

# La Lettre de l'Observatoire

Économique, social & financier

www.fehap.fr

NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2015

SUPPLÉMENT À PERSPECTIVES SANITAIRES ET SOCIALES N°243

N°20

## ÉVOLUTION DES PERFORMANCES EN COURT SÉJOUR DE 2008 À 2013

UN COMPARATIF DE L'OPTIMISATION DES RESSOURCES  
ENTRE SECTEURS PRIVÉ NON LUCRATIF, PRIVÉ COMMERCIAL ET PUBLIC

**CÉLINE MOREAU** *Responsable de l'Observatoire*  
ET **PAULINE CARRY** *Stagiaire à l'Observatoire*

Le Plan Hôpital 2007, incluant la tarification à l'activité, a conduit à une réallocation des moyens financiers entre les établissements de court séjour. Cette réforme a imposé aux acteurs de repenser les pratiques et l'organisation de la structure. Les établissements sont incités à se restructurer, voire à se regrouper afin de maintenir leur activité. L'Observatoire a cherché à évaluer et analyser ces mouvements, notamment leurs impacts sur la gestion interne et l'organisation des établissements. L'objectif de cette étude est d'effectuer un comparatif de performances entre les secteurs privé non lucratif, privé commercial et public.

Mesurer la performance d'un secteur dans le domaine hospitalier s'avère difficile, de par la complexité et la diversité de l'offre de soins. Si la performance reste donc à débattre, nous pouvons tout de même évaluer la qualité des réorganisations dans les différents secteurs. Certains indicateurs nous permettent d'estimer la pertinence de l'organisation privilégiée par un établissement, en recherchant l'efficacité de l'affectation des ressources. Nous pouvons ainsi comparer l'optimisation de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles au sein des trois secteurs. Il est également question de l'adéquation des activités effectuées avec les politiques nationales et locales et les nécessités contemporaines, par exemple le développement des séjours en ambulatoire.

Cette étude présente d'une part la comparaison des trois secteurs sur des thématiques reliées à la performance. D'autre part, l'évolution de ces paramètres au cours du temps permet d'appréhender la progression des secteurs les uns par rapport aux autres. L'objectif est de permettre aux établissements de se situer dans leur secteur et par rapport aux autres secteurs ainsi que d'apporter de la visibilité sur l'organisation dans le MCO. ❖

### MÉTHODE

Les indicateurs présentés dans cette étude ont été calculés à partir des données Hospi-Diag de 2008 à 2013. Ces données sont mises à disposition par l'ATIH et l'ANAP et elles concernent tous les établissements MCO. Elles proviennent des bases PMSI, SAE, pour la recherche SIGAPS et SIGREC, ICARE, e-PMSI, ARBUST, des bilans sociaux, comptes financiers (public et privé non lucratif), et des liasses fiscales (privé lucratif). A partir de ces données, nous avons déterminé des taux médians par secteur (la faiblesse de l'écart entre la moyenne et la médiane a été vérifiée ; cette dernière a été préférée car un faible nombre de valeurs très extrêmes erronées biaisait la moyenne). Les données Hospi-Diag permettent de ventiler les indicateurs entre les secteurs : cliniques (CLI), établissements à but non lucratif (EBNL), centres de lutte contre le cancer (CLCC), centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers régionaux (CHR).

De la liste intégrale des établissements présente dans les données Hospi-diag, nous avons extrait un échantillon représentant 75% de la liste de départ. Cet échantillon a été réalisé afin d'avoir une étude à champ constant. En effet, les établissements sélectionnés correspondent à ceux pour lesquels nous disposons du plus de valeurs sur toute la période. Pour les 43 indicateurs retenus, nous avons donc conservé les trois quarts des établissements pour lesquels, en moyenne, nous avions plus de 25 valeurs. Une lecture détaillée des données nous permet d'avancer que le nombre de valeurs connues en 2013 pour un établissement donné est en général équivalent à celui de 2008. L'échantillon compte ainsi 1024 établissements MCO.

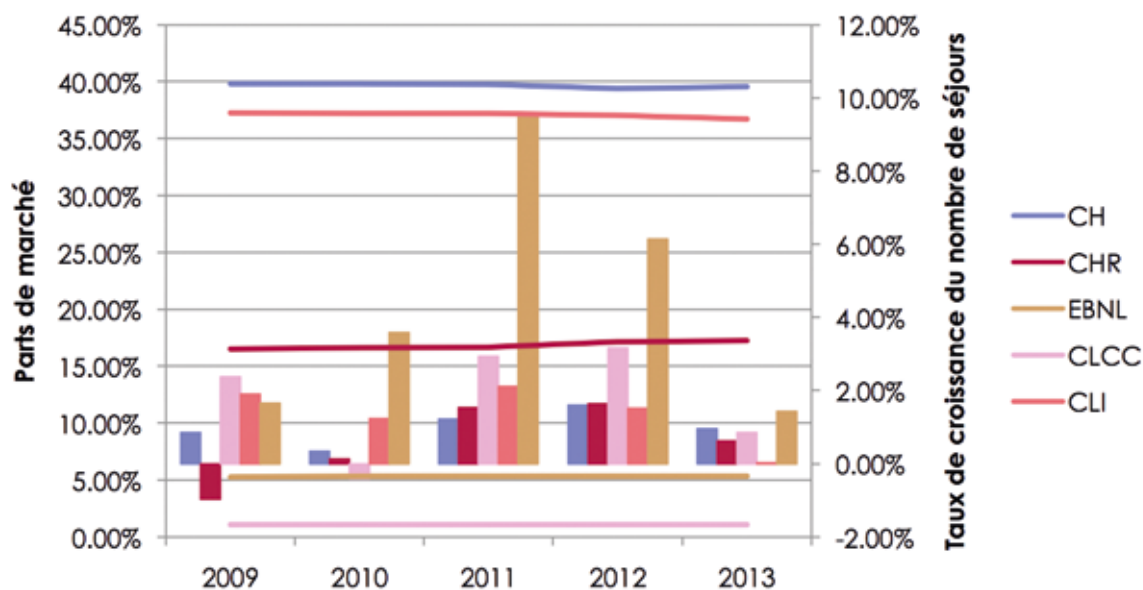
## PAS DE VARIATION SIGNIFICATIVE DE LA RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ EN COURT SÉJOUR

Il est nécessaire de dresser un panorama de l'évolution des parts de marché et des effectifs sur 2008-2013 avant de procéder à un comparatif des indicateurs de performance retenus.

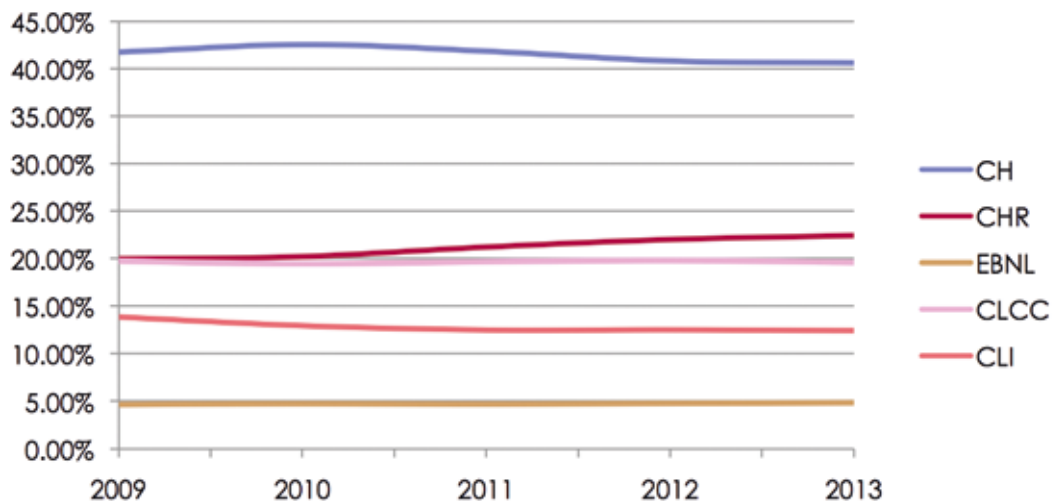
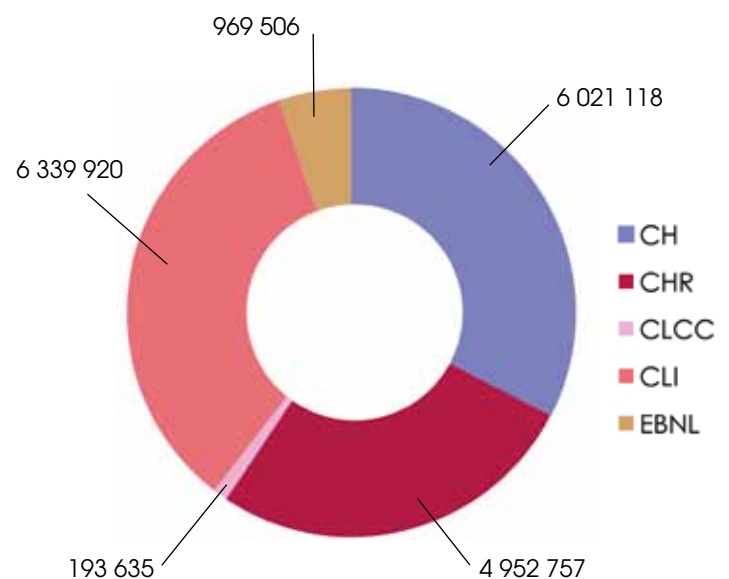
Entre 2008 et 2013, il n'y a pas eu d'évolution significative des parts de marché de chacun des secteurs. Si on considère les parts de marché en termes de séjours (hors SSA et GCS), on constate une forte stabilité avec une légère diminution des parts de marché détenues par les cliniques et une augmentation de celles des CHR. Le privé non lucratif (EBNL et CLCC) représente 6,47% des séjours (hors séances) en fin de période, le secteur privé en détient 56,79% et le privé lucratif 36,74%.

On observe légèrement plus de variations pour les parts de marché en termes de séances (hors SSA et GCS): ici aussi les CHR ont vu leurs parts de marché augmenter sur la période et les cliniques en ont moins en fin de période qu'en début. Les parts de marché du secteur privé non lucratif sont stables et légèrement en hausse. En 2013, les parts de marché du secteur public sont de 63,06%, celles du privé non lucratif de 24,50% (une telle différence avec les parts de marché pour les séjours vient du nombre relativement important de séances réalisées par les CLCC) et le privé lucratif réalise 12,44% de cette activité.

GRAPHIQUE 1 ► Évolution des parts de marché et du nombre de séjours (hors séances)



Les courbes (échelle de gauche) représentent l'évolution des parts de marché des différents secteurs entre 2009 et 2013 et les bâtons (échelle de droite) correspondent aux taux de croissance du nombre de séjours de chaque secteur sur la période considérée.

**GRAPHIQUE 2** ▶ Évolution des parts de marché (séances) de chaque secteur entre 2009 et 2013**GRAPHIQUE 3** ▶ Nombre de séjours réalisés par chaque secteur en 2013 (hors séances)

Pour les séances, une telle stabilité dans les parts de marché de chaque secteur suggère soit que les acteurs se sont adaptés au même rythme face à la réforme, soit que la réforme n'a eu aucun impact significatif sur la répartition des séjours ou encore que certaines mesures ont permis à chacun de conserver sa place relative par rapport aux autres.

Les taux de croissance des séjours montrent que, sur cette période, où les parts de marché sont restées stables, le nombre de séjours effectués dans chaque secteur a augmenté, avec des taux de croissance particulièrement élevés dans le privé non lucratif.

Ce troisième graphique permet de situer, en termes de volumes, la part de chaque secteur dans le MCO. Notons que seuls les séjours sont pris en compte (pas les séances), ce qui explique le faible volume des CLCC. ❌

## ÉVOLUTION DES EFFECTIFS

LES EFFECTIFS MÉDICAUX ÉVOLUENT DISTINCTEMENT DANS LES TROIS SECTEURS, LES EFFECTIFS NON MÉDICAUX SONT PLUS STABLES ET COMPARABLES ENTRE LES SECTEURS.

**P**our ce qui est des effectifs, on observe des tendances différentes pour les ETP médicaux et non médicaux entre 2008 et 2013.

Afin d'étudier au mieux l'évolution du personnel médical, les données globales de la SAE ont été exploitées sur la période 2008 à 2012. Les modalités de recueil des effectifs médicaux évoluent

trop significativement en 2013 pour comparer ces données aux années précédentes.

Les tendances sont observées pour les 3 secteurs d'activités, en distinguant les médecins salariés des libéraux. Une pondération est attribuée aux libéraux à temps partiel afin de pouvoir comparer l'ensemble des données.

**TABLEAU 1** ▶ SAE - Personnel médical MCO

		ETP SALARIÉS	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX EXCLUSIFS TEMPS PLEIN	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX EXCLUSIFS TEMPS PARTIEL	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX NON EXCLUSIFS	ETP ESTIMÉS A+B+(C+D)/2
2008	Public	29 655,0				29 655,0
	PNL	3 097,8	517	347	2 545	5 060,8
	Privé	888,7	10 990	3 076	20 061	23 447,2
2009	Public	29 445,9	139	255	906	30 165,4
	PNL	3 308,1	492	276	2 484	5 180,1
	Privé	502,2	10 454	2 462	18 667	21 520,7
2010	Public	29 494,4	148	200	815	30 149,9
	PNL	3 378,5	505	245	2 579	5 295,5
	Privé	1 041,9	10 431	2 456	17 804	21 602,9
2011	Public	30 351,8	133	139	721	30 914,8
	PNL	3 415,5	423	489	2 275	5 220,5
	Privé	625,2	11 213	2 560	18 603	22 419,7
2012	Public	31 761,2	117	150	651	32 278,7
	PNL	3 296,2	486	435	2 127	5 063,2
	Privé	755,9	11 237	2 379	17 875	22 119,9

**TABLEAU 2** ▶ Evolution 2012-2008 des effectifs médicaux en MCO

	ETP SALARIÉS (A)	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX EXCLUSIFS TEMPS PLEIN (B)	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX EXCLUSIFS TEMPS PARTIEL (C)	EFFECTIF DES PRATICIENS LIBÉRAUX NON EXCLUSIFS (D)	ETP ESTIMÉS A+B+(C+D)/2
Public	7,1%				8,8%
PNL	6,4%	-6,0%	25,4%	-16,4%	0,0%
Privé	-14,9%	2,2%	-22,7%	-10,9%	-5,7%

Sources SAE

Trois tendances s'affichent nettement avec une augmentation des effectifs médicaux en MCO, dans le secteur public, une stagnation dans le secteur privé non lucratif et une diminution (-5,7%) dans les cliniques privées.

Ces évolutions doivent être mise au regard de l'activité réalisée par chaque secteur sur la période étudiée. Elles révèlent une rationalisation de l'organisation dans l'ensemble du secteur privé.

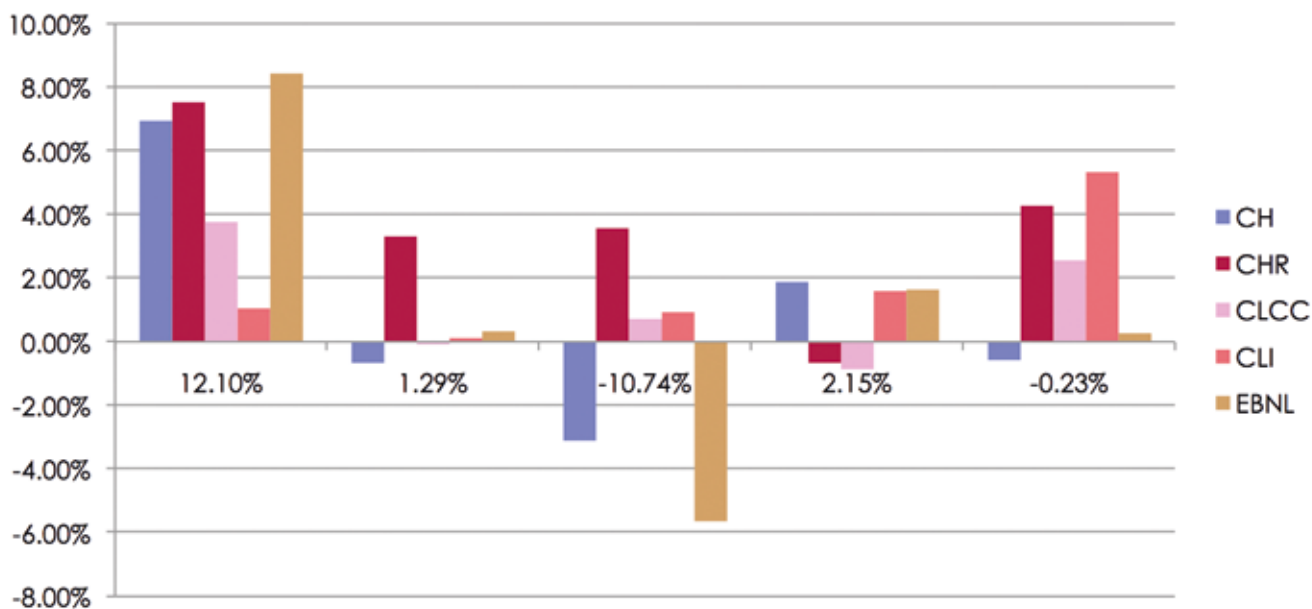
L'évolution du personnel non médical augmente peu sur la période étudiée.

Sauf pour les CLCC qui ont vu leurs ETP non médicaux augmenter entre 2008 et 2013, on observe une très faible croissance sur la période. Les taux de croissance sont inférieurs à 1% en moyenne dans le secteur public. Ils dépassent 1% dans les secteurs privés. ✖

**TABEAU 1** ▶ Taux de croissance des ETP non médicaux

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TAUX MOYEN
CH	12,10%	1,29%	-10,74%	2,15%	-0,23%	0,91%
CHR	6,93%	-0,67%	-3,13%	1,87%	-0,59%	0,88%
CLCC	7,53%	3,29%	3,56%	-0,66%	4,26%	3,60%
CLI	3,75%	-0,05%	0,73%	-0,86%	2,56%	1,22%
EBNL	1,04%	0,11%	0,91%	1,59%	5,33%	1,80%
<b>Ensemble</b>	<b>8,43%</b>	<b>0,32%</b>	<b>-5,67%</b>	<b>1,62%</b>	<b>0,25%</b>	<b>0,99%</b>

**GRAPHIQUE 1** ▶ Taux de croissance des ETP non médicaux entre 2008 et 2013



L'évolution du nombre de séjours dans les différents secteurs laisse entrevoir une réorganisation du personnel médical et non médical, et ce pour faire face à des prises en charge plus nombreuses en fin de période.

## UNE FORTE CROISSANCE DES SÉJOURS EN AMBULATOIRE PARTICULIÈREMENT MARQUÉE DANS LE PRIVÉ NON LUCRATIF

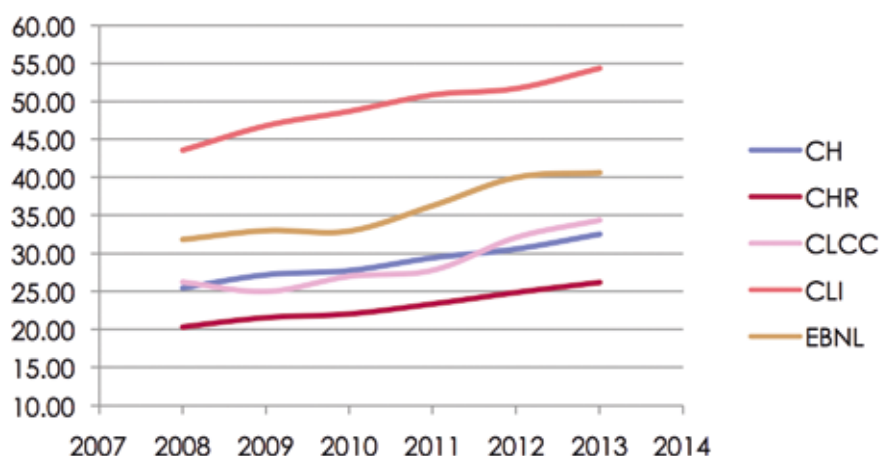
L'une des principales caractéristiques de la restructuration actuelle des activités MCO est la place de plus en plus importante accordée aux prises en charge en ambulatoire.

Tout d'abord, on constate que dans tous les secteurs, les taux médians de chirurgie ambulatoire sont plus élevés en 2013 qu'en 2008. Ce taux correspond au pourcentage de séjours chirurgicaux ambulatoires par rapport au nombre total de séjours chirurgicaux (on exclut les endoscopies). Ainsi, dans les cliniques par exemple, plus de la moitié des séjours chirurgicaux sont en ambulatoire.

**TABLEAU 1** ▶ Taux de chirurgie ambulatoire (en %)

	2008	2013
CH	25,48	32,56
CHR	20,35	26,22
CLCC	26,19	34,41
CLI	43,62	54,39
EBNL	31,86	40,67

**GRAPHIQUE 1** ▶ Évolution des taux de chirurgie ambulatoire de 2008 à 2013



Si tous les taux ont augmenté, les cliniques restent celles qui ont le taux de chirurgie ambulatoire le plus élevé, et les CHR ont le plus faible.

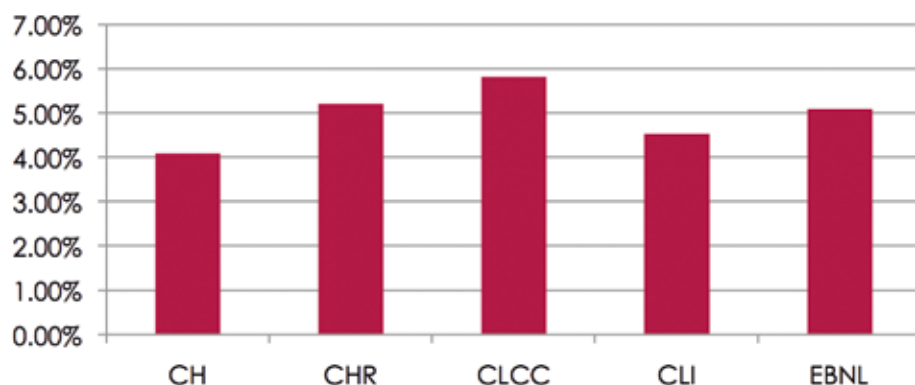
Dans les différents secteurs, les taux de chirurgie ambulatoire ont progressé à des rythmes différents (le détail par années et secteurs est donné dans le tableau ci-dessous).

Le privé non lucratif (EBNL et CLCC) et les CHR sont les secteurs ayant connu les taux de croissance des taux médians de chirurgie ambulatoire les plus élevés sur la période. Les CH ont eu le taux de croissance du taux de chirurgie ambulatoire le plus faible.

**TABLEAU 2** ▶ Taux de croissance des taux de chirurgie ambulatoire

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TAUX MOYEN
CH	6,75%	2,06%	6,05%	3,97%	1,60%	4,09%
CHR	5,87%	2,30%	5,99%	6,51%	5,39%	5,21%
CLCC	-4,70%	8,05%	2,98%	15,64%	7,11%	5,82%
CLI	7,43%	4,03%	4,41%	1,66%	5,11%	4,53%
EBNL	3,74%	-0,18%	10,09%	10,20%	1,60%	5,09%

GRAPHIQUE 2 ▶ Évolution moyenne des taux de chirurgie ambulatoire entre 2008 et 2013



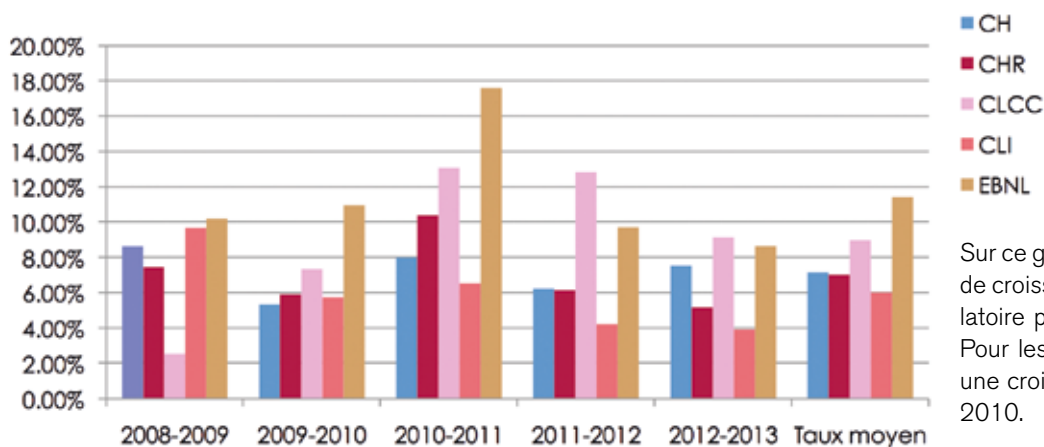
Pour mettre ces taux en parallèle avec des volumes, nous avons calculé les taux de croissance des RSA de chirurgie ambulatoire par secteur. On retrouve un taux de croissance moyen plus important pour les EBNL et les CLCC.

TABLEAU 3 ▶ Taux de croissance du nombre de RSA de chirurgie ambulatoire

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TAUX MOYEN
CH	8,64%	5,32%	7,97%	6,24%	7,54%	7,14%
CHR	7,47%	5,90%	10,37%	6,15%	5,16%	7,01%
CLCC	2,55%	7,34%	13,06%	12,84%	9,16%	8,99%
CLI	9,68%	5,75%	6,53%	4,24%	3,91%	6,02%
EBNL	10,18%	10,97%	17,59%	9,69%	8,63%	11,41%

Notons que le passage à la version 9 de la classification des Groupes Homogènes de séjours entre 2008 et 2009 a notamment supprimé la Catégorie Majeure 24 pour identifier plus clairement les séjours sans nuitée. Les taux d'évolution 2008-2009 doivent donc être analysés avec prudence.

GRAPHIQUE 3 ▶ Taux de croissance de la chirurgie ambulatoire

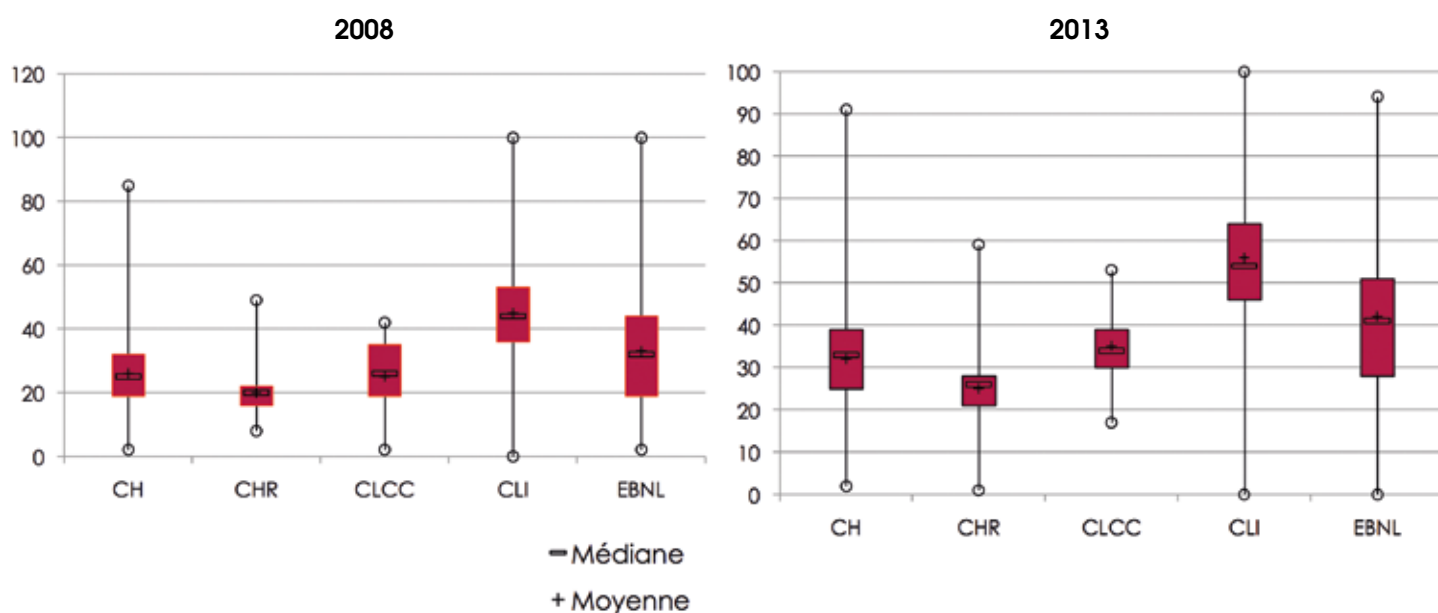


Sur ce graphique sont représentés les taux de croissance des RSA de chirurgie ambulatoire par année et pour chaque secteur. Pour les EBNL par exemple, on constate une croissance de 10,97% entre 2009 et 2010.

Ainsi, si les cliniques restent le secteur effectuant le plus de chirurgie ambulatoire par rapport aux autres séjours chirurgicaux,

le privé non lucratif est le secteur qui connaît la plus forte croissance dans ce domaine.

#### GRAPHIQUES 4 ▶ Répartition des taux de chirurgie ambulatoire



Ce graphique permet d'appréhender, pour chaque secteur, la répartition des établissements par rapport à la moyenne et la médiane. Plus le rectangle coloré est étendu, plus les taux des différents établissements sont éloignés les uns des autres. Pour les CHR par exemple, les taux médian et moyen sont les plus faibles, et 75% des établissements sont en moyenne assez proches de ces taux.

En 2008 comme en 2013, le privé non lucratif est le secteur ayant la plus forte dispersion : si le taux médian de chirurgie ambulatoire

est élevé pour ce secteur, une partie des établissements ont des taux bien plus faibles et une autre partie des taux bien plus grands.

De façon générale, le taux de croissance médian observé au sein du secteur public reflète celui de la plupart des établissements alors que les EBNL et les cliniques ont des taux plus dispersés, indiquant le fort développement des activités ambulatoires pour une partie d'entre eux, alors que d'autres établissements semblent davantage spécialisés sur des prises en charge plus longues.

Le privé commercial est le secteur ayant les taux les plus importants de chirurgie ambulatoire, mais ces taux ont progressé à un rythme moins soutenu que dans les autres secteurs. Ce taux doit aussi être apprécié de façon relative, au regard de l'ensemble du Case Mix des activités chirurgicales de chaque secteur. Le privé

non lucratif a des volumes d'ambulatoire relativement importants et c'est dans ce secteur que les taux de chirurgie ambulatoire ont la plus forte croissance. La chirurgie ambulatoire a eu un taux de croissance élevé dans les CHR qui ont pourtant toujours le taux médian le plus faible.



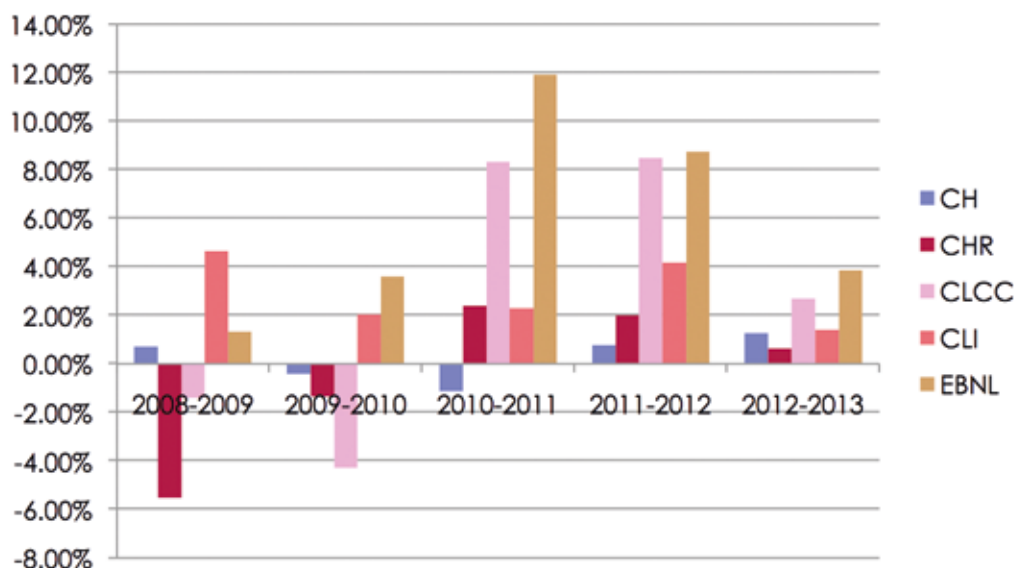
Les taux de médecine ambulatoire connaissent des tendances différentes sur la période, mais ont globalement moins varié que les taux de chirurgie ambulatoire. Les EBNL connaissent le taux

moyen de croissance le plus élevé dans ce domaine (5,87% en moyenne sur la période). La croissance de la médecine ambulatoire est en moyenne quasi-nulle pour les CH et les CHR.

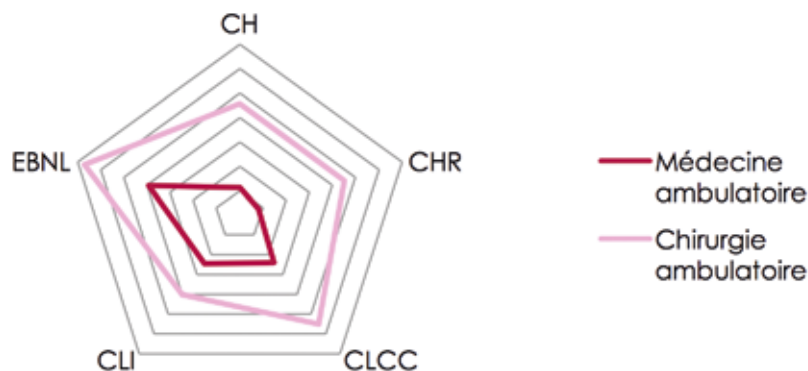
**TABEAU 4** ▶ Taux de croissance du nombre de RSA de médecine ambulatoire

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TAUX MOYEN
CH	0,71%	-0,43%	-1,14%	0,76%	1,25%	0,23%
CHR	-5,55%	-1,37%	2,40%	2,00%	0,63%	-0,38%
CLCC	-1,43%	-4,30%	8,32%	8,48%	2,68%	2,75%
CLI	4,64%	2,02%	2,28%	4,18%	1,39%	2,90%
EBNL	1,30%	3,59%	11,90%	8,74%	3,84%	5,87%

**GRAPHIQUE 5** ▶ Taux de croissance de la médecine ambulatoire



**GRAPHIQUE 6** ▶ Taux de croissance moyen de l'ambulatoire entre 2008 et 2013



Ce radar permet de comparer les taux moyens de croissance entre les secteurs : pour un secteur donné, on évalue le taux par rapport à la distance au centre du radar ; plus le trait est proche du centre, plus le taux est faible. A l'inverse, plus le point s'éloigne du centre et plus le taux de croissance est élevé. Par exemple pour les EBNL, on voit une forte augmentation des séjours de médecine et de chirurgie ambulatoires sur la période. ☒

## PRODUCTIVITÉ ET GESTION

### DE MEILLEURS NIVEAUX DANS LE PRIVÉ NON LUCRATIF MAIS UNE PROGRESSION PLUS FORTE DU SECTEUR PUBLIC

L'évolution du nombre d'actes pratiqués permet d'approcher la performance en termes de productivité et de gestion des ressources humaines. Dans le cadre d'une restructuration, nous pouvons en

effet nous demander si, pour un nombre donné de praticiens, la quantité d'actes effectués a évolué.

**TABEAU 1** ▶ Nombre d'actes par praticien en 2013

	NOMBRE MOYEN D'ACCOUCHEMENTS PAR GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN	NOMBRE MÉDIAN D'ICR D'ANESTHÉSIE PAR ANESTHÉSISTE	NOMBRE MOYEN D'ICR CHIRURGICAUX PAR CHIRURGIEN
CH	194	15 487	342
CHR	185	17 774	284
CLCC		21 799	241
CLI	141	94 737	385
EBNL	250	29 528	377

Pour ce qui est du nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien en 2013, il est plus élevé dans le secteur privé non lucratif que dans le public et le privé commercial. Il faut mettre en perspective cette information avec l'évolution depuis 2008 afin de savoir si cette performance est survenue avec la mise en œuvre de la T2A ou existait avant.

Notons que les ICR d'anesthésie des cliniques ne sont pas comparables avec les autres secteurs compte tenu des informations relatives aux ETP renseignées dans la SAE (le graphique de performance ci-dessous exclue donc les cliniques).

**GRAPHIQUE 1** ▶ Nombre médian d'actes par praticien par secteur en 2013 (hors cliniques)

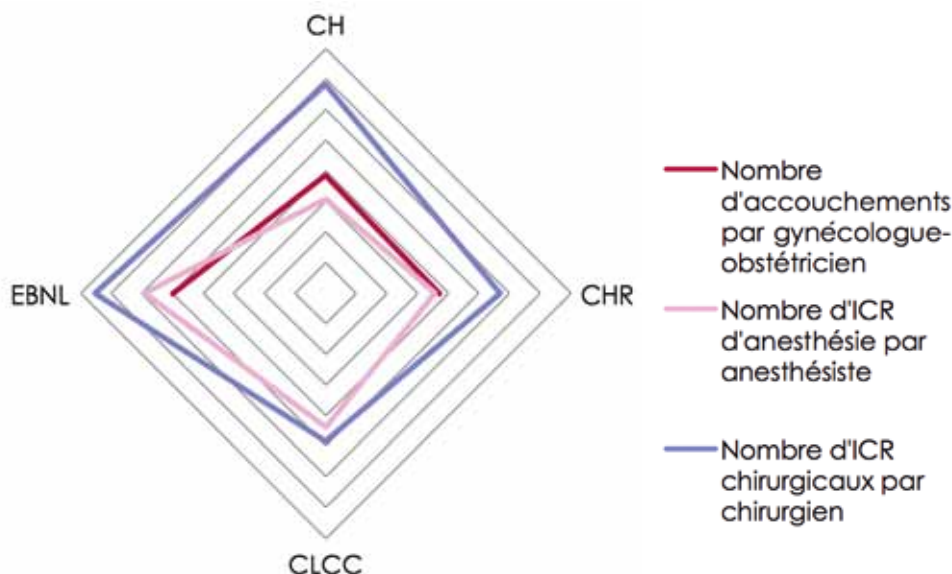


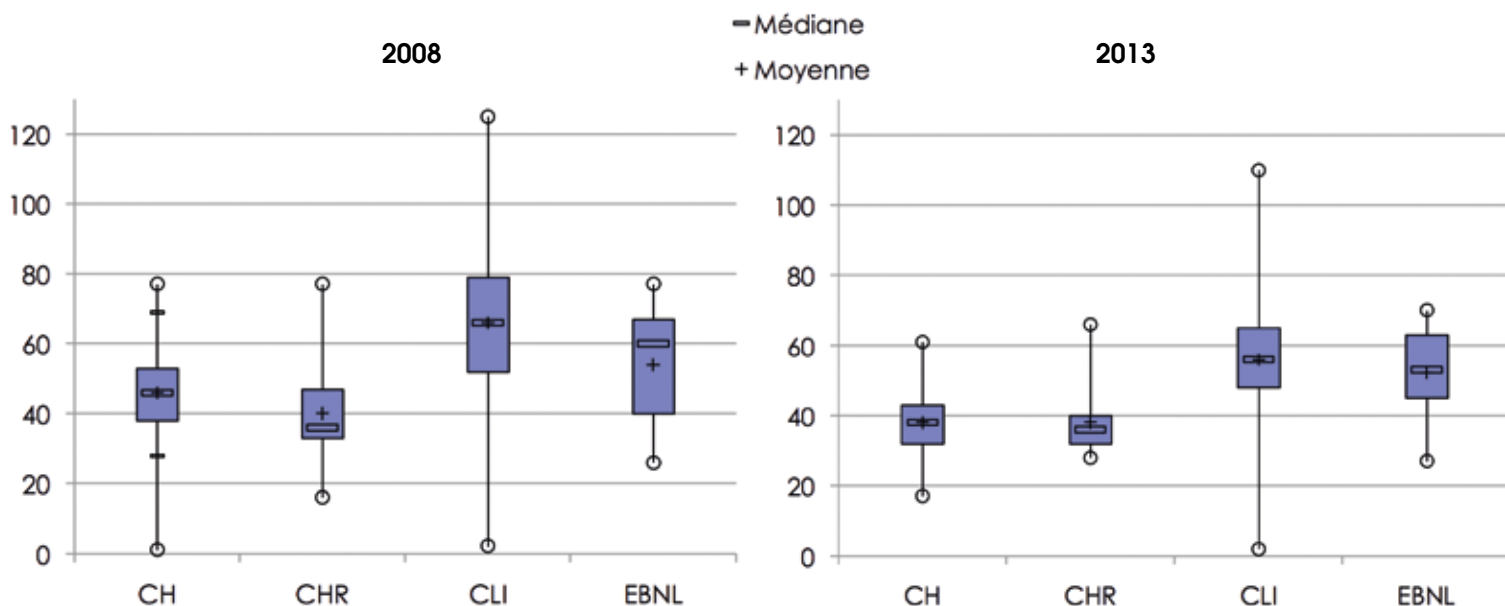
TABLEAU 2 ▶ Évolution du nombre d'actes par médecin entre 2008 et 2013

	GYNÉCOLOGUES	ANESTHÉSISTES	CHIRURGIENS
CH	-3,49%	11,55%	2,95%
CHR	-6,57%	15,66%	13,12%
CLCC		2,87%	-1,09%
CLI	-21,01%*	5,02%	4,80%*
EBNL	-0,02%	11,89%	2,21%

L'activité des anesthésistes a globalement progressé dans chaque secteur ; la tendance est moins marquée pour les chirurgiens. Le taux observé pour les CHR pour les actes par chirurgien pourrait s'expliquer par un rattrapage des modalités de codage de l'activité.

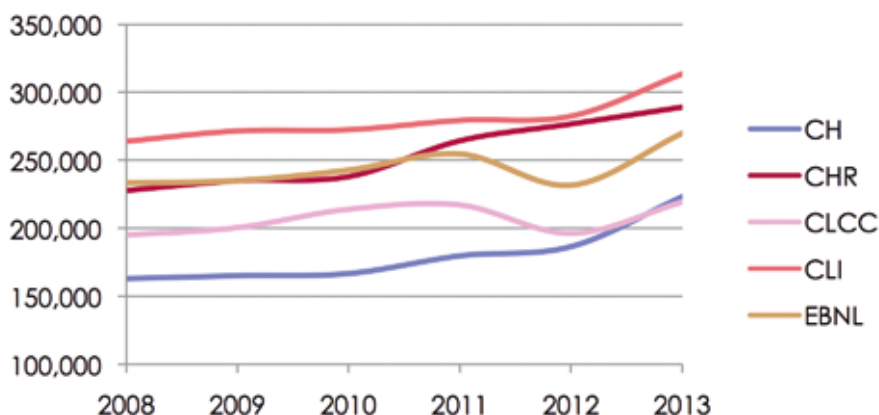
\* À analyser avec prudence compte tenu des effectifs renseignés dans la SAE.

GRAPHIQUES 3 ▶ Répartition du nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien en 2008

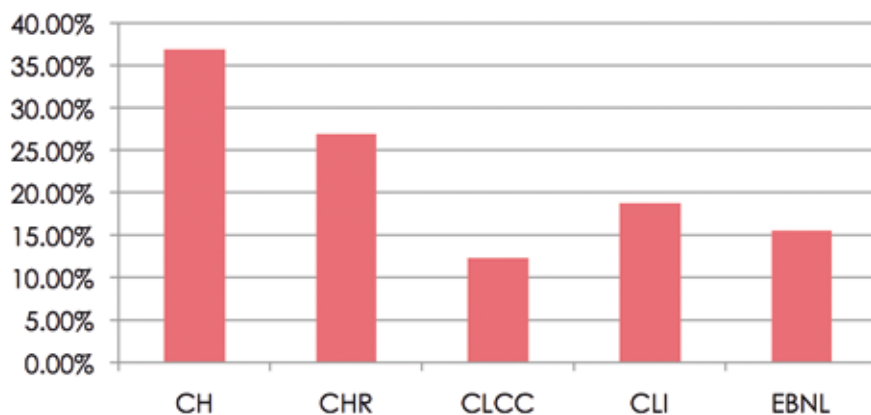


Entre 2008 et 2013, le nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien a diminué dans le secteur public et semble stable pour les EBNL ; il pourrait s'agir d'un relatif départ de l'activité vers les sages-femmes dans le public.

Les actes d'anesthésie par praticien en 2013 sont plus nombreux dans le privé non lucratif (CLCC et EBNL) que dans le secteur public. La productivité par chirurgien est plus faible dans les CLCC. Ces valeurs ont en moyenne peu varié sur la période dans les CLCC.

**GRAPHIQUE 4** ▶ Évolution du nombre d'ICR par salle d'interventions chirurgicales entre 2008 et 2013


En termes de niveaux, le nombre d'interventions par salle est le plus élevé dans les cliniques (ce qui peut en partie être dû au taux de chirurgie ambulatoire et doit donc être analysé au regard du Case Mix des différentes activités). En fin de période, les CLCC et les CH ont les nombres d'ICR par salle les plus faibles.

**GRAPHIQUE 5** ▶ Taux de croissance moyen du nombre d'ICR par salle d'interventions


Pour ce qui est de l'évolution, la progression est plus faible dans le privé non lucratif que dans le secteur public.

Sur ce graphique sont représentés les taux de croissance médians du nombre d'interventions par salle dans chaque secteur, de 2008 à 2013. Par exemple pour les CH, on peut voir qu'en moyenne, le nombre d'interventions par salle a augmenté de 36,00% entre 2008 et 2013.

Ainsi, les niveaux de productivité par médecin sont meilleurs dans le privé non lucratif mais la progression est plus importante dans le secteur public. Il en va de même pour la gestion des salles d'interventions chirurgicales. Les taux de croissance dépendent directement du niveau constaté en début de période, ce qui explique en partie celui des CH. ❌

Pour tous les secteurs, il y a eu une homogénéisation du nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien au sein des établissements d'un secteur donné, entre 2008 et 2013. Il y a effectivement une moindre dispersion en fin de période, ce qui révèle une harmonisation des pratiques dans les établissements concernés.

Enfin, le nombre d'ICR par salle d'interventions chirurgicales a augmenté dans tous les secteurs sur la période. La gestion des ressources matérielles de chirurgie semble donc s'être améliorée de manière générale, ce qui peut témoigner d'une meilleure organisation pour accueillir équipes et patients au bloc.

## AFFECTATION ET ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES DES TAUX D'ENCADREMENT PLUS FAIBLES DANS LES SECTEURS PRIVÉS LUCRATIF ET NON LUCRATIF

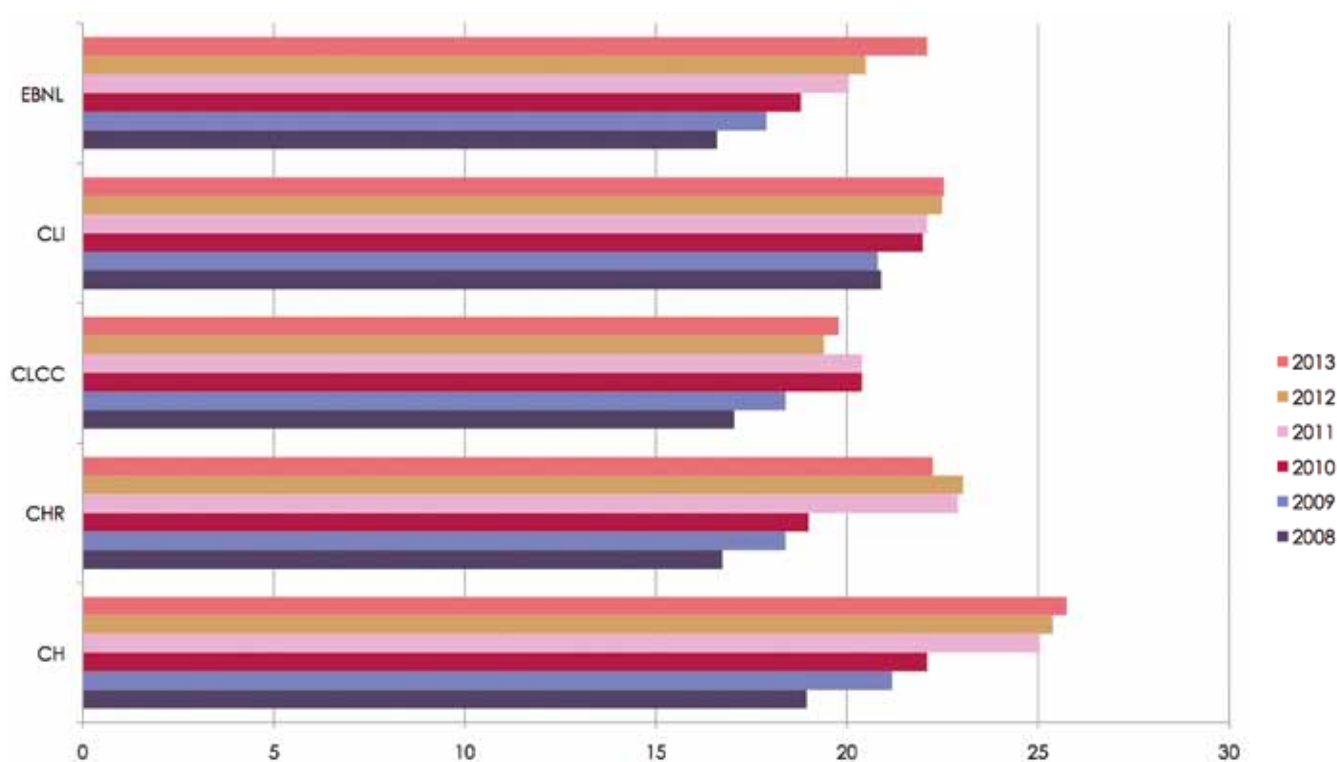
Une analyse de l'évolution des taux d'encadrement permet d'appréhender une éventuelle restructuration des ressources humaines au sein des établissements.

Dans tous les secteurs, le nombre d'IDE et d'AS par cadre-infirmier est plus élevé en fin de période qu'en 2008. Ces taux d'encadrement médians sont en général plus faibles dans le secteur privé que dans le secteur public.

**TABEAU 1** ► Nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CH	19	21,2	22,1	25,1	25,4	25,8
CHR	16,8	18,4	19	22,9	23,1	22,3
CLCC	17,1	18,4	20,4	20,4	19,4	19,8
CLI	20,9	20,8	22	22,1	22,5	22,6
EBNL	16,6	17,9	18,8	20,1	20,5	22,1

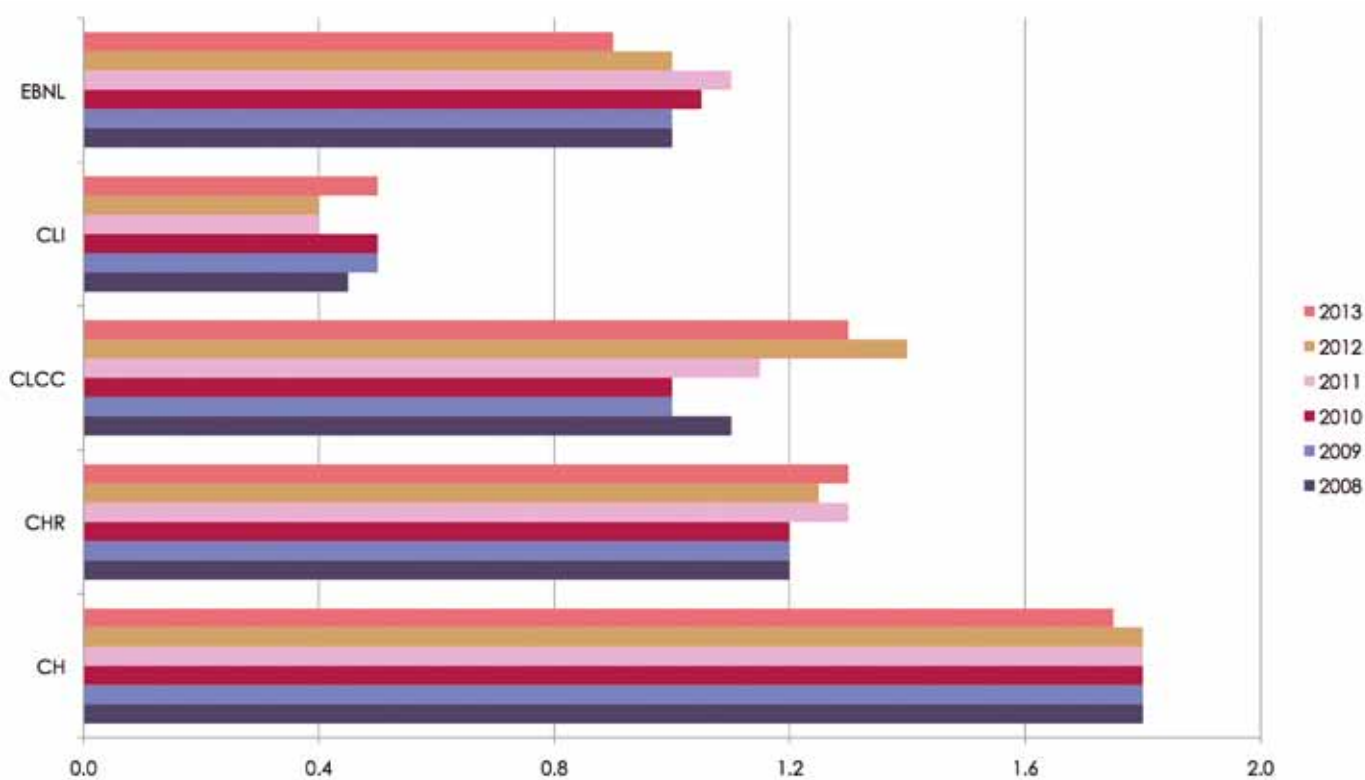
**GRAPHIQUE 1** ► Évolution du nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier entre 2008 et 2013



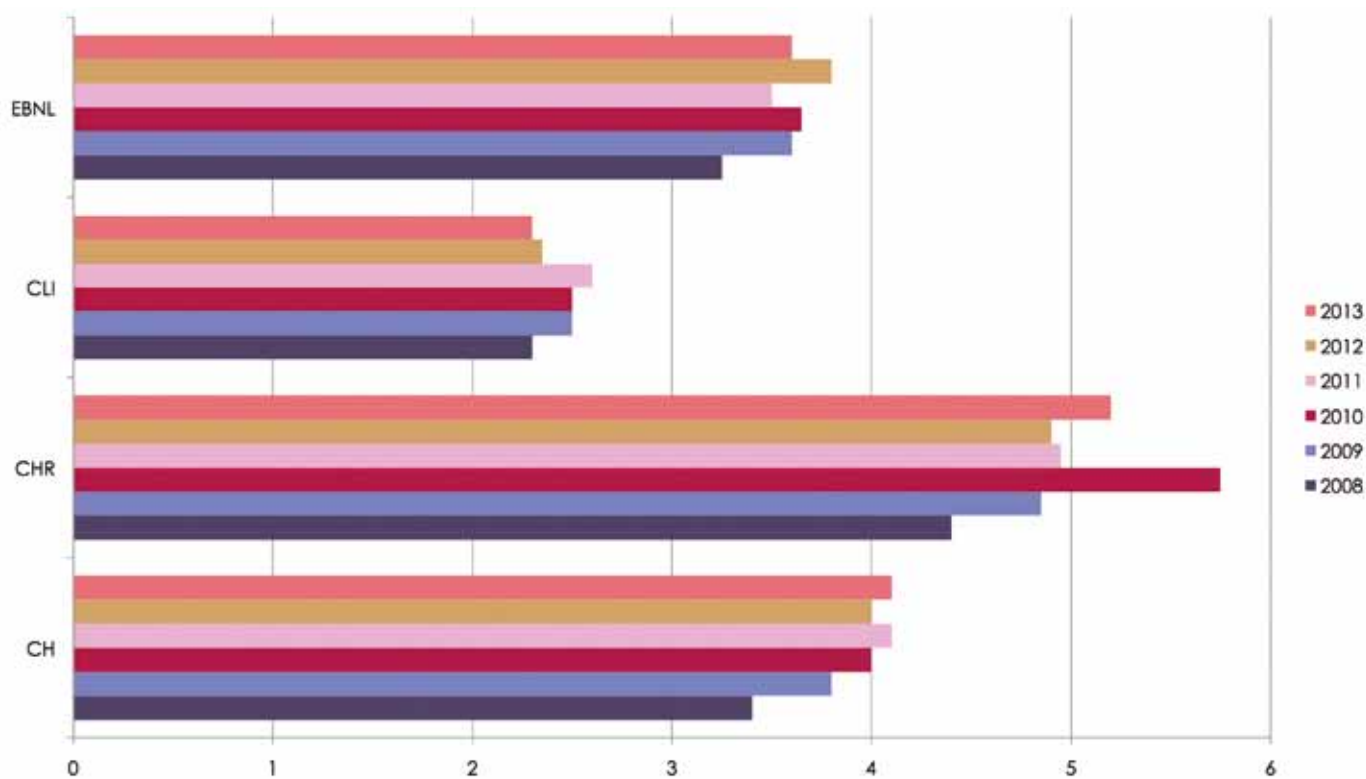
Pour ce qui est du nombre d'IADE par anesthésiste et du nombre de sages-femmes par gynécologue-obstétricien, on ne dégage pas de tendance générale. Dans tous les secteurs, ces taux d'encadrement ont très peu varié sur la période.

On considère que l'organisation est discutable dès lors qu'il y a plus de deux IADE par anesthésiste ; sur toute la période, tous les secteurs restent (en médiane) en dessous de ce chiffre.

GRAPHIQUE 2 ► Évolution du nombre d'IADE par anesthésiste entre 2008 et 2013



GRAPHIQUE 3 ► Évolution du nombre de sages-femmes par gynécologue-obstétricien



Quels que soient les taux d'encadrement considérés, les taux médians du secteur privé sont plus faibles que ceux du secteur public. Mis à part les IDE et AS par cadre infirmier qui ont augmenté sur la période, les autres taux demeurent stables. ❌

## PERFORMANCE FINANCIÈRE LA FRAGILITÉ DU SECTEUR PUBLIC

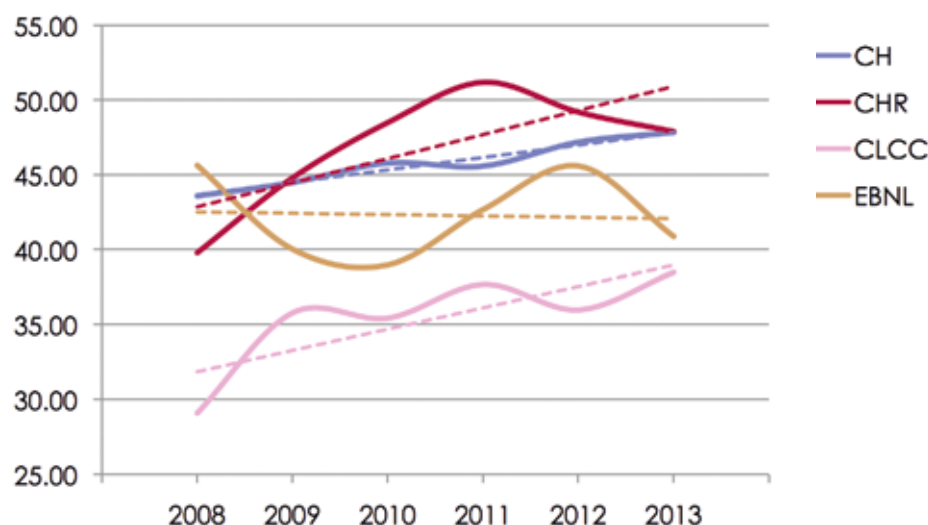
Des indicateurs issus des comptes financiers (PNL et public) et liasses fiscales (privé lucratif) permettent également d'appréhender la santé financière du secteur. Ces données sont trop peu renseignées pour les cliniques et nous pouvons donc uniquement comparer le secteur public et le privé non lucratif.

En ce qui concerne la bonne gestion de la dette, le taux de dépendance financière permet d'effectuer un comparatif de performance financière entre les secteurs. Notons qu'il est considéré qu'un taux au moins égal à 50% témoigne d'une fragilité financière de l'établissement. Nous avons déterminé les taux médians par secteur.

**TABLEAU 1** ▶ Taux médians de dépendance financière

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CH	43,6	44,5	45,8	45,6	47,2	47,9
CHR	39,8	44,8	48,5	51,2	49,2	47,9
CLCC	29,1	35,8	35,5	37,7	36	38,5
CLI	45,6	40,1	39	42,7	45,6	40,9
EBNL	16,6	17,9	18,8	20,1	20,5	22,1

**GRAPHIQUE 1** ▶ Évolution des taux de dépendance financière



On remarque que depuis 2009, les taux de dépendance financière sont inférieurs dans le privé non lucratif (CLCC et EBNL). La valeur médiane des CHR a d'ailleurs franchi la barre des 50% en 2012. De plus, les droites de tendance montrent que le privé non lucratif est le seul ayant vu son taux médian de dépendance financière diminuer entre 2008 et 2013. Le poids de la dette par rapport aux capitaux permanents est donc relativement plus important dans le secteur public.

2013	TAUX DE VÉTUSTÉ DES ÉQUIPEMENTS (%)	TAUX DE VÉTUSTÉ DES BÂTIMENTS (%)
CH	78,6	46,5
CHR	74,3	55,8
CLCC	75,2	51,0
EBNL	79,9	49,4

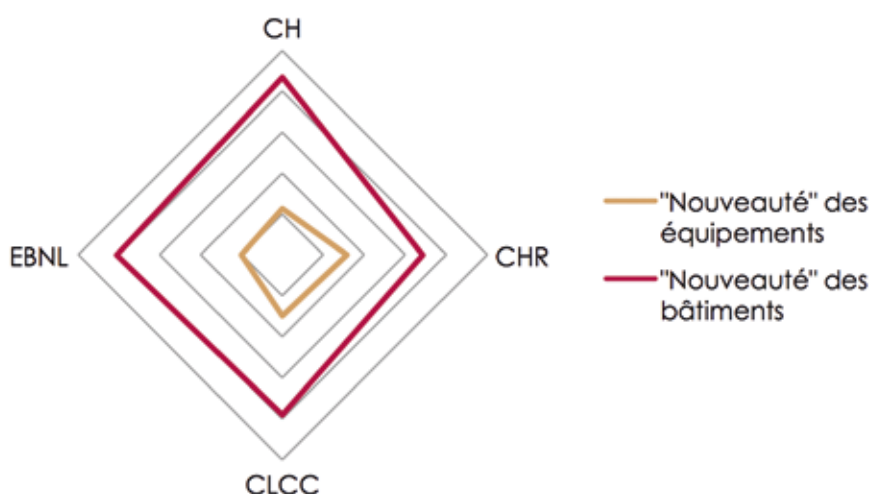
Nous devons nuancer ce comparatif en croisant le taux de dépendance financière avec les taux de vétusté des équipements et bâtiments. En effet, un faible taux de dépendance pourrait refléter une faiblesse de l'investissement en équipements et rénovations.

Les bâtiments des CHR semblent particulièrement vétustes en 2013 et les équipements le sont dans tous les secteurs, particulièrement les EBNL. Les CHR sont déjà très endettés alors que leurs bâtiments ont besoin de rénovations et donc d'investissements. Les CLCC, qui ont un taux de dépendance financière relativement faible et des bâtiments et équipements peu vétustes, semblent en moyenne en relativement bonne santé financière.

Ainsi, la mise en perspective des taux de dépendance avec les taux de vétusté met en relief la fragile situation des CHR. Le faible taux de vétusté des bâtiments des CH pourrait expliquer, en partie, les dettes qui pèsent sur ces derniers.

Ce dernier graphique illustre la performance en termes de nouveauté de bâtiments et d'équipements de chaque secteur.

## GRAPHIQUE 2 ► Comparatif de la vétusté des bâtiments et équipements en 2013



Sur ce graphique sont représentés les niveaux médians de vétusté : plus un point est proche du centre du radar, plus le niveau de vétusté est élevé. A l'inverse, plus un point est éloigné du centre, plus les bâtiments et équipements sont récents.

## EN RÉSUMÉ

Nous avons retenu des indicateurs associés aux performances des secteurs afin de les comparer et d'évaluer un impact potentiel de la réforme, aussi bien en termes de niveaux qu'en termes de progressions.

Les résultats observés semblent révéler une meilleure gestion des ressources humaines et financières au sein du secteur privé non lucratif. En effet, Les taux de dépendance financière sont plus forts dans le secteur public et la vétusté des bâtiments indiquent de lourds investissements à prévoir. On estime également une meilleure productivité des médecins dans le privé non lucratif, bien que celle du secteur public continue de progresser.

Enfin, il semblerait que le privé non lucratif ait su s'adapter plus rapidement à la nécessité d'accentuer la pratique de l'ambulatoire. Les taux d'ambulatoire sont plus élevés dans le privé non lucratif que dans le secteur public et connaissent les meilleurs taux de croissance sur la période dans les EBNL. Notons cependant que les taux d'ambulatoire entre les établissements privés non

lucratifs sont sensiblement différents les uns des autres, ce qui laisse entrevoir la multiplicité des stratégies pour faire face à l'évolution de la politique tarifaire en court séjour.

Si la pérennité du secteur ne semble pas menacée, la diversité des organisations et des activités peut entraîner de nouvelles adaptations qui doivent être suivies, à la lumière des évolutions en SSR et au sein du secteur médico-social.

La stabilité des parts de marché de chaque secteur entre 2008 et 2013 et la concomitante augmentation du volume d'activités témoignent d'un impact de la réforme T2A non pas sur la répartition des activités entre le privé lucratif, le privé commercial et le public, mais sur de potentielles réorganisations au sein des secteurs. L'augmentation de l'activité semble légèrement plus marquée dans les EBNL où l'on constate une augmentation du nombre de séjours plus forte que dans les autres secteurs et une stabilité des effectifs médicaux.