sont assez fréquentes si bien que la priorité d'abord donnée au fait de rendre compte des nouveautés, même si depuis quelques années la DREES s'est donnée comme objectif de produire aussi des statistiques interprétables en évolution.

En outre, plusieurs phénomènes occasionnant des ruptures de série dans la SAE sont connus :

- En 2000, la SAE connaît une refonte dont les effets sur les résultats ne s'estompent qu'au bout de plusieurs exercices, affectant les données 2000, 2001 et 2002.
- Depuis 2009, les données sur les effectifs rémunérés par les établissements de santé publics incluent les CDD sur emplois non permanents (compte 6415) alors qu'ils ne l'étaient pas avant.
- Depuis 2011, le champ de la SAE est restreint aux seuls services sanitaires des établissements de santé, excluant notamment les personnels des services médico-sociaux de ces établissements, comptabilisés jusqu'alors.
- En 2013, une profonde refonte de la SAE affecte particulièrement les données du secteur public, désormais enquêté au niveau de chaque entité géographique, et non plus au niveau de l'entité juridique comme jusqu'en 2012.

La maille déclarative : la difficile réconciliation des Siret et des Finess géographique

La première différence marquante entre la SAE, d'une part, et les fichiers DADS-GF et SIASP, d'autre part, est la définition et l'identification de ce qu'on appelle un « établissement ». C'est ce que nous appelons la « maille déclarative ». Dans DADS-GF et SIASP, un établissement est repéré par son numéro Siret (répertoire Sirene de l'Insee), en écho à un site géographique d'une entité juridique donnée. Le code d'activité principale de l'établissement (APET) permettra de repérer le secteur hospitalier. Dans la SAE, l'établissement est repéré par un numéro de Finess géographique (répertoire Finess de la DREES). Nous sommes donc amenés à explorer la question de la réconciliation des référentiels Sirene et Finess. Le plus simple serait qu'il y ait une « table de passage » fiable permettant d'aller de l'un à l'autre, autorisant des appariements. Malheureusement, cette

information n'existe pas de manière sûre. L'information sur le Finess est absente de Sirene. Dans Finess, il existe bien un champ pour documenter le Siret, mais sa fiabilité n'apparaît pas garantie : le remplissage de ce champ par les gestionnaires Finess des agences régionales de santé (ARS) n'est pas obligatoire, et il est coûteux pour les gestionnaires qui auraient à tenir à jour un lien entre deux référentiels dont la coordination n'est pas organisée.

En pratique, le Finess géographique est « emboîté » dans le Siret : lorsque plusieurs activités sanitaires ou médico-sociales distinctes, avec des budgets distincts, voisinent sur la même adresse, chacune est immatriculée avec son numéro de Finess géographique propre. Par exemple, à une adresse donnée, sous un même Siret A, on pourra trouver le Finess d'un centre hospitalier (Finess 1), celui d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI, Finess 2) et celui d'une structure médico-sociale (Finess 3). La SAE n'enquêtant que les structures sanitaires dotées d'une autorisation de soins, elle ne décomptera que les emplois salariés du Finess 1, tandis que SIASP et les DADS décompteront tous les salariés du Siret A.

Prenons l'exemple d'un cas réel (ici anonymisé) pour mieux illustrer cette difficile réconciliation de Finess et Sirene, avec l'entité juridique privée de la « Clinique AB ». Au niveau de l'entité juridique (EJ) tout d'abord, la situation est assez simple : dans Finess, elle est enregistrée sous le numéro de Finess EJ AA AAA AA AA et dans Sirene sous le SIREN BBB BBB BBB, avec une identité de périmètre. La situation se complique en allant au niveau géographique. Dans Sirene, un unique établissement est enregistré sous le Siret BBB BBB BBB 000bb. Mais dans Finess, 3 entités géographiques sont enregistrées : une unité de soins de longue durée (SLD), Finess AA aaa aa 01 ; une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), Finess AA aaa aa 02 ; un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), Finess AA aaa aa 03.

La coexistence de ces 3 Finess géographiques distincts s'explique par des budgets distincts : les unités de SLD ont souvent des budgets distincts des autres unités sanitaires, et les unités sanitaires sont séparées budgétairement des unités médico-sociales. Au total, la SAE ne va collecter que les emplois rémunérés par les unités de SSR et de SLD, tandis que les données DADS-GF (il s'agit d'une entité privée) vont collecter l'ensemble des effectifs du Siret, donc en incluant ceux de l'EHPAD (*tableau B*).

Tableau B • Salariés rémunérés par la « Clinique AB », dans la SAE et dans les DADS au 31/12/2017

	<i>DADS, Siret BBB BBB BBB 000bb</i>	<i>SAE, Finess AA aaa aa 01 et AA aaa aa 02</i>
Concept d'emploi	Personnes physiques (PP)	Postes de travail rémunérés
Ensemble des salariés	163	104
Médecins	7	6
Infirmiers	19	16
Aides-soignants	34	27
Administratifs	16	11
Autres	87	44

DADS > Déclarations annuelles de données sociales ; **SAE** : statistique annuelle des établissements de santé.
Sources > INSEE, DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Une spécificité supplémentaire vient se rajouter : depuis 2011, la SAE interroge les établissements de santé sur leurs seuls effectifs sanitaires. Il peut en effet arriver qu'il existe un service médico-social isolé au sein d'établissement de santé, le tout repéré par un unique Finess géographique. Dans ce cas, l'établissement ne renseigne pas dans la SAE les effectifs de ce service médico-social. Cela fait donc deux raisons pour lesquelles les champs ne coïncideront pas sur certains cas particuliers de « gros établissement multi-disciplinaires », en particuliers s'ils ont des activités médico-sociales.

La multiactivité dans les DADS et dans la SAE, les impacts sur les écarts observés

Dans les DADS et SIASP, l'information sur chaque salarié de chaque Siret est disponible. De ce fait, lorsqu'un salarié travaille pour deux Siret différents, il est possible de ne le compter qu'une fois, dans son « poste principal ». En revanche, dans la SAE, les établissements géographiques (Finess) documentent directement leurs effectifs en emploi. Si un salarié est rémunéré par deux Finess géographiques différents, il sera déclaré deux fois (à temps partiel), sans possibilité d'avoir l'information de cette double déclaration. C'est pour cette raison que les publications à partir de la SAE communiquent sur un nombre d'emplois (au sens du poste de travail) et non sur un nombre de personnes physiques en emploi.

SIASP et les DADS permettent également de calculer un nombre de postes de travail, mais il n'est pas exactement comparable à celui de la SAE. Dans le cas d'un salarié rémunéré par 2 Finess géographique différents, il sera compté 2 fois dans la SAE. Dans les DADS et SIASP, cela dépendre si les 2 Finess géographique dépendent du même Siret ou non. S'ils dépendent du même Siret, alors le fichier « tous salariés » des DADS que nous exploitons ne comportera qu'une unique ligne (voir plus haut). Ce n'est que si les 2 Finess géographique sont dans 2 Siret distincts qu'il y aura 2 postes comptabilisés avec SIASP et DADS-GF. Le nombre de postes de travail DADS-GF pourra donc être inférieur à celui de la SAE dans un certain nombre de cas.

Annexe 2. Construction de groupes de professions dans les sources SIASP et DADS

Les salariés des établissements de santé sont regroupés en 7 groupes de professions :

- Médecins et assimilés (hors internes) : médecins, pharmaciens et dentistes
- Internes
- Sages-femmes : y compris les sages-femmes cadres
- Infirmiers : hors cadres infirmiers
- Aides-soignants : y compris auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques
- Personnel administratif
- Autres dont
 - Autres soignants : les agents de service hospitaliers ; les professions de la rééducation, les cadres infirmiers ; les psychologues ; les assistantes maternelles et familles d'accueil ;
 - Autres non soignants : personnel technique (ouvriers, techniciens, ingénieurs) ; personnel du social et de l'éducatif ; personnel médicotechnique.

Les groupes ont été constitués à partir des regroupements utilisés dans la SAE. Dans SIASP, la profession peut être identifiée à l'aide de deux variables distinctes : la PCS et le GRADE, codé dans la nomenclature des emplois hospitaliers (NEH). Dans DADS-GF, la profession est identifiable avec une seule variable PCS, qui peut être codée suivant la nomenclature de PCS ou suivant la nomenclature de grade NEH, au choix du déclarant. La nomenclature de PCS est principalement la PCS-ES 2003, mais aussi la PCS 1982 en début de période.

Détails sur la répartition des PCS 2003 par groupe de professions

Toutes les catégories socioprofessionnelles ont été classées dans un groupe de professions, qu'elles apparaissent ou pas dans les données. Un classement le plus similaire possible a été réalisée avec la nomenclature PCS de 1982 pour pouvoir classer pour les années les plus anciennes les emplois encore déclarés dans l'ancienne nomenclature (données DADS-GF).

- Médecins et assimilés : Médecins libéraux spécialistes ; Médecins libéraux généralistes ; Chirurgiens-dentistes ; Pharmaciens libéraux ; Professeurs agrégés et certifiés de l'enseignement secondaire ; Enseignants de l'enseignement supérieur ; Professeurs et maîtres de conférences ; Professeurs agrégés et certifiés en fonction dans l'enseignement supérieur ; Personnel enseignant temporaire de l'enseignement supérieur ; Chercheurs de la recherche publique ; Directeurs et chargés de recherche de la recherche publique ; Ingénieurs d'étude et de recherche de la recherche publique ; Allocataires de la recherche publique ; Médecins hospitaliers sans activité libérale ; Médecins salariés non hospitaliers ; Pharmaciens salariés

Les professeurs des universités exerçant en établissement de santé sont classés dans le groupe des médecins et assimilés C'est pour cette raison qu'apparaissent dans les données des PCS universitaires et de recherche. Ces cas sont en pratique peu nombreux.

- **Internes** : Internes en médecine, odontologie et pharmacie ;
- **Sages-femmes** : Sages-femmes salariées ;
- **Infirmiers** : Infirmiers psychiatriques ; Puéricultrices ; Infirmiers spécialisés (autres qu'Infirmiers psychiatriques et puéricultrices) ; Infirmiers en soins généraux, salariés ; Infirmiers libéraux ;
- **Aides-soignants** : Aides-soignants ; Auxiliaires de puériculture ; Aides médico-psychologiques ;
- **Autres soignants** : Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non Médecins) ; Cadres Infirmiers et assimilés ; Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux ; Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés ; Autres spécialistes de la rééducation, libéraux ; Autres spécialistes de la rééducation, salariés ; Agents de service des établissements primaires ; Agents de service des autres établissements d'enseignement ; Agents de service de la fonction publique (sauf écoles, hôpitaux) ; Agents de service hospitaliers ; Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil ; Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales ;

Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers ; Employés des services divers ; Ouvriers du tri, de l'emballage, de l'expédition, non qualifiés ; Nettoyeurs.

Les catégories socio-professionnelles nettoyeurs, employés divers de service et ouvriers du tri, de l'emballage, de l'expédition sont codés dans le groupe « Autres soignants ». En effet, les effectifs de ces catégories varient parfois très fortement d'une année sur l'autre pour un même établissement, en particulier dans le secteur privé. Nous attribuons cela à un mauvais codage de la profession d'agents de service à partir du libellé renseigné par l'établissement.

Les postes de contrats aidés qui n'ont pas de code de profession (cas qui concerne essentiellement la base SIASP) sont codés en agent de service car c'est la PCS la plus courante pour ceux pour qui l'information est disponible.

Les deux groupes de professions restants concernent des « non soignants » et comportent une liste beaucoup plus importante de PCS que nous ne reproduisons pas dans sa totalité.

- **Filière administrative** : PCS de cadres, professions intermédiaires et employés administratifs, commerciaux, juridiques ou financiers.
- **Autres non soignants** :
 - Filière médicotechnique : Techniciens médicaux ; Opticiens lunetiers et audioprothésistes salariés ; Autres spécialistes de l'appareillage médical salariés ; Préparateurs en pharmacie ; Assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens médicaux ;
 - Filière éducative et sociale : Psychologues spécialistes de l'orientation scolaire et professionnelle ; Instituteurs ; Professeurs des écoles ; Professeurs d'enseignement général des collèges ; Professeurs de lycée professionnel ; Maîtres auxiliaires et professeurs contractuels de l'enseignement secondaire ; Conseillers principaux d'éducation ; Surveillants et aides-éducateurs des établissements d'enseignement ; Formateurs et animateurs de formation continue ; Moniteurs et éducateurs sportifs, sportifs professionnels ; Cadres de l'intervention socio-éducative ; Assistants de service social ; Conseillers en économie sociale familiale ; Éducateurs spécialisés ; Moniteurs éducateurs ; Éducateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier ; Éducateurs de jeunes enfants ; Animateurs socio-culturels et de loisirs ;
 - Filière technique : PCS d'artisans, ingénieurs, techniciens, ouvriers, agents de maîtrise ; y compris ambulanciers ;
 - Autres PCS non classées (peu fréquentes).

Annexe 3. Mise en cohérence temporelle des données de la SAE

La SAE a connu plusieurs ruptures de séries bien identifiées :

- En 2000, la SAE connaît une refonte dont les effets sur les résultats ne s'estompent qu'au bout de plusieurs exercices, affectant les données 2000, 2001 et 2002.
- Depuis 2009, les données sur les effectifs rémunérés par les établissements de santé publics incluent les CDD sur emplois non permanents (compte 6415) alors qu'ils ne l'étaient pas avant.
- Depuis 2011, le champ de la SAE est restreint aux seuls services sanitaires des établissements de santé, excluant notamment les personnels des services médico-sociaux de ces établissements, comptabilisés jusqu'alors.
- En 2013, une profonde refonte de la SAE affecte particulièrement les données du secteur public, désormais enquêté au niveau de chaque entité géographique, et non plus au niveau de l'entité juridique comme jusqu'en 2012.

En 2009 : amélioration de la couverture des contractuels des hôpitaux publics

En 2009, le bordereau Q23 (emplois de sages-femmes et de personnels non médicaux rémunérés par les établissements de santé) a été totalement revu afin de se rapprocher des concepts des DADS. Jusque-là, le bordereau Q23 était différent pour les établissements publics et privés. Pour les établissements publics, le personnel non médical devait être ventilé selon le compte auquel il appartient (comptes 6411, 6413 et 64151) alors que pour les établissements privés cette répartition n'était pas demandée. Depuis 2009, la distinction se fait selon le type de contrat (titulaire et stagiaire de la fonction publique hospitalière, CDI, CDD). Avant 2009, les emplois du compte 6415 (CDD sur emploi non permanent) n'étaient demandés qu'en équivalent temps plein (ETP) moyen mensuel rémunéré, sans décompte du nombre d'emplois au 31 décembre. La modification de questionnaire en 2009 a donc conduit à intégrer également ces emplois, avec un saut en niveau significatif (*graphique A*).

En 2011 : resserrement du champ sur les seuls salariés « sanitaires » des établissements de santé

Pour la SAE 2011, il a été demandé aux entités juridiques de ne plus comptabiliser le personnel, médical et non médical, de leurs établissements non sanitaires. Cette volonté de rester sur un personnel purement sanitaire provient du fait que l'objectif de la SAE est de mettre les facteurs de production des établissements de santé, notamment le personnel, en regard de l'activité sanitaire produite par ces établissements. De ce fait, le nombre d'emplois dénombrés à partir de 2011 est nettement plus bas que jusqu'en 2010, du fait du retrait des emplois des unités médico-sociales (*graphique A*).

Un premier travail pour produire des ETP corrigés des ruptures de 2009 et 2011

Des traitements ont été effectués sur les données de la SAE de manière à pouvoir étudier l'évolution des ETP du personnel non médical à champ constant sur la période 2001-2011. La DREES a procédé à deux types de corrections : pour le personnel non médical, les ETP au 31/12 du compte 6415 ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés pour la période 2001-2008 et pour le personnel médical et non médical, les ETP des établissements non sanitaires ont été exclus sur la période 2001-2010. Ces traitements permettent alors d'être sur le même champ que celui de la SAE 2011, à savoir l'ensemble du personnel des établissements sanitaires. Toutes ces corrections, ainsi que les données corrigées, ont fait l'objet d'une communication et d'une mise à disposition publique sur le site [data.Drees](#), en fin d'année 2013 lors de la diffusion des bases statistiques de la SAE 2012.

Construction de nombres de postes de travail au 31 décembre corrigés des ruptures de 2009 et 2011

Pour les besoins de ce dossier, nous nous sommes appuyés sur ces séries d'ETP corrigés. Nous avons reconstitué des séries de nombre de postes de travail actifs au 31 décembre en deux temps.

Tout d'abord, des données de postes de travail hors médico-social ont été produites pour la séquence 2009-2010 :

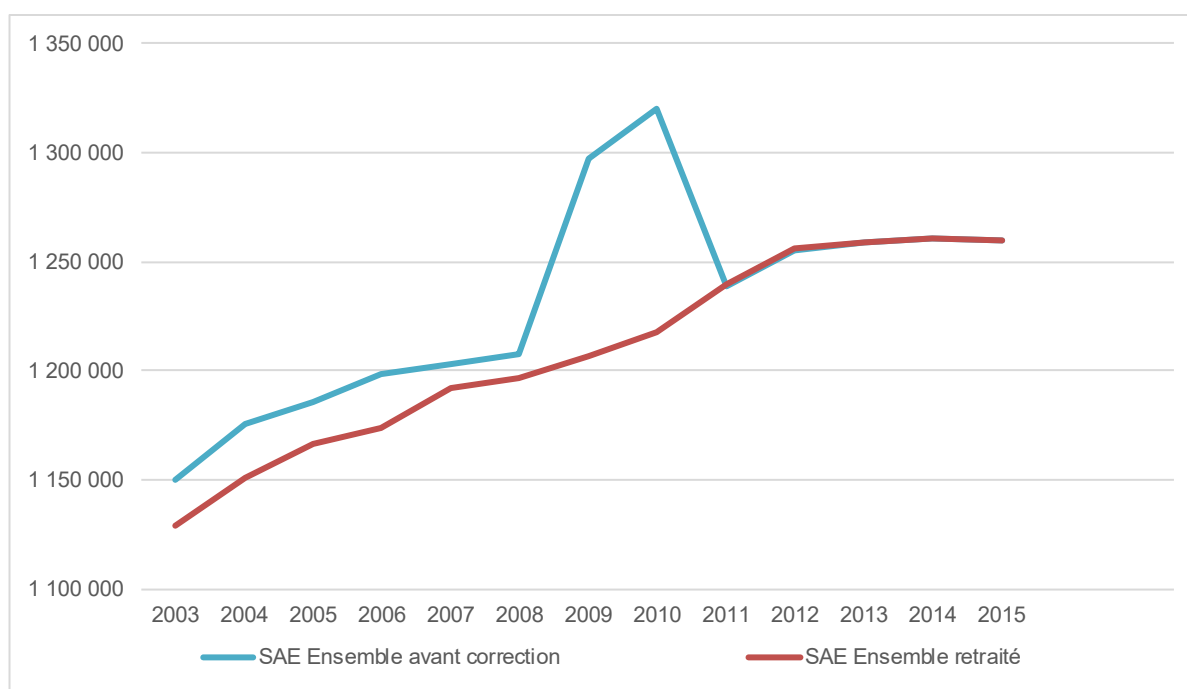
- De 2003 à 2010, nous récupérons pour chaque groupe professionnel le partage des ETP entre sanitaire et non sanitaire à l'aide du bordereau Q24.
- Nous en déduisons un coefficient CS pour chaque groupe professionnel, indiquant le poids du sanitaire dans l'ensemble des ETP de ce groupe.
- Nous faisons l'hypothèse que ce coefficient s'applique à l'identique au nombre de postes de travail au 31 décembre, pour finalement déduire le nombre de postes hors médico-social. Cette hypothèse suppose que le rapport entre ETP et postes de travail est le même pour les seuls postes sanitaires que pour l'ensemble des postes, ou encore que les paramètres de poids du temps partiel sont identiques entre personnels sanitaires et médico-social. C'est une hypothèse forte, que nous sommes contraints de faire, faute de mieux.

Puis nous avons reconstruit des postes de travail hors médico-social mais y compris compte 6145 de 2003 à 2008 :

- Nous commençons par calculer $CTP = ETP \text{ corrigés} / \text{Nombre de postes de travail}$, pour chaque groupe professionnel en 2009.
- Nous faisons alors l'hypothèse d'une stabilité de ce coefficient CTP sur la période 2003-2009, identique au niveau calculé pour 2009.
- Nous en déduisons le nombre de postes pour chaque groupe professionnel, comme le ratio entre ETP corrigé et CTP figé.
- Là encore, nous sommes contraints de travailler avec une hypothèse forte sur la stabilité des paramètres de temps partiel au sein de chaque groupe professionnel sur toute la période 2003-2009.

Enfin, nous avons procédé à quelques petites corrections ponctuelles, notamment pour les sages-femmes du privé, en repérant quelques établissements ayant de la non-réponse ponctuelle et faussant les évolutions. Le résultat final est illustré sur le graphique A.

Graphique A • Ensemble des postes de travail de la SAE, données initiales et données retraités des ruptures de 2009 et 2011



Champ > Postes de travail rémunérés par les établissements de santé répondant à la SAE, actifs au 31/12, France entière (hors contrats aidés, stagiaires, externes et apprentis).
Source > DREES, SAE ; traitements DREES.

Pour ce dossier, construction de nombres de postes de travail au 31 décembre corrigés uniquement de la rupture de 2009

Dans ce dossier, les séries SAE sont principalement utilisées sur la séquence 2003-2010, pour rétropoler les évolutions des estimations calculées avec SIASP et DADS-GF sur un champ un peu plus large que celui de la SAE, contenant notamment des personnels médico-sociaux. Pour cette raison, il nous a paru pertinent de reconstruire des séries SAE corrigées uniquement de la rupture de 2009 (pour le public), mais gardant les postes de travail médico-sociaux initialement déclarés.

Pour cela, nous avons conservé sur 2009-2010 les données initiales déclarées dans la SAE. Puis nous avons recalculé les niveaux 2008 en appliquant aux niveaux 2009 les évolutions de nos séries de postes de travail complètement corrigées. Enfin, les niveaux 2003 à 2007 ont été recalculés à rebours en appliquant les évolutions des données initiales de la SAE, non corrigées donc intégrant des personnels médico-sociaux.

Les dossiers de la DREES

N° 69 • décembre 2020

Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans

Directeur de la publication
Fabrice LENGART

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr