



---

**Étude prospective sur les besoins futurs en termes  
d'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée  
sanitaire et médico-sociale à caractère commercial**

***Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications de la  
branche professionnelle de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale  
à statut commercial***

2014



# Synthèse

## 1. L'hospitalisation privée a connu une progression importante de ses effectifs inscrite dans un environnement évolutif.

- **La branche de l'hospitalisation regroupe l'activité de gestion d'établissements sanitaires et médico-sociaux par des entreprises privées.** Elle rassemble environ 3 000 établissements, principalement les établissements MCO, les cliniques psychiatriques, les soins de suites et de réadaptation (secteur sanitaire) et les EHPAD (secteur médico-social), qui représentent respectivement 25% de l'offre de soins hospitaliers et 20% des places d'accueil d'EHPAD en France.
- **En 2012, ces établissements emploient 227 600 salariés.** Les trois-quarts de ces effectifs exercent les métiers d'infirmier, d'aide-soignant ou d'agent de service. Ils participent à la réalisation d'activités de diagnostic, de soin et d'accompagnement à la vie quotidienne sous la supervision de médecins.
- **Au cours de la dernière décennie, les entreprises de la branche ont vu leurs activités se développer :** sur la période 2002-2012, les effectifs de la branche ont progressé de près de 3 300 salariés chaque année dans les activités sanitaires et de 5 600 salariés dans le domaine médico-social, soit une croissance annuelle moyenne de +4,9% pour l'ensemble de la branche de l'hospitalisation privée. La création d'emplois dans la branche a été ainsi largement supérieure à ce qui a pu être constaté dans l'ensemble des activités sanitaires et sociales (+1,6% sur la même décennie).
- **Le marché de l'emploi se voit régulé par le nombre annuel de diplômés des instituts de formations paramédicales,** fixé par les services régionaux de l'Etat. Ce système a généré une pénurie de personnels disponibles et conduit à des tensions importantes sur les recrutements. Les pyramides des âges des salariés de la branche affichent un vieillissement marqué chez les personnels de santé les plus diplômés (médecins, pharmaciens, sages-femmes, IDE spécialisés), tandis que les effectifs des personnels moins qualifiés sont en moyenne plus jeunes.
- **Des tendances de fond réinterrogent le fonctionnement des établissements :** le vieillissement démographique et la chronicité des maladies, l'augmentation des coûts et des volumes de soins, les objectifs de maîtrise des dépenses. Sous l'effet de ces tendances lourdes, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent s'adapter aux profils de leurs publics et développer les modes d'accueil alternatifs. Pour les professionnels concourant aux soins, la transformation rapide de l'environnement s'accompagne d'injonctions contradictoires entre spécialisation et polyvalence

## 2. Le développement de l'emploi dans la branche est indissociable du devenir du système de santé français.

- **L'analyse de la trajectoire de l'emploi au cours de la dernière décennie montre que la dynamique d'emplois a été soutenue par une politique d'investissement public conséquente dans le secteur médico-social et par des stratégies proactives des groupes.** La branche a bénéficié de plans de rattrapage de l'offre destinés à couvrir les besoins d'accueil des personnes âgées dépendantes ; d'autre part, les entreprises ont réalisé des opérations, offensives et stratégiques, qui ont permis de restructurer un nombre important d'établissements sanitaires et de faire face à l'élévation des coûts fixes.
- **A l'avenir, la progression de l'emploi de la branche restera fortement conditionnée par l'évolution globale du système de santé.** Or, celui-ci se trouve indéniablement engagé dans d'importantes réformes en cours ou en gestation. En effet, l'organisation actuelle des soins couplée aux avancées des techniques médicales, dans un contexte de vieillissement et de transition épidémiologique de la population, génèrent des dépenses très dynamiques. Pour parvenir à maîtriser la croissance des dépenses d'assurance maladie,

les politiques nationales cherchent à améliorer l'efficacité du système de santé. Des politiques de limitation des dépenses vont nécessairement peser sur l'économie globale des entreprises de la branche.

- **Dans ce contexte contraint, quelle pourrait être la trajectoire de l'emploi dans la branche ?** Pour disposer d'éléments de prévision, les déterminants de l'emploi dans la branche ont été modélisés et des hypothèses ont été formulées sur leur évolution à horizon 2020. Cette méthode permet d'avancer des estimations prospectives de l'emploi dans le domaine d'activité général (la santé et l'action sociale) puis dans la branche de l'hospitalisation privée.
- **L'étude permet de distinguer tout d'abord des déterminants exogènes à la branche :** démographie, croissance économique, dépenses de santé des ménages, financements de l'assurance maladie. Les hypothèses relatives à leur évolution utilisées dans l'étude sont cohérentes avec les résultats produits dans d'autres travaux prospectifs nationaux (Insee, Ined, Drees, Dares, Igas...).
- **L'étude met ensuite en lumière des déterminants dépendant de l'activité des entreprises de la branche :** les capacités d'accueil en établissement (lits/places), le poids de la branche dans son domaine d'activité (la santé et l'action sociale) en termes d'effectifs.
- **Sous ces hypothèses, la branche restera créatrice d'emplois mais sur un rythme moins soutenu que pendant la décennie précédente.** L'étude conduit à retenir une progression de l'emploi de +1,8% par an à horizon 2020, supérieure à la croissance moyenne de l'emploi en France. A horizon 2020, la branche devrait ainsi compter près de 36 000 emplois supplémentaires par rapport à 2012. Avec près de 24 000 emplois supplémentaires en 2020 (+3,2%), le secteur médico-social serait à l'origine des deux-tiers des créations nettes d'emplois de la branche. Dans le secteur sanitaire, la tendance à la réduction des capacités d'hospitalisation complète et à la progression des modes de prise en charge alternatifs pèserait sur la croissance des effectifs qui demeurerait néanmoins positive (+1,0% en rythme annuel), soit 12 000 emplois créés d'ici 2020. **Compte tenu des flux d'entrées et sorties dans la branche, cette croissance nette de l'emploi correspondrait à environ 14 500 recrutements annuels dans le secteur sanitaire et 16 500 dans le secteur médico-social.**

#### Evolution des effectifs salariés de la branche de l'hospitalisation privée par secteur à horizon 2020

Secteurs	2002	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2012-2020
Etablissements sanitaires	118 019	143 373	<b>155 467</b>	+2,0%	+1,0%	<b>+12 094</b>
Etablissements médico-sociaux	24 050	84 274	<b>108 093</b>	+13,4%	+3,2%	<b>+23 819</b>
Autres	828	3 841	3 841			
<b>Branche</b>	<b>142 897</b>	<b>231 488</b>	<b>267 401</b>	<b>+4,9%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>+35 913</b>

#### Les facteurs susceptibles d'infléchir les résultats proposés ici en termes d'effectifs à horizon 2020.

- **Les redéploiements d'activité surviendront-ils de façon plus rapide et/ou plus ample ?** Les projections d'effectifs proposées s'appuient sur l'application des hypothèses d'un scénario qui, s'il intègre bien les inflexions récentes des tendances de longue période (évolution des financements, de la répartition des modes de prises en charge...), pourrait connaître des évolutions significatives d'ici à l'horizon prospectif choisi. En particulier, il faut ici souligner que la trajectoire de l'emploi dépend en partie de la capacité des entreprises gestionnaires à trouver des modèles économiques et des modes organisationnels en phase avec les nouvelles exigences et, en conséquence, à s'imposer dans l'offre sanitaire et médico-sociale française.
- **Outre les stratégies propres aux entreprises adhérentes, une politique volontariste conduite au niveau de la branche** en matière d'emplois et de gestion des compétences pourrait également participer à une

croissance plus soutenue des emplois que celle découlant de l'application du scénario proposé dans cette étude.

- **Aussi la suite de l'étude s'attache-t-elle dans une dernière partie à identifier les leviers qui pourraient être activés au niveau des entreprises ou de la branche pour favoriser le développement de l'emploi dans l'hospitalisation privée.**

### ***3. Conditions de réussite pour s'adapter au système de santé rénové : la gestion de parcours, le redéploiement vers l'ambulatoire, la réorganisation des équipes soignantes, et l'investissement dans la formation.***

- **Les établissements vont devoir accompagner les transformations de la demande de santé.** En effet, le développement des pathologies du vieillissement et des maladies chroniques ouvre de nouvelles relations entre les aspects médicaux et sociaux du soin. La demande et les besoins des personnes prises en charge se situent de plus en plus au niveau d'un accompagnement global, personnalisé et de longue durée, dans le respect des choix de vie (maintien au domicile...).
- **Dans un système de santé se tournant progressivement vers la prévention et les soins primaires, tel qu'il se dessine pour l'avenir, les établissements seront amenés à repositionner leurs interventions.** Ils seront amenés à recevoir les situations les plus lourdes, au cœur de leurs activités, et donc à se spécialiser pour accueillir de manière performante ces cas aigus. Dans le même temps, les établissements seront amenés à participer activement au maintien à domicile des personnes malades ou âgées. Ils devront donc proposer davantage d'alternatives à l'hospitalisation ou l'hébergement complets (prises en charge de jour, séquentielles, à domicile) et mettre en place des services en articulation avec les autres acteurs de la chaîne de soins (médecine de ville, services d'aide à domicile, aidants familiaux...). Ainsi, les réorganisations viseront à la fois à renforcer un cœur d'activité très spécialisé et à développer des services plus souples et ouverts.
- **Pour tous les professionnels concourant au(x) soin(s), ces évolutions vont encore renforcer les exigences, parfois antagonistes** - technicité, rationalisation des tâches, mais aussi adaptabilité aux situations, accompagnement des personnes prises en charge et de leurs proches. En effet, au sein de structures sanitaires et médico-sociales spécialisées, et dans le cadre de séjours plus courts, les professionnels devront assurer des prises en charges globales et graduées. Ils devront mobiliser pour cela diverses compétences nouvelles : communiquer avec les patients/résidents et leurs familles, agir en matière de prévention et d'éducation, travailler en coordination avec des professionnels de différents niveaux ou cadres d'exercice...

**De ces évolutions découlent plusieurs conditions pour réussir l'adaptation des entreprises de la branche à ce système de santé rénové.**

- **L'activité de gestion des parcours** va devenir déterminante pour répondre aux demandes des publics et parvenir aux gains d'efficacité exigés des financeurs. Celle-ci s'entendra par territoire et devrait guider la stratégie économique des entreprises de la branche. La concentration des établissements privés dans des groupes peut faciliter la création de filières et la mutualisation entre établissements. Toutefois, elle ne doit pas obérer la capacité des établissements à agir localement et de manière concertée avec les partenaires institutionnels et les autres opérateurs.
- **Le virage de l'ambulatoire** va nécessiter un redéploiement des effectifs du secteur sanitaire vers le secteur médico-social et des métiers de l'hébergement vers ceux de l'accompagnement social. Les entreprises de la branche devront anticiper les besoins d'emploi, profiter du turnover important pour se doter des nouvelles compétences requises, et accompagner les transitions vers les emplois en développement.

- **Les organisations du travail** devront optimiser les compétences des salariés dans le respect des cadres d'exercice réglementaires. Dans le contexte d'une démographie médicale qui restera défavorable jusqu'à horizon 2020, la réglementation des professions paramédicales devrait évoluer : des tâches réalisées jusqu'ici par les médecins pourront être prises en charge par des professions paramédicales. Les niveaux de diplôme reconnus vont s'élever vers la licence pour la formation de base (comme c'est déjà le cas pour le diplôme d'infirmier) et le master pour les pratiques avancées (à l'instar du diplôme d'infirmier anesthésiste). Il s'agira, pour les établissements employeurs, d'organiser un large accès aux formations paramédicales supérieures afin de compenser la diminution du temps médical disponible.
- **Les formations complémentaires** seront essentielles pour accompagner l'évolution des pratiques soignantes, mais également aider les personnels à s'adapter à un environnement de travail exigeant, prévenir l'usure et les inaptitudes professionnelles, reconnaître les compétences réellement exercées. De la part des établissements employeurs, cela nécessitera d'anticiper les besoins en personnel paramédical spécialisé, d'investir financièrement dans la formation professionnelle des salariés. Cet effort devrait être soutenu par la mise en place de cursus de formation correspondant aux contraintes des établissements et de leurs équipes, dans lesquels l'alternance devrait jouer pleinement son rôle.



# Sommaire

<b>Synthèse</b> .....	<b>2</b>
1. L'hospitalisation privée a connu une progression importante de ses effectifs inscrite dans un environnement évolutif. ....	2
2. Le développement de l'emploi dans la branche est indissociable du devenir du système de santé français. ....	2
3. Conditions de réussite pour s'adapter au système de santé rénové : la gestion de parcours, le redéploiement vers l'ambulatoire, la réorganisation des équipes soignantes, et l'investissement dans la formation. ....	4
<b>Sommaire</b> .....	<b>6</b>
<b>Présentation de l'étude : dresser et quantifier les besoins futurs en termes d'emploi et de compétences dans la branche</b> .....	<b>8</b>
Objectifs.....	8
Méthodologie .....	8
<b>Partie 1. Portrait et trajectoire de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée</b> .....	<b>9</b>
Les entreprises de la branche gèrent 25% de l'offre sanitaire et 20% de l'offre médico-sociale française. ....	9
Soutenu par l'investissement public et par les stratégies de groupes, l'emploi s'est fortement développé dans la branche de l'hospitalisation privée. ....	11
L'activité de la branche s'organise autour des métiers du soin et de l'accompagnement.....	12
Une grande partie des salariés relèvent de professions réglementées par l'Etat. ....	14
Les tensions sur les recrutements sont vives chez les professionnels de la santé. ....	15
L'accès à la formation continue croît avec le niveau de formation initiale. ....	16
Des tendances de fond réinterrogent le fonctionnement des établissements : le vieillissement démographique et la chronicité des maladies, l'augmentation des coûts et des volumes de soins, les objectifs de maîtrise des dépenses. ....	18
Sous l'effet de ces tendances lourdes, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent s'adapter aux profils des publics accueillis et développer les modes d'accueil alternatifs.....	18
Pour les professionnels, la transformation rapide de l'environnement s'accompagne d'injonctions contradictoires entre spécialisation et polyvalence. ....	21
<b>Partie 2. Prospective de l'emploi dans la branche à horizon 2020</b> .....	<b>23</b>
Modélisation des déterminants de l'emploi : le développement de l'emploi, conditionné par l'évolution globale du système de santé, dépend également de la stratégie des entreprises.....	23
Présentation des hypothèses retenues pour l'évolution des déterminants : la mise en place d'une médecine de parcours et de santé globale .....	25
Sous ces hypothèses, la branche restera créatrice d'emplois mais sur un rythme moins soutenu. ....	28
Les projections reposent sur certaines hypothèses dépendant des stratégies qui seront mises en place par les entreprises et la branche.....	31

**Partie 3. Les enjeux pour la branche : accompagner la restructuration du secteur par la formation continue des salarié..... 34**

Les entreprises gestionnaires vont devoir se positionner au sein d'un système de santé rénové, qui leur imposera des gains d'efficience importants et les incitera à la coopération ..... 34

La construction d'une médecine de parcours suppose de fluidifier les relations entre les différentes structures participant à la chaîne de soins. .... 35

Pour les professionnels, le repositionnement des établissements se traduira par des redéploiements d'effectifs et le développement de nouvelles activités. .... 36

Le nouveau système reposera sur une appréhension élargie du soin, dont la diffusion devra être accompagnée par la formation continue. .... 37

Les formations complémentaires devront permettre aux employeurs de se doter des compétences nécessaires et aux salariés de voir reconnaître les responsabilités exercées. .... 38

Pistes d'actions pour l'emploi et les compétences dans la branche ..... 40

**Partie 4. Prospective des principaux métiers de la branche..... 41**

Les aides-soignants ..... 41

Les infirmiers en soins généraux..... 43

Les agents de service hôtelier..... 45

Les agents de service hospitalier ..... 47

**Portrait des métiers..... 49**

Récapitulatif des données-clé..... 49

# Présentation de l'étude : dresser et quantifier les besoins futurs en termes d'emploi et de compétences dans la branche

## Objectifs

Cette présente étude a été réalisée à la demande du comité de pilotage de l'Observatoire prospectif des emplois et des métiers du secteur privé de la santé à statut commercial et confié au cabinet Quadrat-Etudes.

- A l'instar de l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social, les entreprises de la branche se trouvent confrontées à des problématiques importantes en termes de ressources humaines : l'attractivité des emplois, la professionnalisation des métiers, la sécurisation des parcours professionnels, ou encore la mixité femmes-hommes des équipes.
- De plus, le secteur sanitaire et médico-social est soumis à des transformations nombreuses d'ordre sociodémographiques, réglementaires, technologiques..., susceptibles d'impacter leurs activités et, ainsi, l'emploi dans ses différentes dimensions (effectifs, métiers, organisation du travail...).
- Dans ce contexte porteur de changements rapides et d'ampleur, le comité de pilotage de l'Observatoire a souhaité dresser et quantifier les besoins futurs en termes de compétences, de recrutements, d'activités et de formation dont les établissements auront besoin à l'horizon 2020.

## Méthodologie

Cette étude consiste à construire un scénario d'évolution de l'emploi et des métiers de la branche, inscrit dans l'évolution plus large du secteur de la santé et de l'action médico-sociale.

- L'élaboration du scénario suppose tout d'abord d'établir des estimations détaillées de la composition de l'emploi dans la branche, permettant d'élaborer des profils par métier [\[Partie 1\]](#).
- Puis, à partir de l'analyse des déterminants de l'emploi, l'étude identifie les évolutions à l'horizon prospectif fixé (2020) et la manière dont ces évolutions vont se traduire sur les effectifs, les contenus des métiers et les compétences des salariés [\[Partie 2\]](#).
- De ce scénario d'évolution, l'étude tire des enjeux pour la branche et se conclut par des préconisations pour réussir l'adaptation des compétences des salariés au système de santé de demain [\[Partie 3\]](#).
- Ces éléments sont détaillés en fonction des principaux métiers de la branche : IDE, aide-soignant, agent de service hospitalier et hôtelier [\[Partie 4\]](#).

L'étude a été alimentée par plusieurs sources : les échanges avec le comité de pilotage de l'observatoire ; des entretiens réalisés auprès de représentants des entreprises de la branche ainsi que d'acteurs institutionnels publics ; une étude documentaire approfondie des rapports et études produits sur les évolutions du secteur de la santé et de l'action médico-sociale ; une exploitation des sources d'information chiffrées sur la composition de l'emploi dans la branche.



# Partie 1. Portrait et trajectoire de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée

*Les entreprises de la branche gèrent 25% de l'offre sanitaire et 20% de l'offre médico-sociale française.*

- L'hospitalisation privée rassemble l'activité de gestion d'établissements à statut commercial. En 2012, la branche compte 227 600 salariés travaillant dans 3 000 établissements (source : OPCA-PL).
- Ces établissements appartiennent à deux secteurs distincts mais interconnectés : le sanitaire (1 050 établissements) et le médico-social (1 950 établissements). Les établissements sanitaires délivrent à leurs patients des diagnostics et des soins avec présence médicale continue, tandis que les établissements médico-sociaux accueillent des résidents ayant besoin d'un accompagnement dans leur vie quotidienne assorti de soins sans présence médicale continue. Si les établissements de la branche sont très différents par leurs activités, leurs tailles et leurs organisations, ils ont pour point commun de réaliser au moins l'une des trois fonctions suivantes : les soins diagnostics ou thérapeutiques, l'accompagnement à la vie sociale, et l'hébergement.

## La branche de l'hospitalisation privée en 2012



Estimations Quadrat-études, 2013

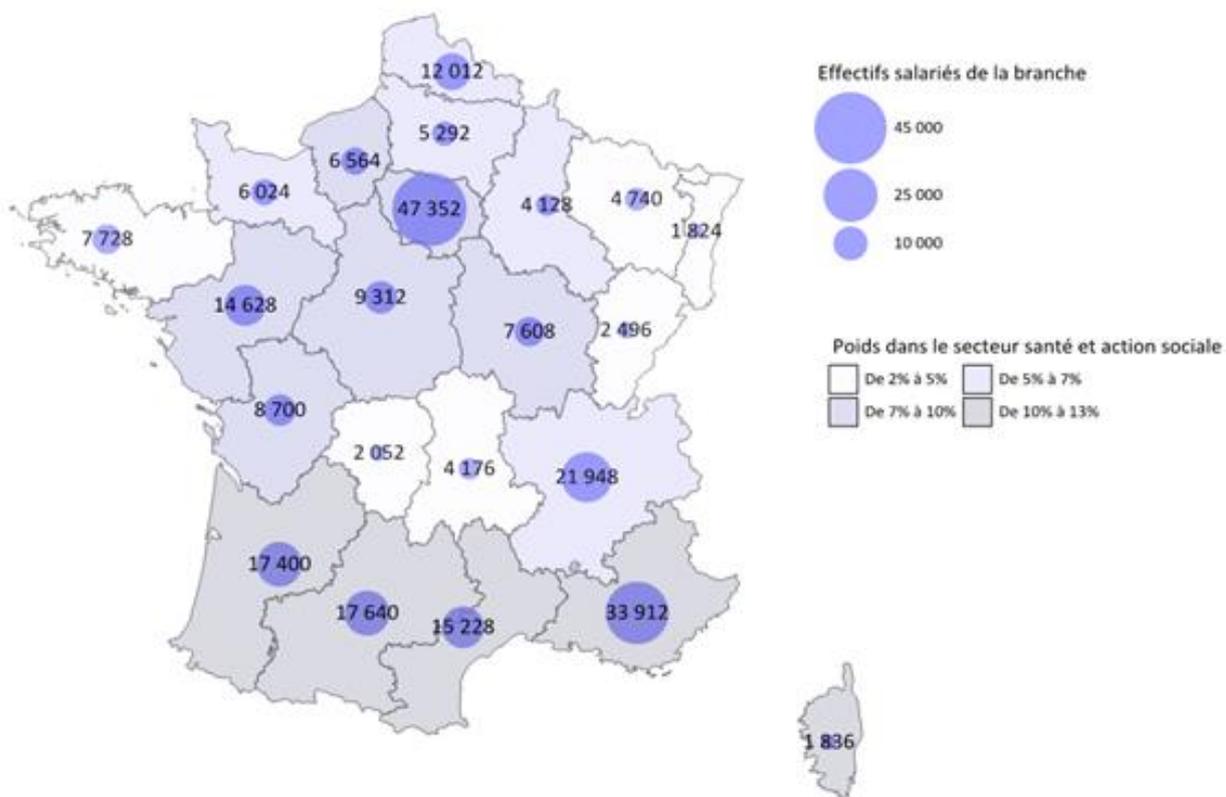
### Sources utilisées pour les estimations des effectifs

- La **base de données de l'OPCA-PL** rassemblant les entreprises cotisantes en 2012 : c'est cette source, à la fois la plus récente et la plus proche des données d'établissements, qui a été privilégiée pour le calage des effectifs totaux (227 600 salariés en 2012) ;
- Les statistiques des effectifs présentées dans les **rapports d'activité de l'OPCA** (Forma-HP puis OPCA-PL) et des **rapports de branche des fédérations professionnelles** (Synerpa, FHP) : cette source a été mobilisée pour retracer les évolutions des effectifs au cours des dernières années ;
- L'exploitation des **DADS de 2010 de l'INSEE** des entreprises rattachées à la Convention Collective de l'hospitalisation privée (IDCC n°1404) : cette source a permis la réalisation d'une table de passage entre le périmètre de la branche et les secteurs d'activité au sens de la NAF ;
- Une exploitation spécifique des **DADS au 1/12ème** pour les années 2007 à 2010 : cette source a permis le traitement de données descriptives des salariés de la branche sur une base robuste ;

- Une exploitation de l'**Enquête Emploi** de 2011 de l'INSEE : cette source a permis de produire une description approfondie des profils des salariés de la branche ;
- Les données du **SAE de la Drees** pour le secteur sanitaire ;
- Les données de calage de l'emploi déclinées au niveau sectoriel par la Division Emploi de l'INSEE, le système **Unistatis** de Pôle Emploi jusqu'en 2010, les données ACOSS Stats pour la période 2008-2020.

- L'activité des entreprises de l'hospitalisation privée ne peut être isolée du reste du domaine de la santé et de l'action sociale. Elle est contiguë avec l'activité des établissements relevant d'un autre statut (public ou privé non lucratif) et avec celle des acteurs sanitaires ou médico-sociaux intervenant au domicile (comme la médecine de ville ou encore les services à domicile). Les métiers, et les dynamiques qui les touchent, sont en grande partie communs.
- Les établissements à statut commercial représentent respectivement 25% de l'offre de soins hospitaliers et 20% des places d'accueil d'EHPAD en France.
- Ils emploient 7% des salariés travaillant dans le domaine de la santé et de l'action sociale : 9,5% des salariés travaillant dans la santé et 4,5% des salariés dans l'action sociale.
- Le poids de la branche dans le domaine de la santé et de l'action sociale connaît des différences significatives au niveau régional selon des spécificités territoriales historiques. Il atteint les valeurs les plus importantes dans les régions méridionales (de 7% à 13%). A l'inverse, la branche est moins implantée dans l'Est de la France (elle y représente moins de 5% des effectifs du domaine santé et action sociale).

#### Effectifs de la branche et poids dans le domaine santé et action sociale (2010)



**Soutenu par l'investissement public et par les stratégies de groupes, l'emploi s'est fortement développé dans la branche de l'hospitalisation privée.**

- Les entreprises de la branche ont pour particularité d'articuler un système concurrentiel avec la régulation publique du système de santé et de l'action sociale. Le développement de leur activité se trouve fortement encadré par les pouvoirs publics.
- L'hospitalisation privée est une branche fortement créatrice d'emplois. Chaque année depuis dix ans, le secteur médico-social gagne 5 600 emplois et le secteur sanitaire, 3 300 emplois. L'activité connaît en outre un enrichissement en emplois : on constate au cours de la dernière décennie une augmentation de deux emplois pour un lit ou place supplémentaire.
- L'emploi dans les établissements à statut commercial a progressé à un rythme sensiblement plus élevé que dans le reste du domaine d'activité. Le secteur médico-social de la branche a connu un développement particulièrement dynamique : au cours des cinq dernières années, son poids dans le domaine d'activité a doublé.
- Dans le secteur sanitaire, l'augmentation des effectifs salariés est imputable à la hausse de la taille moyenne des établissements. La sophistication des technologies médicales pousse en effet à concentrer l'offre dans des entités de plus grande taille afin de mutualiser les plateaux techniques et d'étoffer les équipes médicales et soignantes. Les acteurs privés se sont donc résolument engagés dans des opérations de fusion et de restructuration de leur offre, soutenues par la concentration dans des groupes. La vitesse et l'ampleur de la reconfiguration du secteur hospitalier privé donnent ainsi à voir son caractère offensif et stratégique (entre 2003 et 2007 en effet, la moitié des opérations recensées par l'ANAP ont été réalisés entre acteurs privés, et près de neuf opérations sur dix, par au moins un établissement privé).
- Dans le secteur médico-social, la forte dynamique de création d'emplois s'explique par l'entrée de nouveaux établissements dans la branche. En effet, le secteur médico-social, depuis 2007, a bénéficié de programmations financières conséquentes de la part des autorités publiques sous forme de plans d'investissement pluriannuels (les plans Solidarité Grand Age et Alzheimer). Découlant du constat que les besoins d'accueil de la population âgée dépendante étaient insuffisamment couverts, ces moyens ont permis la création d'EHPAD ou la médicalisation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées déjà existants.

La progression des effectifs de la branche selon le secteur



Estimations Quadrat-études, 2013

### L'activité de la branche s'organise autour des métiers du soin et de l'accompagnement.

- Les établissements des deux secteurs de la branche représentent des capacités (en lits et/ou places) équivalentes : autour de 115 000 lits et/ou places.
- Du fait de taux d'encadrement (nombre de salariés rapporté au nombre de lits et/ou places) plus élevés que dans les établissements médico-sociaux, les établissements sanitaires emploient davantage de personnels : 143 000 salariés sur le secteur sanitaire et 84 000 \$ sur le secteur médico-social.
- Le secteur sanitaire concentre ainsi près des deux-tiers des effectifs salariés de la branche.

#### Profil des établissements de la branche en 2012

Secteur	Type	Taille moyenne (nbre de lits ou places)	Effectifs moyens (nbre de salariés)	Taux d'encadrement moyen (nbre de salariés par lit ou place)
Sanitaire	MCO	132	190	1,44
	PSY	72	68	0,94
	SSR	76	69	0,90
	Ens. sanitaire	106	134	1,27
Médico-social	EHPAD	65	43	0,67
	EHPA	59	38	0,65
	Ens. médico-social	63	42	0,66
Autres		15	17	1,12
<b>Branche</b>		<b>74</b>	<b>70</b>	<b>0,95</b>

Estimations Quadrat-études, 2013

- Trois principaux métiers structurent l'activité des établissements de la branche : les infirmiers en soins généraux (IDE), les aides-soignants et les agents de service, hospitalier dans le sanitaire et hôtelier dans le médico-social. Ils représentent à eux seuls les trois-quarts des effectifs salariés de la branche.
- Leur poids varie en fonction de la nature de l'établissement et des activités qui constituent son cœur de métier. Les établissements sanitaires emploient une proportion conséquente de professionnels des soins : les infirmiers et aides-soignants représentent en moyenne 45% des équipes. En établissement médico-social, centré sur l'accueil et l'accompagnement de personnes âgées dépendantes, les effectifs de personnel soignant sont réduits ; les agents de service hôtelier (qui réalisent des tâches d'entretien, d'hygiène et contribuent à améliorer le confort des résidents) constituent le métier prépondérant : ils représentent en moyenne 46% des salariés du secteur médico-social de la branche.

#### Les trois principaux métiers de l'hospitalisation privée en 2012

Branche	Secteur sanitaire	Secteur médico-social
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 227 700 salariés.</li> <li>• 47 000 IDE en soins généraux (21% des effectifs de la branche).</li> <li>• 48 300 aides-soignants.</li> <li>• 64 000 agents de service hospitaliers et hôteliers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 143 400 salariés.</li> <li>• 41 600 IDE en soins généraux (28% des effectifs du secteur).</li> <li>• 30 500 aides-soignants.</li> <li>• 25 000 agents de service hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 84 300 salariés.</li> <li>• 39 000 agents de service hôtelier (46% des effectifs du secteur).</li> <li>• 18 200 aides-soignants.</li> <li>• 6 000 IDE en soins généraux.</li> </ul>

Estimations Quadrat-études, 2013

## Les métiers de la branche

### Les métiers assurant la fonction de soins

- Dans les établissements sanitaires : sous l'autorité et la coordination du responsable des services de soins ou du chef de bloc, on trouve des infirmiers et des aides-soignants, travaillant en parallèle et en coordination avec les ASH sous l'autorité de leur responsable. A proximité, et selon les établissements, leur taille et leurs choix, on peut trouver d'autres professions tels que les psychologues et les rééducateurs (par exemple les ergothérapeutes en SSR). Les ingénieurs et techniciens médicaux et les personnels de laboratoire, composant les métiers médico-techniques de la branche, sont positionnés comme prestataires internes de services au sein des établissements, respectivement pour assurer le fonctionnement des équipements médicaux et fournir les résultats d'analyses.
- Dans les EHPAD, l'activité de soins aux personnes âgées est assurée par des infirmiers (en nombre restreint comparé au secteur sanitaire), des aides-soignants et des aides médico-psychologiques. Ces professionnels sont encadrés par un infirmier coordonnateur, en collaboration avec le directeur de l'établissement et le médecin-coordonnateur. Ils travaillent en coordination avec des agents de service.

### Les métiers assurant la fonction d'accompagnement à la vie sociale

- La fonction d'accompagnement des personnes âgées en EHPAD recouvre un ensemble multiforme de métiers : les aides-soignants et aides médico-psychologiques interviennent dans l'accompagnement individuel ; les animateurs ont en charge la dynamique collective d'animation. D'autres profils peuvent intervenir dans l'accompagnement des résidents, avec des contours d'emploi et des frontières moins définis : il peut s'agir d'auxiliaires de vie (personnel diplômé), d'agents d'accompagnement... L'accompagnement s'appuie également sur des personnels spécialisés (rééducateurs, psychologues, travailleurs sociaux...) intervenant souvent à temps partiel dans l'établissement.
- Dans les établissements sanitaires, des professionnels en nombre restreint (travailleurs sociaux, psychologues) interviennent spécifiquement dans l'accompagnement social ou psychologique des patients. Au quotidien, la fonction d'accompagnement est également assumée de manière diffuse par des professionnels intervenant au contact et en interaction des patients – c'est le cas notamment des aides-soignants.

### Les métiers assurant la fonction d'hôtellerie

- Les agents de cuisine, de restauration, de service, d'entretien assurent diverses missions qui contribuent au confort hôtelier des patients ou résidents : service des repas, distribution du linge, entretien des locaux et du matériel... En fonction de la taille et des choix organisationnels propres aux établissements, un responsable hôtellerie peut assurer leur encadrement. Ces activités peuvent faire l'objet d'une gestion externalisée à un prestataire. Par ailleurs, de nombreuses activités support, de maintenance et de logistique pour l'essentiel, concourent à la fonction d'hébergement des établissements.

### Les métiers administratifs

- Les activités administratives (gestion des admissions, facturation, comptabilité, ressources humaines...) relèvent d'organisations qui varient fortement selon la taille, les choix d'organisation et le rattachement ou non à un groupe, des établissements.

### Détail des effectifs de la branche de l'hospitalisation privée en 2012

Métiers	Branche	Secteur sanitaire	Secteur médico-social
Personnel soignant	108 656	79 585	29 071
Infirmiers en soins généraux	46 973	41 048	5 925
Aides-soignants	48 292	30 130	18 161
Personnel technique	6 132	6 783	1 125
Personnel médical	7 365	6 474	891
Personnel d'hôtellerie	69 589	38 171	42 899
ASH	63 973	24 996	38 978
Personnel éducatif et social	7 501	2 974	4 527
Personnel d'encadrement	6 327	4 498	1 828
Personnel administratif	21 935	18 013	3 921
Autres	142	131	11
<b>Ensemble</b>	<b>227 647</b>	<b>143 373</b>	<b>84 274</b>

Estimations Quadrat-études, 2013

### Une grande partie des salariés relèvent de professions réglementées par l'Etat.

- Particularité forte du secteur d'activité, les métiers de la santé correspondent à des professions réglementées : leur exercice est conditionné par l'obtention d'un diplôme d'Etat. La relation entre emploi et formation est donc rigide, le métier étant défini par le diplôme détenu.
- Les compétences paramédicales sont construites comme des dérogations au monopole médical. Seuls quelques métiers paramédicaux, notamment les infirmiers, disposent de compétences propres. Les compétences de chaque métier paramédical sont définies en cascade à partir du métier d'infirmier, le niveau de responsabilité dépendant du niveau de formation initiale.
- Ce système de compétences déléguées conduit à une appréhension hiérarchique et relativement cloisonnée des métiers, qui ne correspond que partiellement aux interactions sur le terrain, les professionnels étant en effet amenés à intervenir en complémentarité auprès des patients et résidents.
- Autre caractéristique forte, la plupart des diplômes sont obtenus suite à des formations courtes - trois ans pour les IDE, un an pour les aides-soignants - ce qui crée un écart important avec le niveau de formation des médecins, à la formation universitaire longue. Les carrières sont limitées par le cadre du diplôme et par le manque de passerelles entre les métiers. S'il souhaite évoluer dans son domaine, le professionnel paramédical doit obtenir un diplôme supérieur, l'alternative consistant à quitter les soins pour devenir encadrant ou formateur.

#### Métiers et niveaux de formation initiale dans la branche de l'hospitalisation privée en 2012

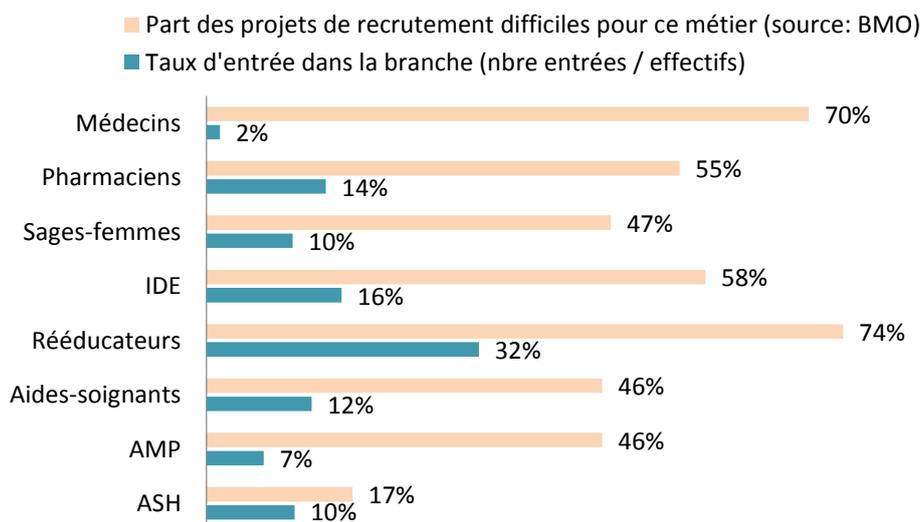
	Niv. I (Doctort)	Niv. II et I (formations en 4 ans ou formations complémentaires)		Niv. III et II (Licence ou autres formations en 3 ans)		Niv. V (CAP-BEP)		Métiers non réglementés	
<b>Personnel médical</b>	Médecin Pharmacien		Sage-femme						
<b>Personnel soignant</b>		IDE spécialisé (IBODE, IADE, puériculture)		IDE	Masseurs-kiné Psychomotr. Ergot.	Aide-soignant	Aux. de puér.		
<b>Personnel éducatif</b>		Psychologue		Assistant social	Educateur	AMP	Auxiliaire de vie sociale	Animateurs	Agents d'accompagnement
<b>Personnel hébergement</b>								ASH	Cuisinier Ag. de cuisine
<b>Personnel technique</b>				Technicien médical		Préparateur pharmacie		Logistique	Maintenance
<b>Personnel administratif</b>								Agent d'accueil	Secrétaire, comptable
<b>Personnel d'encadrement</b>								Cadre de santé	Cadre adm.

- Même réglementées, les professions paramédicales renvoient à des contenus d'emploi très différents en fonction de l'établissement employeur. Dans le secteur sanitaire, les périmètres d'intervention des personnels paramédicaux et des agents de service sont dans leur ensemble clairement définis. Dans le secteur médico-social, la frontière entre soins, aide à la vie quotidienne et accompagnement social ne faisant pas l'objet d'une définition stricte, les contours d'emploi entre les différents personnels sont plus variables et les contenus peuvent être diversifiés.

### Les tensions sur les recrutements sont vives chez les professionnels de la santé.

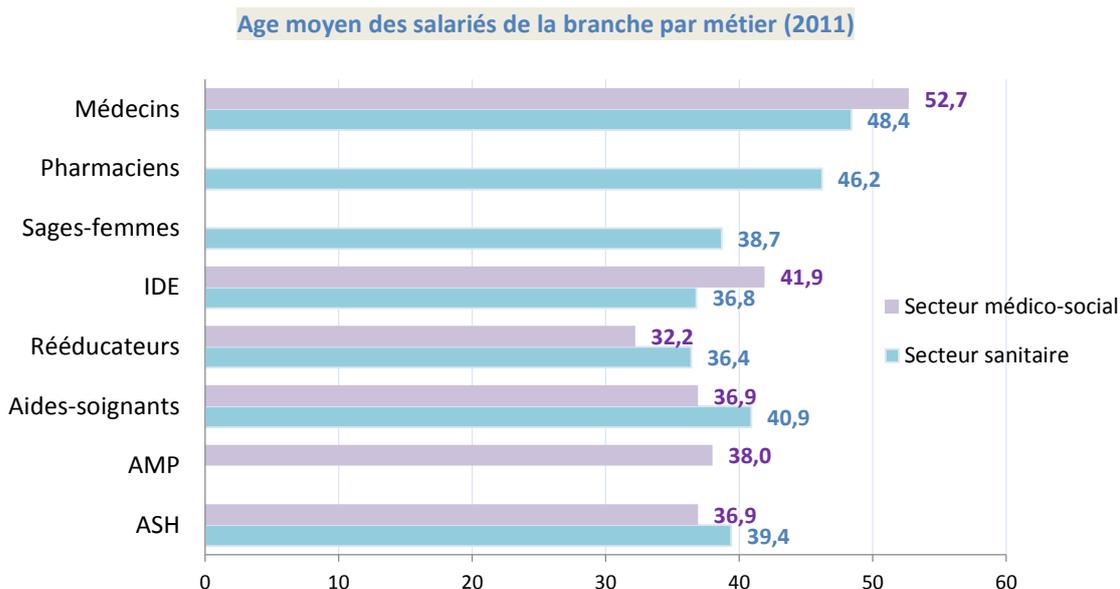
- Particularité forte du secteur d'activité, les métiers de la santé correspondent à des professions réglementées : leur exercice est conditionné par l'obtention d'un diplôme d'Etat. La relation entre emploi et formation est donc rigide, le métier étant défini par le diplôme détenu.
- Pour les établissements employeurs et les salariés, la réglementation des professions médicales et paramédicales signifie que le marché du travail est régulé par le nombre annuel de diplômés.
- Or, celui-ci dépend du nombre de places ouvertes en instituts de formation, fixé chaque année par les ARS sur la base de leur évaluation des besoins. Le nombre de places limité en instituts de formation, accessibles sur concours, conduit à une sélectivité importante des candidats au vu de la demande sociale élevée sur ces métiers, et à une forte tension sur le marché du travail du fait des besoins de recrutements dynamiques.
- Ainsi, la part de projets de recrutements déclarés difficiles par les employeurs (enquête BMO, Pôle Emploi) atteint des proportions très importantes pour les professions médicales et paramédicales ; les tensions sont d'autant plus fortes que le niveau de diplôme est élevé.

#### Tensions sur les recrutements par métier (2013)



Source : Enquête Emploi 2011 et BMO, traitement Quadrat-études

- Le personnel médical se signale par un vieillissement marqué : l'âge moyen des médecins atteint quasiment 50 ans. L'âge moyen des paramédicaux aux formations courtes (aides-soignants et AMP) et des agents de service est proche de 40 ans. Les professionnels du soin de niveau de formation intermédiaire (sages-femmes, IDE, rééducateurs) sont en moyenne plus jeunes (autour de 37 ans en moyenne).

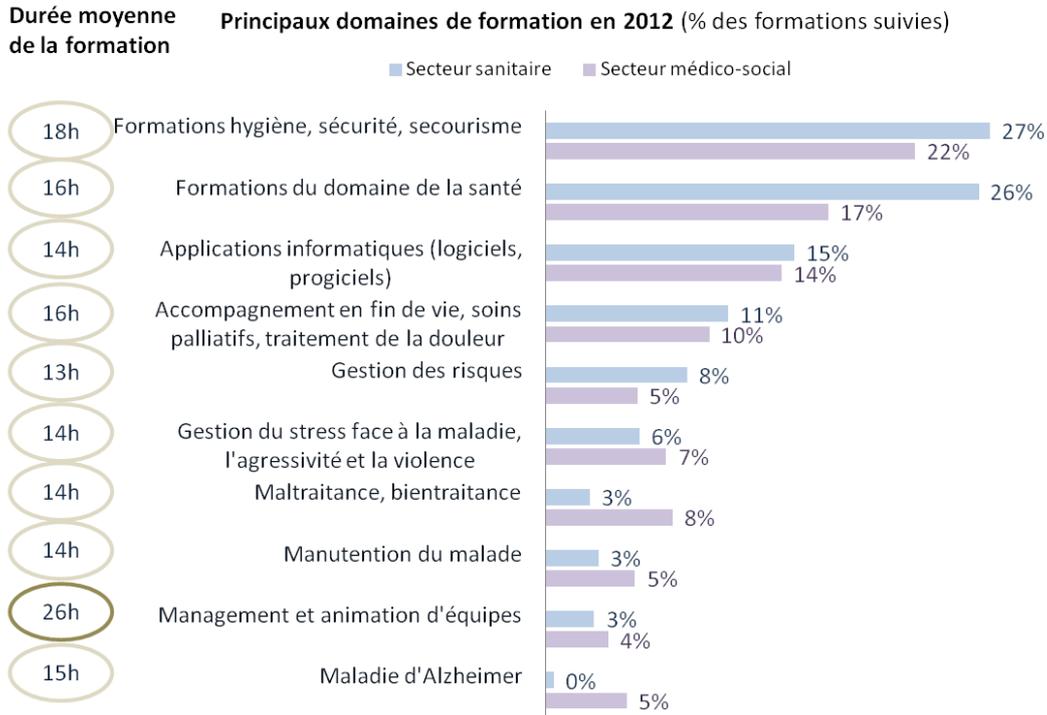


Sources : Enquête Emploi 2011, DADS 2010, traitement Quadrat-études

#### *L'accès à la formation continue croît avec le niveau de formation initiale.*

- Actalians, OPCA des professions libérales, a financé 84 450 formations suivies par des salariés de la branche de l'hospitalisation privée.
- Ce volume de formation continue financée par l'OPCA, rapporté au nombre de salariés, indique un taux de 36%. Décliné par secteur, ce taux atteint 34% dans le sanitaire et 39% dans le médico-social.
- Les principales formations suivies ont une durée moyenne d'une quinzaine d'heures. Répondant à des obligations réglementaires, les normes d'hygiène, de sécurité, de secourisme absorbent une partie importante des formations suivies. Certaines formations continues concernent le sanitaire et du médico-social dans une égale proportion : l'informatique, la fin de vie et la douleur, la gestion du stress, le management.

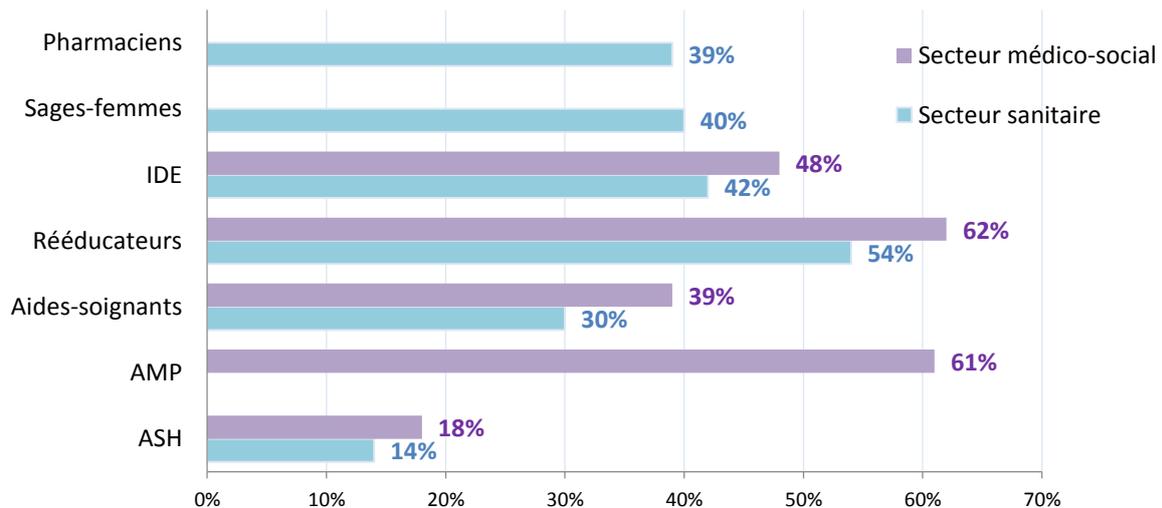
**Domaines et durées des formations financées par l'OPCA de la branche (2012)**



Source : OPCAPL, traitement Quadrat-études, 2013

- Le taux d'accès à la formation continue varie selon les métiers exercés. Les professionnels de la rééducation et les AMP sont les métiers les plus fréquemment formés, tandis que les agents de service et dans une moindre mesure les aides-soignants bénéficient dans l'ensemble de peu de formations.

**Taux d'accès aux formations financées par l'OPCA de la branche par métier (2012)**



Source : OPCAPL, traitement Quadrat-études, 2013

***Des tendances de fond réinterrogent le fonctionnement des établissements : le vieillissement démographique et la chronicité des maladies, l'augmentation des coûts et des volumes de soins, les objectifs de maîtrise des dépenses.***

- Au cours de la dernière décennie, les environnements de travail se sont profondément transformés sous l'effet d'évolutions lourdes et structurelles : les évolutions de la demande sociale, les techniques et les coûts des soins, les contraintes économiques pesant sur les établissements, le marché du travail.
- Les modes de vie et le vieillissement démographique se traduisent par une augmentation de l'incidence des maladies chroniques, des neurodégénérescences et des poly-pathologies. Dans cette transition épidémiologique, le progrès des techniques médicales joue un rôle central et paradoxal : en permettant d'allonger l'espérance de vie des personnes dépendantes ou malades, il fait augmenter le nombre de personnes malades ou dépendantes et, par conséquent, les besoins de prises en charge. De plus, le coût et le volume de soins reçus par patient augmentent.
- Les maladies chroniques et le vieillissement, ouvrant de nouvelles relations à la maladie et aux soins, génèrent des besoins et demandes nouvelles de la part des malades et de leurs proches en termes d'information, de prévention, d'accompagnement social... Ces besoins et demandes incitent, en retour, à faire avancer le progrès des techniques médicales et évoluer les modes de prise en charge.
- Parallèlement, face à des coûts d'exploitation grandissants, les établissements ont intégré des objectifs de maîtrise des dépenses. Avec la tarification à l'activité (T2A) en vigueur depuis 2005, les ressources octroyées à chaque établissement sanitaire sont fonction de la nature et du volume d'activité ; sa viabilité économique dépend donc directement de son volume d'activité et de sa productivité. Les établissements se trouvent incités à rationaliser leur fonctionnement, réduire les durées de séjour et augmenter la rotation des lits et places.
- Les établissements employeurs ont dû par ailleurs faire face à une démographie médicale et paramédicale défavorable, principalement en raison du déficit de personnels diplômés par rapport aux besoins.
- Les pratiques soignantes se trouvent en définitive traversées par deux mouvements à la fois antagoniques et liés : d'une part une offre de soins devenant hyper-spécialisée et technique, et d'autre part une demande de soins qui débordent les aspects pour investir des aspects psychologiques et sociaux.

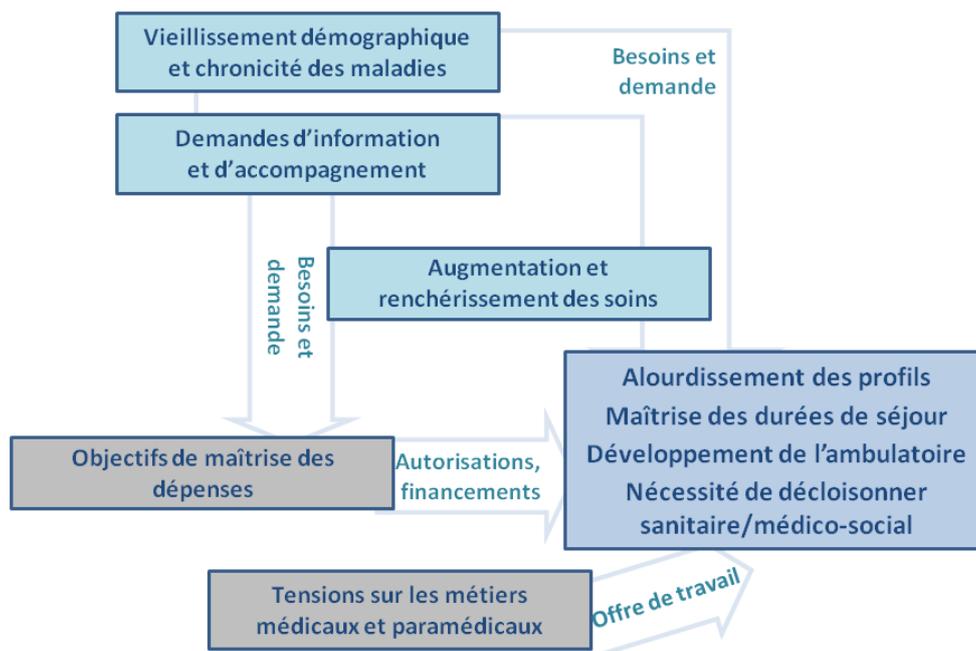
***Sous l'effet de ces tendances lourdes, les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent s'adapter aux profils des publics accueillis et développer des modes d'accueil alternatifs.***

- L'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées ou malades chroniques s'est traduit, pour les établissements, par la nécessité d'inscrire les interventions dans la durée et d'intégrer dans le processus soignant une multiplicité d'intervenants : médecins traitants, intervenants à domicile, aidants familiaux...
- Sous l'effet du vieillissement des profils accueillis, les activités réalisées au sein des établissements tendent à être plus transversales entre le sanitaire et le médico-social. En effet, les EHPAD, du fait d'une proportion croissante de résidents lourdement dépendants et atteints de polypathologies, mettent en place des unités spécialisées dans les neurodégénérescences et la gériatrie, dans lesquelles la médicalisation s'accroît. Parallèlement, certains établissements sanitaires se spécialisent en gériatrie et s'ouvrent aux soins de suite et de réadaptation. Pour autant, les établissements restent, dans leur fonctionnement, relativement cloisonnés entre secteur sanitaire et médico-social.
- Dans le sanitaire, la demande émanant des patients et résidents accueillis, des orientations des politiques de santé, et les considérations d'efficacité économique se sont rejoints sur la nécessité de développer des techniques et des organisations soignantes permettant, lorsque la situation le permet, de raccourcir les durées de séjour ou d'éviter les hospitalisations complètes. L'ambulatoire a un fort développement en particulier en chirurgie : aujourd'hui, les cliniques MCO réalisent près de la moitié de leur activité en ambulatoire ; le développement de ce type de prise en charge explique la quasi-totalité de la croissance

du secteur MCO dans la branche (source : ATIH, 2012). Ainsi, le secteur privé commercial réalise 50% des séjours en ambulatoire en France, contre 27% des séjours d'hospitalisation complète (source : FHP, 2013). L'activité d'hospitalisation à domicile a pour sa part doublé entre 2007 et 2012 (source : ATIH, 2012).

- Dans le domaine médico-social, la dynamique constatée au cours de la dernière décennie est différente. Les besoins des personnes âgées étant alors très insuffisamment couverts, l'offre en établissement s'est prioritairement attachée à couvrir les besoins d'hébergement pour les personnes âgées les plus dépendantes, avec des plans de créations de places d'EHPAD. Parallèlement, des politiques volontaristes ont porté sur le développement du maintien à domicile. La structure de l'offre s'est donc polarisée entre domicile et hébergement complet en EHPAD : les personnes âgées pouvant bénéficier de services permettant de vivre chez elles de plus en plus longtemps (services infirmiers à domicile et/ou d'aide à la personne) et en l'absence de solutions intermédiaires, elles entrent en EHPAD de plus en plus tardivement et avec un niveau de dépendance plus lourd ; les durées de séjour tendent à se raccourcir.

#### Facteurs d'évolution et leurs impacts sur les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux



## Les différents modes de prise en charge en établissement sanitaire et médico-social

---

### En établissement sanitaire

#### L'hospitalisation conventionnelle

L'hospitalisation complète désigne l'activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés ou femmes enceintes et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance de manière continue.

#### L'hospitalisation alternative

- Les structures de prise en charge alternatives proposent différents types de prise en charge permettant aux malades de bénéficier du plateau technique et des compétences générales de l'établissement sanitaire, sans être coupés de leur cadre de vie habituel. Elles sont installées dans des hôpitaux assurant une activité d'hospitalisation complète, à l'exception de quelques structures indépendantes. La prise en charge repose sur une organisation spécifique et individualisée des autres services de l'établissement.
- L'hospitalisation partielle (de jour ou de nuit) correspond à plusieurs formes de prise en charge des patients sur une durée ne dépassant pas la journée ou la nuit. Elle permet la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.
- L'hospitalisation de nuit concerne principalement les services psychiatriques.
- L'ambulatoire (hospitalisation de jour) désigne un traitement qui nécessite une hospitalisation de courte durée (une dizaine d'heures) sans hébergement de nuit. La chirurgie ambulatoire comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie et qui permettent la sortie du patient le jour même de son admission.
- L'hospitalisation à domicile vise à assurer des soins médicaux et paramédicaux continus au domicile du patient. L'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'HAD, justifieraient une hospitalisation en établissement. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation dans un établissement MCO ou SRR lorsque la prise en charge à domicile est possible. Depuis 2007, les structures d'HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD, pour éviter l'hospitalisation d'un résident.

### En établissement médico-social

#### L'accueil conventionnel

- L'hébergement permanent désigne l'accueil de la personne âgée à temps complet, de jour comme de nuit.

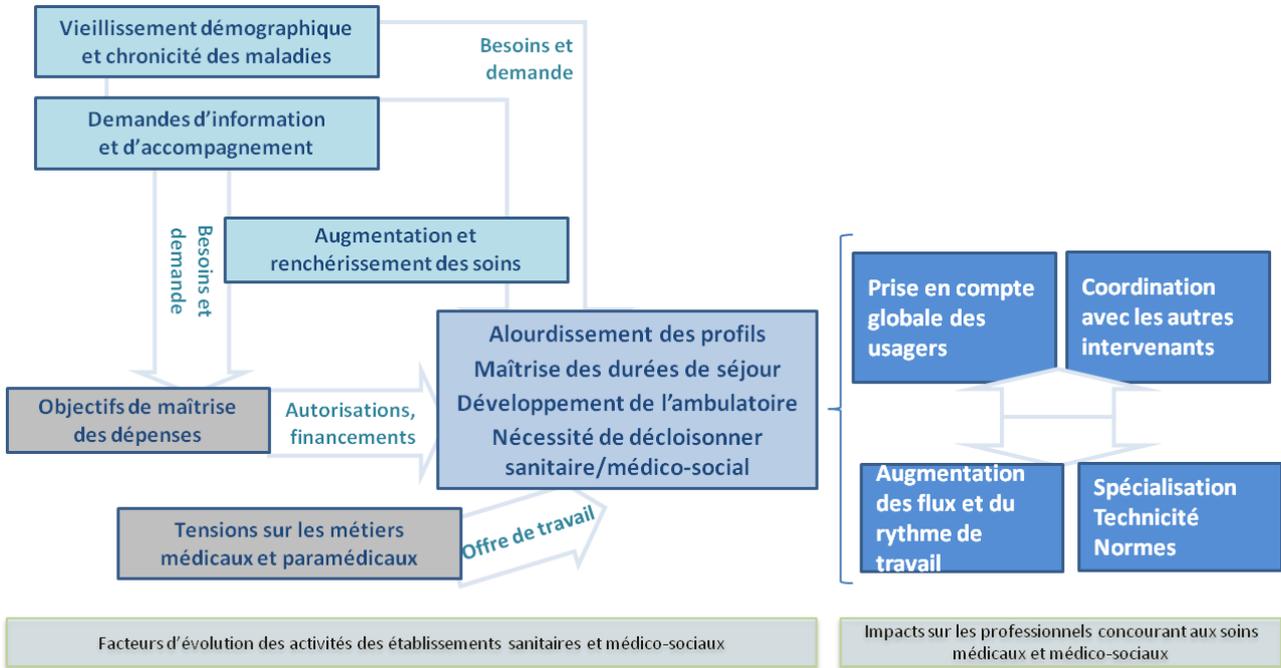
#### L'accueil alternatif

- L'hébergement séquentiel permet d'offrir un accompagnement à des personnes âgées vivant à leur domicile. Il existe deux modes d'accueil séquentiel : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.
- L'accueil de jour propose des activités pendant la journée à des personnes vivant à domicile et ayant des besoins d'accompagnement social et relationnel. Il permet de rompre l'isolement de la personne et de sa famille. Il s'adresse aujourd'hui principalement aux personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.
- L'hébergement temporaire est une formule d'accueil en EHPAD limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile n'est momentanément pas possible (isolement, absence des aidants, travaux dans le logement...). Il peut aussi s'utiliser comme transition avant l'entrée définitive en établissement ou avant le retour à domicile après une hospitalisation.

***Pour les professionnels, la transformation rapide de l'environnement s'accompagne d'injonctions contradictoires entre spécialisation et polyvalence.***

- Avec l'augmentation des contraintes économiques, les établissements cherchent à obtenir une meilleure connaissance de leurs activités, notamment de soins, et de leurs coûts. De nouveaux profils ou métiers sont ainsi apparus dans les établissements sur les aspects de gestion de l'information et de maîtrise des coûts. Dans les établissements de grande taille, les équipes administratives se voient renforcées par de nouveaux métiers (contrôleur de gestion, gestionnaire qualité...); des fonctions transversales en management et logistique se développent pour gérer les activités de soins ou supports. Les profils des directeurs d'établissement se diversifient pour intégrer des compétences en management des organisations.
- Si les changements ont été profonds et rapides tant dans la demande que dans les organisations soignantes, ils ne se sont pourtant pas accompagnés d'une évolution de la composition de l'emploi. En effet, les métiers étant pour l'essentiel réglementés, les changements ont moins porté sur les métiers que sur leur contenu.
- Les professionnels concourant aux soins ont vu se transformer rapidement leurs rythmes de travail, l'environnement technique, les techniques et les modes de prise en charge, la durée et le déroulement des séjours, les modalités de communication avec les personnes accueillies et leurs proches, la coopération avec les autres professionnels...
- Les évolutions constatées sur la dernière décennie semblent sur ce point paradoxales en ce que le travail réalisé par l'ensemble des personnels doit s'insérer dans des organisations plus normées qui conduisent à standardiser le déroulement des séjours, alors que, dans le même temps, la demande sociale émanant relayée par les partenaires institutionnels s'oriente vers la personnalisation et le décloisonnement des prises en charge. Il est attendu d'eux à la fois une maîtrise des techniques de soins plus sophistiquées et des normes de qualité et de sécurité renforcées, une ouverture au travail interdisciplinaire et à la communication avec les aidants, tout en gérant le raccourcissement des durées de séjour, l'augmentation des flux de patients.
- Les soignants sont exposés à des conditions de travail physiques et psychologiques souvent difficiles. Par ailleurs, le marché du travail étant caractérisé par une demande des employeurs supérieure à l'offre des candidats, le rapport des professionnels au travail et à leurs employeurs conduit à une forte mobilité. En retour, le manque de fidélisation de certains types de salariés peut conduire les employeurs à réduire leur investissement dans la formation continue sur ces profils. Au final, cette situation constitue un frein à la professionnalisation et de développement des compétences des salariés de la branche.
- Ces tensions entre d'une part des missions qui tendent à s'enrichir (elles deviennent à la fois plus techniques et plus transversales) et d'autre part des ressources budgétaires resserrées interrogent sur les orientations à donner : comment les établissements pourront-ils travailler à dépasser la vision de leurs missions encore souvent centrée sur les soins médicaux, s'ouvrir à l'environnement de vie de leurs patients et résidents, mettre en œuvre de véritables projets d'accompagnement globaux et personnalisés en coordination avec les autres intervenants... tout en faisant face à la hausse des coûts combinés à la baisse des financements, qui les amènent à poursuivre la rationalisation de leurs activités et à se centrer sur les activités encadrées réglementairement (soins, hygiène, sécurité...) ?

Transformations de l'environnement et impact sur le travail soignant dans les établissements



## Partie 2. Prospective de l'emploi dans la branche à horizon 2020

### *Modélisation des déterminants de l'emploi : le développement de l'emploi, conditionné par l'évolution globale du système de santé, dépend également de la stratégie des entreprises.*

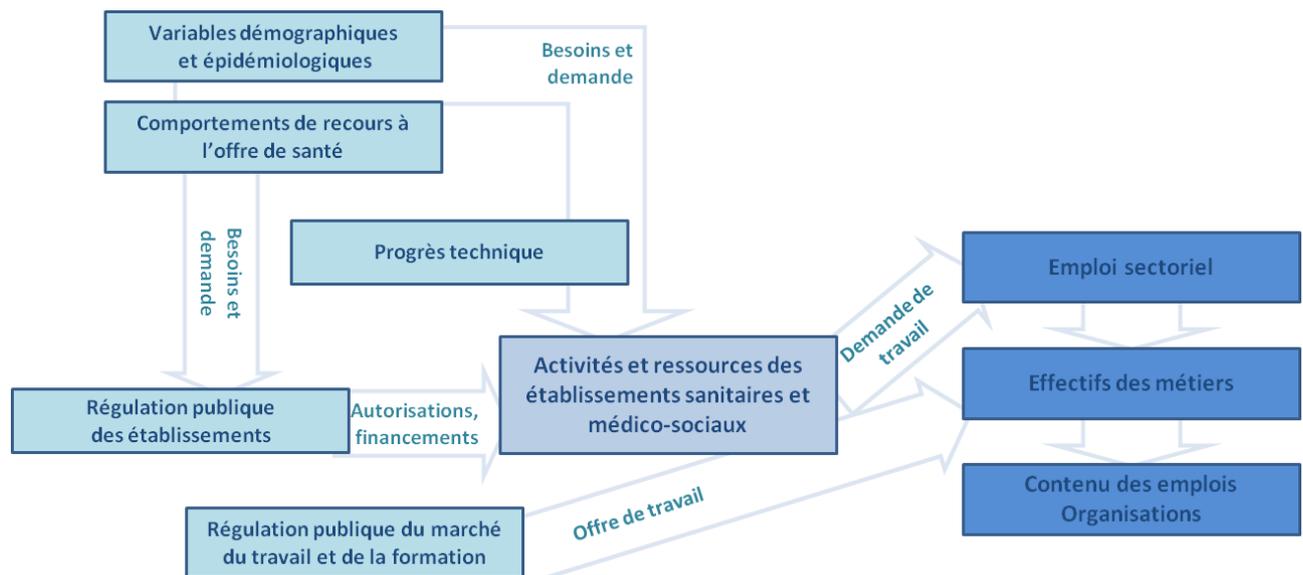
- L'analyse des différents déterminants de l'emploi et des métiers montre que cette dynamique d'emplois a été soutenue par une politique d'investissement public conséquente dans le secteur médico-social (plans de rattrapage de l'offre pour couvrir les besoins d'accueil des personnes âgées dépendantes) et par des stratégies proactives des groupes (des opérations de mutualisation et de fusion ont permis de restructurer un nombre important d'établissements sanitaires et faire face à l'élévation des coûts fixes).
- A l'avenir, la progression de l'emploi de la branche restera fortement conditionnée par l'évolution globale du système de santé. Or, celui-ci se trouve indéniablement engagé dans d'importantes réformes en cours ou en gestation. En effet, l'organisation actuelle des soins couplée aux avancées des techniques médicales, dans un contexte de vieillissement et de transition épidémiologique de la population, génèrent des dépenses très dynamiques. Pour parvenir à maîtriser la croissance des dépenses d'assurance maladie, les politiques nationales cherchent à améliorer l'efficacité du système de santé. Des politiques de limitation des dépenses vont nécessairement peser sur l'économie globale des entreprises de la branche.
- Dans ce contexte contraint, quelle pourrait être la trajectoire de l'emploi dans la branche ? Pour disposer d'éléments de prévision, les déterminants de l'emploi dans la branche ont été modélisés et des hypothèses ont été formulées sur leur évolution à horizon 2020. Cette méthode permet d'avancer des estimations prospectives de l'emploi dans le domaine d'activité général (la santé et l'action sociale) puis dans la branche de l'hospitalisation privée.
- L'étude permet de distinguer tout d'abord des déterminants exogènes à l'activité des entreprises de la branche : démographie, croissance économique, dépenses de santé des ménages, financements de l'assurance maladie. Les hypothèses relatives à leur évolution utilisées dans l'étude sont cohérentes avec les résultats produits dans d'autres travaux prospectifs nationaux.
- L'étude met ensuite en lumière des déterminants dépendant plus ou moins fortement de l'activité des entreprises de la branche : les capacités d'accueil en établissement (nombre et type de lits/places) et les projections reposent sur une progression de la branche dans son domaine d'activité (la santé et l'action sociale).
- C'est sur ces déterminants qu'une action volontariste des parties-prenantes de la branche pourrait venir infléchir les prévisions proposées. Une analyse plus fine permettra d'explicitier la sensibilité des projections d'emploi à ces déterminants.

## Présentation de la modélisation

Pour réaliser les projections d'emploi, certains **déterminants** sont structurants : les financements mutualisés du système de santé, les évolutions démographiques, les dépenses des ménages, les capacités d'accueil en établissement.

- L'exercice prospectif s'appuie en premier lieu sur les **projections déjà réalisées** dans le cadre de travaux des administrations publiques (Insee, Ined, Drees...). Ces projections (Omphale, Destinie...) constituent une base robuste pour les projections démographiques et les indicateurs macro-économiques à forte inertie.
- La **dépense des ménages** pour la santé est projetée à partir d'une fonction de demande simple pour laquelle l'élasticité-revenu est estimée à 1,4. De façon équivalente, la dépense des ménages pour l'hébergement médico-social repose sur une estimation de l'élasticité-revenu à 1,3.
- Les **capacités en places d'établissement** du secteur sanitaire sont projetées à partir d'un modèle intégrant les variables explicatives suivantes : la population totale, l'Ondam établissements de santé, le revenu par habitant. Dans le médico-social, les capacités en places d'établissement sont liées aux variables suivantes : la population âgée, l'Ondam hébergement médicalisé personnes âgées, la part des ménages dans la dépense médico-sociale et le taux d'institutionnalisation (part des personnes dépendantes vivant en établissement).
- Les **équations d'emploi** sont calculées à partir des variables explicatives suivantes : les capacités d'accueil en établissement, les dépenses des ménages, l'Ondam, la trajectoire du coût du travail.

### Les déterminants de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée



Quadrat-études, 2013

## Principales sources documentaires

Les hypothèses retenues sont cohérentes avec les études et rapports publics produites dans le domaine de la santé et de l'accompagnement de la dépendance :

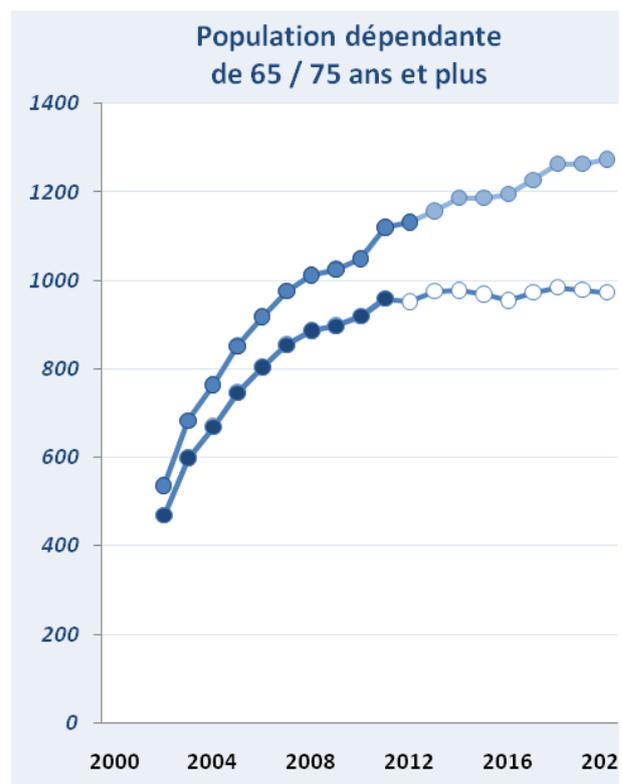
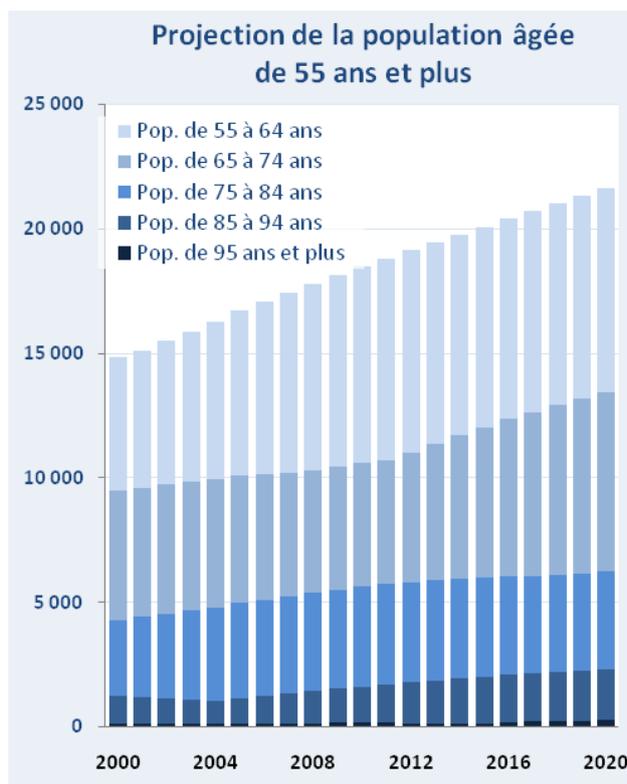
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (2013), *Rapport annuel 2013*
- Sécurité sociale, *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014*
- Insee (2013), « L'allocation personnalisée d'autonomie à horizon 2040 », *INSEE Analyses* n°11
- INSEE (2010), « Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *INSEE Première* N°1320
- Inspection générale des affaires sociales (2012), *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013 – 2017*
- Commissariat général du Plan (2005), *Prospective des besoins d'hébergement en établissement des personnes dépendantes*

## Présentation des hypothèses retenues pour l'évolution des déterminants : la mise en place d'une médecine de parcours et de santé globale

### L'évolution du contexte démographique

L'analyse des déterminants démographiques permet d'appréhender la demande adressée aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Les hypothèses sur ces évolutions sont encadrées par les travaux prospectifs d'administrations françaises (Insee, Ined, Drees, Dares, Igas...).

- **La population totale** : La croissance de la population totale s'infléchirait très légèrement à l'horizon 2020 (+0,5% en rythme annuel contre +0,6% sur les dernières années). Au total, la population française progresserait de 2,4 millions d'habitants.
- **La population âgée** : La classe d'âge des 65-74 ans va porter l'essentiel de la progression des effectifs (+2,0 millions).
- **La natalité** : Le nombre de naissances enregistrerait une très légère décroissance (-0,1% soit 814.000 en 2020 contre 822.000 en 2012).
- **La dépendance** : La proportion de personnes dépendantes parmi les 85-94 ans reculerait de 27% en 2012 à 21% en 2020, tandis que cette proportion serait stable (autour de 13%) chez les 75-84 ans. La part des personnes dépendantes reculerait ainsi légèrement à 9,5% de la population des 65 ans et plus à l'horizon 2020 (10,3% en 2012). Appliqués aux projections, le nombre de personnes dépendantes atteindrait 1,27 million en 2020 contre 1,05 en 2012.



Source : INSEE et DREES, traitement Quadrat-études, 2013

### L'évolution des financements de l'assurance maladie

L'organisation actuelle des soins couplée aux avancées des techniques médicales, dans un contexte de vieillissement et de transition épidémiologique de la population, génèrent des dépenses très dynamiques. La progression tendancielle, c'est-à-dire en dehors de mesures nouvelles, a été estimée à 4% par an. L'objectif

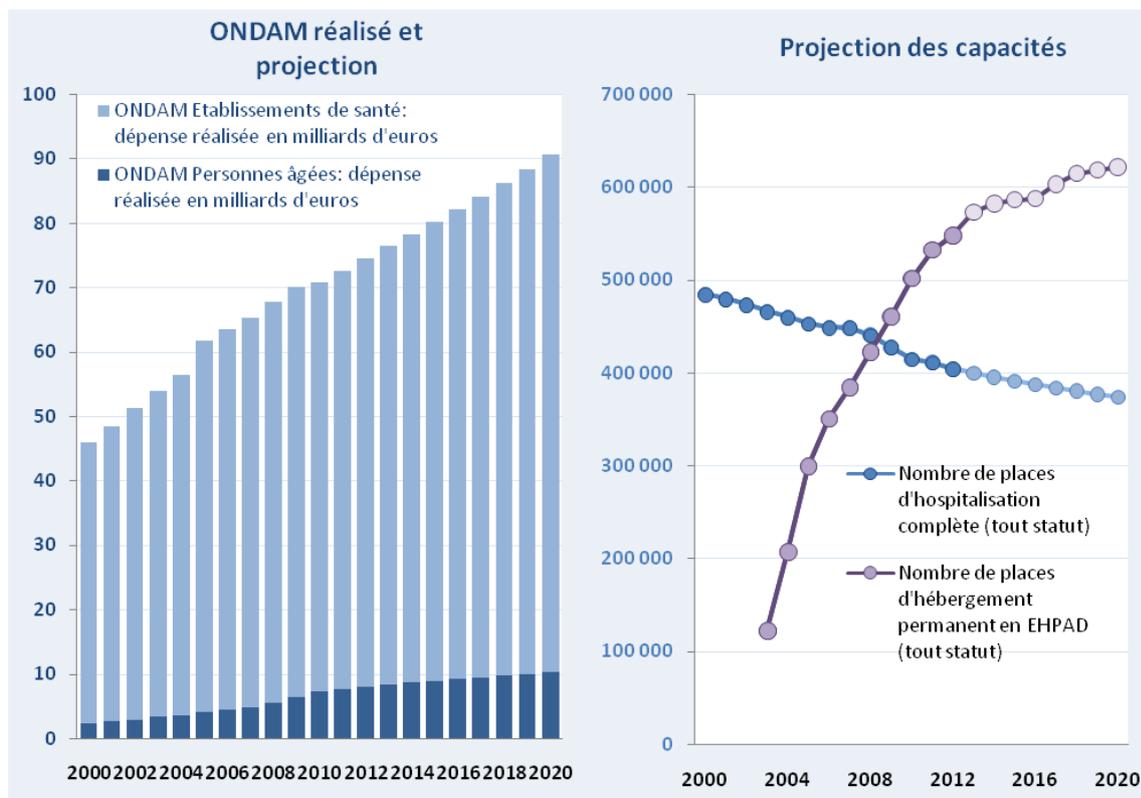
national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté annuellement par le Parlement, vise à une meilleure maîtrise de la croissance de ces dépenses.

- **L'ONDAM** : La croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), votée annuellement par le Parlement, a progressivement diminué au cours des dernières années. Pour 2014, l'évolution visée des dépenses d'assurance maladie a été fixée dans le PLFSS à +2,5% et se décompose en +2,3% pour les établissements de santé et +2,9% pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Ces hypothèses sont prolongées à l'horizon 2020.

#### L'évolution des capacités d'accueil en établissement

Pour parvenir à maîtriser la croissance des dépenses, les programmations vont rechercher à renforcer la graduation des soins et éviter ainsi les prises en charge inutilement lourdes et coûteuses. Les activités en développement devraient ainsi se situer d'une part sur les soins de suite et de réadaptation, qui constituent le maillon dans la chaîne de soins à l'articulation entre le court séjour hospitalier et le long séjour en accueil médico-social ; et d'autre part sur les alternatives aux prises en charge avec hébergement. Le tournant vers l'ambulatoire, le médico-social et le hors-les-murs va s'amplifier et s'étendre à tous les types d'établissements.

- **Domaine sanitaire** : Le nombre de places d'hospitalisation complète continuerait de diminuer de -1,0% en rythme annuel (-30.200 lits en 2020). Cette baisse serait compensée par la progression des capacités d'hospitalisation partielle (+3,5% soit +22.700 places) et à domicile (+9,6% soit +17.400 places).
- **Domaine médico-social** : La croissance du nombre de places d'hébergement permanent en EHPAD s'infléchirait assez nettement à l'horizon 2020 (+1,6% soit +73.000 places entre 2012 et 2020) sous l'effet du moindre dynamisme de ses déterminants (l'arrivée à expiration des plans nationaux).



Source : Sécurité sociale et DREES, projections Quadrat-études, 2013

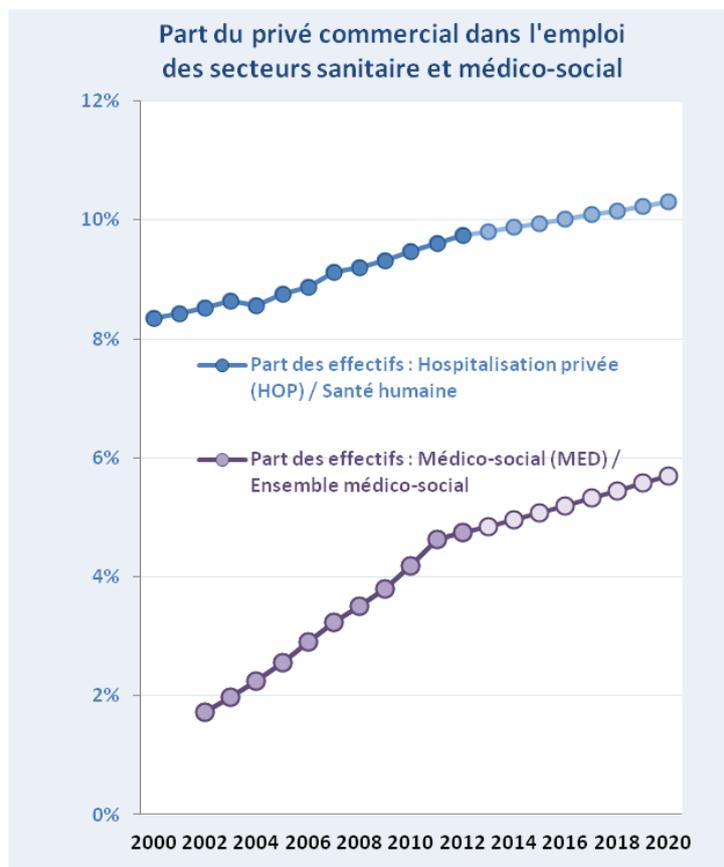
### La projection des effectifs dans l'ensemble du domaine d'activité

- **Domaine sanitaire :** L'augmentation de l'emploi dans le domaine d'activité sanitaire (incluant les établissements publics et privés), serait portée par la poursuite de la progression des dépenses de santé des ménages et des administrations, et modérée par l'évolution des capacités. Au total, la progression des effectifs atteindrait +0,3% en rythme annuel, soit +37 000 créations nettes d'emplois d'ici 2020.
- **Domaine médico-social :** Dans le domaine d'activité médico-social, l'inflexion de la croissance soutenue des effectifs serait confirmée dans les prochaines années pour atteindre +0,8% en rythme annuel (+117.000 emplois en 2020).

### Poids de la branche dans les effectifs du domaine d'activité

L'évolution de l'emploi dans les établissements du secteur privé commercial résulte des estimations précédentes et d'une projection de la part des effectifs exerçant dans cette catégorie d'établissements. Celle-ci suppose une progression de la branche dans son domaine d'activité (la santé et l'action sociale) un peu moins rapide que par le passé : si la part de l'emploi de la branche dans l'emploi total a progressé rapidement, cela tient en effet à la dynamique de l'emploi total ; cette dynamique s'infléchissant, la branche pourrait donc croître légèrement moins rapidement dans le domaine d'activité.

- **Secteur sanitaire de la branche :** Dans le secteur sanitaire, le ratio dépasserait 10% dès l'année 2016 pour atteindre 10,3% en 2020. La progression, lente et modeste, de l'indicateur se poursuivrait.
- **Secteur médico-social de la branche :** Dans le secteur médico-social, la part de l'emploi dans le secteur privé commercial a doublé entre 2003 et 2010 d'une façon amplifiée par l'intégration dans la branche de certains établissements. La progression du ratio devrait ainsi s'infléchir assez fortement au cours des prochaines années car elle serait privée de cet effet de périmètre.



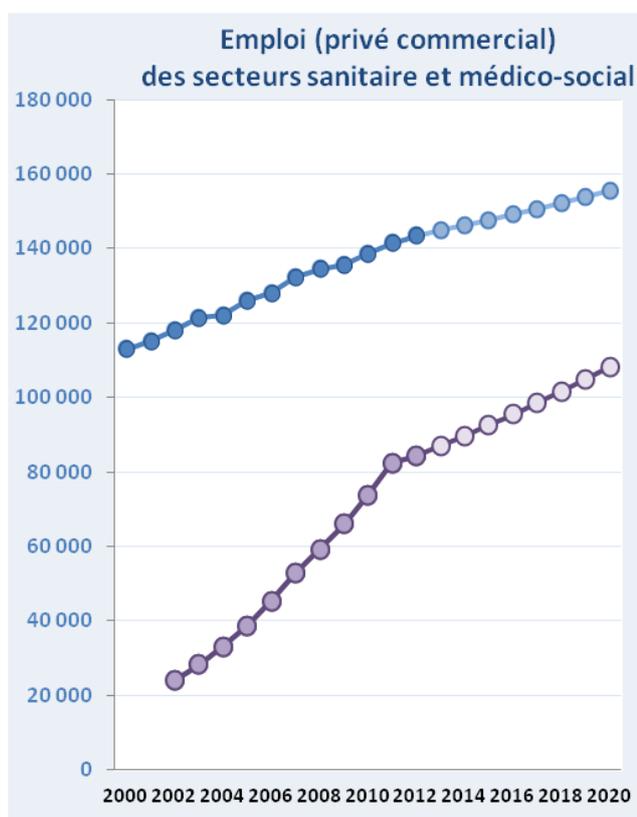
Source : INSEE et Actalians, projections Quadrat-études, 2013

**Sous ces hypothèses, la branche restera créatrice d'emplois mais sur un rythme moins soutenu.**

- Sous ces hypothèses, la branche va continuer à être créatrice d'emplois à horizon 2020, même si le rythme sera moins soutenu que sur la période précédente : les effectifs de la branche progresseraient de 1,8% par an, représentant une création nette annuelle d'environ 4 500 emplois, soit près de 40 000 emplois créés entre 2011 et 2020. Cette progression serait significativement supérieure à celle de l'emploi total en France sur cette période qui devrait s'établir autour de +1,0%.
- La progression de l'emploi demeurerait plus dynamique dans le secteur médico-social, à l'origine des deux tiers des créations nettes d'emplois dans la branche, soit près de 24 000 emplois supplémentaires en 2020 (+3,2%). Une cinquantaine d'établissements devrait être créée annuellement, la taille moyenne passant de 43 à 46 salariés par établissement.
- Dans le secteur sanitaire, la tendance à la réduction des capacités d'hospitalisation complète et à la progression des modes de prise en charge alternatifs pèserait sur la croissance des effectifs qui demeurerait néanmoins positive à +1,0% en rythme annuel, soit 12 000 emplois supplémentaires en 2020. Le secteur verrait le nombre de structures diminuer d'une cinquantaine d'unités sur l'ensemble de la période et la taille moyenne des structures augmenter de 136 actuellement à 155 salariés en 2020.

**Evolution des effectifs salariés de la branche de l'hospitalisation privée par secteur à horizon 2020**

Secteurs	2002	2008	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2012-2020
Etablissements sanitaires	118 019	134 449	143 373	<b>155 467</b>	+2,0%	+1,0%	<b>+12 094</b>
Etablissements médico-sociaux	24 050	59 014	84 274	<b>108 093</b>	+13,4%	+3,2%	<b>+23 819</b>
Autres	828	2 703	3 841	3 841			
<b>Branche</b>	<b>142 897</b>	<b>196 166</b>	<b>231 488</b>	<b>267 401</b>	<b>+4,9%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>+35 913</b>



Source : INSEE et Actalians, projections Quadrat-études, 2013

*Étude prospective sur les besoins futurs en termes d'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial*

- Déclinées par métier, ces projections indiquent, entre 2012 et 2020, une création dans la branche de 12 350 emplois d'agents de service, 7 200 emplois d'aide-soignant et 6 700 emplois d'IDE.

**Evolution des effectifs salariés de la branche de l'hospitalisation privée par métier à horizon 2020**

Branche	2002	2008	2012	2020	TCAM (2012-2020)	Var. annuelle moyenne (2012-2020)	Variation nette (2012- 2020)
Personnel soignant		92 514	108 656	124 844	1,8%	2 024	16 188
Infirmiers en soins généraux		41 141	46 973	53 689	1,7%	840	6 716
Aides-soignants		40 444	48 292	55 497	1,8%	901	7 206
Personnel technique		5 535	6 132	6 043	-0,2%	-11	-89
Personnel médical		6 084	7 365	8 224	1,4%	107	859
Personnel d'hôtellerie		53 562	69 589	83 299	2,3%	1 714	13 711
<b>ASH</b>		48 872	63 973	76 325	2,2%	1 544	12 352
Personnel éducatif et social		8 652	7 501	9 069	2,4%	196	1 568
Personnel d'encadrement		6 039	6 327	7 184	1,6%	107	857
Personnel administratif		20 344	21 935	24 743	1,5%	351	2 809
Autres		734	142	153	0,9%	1	10
<b>Total général</b>	<b>142 069</b>	<b>193 463</b>	<b>227 647</b>	<b>263 560</b>	<b>1,8%</b>	<b>4 489</b>	<b>35 913</b>

Secteur sanitaire	2002	2008	2012	2020	TCAM (2012-2020)	Var. annuelle moyenne (2012-2020)	Variation nette (2012- 2020)
Personnel soignant		74 224	79 585	88 101	1,3%	1 065	8 517
Infirmiers en soins généraux		37 702	41 048	46 003	1,4%	619	4 955
Aides-soignants		28 377	30 130	32 921	1,1%	349	2 790
Personnel technique		4 640	6 783	7 551	-0,4%	-18	-148
Personnel médical		5 408	6 474	7 167	1,3%	87	693
Personnel d'hôtellerie		25 650	38 171	39 351	0,3%	79	634
Agents de service hospitaliers		23 992	24 996	25 985	0,5%	124	989
Personnel éducatif et social		2 459	2 974	3 496	2,0%	65	522
Personnel d'encadrement		4 518	4 498	4 778	0,8%	35	280
Personnel administratif		17 382	18 013	19 601	1,1%	198	1 588
Autres		167	131	139	0,7%	1	7
<b>Total général</b>	<b>118 019</b>	<b>134 449</b>	<b>143 373</b>	<b>155 467</b>	<b>1,0%</b>	<b>1 512</b>	<b>12 094</b>

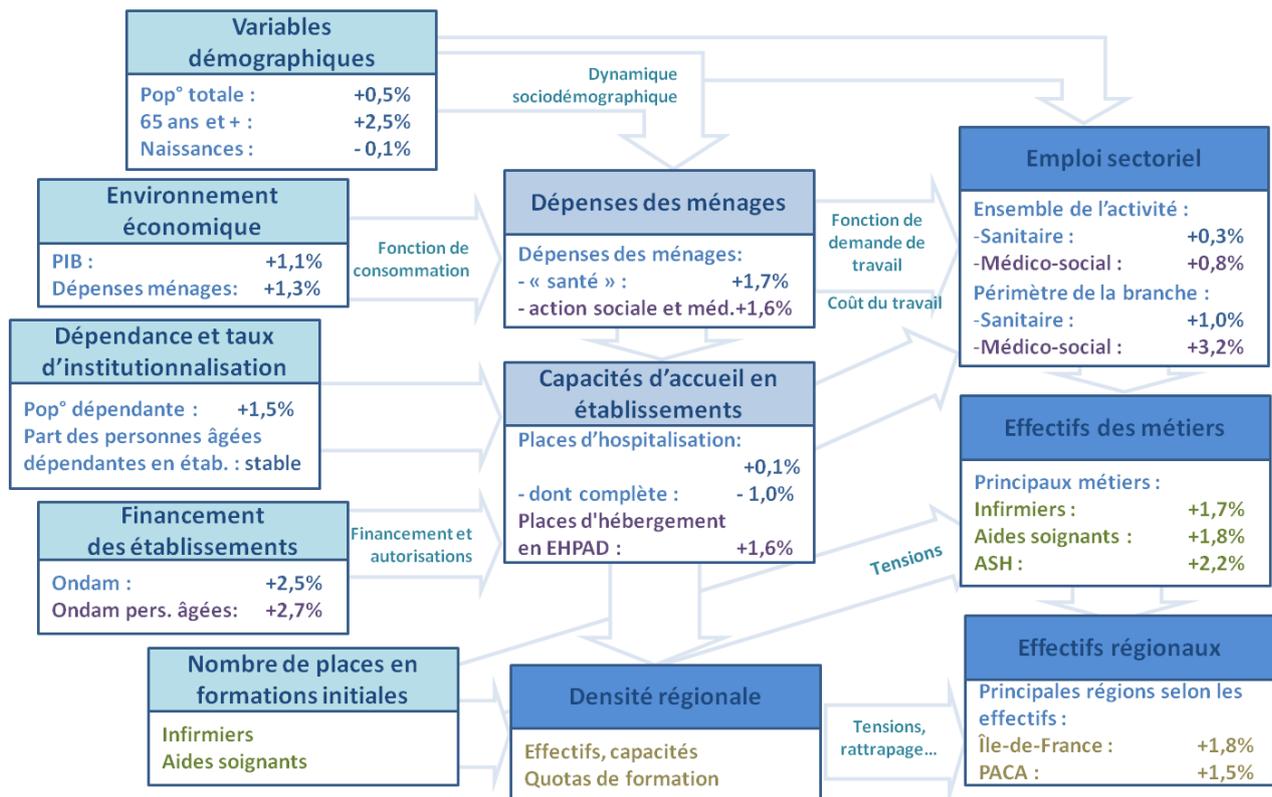
Secteur médico-social	2002	2008	2012	2020	TCAM (2012-2020)	Var. annuelle moyenne (2012-2020)	Variation nette (2012- 2020)
Personnel soignant		18 290	29 071	36 743	3,0%	959	7 672
Infirmiers en soins généraux		3 439	5 925	7 686	3,3%	220	1 761
Aides-soignants		12 067	18 161	22 577	2,8%	552	4 415
Personnel technique		895	1 125	1 183	0,6%	7	58
Personnel médical		676	891	1 057	2,2%	21	165
Personnel d'hôtellerie		27 912	42 899	55 975	3,4%	1 635	13 076
<b>ASH</b>		24 880	38 978	50 340	3,2%	1 420	11 363
Personnel éducatif et social		6 193	4 527	5 573	2,6%	131	1 046
Personnel d'encadrement		1 521	1 828	2 405	3,5%	72	577
Personnel administratif		2 962	3 921	5 142	3,4%	153	1 221
Autres		567	11	14	3,2%	0	3
<b>Total général</b>	<b>24 050</b>	<b>59 014</b>	<b>84 274</b>	<b>108 093</b>	<b>3,2%</b>	<b>2 977</b>	<b>23 819</b>

Projections Quadrat-études, 2013

Le volume des recrutements associé à l'évolution des effectifs dans la branche

- La croissance des effectifs dans un secteur d'activité correspond à un flux net d'emplois et résulte du solde entre le nombre d'entrées de salariés (en CDI, CDD ou sous d'autres types de contrats hors intérim) et le nombre de sorties (démissions, départs en retraite...).
- Les données de l'enquête emploi de l'Insee mobilisées pour la réalisation de cette étude permettent d'estimer les flux d'emplois entrants à partir de l'ancienneté des salariés. En effet, la proportion de salariés présentant une ancienneté inférieure à une année fournit une bonne estimation du taux d'entrée de salariés dans la branche. Comme la proportion de contrats à durée indéterminée dans les recrutements était de l'ordre de 60% dans les deux secteurs au cours des années 2010 à 2012, le biais associé à la prise en compte des salariés en contrat court est limité.
- L'estimation du taux d'entrée est de 10% dans le secteur sanitaire, de 17% dans le secteur médico-social. Ces ratios correspondent à des flux bruts annuels nettement supérieurs aux flux nets. Ainsi, on peut estimer à environ 14 500 le nombre annuel d'entrées dans le secteur sanitaire et à 16 500 le nombre de recrutements de salariés dans le secteur médico-social.
- Le nombre de sorties peut être déduit par différence entre les entrées et les créations nettes d'emplois, soit autour de 13 000 sorties, tous motifs confondus, dans chacune des deux activités.

Synthèse du scénario d'évolution 2013 – 2020



### **Les projections reposent sur certaines hypothèses dépendant des stratégies qui seront mises en place par les entreprises et la branche.**

Des interrogations restent ouvertes qui pourraient infléchir les projections réalisées. Les redéploiements d'activité surviendront-ils de façon plus rapide et/ou plus ample ? La trajectoire de l'emploi dépend en partie de la capacité des entreprises de la branche à trouver des modes organisationnels en phase avec les nouvelles exigences et, en conséquence, à s'imposer dans l'offre sanitaire et médico-sociale française.

L'analyse des contributions des déterminants de l'emploi dans le domaine sanitaire puis médico-social va permettre d'évaluer la sensibilité de la projection à des modifications des hypothèses du scénario.

#### **Secteur sanitaire**

##### **L'évolution des financements de l'assurance maladie**

- Un dixième de point de croissance supplémentaire de l'Ondam hospitalier, ce qui correspondrait donc à une progression de +2,6% de l'objectif en moyenne sur la période 2012-2020 au lieu de l'hypothèse initiale de +2,5%, se traduirait par une progression de 2 100 emplois supplémentaires sur l'ensemble du domaine des activités de santé, de 700 emplois dans la branche de l'hospitalisation privée.

##### **L'évolution des capacités d'accueil en établissement**

- De même, une évolution plus favorable des capacités hospitalières, correspondant par exemple à un moindre recul du nombre de lits en hospitalisation complète d'un dixième de point (-0,9% de croissance annuelle moyenne sur la période 2012-2020 au lieu de -1,0% retenu dans le scénario central), se traduirait par un surplus de 5 000 emplois dans l'ensemble du domaine des activités de santé, soit près de 1 800 emplois dans la branche de l'hospitalisation privée.

##### **L'évolution du poids de la branche dans les effectifs du domaine d'activité**

- Enfin, la projection des effectifs reste fortement sensible à l'évolution de la proportion des effectifs du secteur sanitaire exerçant dans les établissements de l'hospitalisation privée. Dans la période récente, cette part a connu une progression significative (de 8,5% en 2002 à 9,7% en 2012) et 28% des 90 000 emplois créés par le secteur sanitaire l'ont été par des établissements de l'hospitalisation privée, soit plus de 25 000 emplois.
- Pour réaliser la projection à l'horizon 2020, l'hypothèse d'une poursuite de la hausse de la part de l'hospitalisation privée dans les effectifs du secteur sanitaire a été retenue. Dans les prochaines années, cette proportion connaîtrait néanmoins une augmentation moins rapide que par le passé en raison notamment du ralentissement des transformations du secteur. La part des effectifs de l'hospitalisation privée dans le domaine sanitaire atteindrait 10,3% en 2020 contre 9,7% en 2012. Sous ces hypothèses, les établissements de la branche seraient à l'origine de 35% des nouveaux emplois du secteur sanitaire, soit 12 100 emplois supplémentaires dans la branche parmi les 34 300 créés dans le domaine sanitaire.
- Toutefois, si la part de l'hospitalisation privée dans les effectifs sanitaires continuait à progresser au rythme constaté au cours des dernières années, et atteignait ainsi 10,7% en 2020, la contribution de la branche à la progression des effectifs serait renforcée. Sous cette hypothèse, 5 700 emplois supplémentaires seraient créés dans la branche de l'hospitalisation privée, et les établissements de la branche seraient à l'origine de 52% des nouveaux emplois du secteur sanitaire.

Évolution des effectifs sous l'hypothèse centrale : 10,3% des emplois dans la branche

	2002	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2002- 2012	Variation nette 2012- 2020
Emploi Santé Humaine	1 385 000	1 475 084	1 509 387	0,6%	0,3%	90 084	34 302
Part des effectifs dans l'hosp. privée	8,5%	9,7%	10,3%	1,3%	0,7%	1,2%	0,6%
<b>Emploi dans l'hospitalisation privée</b>	<b>118 019</b>	<b>143 373</b>	<b>155 467</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,0%</b>	<b>25 354</b>	<b>12 094</b>

Évolution des effectifs sous l'hypothèse alternative : 10,7% des emplois dans la branche

	2002	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2002- 2012	Variation nette 2012- 2020
Emploi Santé Humaine	1 385 000	1 475 084	1 509 387	0,6%	0,3%	90 084	34 302
Part des effectifs dans l'hosp. privée	8,5%	9,7%	10,7%	1,3%	1,2%	1,2%	1,0%
<b>Emploi dans l'hospitalisation privée</b>	<b>118 019</b>	<b>143 373</b>	<b>161 178</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>25 354</b>	<b>17 806</b>

## Secteur médico-social

### L'évolution des financements de l'assurance maladie

- Un dixième de point de croissance supplémentaire de l'Ondam Contribution au financement des établissements Personnes âgées, soit une progression de +3,0% de l'objectif au lieu de l'hypothèse initiale de +2,9%, se traduirait par une progression de 2 600 emplois supplémentaires sur l'ensemble du domaine des activités médico-sociales, et de 600 emplois dans les établissements médico-sociaux de la branche de l'hospitalisation privée.

### L'évolution des capacités d'accueil en établissement

- Les capacités d'hébergement en établissements médicalisés pour personnes âgées dépendantes ont enregistré une progression extrêmement dynamique sur la période récente (+6,7% entre 2008 et 2012), ce qui traduit pour l'essentiel un effet de base correspondant à une phase d'intégration de l'activité dans la branche de l'hospitalisation privée. L'hypothèse proposée dans le scénario central correspond à une franche inflexion de la progression des capacités d'hébergement (+1,6% sur 2012-2020), hypothèse qui correspond à l'arrivée à expiration des grands plans pluriannuels de développement des capacités. Une évolution plus favorable des capacités d'hébergement, correspondant par exemple à un demi-point d'augmentation supplémentaire du nombre de places en hébergement (+2,1% de croissance annuelle moyenne sur la période 2012-2020 au lieu des +1,6% retenus), se traduirait par 2 100 emplois de plus dans l'ensemble du domaine des activités médico-sociales, soit environ 400 emplois supplémentaires dans les établissements médico-sociaux de la branche de l'hospitalisation privée.

### L'évolution du poids de la branche dans les effectifs du domaine d'activité

- Comme dans le secteur sanitaire, la projection des effectifs dans les établissements médico-sociaux de la branche dépend étroitement de l'évolution de la proportion des effectifs du secteur médico-social exerçant dans un établissement de la branche. Située dans sa phase de structuration, la branche a enregistré une forte hausse de cette part au cours du passé récent pour atteindre 4,8% en 2012. On estime ainsi que les établissements de l'hospitalisation privée sont à l'origine de 16% des 381 000 emplois créés dans le domaine médico-social au cours de la dernière décennie, soit environ 60 000 emplois.
- L'hypothèse d'une poursuite de la hausse de la part de la branche dans les effectifs du secteur médico-social a été retenue à l'horizon 2020. Cette proportion s'infléchirait néanmoins fortement du fait de l'entrée dans une phase de consolidation des structures. La part des effectifs de l'hospitalisation privée

dans le domaine médico-social atteindrait 5,7% en 2020 contre 4,8% en 2012. Sous ces hypothèses, les établissements de la branche seraient à l'origine de 20% des nouveaux emplois du secteur médico-social, soit 23 800 emplois supplémentaires dans la branche parmi les 117 400 créés dans le domaine, tous types d'intervenants réunis.

- La formulation d'une hypothèse alternative de progression de ce ratio à 6,7% en 2020, soit un point au dessus du scénario initial, permet d'évaluer la sensibilité de la projection des effectifs à ce paramètre. En effet, cette hypothèse alternative amènerait la contribution de la branche à la progression des effectifs à 36%, ce qui correspondrait à 19 000 emplois supplémentaires dans les établissements de la branche de l'hospitalisation privée.

**Évolution des effectifs sous l'hypothèse centrale : 5,7% des emplois dans la branche**

	2002	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2002-2012	Variation nette 2012-2020
Emploi domaine médico-social	1 398 000	1 779 000	1 896 364	2,4%	0,8%	381 000	117 364
Part des effectifs dans la branche	1,7%	4,7%	5,7%	10,7%	2,3%	3,0%	1,0%
<b>Emploi de la branche (médico-social)</b>	<b>24 050</b>	<b>84 274</b>	<b>108 093</b>	<b>13,4%</b>	<b>3,2%</b>	<b>60 224</b>	<b>23 819</b>

**Évolution des effectifs sous l'hypothèse alternative : 6,7% des emplois dans la branche**

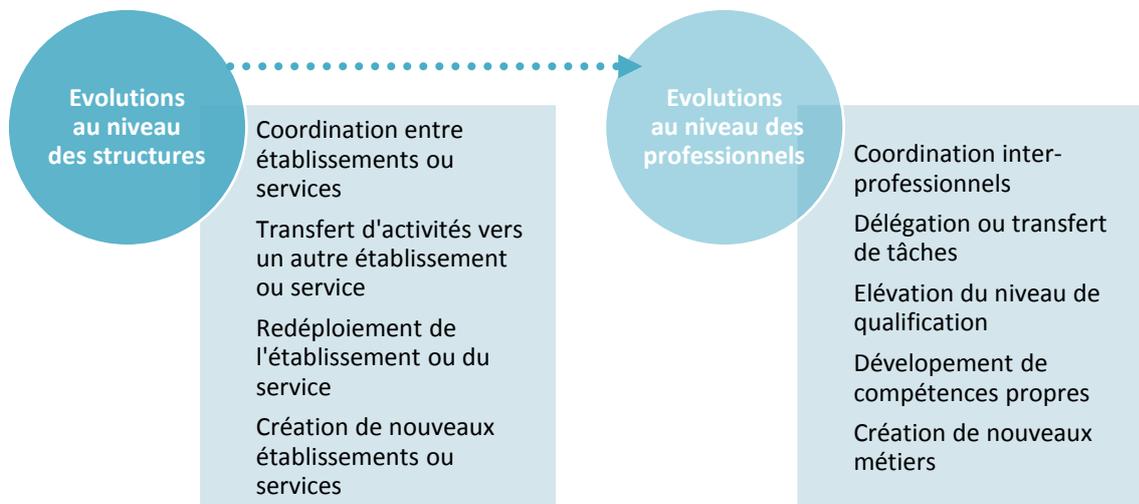
	2002	2012	2020	TCAM 2002-2012	TCAM 2012-2020	Variation nette 2002-2012	Variation nette 2012-2020
Emploi domaine médico-social	1 398 000	1 779 000	1 896 364	2,4%	0,8%	381 000	117 364
Part des effectifs dans la branche	1,7%	4,7%	6,7%	10,7%	4,4%	3,0%	2,0%
<b>Emploi de la branche (médico-social)</b>	<b>24 050</b>	<b>84 274</b>	<b>127 056</b>	<b>13,4%</b>	<b>5,3%</b>	<b>60 224</b>	<b>42 783</b>

## **Partie 3. Les enjeux pour la branche : accompagner la restructuration du secteur par la formation continue des salarié**

*Les entreprises gestionnaires vont devoir se positionner au sein d'un système de santé rénové, qui leur imposera des gains d'efficacité importants et les incitera à la coopération*

- Le financement de la santé et de l'action sociale dans son ensemble représente un enjeu de moyen terme pour la France. Le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie supposera donc des politiques de limitation des dépenses, qui vont peser sur l'économie des entreprises gestionnaires de la branche.
- Au niveau de l'investissement, la logique de financement par plans nationaux de création de places, dont le secteur médico-social de la branche a bénéficié dans la dernière décennie, ne sera pas reconduite : désormais, les financements aux établissements seront accordés dans un cadre contractuel et sur une base territorialisée.
- S'agissant des dépenses de fonctionnement, les gains d'efficacité du système de santé seront recherchés par l'avènement d'une médecine dite de parcours et de santé globale. Les orientations nationales de santé se situent en effet sur le renforcement de la médecine préventive et sur la restructuration des soins autour d'équipes de proximité. L'idée sous-jacente est qu'une meilleure gestion des parcours individuels de santé, c'est-à-dire une gestion inscrite dans la durée et la transversalité, va permettre de mobiliser des moyens proportionnés aux besoins, et ainsi d'éviter les inadéquations et les ruptures dans les prises en charge et d'améliorer la prévention des situations à risque. Les politiques nationales prônent pour cela une meilleure articulation entre les acteurs sanitaires et sociaux : ambition forte de la loi HPST, ce découplage figure parmi les missions prioritaires des agences régionales de santé.
- Par ailleurs, les politiques d'emploi et de formation des entreprises adhérentes resteront contraintes par la réglementation des professions sanitaires et sociales, qui régule le nombre de professionnels disponibles sur le marché du travail, ainsi que le niveau de responsabilité et les contenus des activités.
- La capacité des acteurs de la branche à se construire une vision de l'avenir et à définir des stratégies d'offre va dépendre en grande partie de la qualité de leurs relations institutionnelles, principalement au niveau régional : les entreprises devront être capables d'agir localement et de manière concertée avec les autres acteurs et avec les partenaires institutionnels.
- Dans ce contexte contraint, les entreprises gestionnaires du secteur privé vont devoir faire preuve d'inventivité et de volontarisme pour mettre en place les établissements/services et les organisations soignantes de demain. Deux grandes pistes d'évolution des organisations se dessinent : celles qui interviendront au niveau de l'activité des établissements ou de leurs services, d'une part ; celles qui concerneront l'activité des professionnels, d'autre part – les modifications intervenant au niveau du fonctionnement des structures venant impacter l'exercice professionnel de leurs salariés.

### Principales évolutions prospectives des organisations soignantes

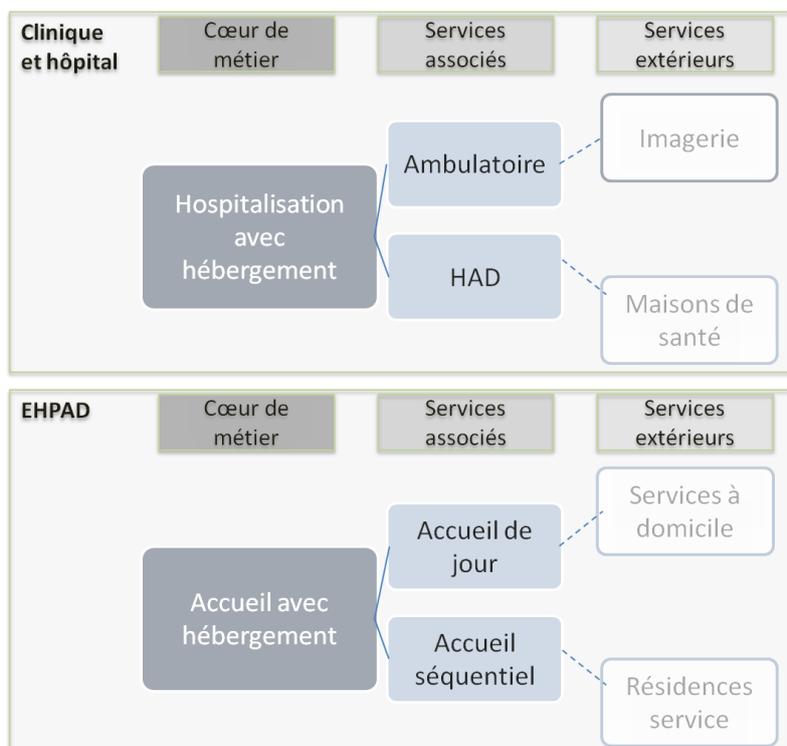


### *La construction d'une médecine de parcours suppose de fluidifier les relations entre les différentes structures participant à la chaîne de soins.*

- L'objectif structurant des politiques nationales de santé consistera à réorienter le système de santé pour favoriser les solutions graduées, c'est-à-dire adaptées à l'état de santé et aux souhaits des personnes accueillies. Pour cela, les financements devront encourager les soins primaires et la médecine préventive, le maintien au domicile, les prises en charge séquentielles et l'accueil médico-social.
- Avec le développement des maladies chroniques et du vieillissement, les soins devront de plus en plus prendre part à un aménagement de la pathologie rendue viable, s'inscrire dans la durée et la continuité. La chaîne de soins devrait ainsi se réorganiser par combinaison d'une prise en charge globale et transversale, réalisée hors-les-murs, et d'une prise en charge de spécialité en établissement.
- Ainsi, les établissements sanitaires seront pour partie recentrés sur les soins aigus. Ils devront apporter aux patients des compétences cliniques et techniques poussées lors de séjours moins nombreux, moins longs ou moins répétés. Cette tendance à la spécialisation serait toutefois contrebalancée par la prise en compte du vieillissement des patients accueillis, qui conduira à rééquilibrer l'offre de la médecine spécialisée vers la médecine polyvalente et les soins palliatifs.
- Une autre partie des activités des établissements sanitaires sera tournée vers les prises en charge plus légères, effectuées en complémentarité avec les autres acteurs, notamment la médecine de ville et les services de soins infirmiers à domicile.
- De même, les EHPAD devraient développer des accueils séquentiels ou temporaires, fonctionnant en articulation avec les acteurs du domicile. L'entrée (en accueil permanent) en EHPAD sera plus tardive et plus progressive.
- Ces évolutions pousseront les établissements à rechercher des fonctionnements intégrés dans des filières de santé. Le secteur privé commercial dispose d'atouts considérables pour mettre au point ces filières.
- En effet, les établissements se concentrent de plus en plus dans les groupes, ce qui pourra venir faciliter la création de filières entre établissements membres d'un même groupe. Dans le même temps, la concentration des établissements dans des groupes pourrait freiner les partenariats hors groupe si les cultures sectorielles et de groupe l'emportent. C'est pourquoi la logique de filière devrait à l'avenir guider les stratégies économiques des entreprises de la branche.

- De plus, les opérateurs de la branche vont être incités à diversifier leurs activités au vu des conditions d'autorisation et de financement plus restrictives et orientées vers le maintien à domicile et l'accompagnement médico-social. Les entreprises gestionnaires seront certainement moteurs dans le développement de nouvelles offres destinées à couvrir des besoins émergents ou insuffisamment pris en compte et/ou à renforcer les différents maillons de la chaîne de soins.
- Dans le secteur médico-social, deux segments pourraient être investis : l'offre de logements adaptés aux personnes retraitées en perte d'autonomie, une population qui va connaître une forte croissance démographique, sous forme de résidences-services ; l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles du comportement dans des formules souples, par exemple les accueils de jour et les appartements de coordination thérapeutique.
- Sur le secteur sanitaire, les entreprises de la branche pourraient également s'ouvrir vers les soins de suite ou les soins de ville – l'imagerie médicale et les maisons pluridisciplinaires de santé.

**Positionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux :  
vers une combinaison entre prises en charge spécialisées et services ouverts sur l'extérieur**



*Pour les professionnels, le repositionnement des établissements se traduira par des redéploiements d'effectifs et le développement de nouvelles activités.*

- Les réorientations d'activités (restructuration, transferts...) vont nécessiter un redéploiement d'effectifs du secteur sanitaire vers le secteur médico-social et des métiers de l'hébergement vers ceux de l'accompagnement social et de la rééducation. La réflexion prospective sur l'évolution des besoins est donc nécessaire et devra être menée sur des territoires et au sein des groupes, plutôt qu'au niveau de chaque établissement. Les besoins de recrutement en personnels paramédicaux devront faire l'objet d'échanges avec les ARS, qui fixent annuellement le nombre de places en formation, et avec les acteurs de l'emploi et de la formation.

- A la croisée de leurs impératifs de qualité et d'efficacité, l'activité de gestion des parcours va devenir déterminante pour les établissements de la branche. Elle se traduira par une attention accrue portée sur la graduation des soins, la maîtrise et la réduction des durées de séjour, la préparation des sorties, le suivi de parcours.
- Les moyens dédiés aux séjours (temps, personnels, équipements) devront être optimisés par la programmation des séjours (opérations, examens, recherche de solutions d'aval...) et par un pilotage central de l'occupation des places en fonction des situations et des compétences nécessaires. La montée en puissance de ces fonctions pourrait déboucher sur la reconnaissance de nouveaux métiers dans les domaines notamment de la coordination de parcours et de l'ordonnement.
- Les nouvelles techniques de soins qui se développeront notamment dans le champ de la biologie moléculaire et de la médecine génétique ou encore de la thérapie cellulaire, introduiront sans doute des ruptures importantes et nécessiteront un accompagnement du patient par les soignants en termes d'éducation thérapeutique, de conseils préventifs...

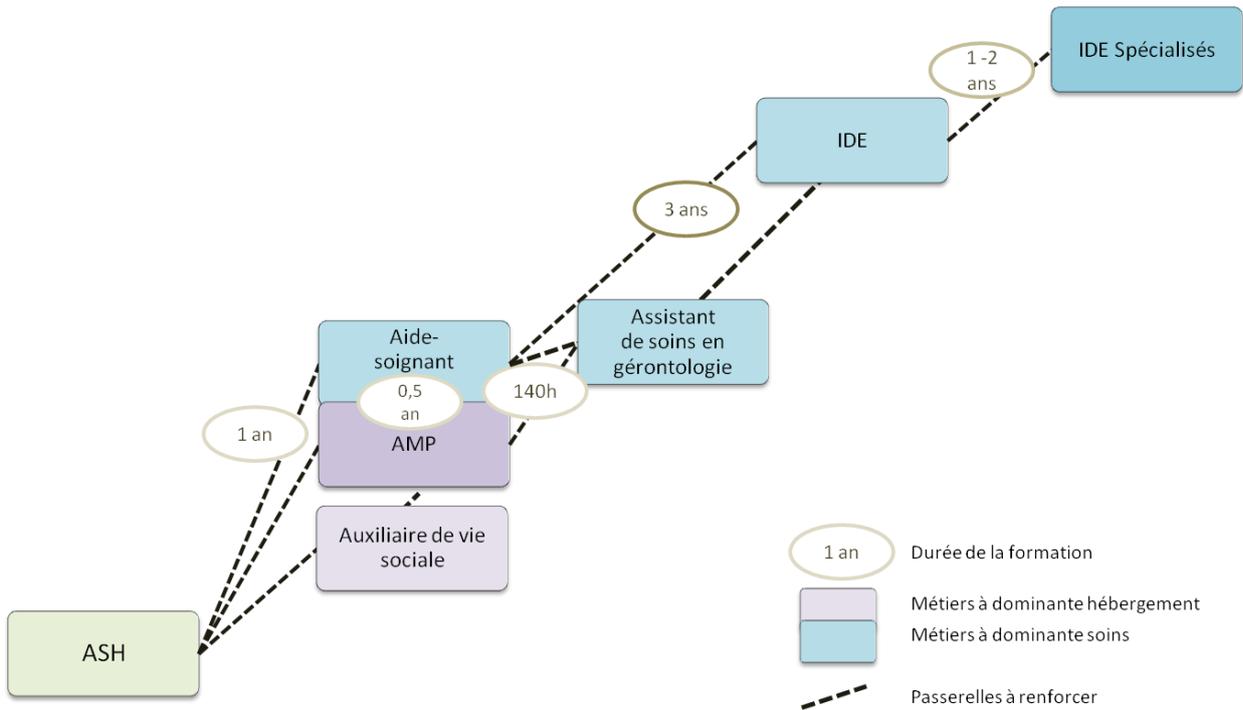
***Le nouveau système reposera sur une appréhension élargie du soin, dont la diffusion devra être accompagnée par la formation continue.***

- Il sera impératif de reconnaître et promouvoir la cohérence entre soins médicaux et accompagnement médico-social comme un axe majeur d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes accueillies en établissements.
- Dans le même temps, on a vu que le fonctionnement intégré entre différentes structures ne s'accompagnera pas d'une hybridation des activités sanitaires et médico-sociales ; au contraire, la spécialisation des structures entre secteur sanitaire et secteur médico-social va probablement s'accroître.
- Les professionnels devront donc prendre en charge le décloisonnement entre structures sanitaires et médico-sociales, ce qui supposera de connaître les modes d'intervention des autres structures et travailler en coordination, quitte à assouplir, voire à brouiller leurs identités et cultures professionnelles.
- Au sein même des établissements, les pôles d'activité devront être plus fortement communicants. Les techniques médicales en développement se situent à la frontière entre plusieurs domaines, par exemple la biothérapie (à l'intersection entre la biologie et la clinique) et la radiologie interventionnelle (entre l'imagerie et la chirurgie)...
- La logique de parcours conduira ainsi à exiger des professionnels une plus grande technicité (prise en charge de cas plus lourds et plus complexes) mais aussi un exercice partagé et coordonné du soin. De plus, le développement des prises en charge alternatives va se traduire par la poursuite du raccourcissement des durées moyennes de séjour d'hospitalisation ou d'hébergement en EHPAD, l'alourdissement des pathologies traitées, et l'augmentation du taux de rotation des lits et places – ce qui rendra d'autant plus difficile la personnalisation des soins et des services aux besoins des patients et résidents.
- Dans ce contexte, la formation devra aider les professionnels du soin à dépasser la vision de leurs missions encore souvent centrée sur les aspects médicaux et à mettre en œuvre des projets d'accompagnement globaux et personnalisés en coordination avec les autres intervenants.
- Pour cela, les formations devront pour partie être transversales aux spécialités, aux métiers et aux domaines d'activité. La prise en compte des besoins et demandes des patients/résidents sera un thème vecteur de transversalité (bien-être, gestion de la douleur, soutien à la vie relationnelle, information des aidants...). L'intégration de la dimension gérontologique sera également un axe prioritaire pour tous les métiers concourant aux soins. La formation à la gestion de parcours (anticipation des séjours et des sorties, coordination, dossier médical partagé, ...) et l'ordonnement (optimisation des flux, des plannings, des matériels) devra être renforcée et diffusée parmi les équipes soignantes.

***Les formations complémentaires devront permettre aux employeurs de se doter des compétences nécessaires et aux salariés de voir reconnaître les responsabilités exercées.***

- Recentrés sur les cas les plus lourds, les établissements auront davantage besoin de personnel qualifié. En parallèle, les établissements employeurs devront respecter les objectifs de maîtrise des dépenses et tenir compte d'une démographie médicale toujours défavorable. Cette tension sur les ressources les conduit à privilégier, dans la limite des normes et ratios d'encadrement s'appliquant pour certaines activités, le recrutement des profils les moins qualifiés et les plus disponibles sur le marché du travail.
- Cette double contrainte budgétaire et démographique poussera à positionner les professionnels médicaux et paramédicaux sur leur cœur de compétences. Les établissements devront donc réorganiser la division du travail au niveau des professionnels soignants. Cette réorganisation de la division du travail sera accompagnée par des évolutions réglementaires visant à promouvoir un exercice redistribué des soins. La réglementation des professions paramédicales devrait donc évoluer vers la reconnaissance de professions de santé intermédiaires, permettant de transférer des tâches des médecins vers les professions paramédicales et d'élargir les champs d'activités autonomes. Les niveaux de diplôme reconnus vont s'élever vers la licence pour la formation de base (comme c'est déjà le cas pour le diplôme d'infirmier) et le master pour les pratiques avancées (à l'instar, désormais, du diplôme d'infirmier anesthésiste).
- Sur le terrain, le déploiement des protocoles de coopération interprofessionnelle et de la télémédecine facilitera la redistribution des missions entre les professionnels médicaux et paramédicaux.
- Pour se diffuser, l'exercice de responsabilités renforcées par des professionnels paramédicaux nécessitera non seulement un cadre réglementaire propice et des techniques de soins adaptés, mais également un accompagnement important par la formation continue. En effet, les professions intermédiaires de santé en voie de reconnaissance seront accessibles par la formation complémentaire. Il s'agira, pour les établissements employeurs, d'organiser l'accès à ces formations en fonction des besoins anticipés.
- Dès lors, il importe que les entreprises envisagent la formation comme un levier d'adaptation à l'environnement économique, qu'elles consentent à un investissement fort et anticipant les délais de mise en œuvre – toute évolution des formations initiales se ressentant sur le terrain avec une durée au moins égale au cursus de formation (par exemple pour les IDE en soins généraux, au moins trois ans).
- Plus largement, les formations complémentaires seront essentielles pour accompagner l'évolution des pratiques, reconnaître les compétences réellement exercées, aider les personnels à s'adapter à un environnement de travail exigeant, prévenir l'usure et les inaptitudes professionnelles. Les principales causes de pénibilité et d'inaptitudes professionnelles – lourdeur des pathologies physiques et psychiques prises en charge, dimensionnement tendu des équipes, parcellisation des tâches, rythmes de travail – semblent appelées à se durcir. Les passerelles entre métiers, qui prendront appui sur de la formation qualifiante et diplômante, seront à structurer à grande échelle pour améliorer les conditions de travail et prévenir l'usure professionnelle.
- Les passerelles à renforcer viseront le passage des IDE (niveau licence) vers le niveau paramédical supérieur (niveau master) afin d'accompagner les transferts d'activités et le développement de compétences propres ; structurer les métiers de base de l'accompagnement et du soin (aide-soignant et AMP) par l'accès à une qualification reconnue (diplôme d'assistant de soins en gérontologie ou auxiliaire de vie sociale) ; créer des qualifications intermédiaires pour les agents de service visant à professionnaliser l'exercice de leur métier et faciliter leurs évolutions professionnelles.
- Les entreprises de la branche pourraient s'engager dans la création de nouveaux instituts de formations paramédicales pour faire augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés dans les régions déficitaires et mettre en place des cursus de formation adaptés aux besoins des employeurs et des salariés de la branche.

Les passerelles entre métiers paramédicaux



### ***Pistes d'actions pour l'emploi et les compétences dans la branche***

- 1. Structurer des filières globales de santé** s'appuyant d'une part sur les groupes, d'autre part sur les territoires ; doter ces filières d'une fonction de coordination de parcours.
- 2. Anticiper les besoins d'emploi sur les territoires** : 4 500 postes seront créés par an, dont 2 000 de personnel soignant.
- 3. Accompagner les redéploiements d'effectifs** des prises en charge complètes vers l'accueil de jour/partiel/hors les murs et du secteur sanitaire vers les structures médico-sociales.
- 4. Faire connaître les besoins de recrutements en personnels paramédicaux** aux partenaires (ARS, acteurs de l'emploi et de la formation).
- 5. Doter les équipes de nouveaux profils** correspondant aux besoins en développement, en particulier sur l'accompagnement à la vie sociale et la rééducation.
- 6. Former les professionnels à la logique de santé globale et de parcours** : intégrer les aspects sociaux et psychologiques du soin, connaissance globale de la personne âgée, développement du travail en équipe pluridisciplinaire.
- 7. Optimiser la division du travail entre soignants** : positionner les professionnels médicaux et paramédicaux les plus spécialisés sur les tâches à haute valeur ajoutée et responsabiliser les personnels concourant aux soins moins diplômés (délégation de tâches relevant de leurs compétences et développement de missions propres).
- 8. Organiser les évolutions professionnelles par l'obtention de certifications et diplômes** (assistant de soins en gérontologie, spécialités infirmières, management...) : développer l'accès aux formations grâce à des ingénieries adaptées (cursus courts, alternance...).
- 9. Reconnaître les compétences acquises et les responsabilités réellement exercées** : favoriser l'accès à la VAE par la promotion et l'accompagnement des salariés.
- 10. Contribuer à la création de nouveaux instituts de formations paramédicales** pour faire augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés dans les régions déficitaires et mettre en place des cursus de formation adaptés aux besoins des employeurs et des salariés de la branche.



## Partie 4. Prospective des principaux métiers

### Les aides-soignants

#### Les effectifs :

- 53 700 aides-soignants dans la branche, soit l'un des trois principaux métiers de la branche.
- Un poids similaire dans le secteur sanitaire et médico-social : 21% et 22% des effectifs.
- Une forte croissance : près de 5% par an en moyenne depuis 2008.
- Un métier essentiellement féminin (92% de femmes). Dans le secteur médico-social, des profils jeunes (37 ans en moyenne) et peu expérimentés (moins de 5 ans en moyenne).
- La part élevée des projets de recrutement difficiles (46%) et des démissions (un tiers des fins de contrat) atteste de la pénurie sur le marché du travail qui s'ajoute au déficit d'attractivité de la branche.

#### Les activités :

- Une fonction essentiellement centrée sur les soins d'hygiène et de confort, mais qui inclut aussi l'entretien (environnement immédiat de la personne et du matériel), la préparation des interventions (secteur sanitaire), l'aide à la vie quotidienne (secteur médico-social).
- Un rôle charnière dans le fonctionnement des équipes, mais une autonomie très limitée : professionnels les plus proches des patients/résidents, ils travaillent sous la responsabilité des IDE et en articulation avec les ASH.
- De fréquents transferts de tâches souvent informels conduisent à une grande variabilité des contenus emploi.
- Pénibilité du travail (manutention des patients et résidents, confrontation à la maladie et à la fin de vie, travail de nuit...) et manque de valorisation du métier lié à la place parmi les soignants (autonomie limitée, rémunération peu élevée).

#### Les voies d'accès :

- L'exercice du métier nécessite un diplôme d'Etat de niveau CAP/BEP. 21 500 personnes ont été diplômées en France en 2011.
- Des passerelles se développent avec les autres diplômes de niveau CAP/BEP du secteur (AMP, auxiliaire de puériculture, auxiliaire de vie sociale).
- La formation de 10 mois est accessible sans condition de diplôme.
- Une part importante des salariés est surdiplômée (niveau supérieur au CAP/BEP) : 41% des aides-soignants dans le secteur sanitaire et 35% dans le médico-social, contre 26% dans l'ensemble des aides-soignants.

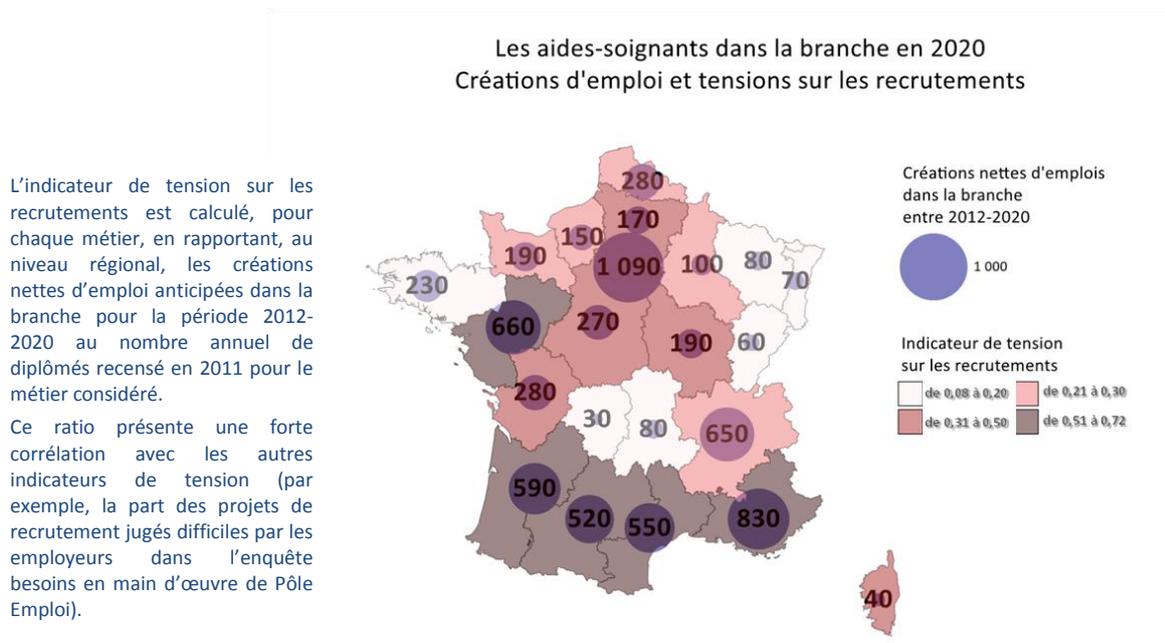
#### La formation continue :

- Le taux d'accès des aides-soignants à la formation financée par l'OPCA des professions libérales (Actalians) s'élève à 30% sur le secteur sanitaire et 38% sur le secteur médico-social, soit un taux inférieur à celui des IDE (42% et 48%) et supérieur à celui des ASH (16%).
- Les formations sur la sécurité occupent un poids important. Les autres thèmes portent sur la relation aux patients/résidents, les soins et l'assistance, la manutention.
- Il existe une forte demande de parcours qualifiants vers le métier d'IDE (en trois ans), difficilement satisfaite notamment en raison des restes-à-charge importants. 350 salariés ont suivi une formation

diplômante en 2012, dans les deux-tiers des cas celui d'IDE. 134 ont suivi la formation d'assistant de soins en gérontologie.

#### Evolution prospective des effectifs :

- 55 500 aides-soignants : 33 000 dans le sanitaire et 22 500 dans le médico-social.
- 7 210 emplois créés entre 2012 et 2020.



#### Evolution prospective des activités :

- Avec la diversification des conditions d'exercice (ambulatoire et domicile, plateformes, télémédecine...), la variabilité des emplois, déjà importante aujourd'hui, va augmenter
- La fonction devra évoluer de la dispense de soins vers des prises en charge plus globales : soutien à la vie relationnelle, coordination et partage d'information avec les autres intervenants...
- Le métier évoluera vers plus de technicité (transferts d'actes) et de responsabilité au sein des équipes.
- Des missions élargies pourront donner lieu à des métiers nouveaux (dans le secteur médico-social) : assistant de soins en gérontologie, assistant de télémédecine...
- Pour une partie des aides-soignants notamment hospitaliers, la recherche d'efficacité risque augmenter le rythme et la pénibilité du travail, limiter l'autonomie et réduire le temps disponible pour la relation avec les patients/résidents.

#### Trois objectifs pour la formation continue :

- Développer et valoriser les compétences techniques et relationnelles propres au métier,
- Sécuriser l'exercice du métier et accompagner les transferts de tâches,
- Prévenir l'usure professionnelle.

#### Les thèmes prioritaires de formation :

- La relation aux patients/résidents et aux aidants,
- Le travail en équipe pluridisciplinaire,
- La santé au travail.

Des passerelles vers d'autres métiers (AMP, ASG, IDE) à renforcer :

- Améliorer la prise en charge financière de la formation d'IDE,
- Accompagner à la VAE.

### *Les infirmiers en soins généraux*

Les effectifs :

- 47 700 infirmiers en soins généraux dans la branche, soit le troisième métier représenté dans la branche.
- Des effectifs importants dans le sanitaire (29% des effectifs), assez réduits dans le médico-social (7%).
- Un métier essentiellement féminin (90% de femmes). Dans le secteur médico-social, des profils plus âgés (42 ans en moyenne) mais arrivées récemment sur cette fonction (moins de 3 ans en moyenne).
- La part élevée des projets de recrutement difficiles (58%) ainsi que des démissions (un tiers des fins de contrat) attestent l'importante pénurie de professionnels formés sur le marché du travail à laquelle s'ajoute le déficit d'attractivité des établissements à statut commercial et du secteur médico-social.

Les activités :

- Des contextes d'emploi très différents expliquent la diversité des missions réalisées.
- Profession intermédiaire de la santé, les IDE ont pour principale fonction la réalisation de soins, sur prescription du médecin ou en application du rôle propre, et avec l'assistance d'aides-soignants.
- La fonction peut aussi porter sur le suivi et l'accompagnement dans le parcours de soins.
- Plus d'un tiers des salariés IDE exercent des fonctions d'encadrement. Dans le sanitaire, les IDE référents réalisent des actions de prévention, d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. En EHPAD, l'IDE coordonnatrice manage le personnel intervenant auprès des résidents et met en œuvre la démarche qualité.

Les voies d'accès :

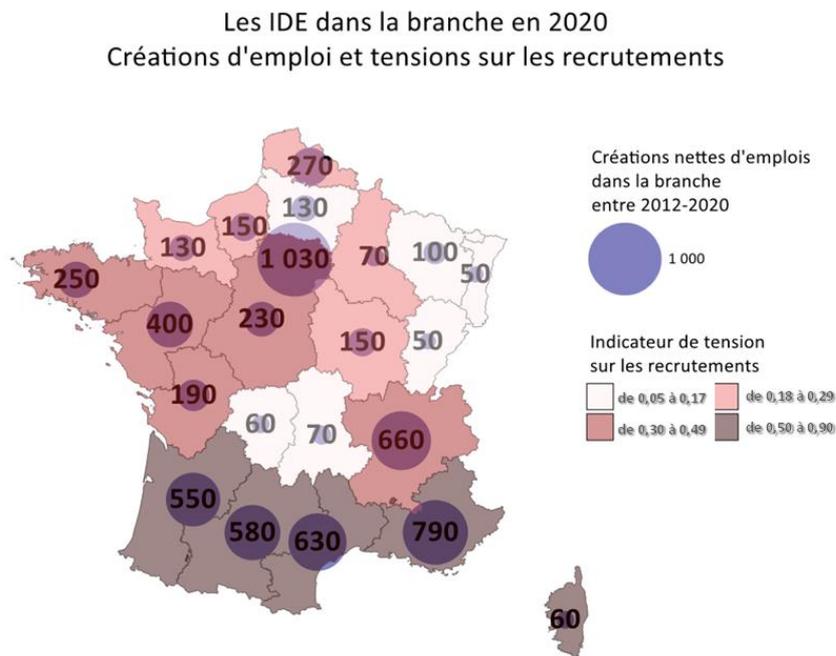
- L'exercice du métier nécessite un diplôme d'Etat.
- 23 100 personnes ont été diplômées en France en 2011.
- Le DE est passé de niveau Bac+2 à licence en 2009. Dans la branche, 88% des IDE ont un niveau Bac +2.
- 75 salariés de la branche, majoritairement des aides-soignants, préparent le diplôme d'IDE..

La formation continue :

- Le taux d'accès des IDE à la formation financée par l'OPCA des professions libérales (Actalians) s'élève à 42% dans le sanitaire et 48% en EHPAD.
- Les formations suivies dans le secteur sanitaire portent sur des composantes techniques du métier : les soins, la gestion des risques et la sécurité.
- En EHPAD, les IDE se forment à l'informatique, la bientraitance et la gestion de la relation aux patients/résidents.
- 340 IDE ont suivi une formation diplômante en 2012, principalement un diplôme universitaire, plus rarement une spécialisation infirmière.

Evolution prospective des effectifs :

- 53 700 infirmiers en soins généraux : 43 000 dans le sanitaire et 7 700 dans le médico-social.
- 6 710 emplois créés entre 2012 et 2020.



Evolution prospective des activités :

- Avec la diversification des conditions d'exercice (ambulatoire et domicile, plateformes, télémédecine...), la variabilité des emplois, déjà importante aujourd'hui, va augmenter.
- Les délégations d'actes médicaux vont amener les métiers vers plus de technicité, y compris en EHPAD.
- Les missions dans le cadre du rôle propre vont se renforcer: information des patients, suivi individuel global, coordination et travail en équipe, gestion des outils informatiques, management de proximité des auxiliaires, formalisation des projets et des protocoles, démarche qualité
- Les nouvelles missions pourraient aller jusqu'à la reconnaissance de nouvelles professions de santé de niveau intermédiaires: gestionnaire de parcours, coordinateur, assistant de télémédecine.
- Pour une partie des IDE (notamment hospitaliers), la recherche d'efficience risque augmenter le rythme et la pénibilité du travail, limiter l'autonomie et réduire le temps disponible pour la relation patients/résidents.

Trois objectifs pour la formation continue :

- Accompagner l'entrée dans le métier et l'adaptation aux conditions réelles d'exercice,
- Développer les compétences transversales nécessaires à la mise en œuvre de projets d'accompagnement;
- Valoriser et reconnaître les compétences et le rôle propres (information, coordination, suivi).

Les thèmes prioritaires de formation :

- Prises en charge de la douleur, soins palliatifs, pathologies du vieillissement,
- Hospitalisation en ambulatoire ou à domicile, éducation à la santé,
- Coordination et gestion de parcours, démarche qualité.

## **Les agents de service hôtelier**

### **Les effectifs :**

- 40 200 salariés, employés dans les établissements médico-sociaux de la branche.
- Un poids très important : ils représentent 46% des effectifs du secteur médico-social de la branche.
- Une progression des effectifs soutenue : près de 9% depuis 2008.
- Un métier essentiellement féminin (92% de femmes).
- Un métier souvent exercé dans le cadre de CDD (25% des salariés) et de temps partiels (40%).
- Une faible ancienneté dans la fonction, une proportion importante de personnes âgées de 40 ans ou plus.
- Des souhaits d'évolution : d'après l'Enquête Emploi réalisée par l'Insee, 7% souhaitent augmenter leur temps de travail ; 22% disent souhaiter changer d'emploi.

### **Les activités :**

- La fonction est centrée sur l'entretien des locaux et du matériel ainsi que sur la distribution des repas et du linge. Cette fonction fait souvent l'objet d'une externalisation à une société prestataire.
- En fonction des organisations de travail retenues, le contour d'emploi est relativement large et peut recouper partiellement celui d'AMP ou d'aide-soignant dans la réalisation de certaines tâches : entretien de l'environnement immédiat du résident, participation à l'aide à la toilette, soutien à la vie relationnelle et sociale. Dans l'enquête Emploi de l'Insee, la moitié des agents de service hôtelier considèrent intervenir dans le soin.
- 9% des ASH exercent une fonction d'encadrement.

### **Les voies d'accès :**

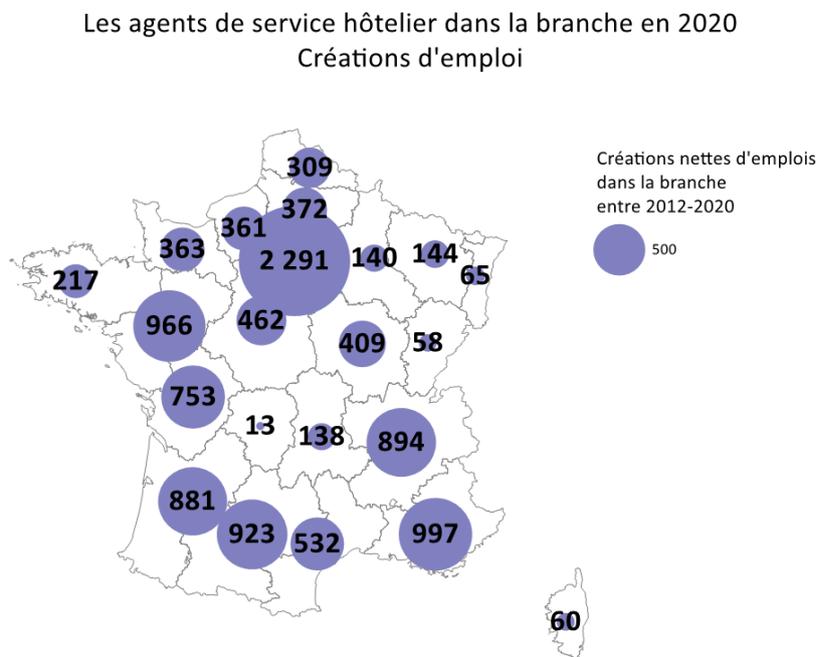
- L'exercice du métier ne nécessite aucun diplôme.
- Néanmoins, une part importante des salariés est diplômée : 60% sont titulaires d'un diplôme au moins de niveau BEP-CAP, souvent dans le domaine de l'accueil et l'hôtellerie.

### **La formation continue :**

- 16% des agents de service hôtelier ont suivi une formation financée par l'OPCA des professions libérales (Actalians), ce qui en fait le métier dans la branche ayant le moins accès à la formation financée par l'OPCA.
- Les formations portent souvent sur l'aide et la relation aux personnes âgées, notamment la bientraitance (9% des formations), la sécurité et la gestion des risques, la maladie d'Alzheimer.
- Une partie des agents souhaitent évoluer vers les métiers paramédicaux (formation en un an), mais peu y accèdent effectivement notamment par manque de places en formation: 580 salariés de la branche ont suivi une formation diplômante en 2012, la moitié pour obtenir le diplôme d'AMP et un quart, celui d'aide-soignant.
- Les ASH représentent le principal métier bénéficiant d'entretiens de positionnement et de remise à niveau dans le cadre de la formation continue.

Evolution prospective des effectifs :

- 50 000 salariés en 2020.
- 11 360 emplois créés entre 2012 et 2020.



Evolution prospective des activités :

- Le métier d'agent de service hôtelier se trouvera à la charnière d'évolutions importantes dans les organisations du travail des EHPAD : les contraintes sur les budgets et les pénuries sur les métiers paramédicaux vont pousser à recruter du personnel peu qualifié et à le former en cours de carrière.
- Les ASH devront renforcer leurs compétences dans le service et l'hôtellerie ; la communication avec l'usager et le soutien à la vie relationnelle, dans le respect du cadre réglementant les missions propres à chaque professionnel du soin et de l'accompagnement, l'aide à la personne (notamment les toilettes).
- Des missions élargies pourront faire émerger un nouveau métier sur la filière hébergement : maître(sse) de maison.
- La fréquente externalisation des activités d'hôtellerie, de restauration et de bio-nettoyage rend plus difficile l'intégration des ASH dans les équipes soignants et la mise en place de passerelles vers les métiers plus qualifiés de l'hébergement ou du soin.

Trois objectifs pour la formation continue :

- Professionnaliser les agents de service sans qualification (remise à niveau, hygiène et sécurité),
- Reconnaître les mission et responsabilités effectivement exercées (hôtellerie, aide à la personne, soutien à la vie relationnelle...),
- Organiser les évolutions vers des métiers plus qualifiés et valorisés.

Les thèmes prioritaires de formation :

- La bientraitance, l'aide à la personne, les pathologies du vieillissement,
- L'hygiène et la sécurité,
- La santé au travail.

## Les agents de service hospitalier

### Les effectifs :

- 25 000 agents de service hospitalier salariés dans la branche (secteur sanitaire).
- Le troisième métier en termes d'effectifs dans les établissements sanitaires.
- Des emplois majoritairement occupé par des femmes (83%).
- Une ancienneté importante dans la fonction : l'ancienneté moyenne des salariés s'élève à 13 ans.

### Les activités :

- La fonction est centrée sur l'entretien des locaux et du matériel ainsi que sur la distribution des repas et du linge. Cette fonction fait souvent l'objet d'une externalisation à une société prestataire.
- Les agents de service hospitalier n'occupent pas de fonctions d'encadrement.

### Les voies d'accès :

- L'exercice du métier ne nécessite aucun diplôme.
- Néanmoins, une part importante des salariés est diplômée : 66% sont titulaires d'un diplôme au moins de niveau BEP-CAP.

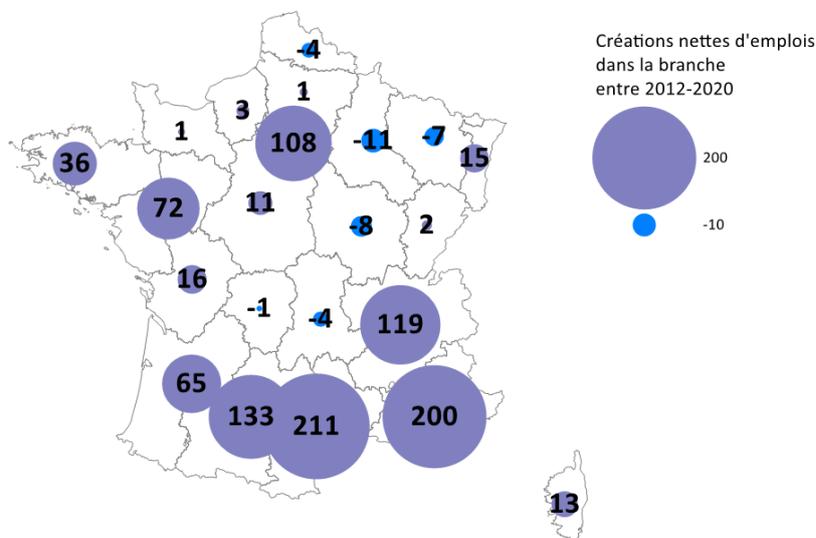
### La formation continue :

- 14% des agents ont suivi une formation financée par l'OPCA des professions libérales (Actalians), ce qui en fait le métier dans la branche ayant le moins accès à la formation financée par l'OPCA.
- Les agents sont principalement formés à l'hygiène et la sécurité (12% des formations suivies), la manutention, mais aussi la gestion du stress face à la maladie, l'agressivité et la mort.

### Evolution prospective des effectifs :

- 26 000 agents de service hospitalier
- 1 000 emplois créés entre 2012 et 2020.
- Sans conditions de diplôme, ce métier n'est pas concerné par les tensions sur les recrutements.

### Les agents de service hospitalier dans la branche en 2020 Créations d'emploi



**Evolution prospective des activités :**

- Dans les établissements sanitaires, la technicité des soins et l'accentuation de la division des tâches devrait limiter l'enrichissement du contenu emploi des ASH.
- La fermeture de lits et le redéploiement des capacités vers des prises en charge sans hébergement va nécessiter de réorienter et de réorganiser l'activité d'une partie des agents de service.
- La fréquente externalisation des activités d'hôtellerie, de restauration et de bio-nettoyage rend plus difficile l'intégration des agents dans les équipes soignants et la mise en place de passerelles vers les métiers plus qualifiés de l'hébergement ou du soin.

**Trois objectifs pour la formation continue :**

- Professionnaliser les agents de service sans qualification (remise à niveau, hygiène et sécurité),
- Accompagner la diminution des activités liées à l'hébergement,
- Organiser les évolutions vers des métiers plus qualifiés et valorisés.

**Les thèmes prioritaires de formation :**

- L'hygiène et la sécurité,
- La santé au travail.



## Portrait des métiers

### Récapitulatif des données-clé

	Effectifs 2011	Croissance annuelle moy. des effectifs 2007/11	Âge moyen 2011	Ancienneté moyenne 2011	Nombre d'entrées en 2012	% projets de recrutement difficiles 2013	% sal. ayant suivi formation en 2012
Médecins	3 672	5,9%	49,5	6,1	58	70%	15%
Pharmaciens	1 764	4,8%	46,1	5,9	245	55%	39%
Sages-femmes	2 772	2,8%	38,6	9,5	278	47%	40%
IDE spécialisés	4 500	-1,2%	42,6	8,0	281	58%	45%
IDE	51 408	4,5%	37,4	7,9	8 083	58%	43%
Rééducateurs	3 012	7,5%	35,7	4,3	954	74%	55%
Aides-soignants	53 664	6,3%	39,3	10,5	6 569	46%	33%
AMP	4 860	15,2%	38,2	9,0	325	46%	61%
Aux. de puériculture	2 100	5,0%	40,2	n.s.	0	46%	27%
Ambulanciers	324	1,9%	39,1	4,0	0	59%	n.s.
Psychologues	2 208	25,6%	36,0	5,8	0	43%	37%
Éducateurs spécialisés	480	-0,6%	34,4	n.s.	0	32%	50%
Assistants sociaux	480	9,3%	35,7	2,7	0	40%	37%
Animateurs	2 388	16,2%	40,2	8,1	116	n.s.	24%
Ag. d'accompagnement	2 700	n.s.	41,5	5,0	650	n.s.	n.s.
ASH	71 892	8,4%	37,9	10,4	7 368	17%	16%
Cuisiniers, ag. de cuisine	3 216	8,8%	41,3	7,8	267	n.s.	49%
Agents d'hôtellerie	3 576	4,5%	38,8	8,8	267	50%	21%
Préparateurs pharmacie	1 416	6,7%	37,8	10,0	0	46%	36%
Techniciens médicaux	1 824	11,9%	37,9	10,6	229	46%	57%
Logistique	648	6,5%	37,6	6,3	150	0%	27%
Maintenance	3 960	4,9%	44,1	8,3	1 429	0%	27%
Secrétaires, ag. admin.	18 900	6,2%	39,5	13,6	1 663	28%	29%
Comptables	3 300	3,1%	43,0	15,9	0	37%	20%
Agents d'accueil	3 792	-1,6%	39,2	8,7	0	20%	22%
Cadres admin., direction	4 644	5,5%	46,4	11,5	405	40%	n.s.
Cadres infirmiers	3 060	0,7%	47,7	22,0	0	58%	n.s.
Cadres médico-techniques	120	9,3%	36,3	1,0	58	0%	n.s.
Cadres hôteliers	132	2,4%	46,1	11,7	58	49%	n.s.
<b>Ensemble</b>	<b>257 256</b>	<b>4,0%</b>	<b>39,1</b>	<b>10,0</b>	<b>29 454</b>	<b>43%</b>	<b>34%</b>

*Étude prospective sur les besoins futurs en termes d'emploi dans la branche de  
l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial*