



2017
ÉTUDE
PROSPECTIVE

sur les besoins futurs
en termes d'emploi de la
branche de l'hospitalisation
privée sanitaire et médico-
sociale à statut commercial

RAPPORT

SOMMAIRE

PARTIE I. ANALYSE-DIAGNOSTIC DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE 8

1. LA PROBLÉMATIQUE DES BESOINS D'EMPLOI DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE	9
Des activités en profonde transformation, des besoins de compétences fortement évolutifs	9
Des écarts importants entre les compétences attendues et les compétences disponibles	10
En résumé, les grands enjeux emploi-formation rencontrés dans la branche	10
2. L'EMPLOI ET LES MÉTIERS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE	11
2.1 Trajectoire de l'emploi dans la branche	11
Une branche créatrice d'emploi mais qui connaît une inflexion globale de son dynamisme	11
Des dynamiques hétérogènes au niveau des établissements	14
2.2 Les métiers de la branche	15
Des effectifs concentrés dans trois principaux métiers	15
Des équipes plus étoffées en personnels soignants, notamment les plus spécialisés	16
3. LE MARCHÉ DE L'EMPLOI DE LA BRANCHE	18
3.1 Les diplômés dans les professions paramédicales	18
Un appareil de formation initiale encadré et régulé	18
Forte progression des effectifs diplômés dans les principales professions paramédicales	18
Déséquilibres régionaux en diplômés du paramédical	20
3.2 Projets et difficultés de recrutement	21
Sur le marché de l'emploi chez les professions soignantes en France, des tensions élevées mais qui se sont réduites chez les IDE et les aides-soignants	21
Dans la branche, des établissements médico-sociaux confrontés à des difficultés plus importantes pour recruter dans les principaux métiers du soin	24
4. PROFILS COMPARÉS DES SALARIÉS DE LA BRANCHE	27
Des taux de CDI et taux de temps complet plus élevés dans la branche que dans l'ensemble du domaine d'activité	27
Des conditions d'emploi plus favorables dans le sanitaire que dans le médico-social	28

PARTIE II. PROSPECTIVE DES BESOINS D'EMPLOI DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

30

1. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025	31
1.1 Analyse des déterminants de l'emploi dans la branche	31
1.2 Présentation du scénario central	36
Hypothèses du scénario central	36
Impacts des hypothèses sur l'emploi dans la branche	43
Contribution théorique de chaque facteur sur l'évolution de l'emploi dans la branche	44
1.3 Présentation des scénarios alternatifs	46
Scénario majorant	46
Scénario minorant	48
2. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025 À UN NIVEAU RÉGIONAL	50
2.1 Analyse des déterminants de l'emploi à un niveau régional	50
Des besoins de soins différenciés selon les régions	51
Une répartition hétérogène de l'activité de la branche sur le territoire	52
2.2 Présentation du scénario central	54
Projections de l'évolution des besoins de soin selon les régions	54
Secteur sanitaire : l'emploi devrait augmenter plus fortement dans les régions de l'Ouest et du Sud de la France	55
Secteur médico-social : l'emploi devrait augmenter dans toutes les régions	56
2.3 Présentation des scénarios alternatifs	57
Déclinaison régionale du scénario majorant	57
Déclinaison régionale du scénario minorant	58
3. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025 À UN NIVEAU MÉTIER	59
3.1 Analyse des déterminants de l'emploi à un niveau métier	59
Des transformations importantes de l'environnement	59
3.2 Impacts des déterminants sur les métiers de la branche	62
Dans le sanitaire, poursuite du développement du personnel soignant spécialisé	62
Dans le médico-social, poursuite de la croissance des effectifs sur l'ensemble des métiers et hausse de la part relative du personnel soignant	63
3.3 Analyse prospective des métiers et enjeux d'emploi-compétences	64
Agent de service hospitalier et hôtelier	64
Aide-soignant	66
Accompagnant éducatif et social	70
Infirmier	72

ANNEXE - EFFECTIFS SALARIÉS DE LA BRANCHE À UN NIVEAU DÉTAILLÉ	76
1. EFFECTIFS DÉTAILLÉS PAR MÉTIER	77
Présentation de la nomenclature des métiers	77
Effectifs détaillés par métier	79
2. EFFECTIFS DÉTAILLÉS PAR RÉGION ET PAR DÉPARTEMENT	80
3. CARTES DES EFFECTIFS DE LA BRANCHE ET POIDS DANS L'ENSEMBLE DU DOMAINE D'ACTIVITÉ	83
Cartes régionales	83
Cartes départementales	84

INTRODUCTION

ANTICIPER LES BESOINS D'EMPLOI DE LA BRANCHE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

La branche professionnelle des établissements privés sanitaires et sociaux à statut commercial regroupe deux secteurs professionnels : le sanitaire, qui concerne les établissements privés de diagnostic et de soins, avec ou sans hébergement ; et le médico-social qui concerne les établissements pour personnes âgées.

Les établissements de la branche de l'hospitalisation privée connaissent des besoins de compétences évolutifs en lien avec un **contexte d'intervention en rapide transformation**.

Dans ce contexte, l'observatoire de l'hospitalisation privée souhaite mener une **étude prospective de l'emploi** dans la branche à horizon 2025, actualisant une étude publiée en 2014 portant sur la période 2015-2020. Cette étude doit permettre d'alimenter une **réflexion globale et stratégique** sur les besoins d'emploi et de compétences dans la branche à l'aune des changements susceptibles de modifier les conditions d'intervention des salariés en établissement.

L'étude est menée en deux temps : une **analyse-diagnostic** de la situation de l'emploi dans la branche (partie 1), articulée à des hypothèses d'évolution conduisant à un exercice de prospective (partie 2).

Plusieurs entrées ont été retenues, donnant lieu à des livrables distincts :

- Le présent **rapport d'analyse globale**, qui s'attachera à donner une vision de la branche différenciée selon chaque secteur d'activité – le secteur sanitaire et le médico-social.

Ce niveau d'analyse permettra d'articuler une compréhension globale des facteurs d'évolution de l'activité des établissements, notamment dans leurs dimensions économiques, afin de donner une vision d'ensemble des grands enjeux d'emploi qui se poseront à l'horizon de la prospective.

- Les **métiers de la branche**. Cette entrée métier permettra de détailler les évolutions en cours et attendues en termes de contenu, de flux d'emploi, de besoins de formation initiale et continue... Elle sera restituée par famille de métier et pour les principaux métiers, à minima agent de service hospitalier et agent de service hôtelier, aide-soignant et IDE.
- Les **régions administratives**. L'intérêt de cette entrée sera d'ancrer les activités sanitaires et médico-sociales privées commerciales dans le contexte socio-économique de chaque région, ainsi que dans le cadre des politiques publiques de santé et de formation pilotées à cet échelon.

PARTIE 1

ANALYSE-DIAGNOSTIC
DE L'EMPLOI ET
DES MÉTIERS DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE

1. LA PROBLÉMATIQUE DES BESOINS D'EMPLOI DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

DES ACTIVITÉS EN PROFONDE TRANSFORMATION, DES BESOINS DE COMPÉTENCES FORTEMENT ÉVOLUTIFS

DES ACTIVITÉS EN PROFONDE TRANSFORMATION

La branche professionnelle des établissements privés sanitaires et sociaux à statut commercial regroupe deux secteurs professionnels : le secteur sanitaire, qui couvre les établissements privés de diagnostic et de soins, avec ou sans hébergement ; et le secteur médico-social, qui concerne les établissements pour personnes âgées.

Les établissements de la branche de l'hospitalisation privée connaissent des besoins de compétences évolutifs en lien avec un contexte d'intervention en rapide transformation. En effet, les profils, les besoins et les demandes des patients et des résidents accueillis dans les établissements évoluent rapidement : alourdissement des pathologies, innovations médicotéchniques et organisationnelles, développement des formes alternatives à l'hospitalisation ou à l'hébergement complets (accueil de jour, accueil séquentiel...) et raccourcissement des durées de séjours... De plus, l'activité des établissements, dans ses différentes dimensions (qu'il s'agisse de la délivrance de soins, de l'accueil du public, des services de restauration et d'hôtellerie, de la maintenance des équipements...), fait l'objet d'un cadre réglementaire contraignant (normes sécurité et qualité, droit du travail, cadre des professions médicales et paramédicales...) qui se traduit notamment par de nombreuses obligations.

UN ENVIRONNEMENT BUDGÉTAIRE SENSIBLEMENT MODIFIÉ DEPUIS QUELQUES ANNÉES

Au vu des problèmes à moyen et long terme de soutenabilité de la dépense publique, les activités sanitaires et médico-sociales ont connu et sont appelées à connaître encore des révisions importantes de leurs schémas de gouvernance et de leurs modalités de financement.

- S'agissant des autorisations d'ouverture, le secteur médico-social a pu bénéficier d'une croissance très élevée grâce aux grands plans nationaux de création de places d'accueil pour personnes âgées. L'arrivée à extinction de ces plans nationaux pose nécessairement la question des relais de croissance.
- S'agissant des modalités tarifaires, les pouvoirs publics souhaitent étendre les mécanismes financiers visant à rémunérer les établissements selon leur activité et non de manière forfaitaire. Ainsi, les EHPAD se voient appliquer depuis début 2017 un financement forfaitaire des soins ; les SSR bénéficient d'un nouveau cadre tarifaire (progressivement appliqué entre 2017 et 2022) ; l'extension de la T2A aux établissements psychiatriques est à l'étude. Dans le champ MCO, financé via la T2A depuis 2004-2005, les établissements ont connu des baisses de tarifs depuis 2015. Comme cela a été déjà observé avec le passage à la T2A dans les MCO à partir de 2004, ces mesures tarifaires récentes ou annoncées sont susceptibles d'agir comme des révélateurs des difficultés structurelles rencontrées par les établissements à l'activité insuffisante pour supporter les coûts croissants d'investissement et de fonctionnement.

L'emploi salarié dans la branche suit un trend positif, surtout dans le secteur médico-social, en raison de besoins de soins qui croissent très rapidement. Toutefois, les financements publics alloués aux activités sanitaires et médico-sociales pourraient être remis en cause dans un contexte plus global de restrictions budgétaires, d'où une grande incertitude s'agissant de la trajectoire à venir. Ces changements entraînent un certain nombre de conséquences sur les besoins d'emploi de l'hospitalisation privée, qui rendent leur anticipation à la fois nécessaire stratégiquement, et complexe techniquement.

DES ÉCARTS IMPORTANTS ENTRE LES COMPÉTENCES ATTENDUES ET LES COMPÉTENCES DISPONIBLES

DES SALARIÉS SOUVENT PEU QUALIFIÉS SOUMIS À DES EXIGENCES DE PROFESSIONNALISATION

Dynamique sur le plan de l'emploi, le secteur sanitaire et médico-social présente des débouchés pour des personnes peu qualifiées à la recherche d'un emploi. Les établissements, en particulier dans le médico-social, accueillent une proportion souvent importante de personnes peu qualifiées tandis que leurs besoins de professionnalisation s'accroissent rapidement.

De ces éléments découlent des besoins importants de formation continue. Dans le même temps, les employeurs doivent s'adapter à un modèle économique en transformation, en raison de politiques de maîtrise des dépenses des organismes de tutelle, qui contraignent entre autres les budgets alloués à la formation des personnels.

UN SYSTÈME DE FORMATION INITIALE À FORTE INERTIE S'AGISSANT DES PROFESSIONS RÉGLEMENTÉES

Le système de formation initiale, qui se caractérise par l'existence de diplômes d'Etat et de décrets d'actes, ainsi qu'un système de pilotage du nombre de places en formation initiale, s'avère être

une contrainte forte pour la gestion des compétences dans la branche. En effet, les employeurs sont confrontés à des décalages avérés entre leurs besoins de compétences et l'appareil de formation initiale des paramédicaux :

- Sur un plan quantitatif, des effectifs de personnes en formation initiale insuffisants pour répondre aux besoins du territoire, d'où des pénuries de professionnels qui peuvent atteindre localement des niveaux très élevés.
- Sur le plan qualitatif, les programmes des formations menant aux métiers paramédicaux apparaissent en partie inadaptés par rapport aux besoins des établissements, par exemple en raison d'une orientation insuffisante sur les prises en charge médico-sociales.

EN RÉSUMÉ, LES GRANDS ENJEUX EMPLOI-FORMATION RENCONTRÉS DANS LA BRANCHE

De ces premiers constats, découlent trois grands enjeux rencontrés par les établissements sanitaires et médico-sociaux de la branche en termes d'emploi et de compétences :

- Dans ce secteur fortement régulé, les établissements doivent s'adapter aux changements réglementaires (notamment de nouveaux systèmes tarifaires plus contraignants, combinés à des normes de fonctionnement plus drastiques), ce qui leur impose de revoir leur modèle économique.
- Dans ce secteur qui connaît des transformations rapides dans les techniques de soins, les établissements doivent stabiliser et professionnaliser les équipes, et développer leurs compétences.
- Dans ce secteur encadré dans la relation emploi-formation, les établissements de la branche doivent composer avec une démographie médicale et paramédicale défavorable, et avec une lente réingénierie des professions paramédicales.

2. L'EMPLOI ET LES MÉTIERS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

NOTE TECHNIQUE :

Le décompte des effectifs salariés de la branche de l'hospitalisation privée présentés correspond aux effectifs présents au 1er décembre de l'année considérée, tous types de contrats salariés confondus.

2.1. TRAJECTOIRE DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE

UNE BRANCHE CRÉATRICE D'EMPLOI MAIS QUI CONNAÎT UNE INFLEXION GLOBALE DE SON DYNAMISME

Selon les estimations réalisées, la branche compte aujourd'hui près de 250 000 salariés.

Les estimations réalisées grâce à un pont réalisé entre le périmètre de la branche et l'appareil de la statistique publique (voir encadré méthodologique infra) permettent d'estimer à 249 149 le nombre de salariés dans la branche en 2015. Ces effectifs sont mesurés en personnes physiques et en personnes présentes au 1er décembre. Ils se décomposent entre les deux secteurs de la branche de la façon suivante : 140 049 salariés dans le secteur sanitaire et 109 100 dans le secteur médico-social.

Estimation des effectifs salariés dans la branche de l'hospitalisation privée



Hospitalisation privée

249 149 salariés

Secteur sanitaire

140 049 salariés

Secteur médico-social

109 100 salariés

Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et AcoSS 2015. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Le périmètre du secteur est défini par une **seule convention collective de branche**, celle de l'hospitalisation privée à but commercial (IDCC 2264).

Pour réaliser le portrait de l'emploi dans l'hospitalisation privée, **deux sources statistiques** sont mobilisées. Toutes deux reposent sur des enquêtes nationales approfondies disposant des meilleures garanties statistiques de représentativité.

- L'information statistique est constituée pour l'essentiel des fichiers des DADS au 1/12ème, disponibles pour les années 2008 à 2014. Dans cette source, le périmètre de la branche s'obtient aisément grâce à la convention collective.

- En complément de la DADS, l'enquête Emploi de l'Insee constitue une source riche (informations très détaillées sur la situation professionnelle des salariés), disponibles de 1975 à 2015, mais moins précise que la DADS : les informations sont fournies au 1/150ème, et le périmètre de la branche s'obtient par application de plusieurs critères (1. employeur de statut privé 2. du secteur sanitaire ou de l'hébergement des personnes âgées 3. dont la catégorie juridique relève du droit privé non associatif).

Ces deux sources de données issues de la statistique publique ont été rapprochées de **l'information disponible par ailleurs**:

- Sur la branche : rapports de branche et sectoriels sur la situation de l'emploi dans l'hospitalisation privée, données de l'Opcv

- Sur la santé et l'action sociale : publications de la Drees (données SAE, enquête Ehpa, formations sanitaires et sociales...)

- Sur l'emploi : enquête « besoins de main d'œuvre » de Pôle emploi...

Le portrait de l'emploi de la branche de l'hospitalisation privée inclut une **analyse comparative** avec l'ensemble du domaine d'activité : la santé et l'action sociale. Le périmètre de la santé et de l'action sociale peut être identifié dans la DADS et dans l'enquête Emploi de l'Insee.

Depuis quelques années, une inflexion notable de la dynamique d'emploi

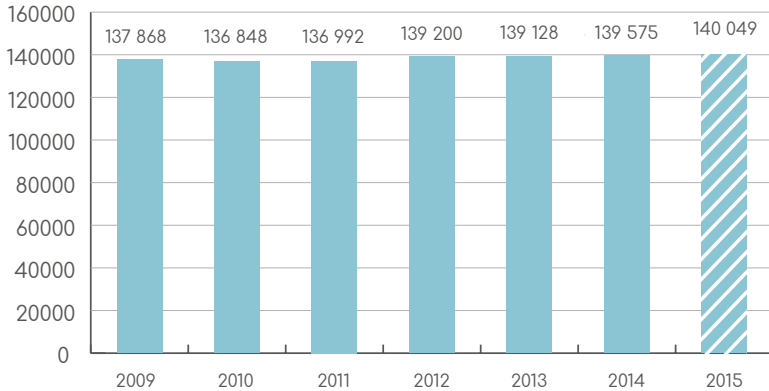
Au cours des deux décennies précédentes, la branche de l'hospitalisation privée a bénéficié d'un trend favorable, bien supérieur à la croissance de l'ensemble de l'économie, ainsi que de celle constatée dans les établissements sous un autre statut. Depuis 5 ans, l'emploi suit une dynamique différente selon le secteur de la branche.

- Le sanitaire connaît une augmentation modérée de ses effectifs, inférieure à la croissance de l'ensemble du domaine d'activité.

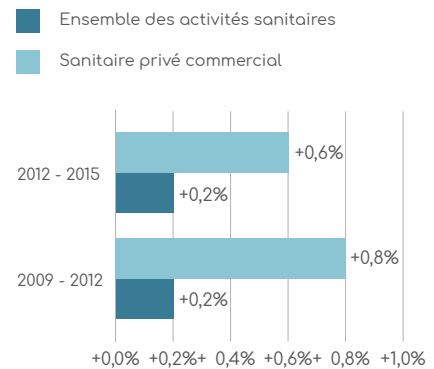
- Le médico-social connaît une forte hausse de ses effectifs, nettement supérieure à la croissance de l'ensemble du domaine d'activité.

Evolution des effectifs salariés dans la branche de l'hospitalisation privée entre 2009 et 2015 et comparaison avec le taux de croissance annuel moyen dans l'ensemble des activités sanitaires

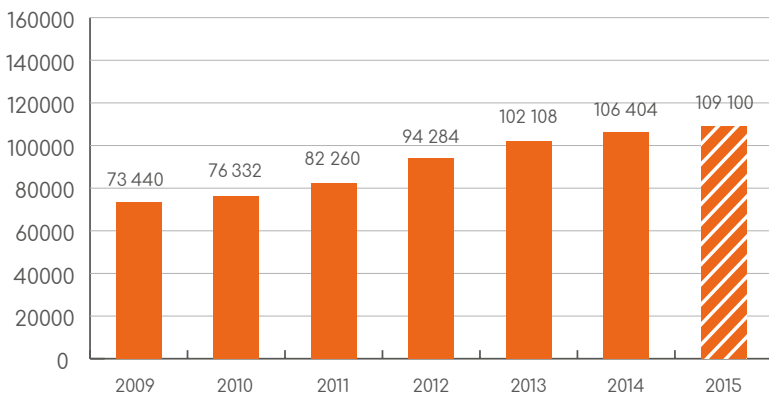
Evolution des effectifs salariés dans la branche de l'hospitalisation privée du secteur sanitaire



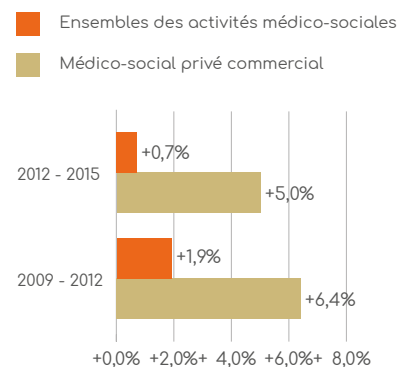
Taux de croissance annuel moyen dans le secteur sanitaire entre 2009/2012 et 2012/2015



Evolution des effectifs salariés dans la branche de l'hospitalisation privée du médico-social



Taux de croissance annuel moyen dans le secteur médico-social entre 2009/2012 et 2012/2015



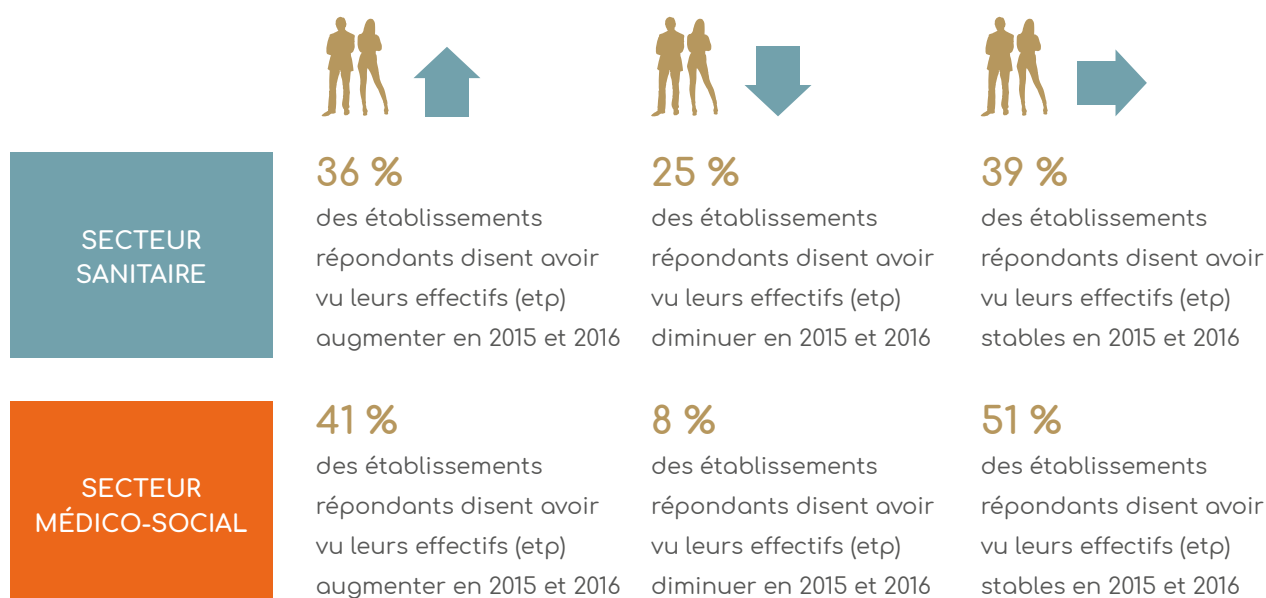
Source : Traitement Quadrat-études sur données DADS 2009-2014 et Acofos 2015. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

DES DYNAMIQUES HÉTÉROGÈNES AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS

La situation apparaît disparate en fonction des secteurs d'activité, mais aussi au niveau des établissements au sein d'un même secteur. En effet, les résultats d'un questionnaire diffusé auprès des établissements (voir encadré méthodologique infra) permettent d'estimer les variations suivantes :

- Dans le secteur sanitaire de la branche, la situation paraît très hétérogène entre 36% des établissements qui disent avoir vu leurs effectifs (mesurés en équivalent temps plein) augmenter en 2015 et en 2016, et 25% qui disent avoir vu leurs effectifs diminuer. Dans 39% des établissements, l'emploi s'est avéré stable entre 2015 et 2016.
- Dans le secteur médico-social de la branche, 41% des établissements disent avoir vu leurs effectifs (mesurés en équivalent temps plein) augmenter en 2015 et en 2016, contre seulement 8% qui disent avoir vu leurs effectifs diminuer. Dans 51% des établissements, l'emploi s'est avéré stable entre 2015 et 2016.

Répartition des établissements de la branche selon l'évolution de l'emploi constatée entre 2015 et 2016



Source: enquête Quadrat-études pour le compte de l'Observatoire de l'hospitalisation privée, 2017

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été diffusé auprès des interlocuteurs RH des établissements et des groupes, entre septembre et octobre 2017. Ce questionnaire, auto-administré sur Internet, a obtenu 160 réponses représentant 215 établissements et 12 590 etp salariés. Les résultats ont été redressés pour s'assurer de leur représentativité.

En 2015, si le différentiel fait donc apparaître un solde global positif, il masque toutefois des variations brutes d'emplois de forte amplitude selon les établissements : créations d'emploi chez une partie des établissements, destructions d'emploi chez une autre partie des établissements.

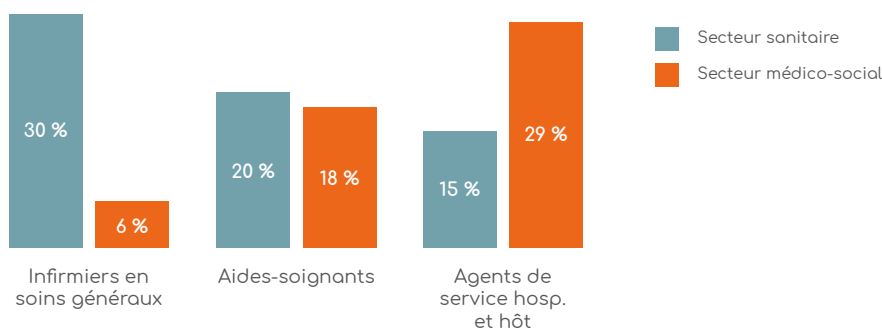
2.2. LES MÉTIERS DE LA BRANCHE

DES EFFECTIFS CONCENTRÉS DANS TROIS PRINCIPAUX MÉTIERS

Les infirmiers, principal métier du sanitaire et les agents de service hôtelier, principal métier du médico-social.

La branche de l'hospitalisation privée emploie trois principaux métiers : infirmier en soins généraux, aide-soignant et agent de service hospitalier (sanitaire) et hôtelier (médico-social). Leur poids relatif dans les effectifs totaux varie selon le secteur d'activité considéré. Ainsi, les infirmiers en soins généraux représentent 30% des effectifs salariés dans le secteur sanitaire, contre 6% seulement dans le secteur médico-social. Les agents de service représentent quant à eux 29% des effectifs dans le secteur médico-social, 15% dans le secteur sanitaire. Les aides-soignants possèdent un poids similaire dans les deux secteurs : 20% des effectifs dans le secteur sanitaire, 18% dans le médico-social.

Poids dans les effectifs salariés de la branche des trois principaux métiers de l'hospitalisation privée



Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques
Lecture : En 2014, les infirmiers en soins généraux représentent 30% des effectifs salariés dans le secteur sanitaire de la branche, et 6% des effectifs salariés dans le secteur médico-social de la branche.

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Une nomenclature des métiers de l'hospitalisation privée est construite dans le cadre de cette étude pour réaliser l'analyse par métier. Cette nomenclature est commune aux deux secteurs de la branche. Sa construction a pris en compte :

- la classification des emplois dans la convention collective nationale de l'hospitalisation privée,
- la nomenclature des emplois dans l'appareil de statistique publique générale (Insee) et spécifique santé/action sociale (Drees),
- le cadre réglementaire des professions sanitaires et sociales.

La nomenclature est structurée en trois familles de métiers : personnel soignant et concourant aux soins, personnel éducatif et social / d'hébergement, personnel administratif et technique. Elle est présentée de manière complète en annexe.

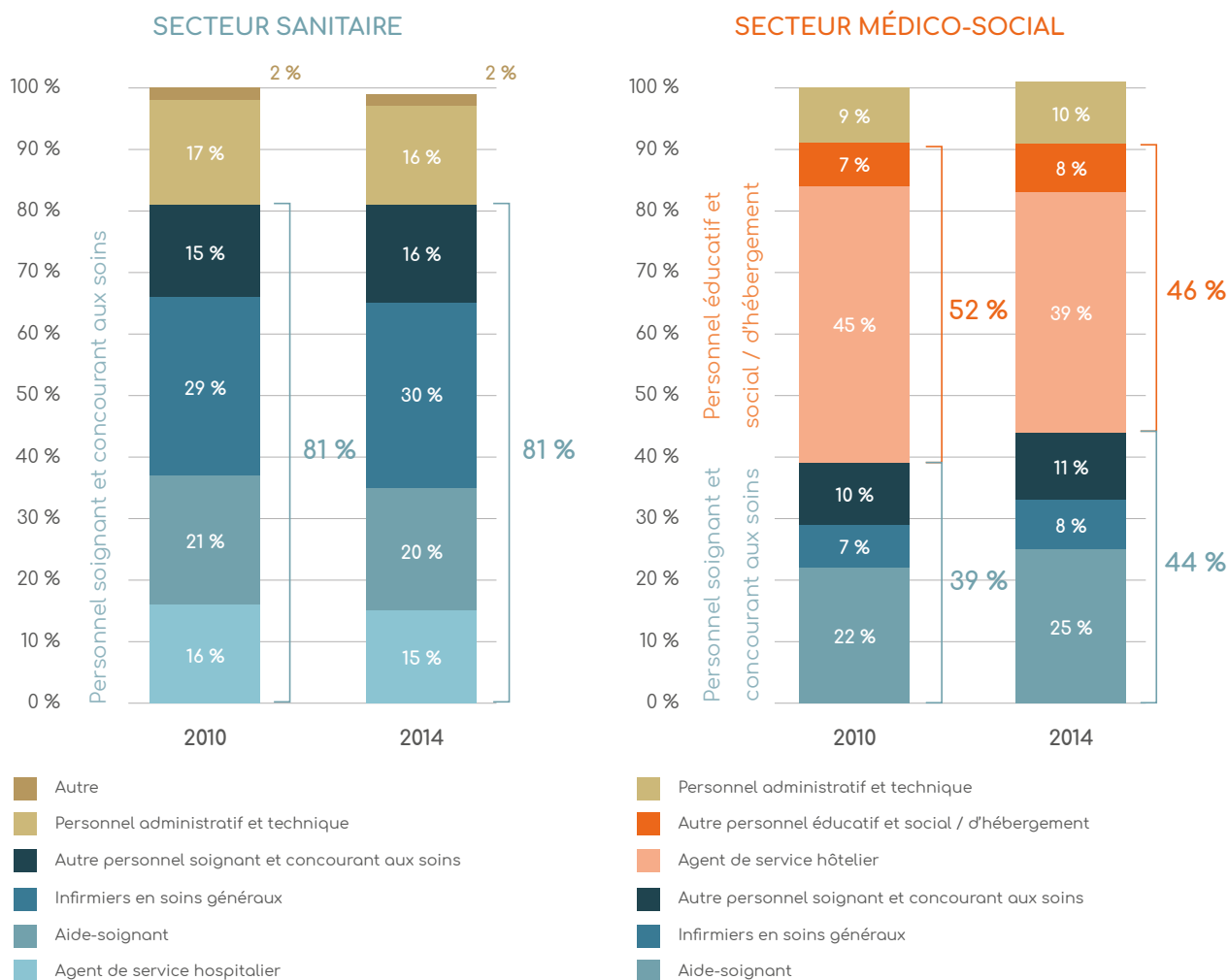
DES ÉQUIPES PLUS ÉTOFFÉES EN PERSONNELS SOIGNANTS, NOTAMMENT LES PLUS SPÉCIALISÉS

Une déformation de la composition de l'emploi au profit du domaine cœur de métier

Au cours du temps (l'analyse ci-dessous repose sur les 5 dernières années), la structure des métiers s'est visiblement déformée au profit des personnels soignants :

- Dans le sanitaire, le personnel soignant et concourant aux soins occupe un poids stable, qui s'établit à 81% des effectifs.
- Dans le médico-social, les personnels soignants ou concourant aux soins (aide-soignant et aide médico-psychologique, infirmier en soins généraux, spécialiste de la rééducation...) et de l'accompagnement éducatif et social (auxiliaire de vie sociale, animateur...) ont vu leur poids augmenter, passant de 39% en 2010 à 42% en 2014. Dans le même temps, les effectifs dans les autres domaines de métiers connaissent un recul relatif : les personnels dédiés aux fonctions de l'hôtellerie et de l'accompagnement éducatif et social passaient de 52% à 46% des effectifs, tandis que les fonctions support voyaient leur poids reculer.

Répartition des effectifs salariés selon les principaux métiers / familles de métiers



Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2009-2014. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

Davantage de profils spécialisés

Analysée à un niveau plus fin, la répartition de l'emploi par métier a évolué de la manière suivante :

- Dans le secteur sanitaire, les métiers dont le poids dans les effectifs salariés a connu une augmentation au cours des dernières années font souvent partie des personnels concourant aux soins les plus spécialisés : médecin, spécialiste de la rééducation, psychologue, infirmier spécialisé, infirmier en soins généraux... Parmi eux, on compte également des personnels des services médicotехniques (préparateur en pharmacie, technicien médical) et techniques (encadrement, achats et logistique...). A l'inverse, parmi les métiers dont le poids dans les effectifs a reculé au cours des dernières années, on trouve les personnels concourant aux soins les moins qualifiés (agent de service hospitalier, aide-soignant), ainsi que les personnels des services administratifs et techniques.

Métiers dont le poids dans les effectifs augmente / diminue entre 2009 et 2014

SECTEUR SANITAIRE

Métiers dont le poids dans les effectifs augmente

- Infirmiers en soins généraux
- Spécialiste de la rééducation
- Médecin (salarié)
- Préparateur en pharmacie et technicien médical
- Psychologue, assistant social, éducateur spécialisé
- Encadrement technique, achats et logistique
- Infirmier spécialisé, sage-femme

Métiers dont le poids dans les effectifs diminue

- Agent de service hospitalier
- Aide-soignant
- Agent d'accueil, secrétaire, agent administratif
- Personnel d'encadrement des soins
- Ouvrier/technicien de l'entretien-maintenance

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Métiers dont le poids dans les effectifs augmente

- Aide-soignant
- Infirmiers en soins généraux
- Aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale et autre agent d'accompagnement
- Psychologue, animateur
- Spécialiste de la rééducation

Métiers dont le poids dans les effectifs diminue

- Secrétaire et agent administratif
- Agent de service général (cuisine, buanderie...)
- Agent d'accueil

Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2009-2014.

- Dans le secteur médico-social, les métiers dont le poids dans les effectifs diminue partagent également la caractéristique d'être peu qualifiés. Ils font partie des personnels de l'hôtellerie (agent de service général, en cuisine ou en buanderie par exemple) ou des services support (secrétaire, agent administratif, agent d'accueil).

3. LE MARCHÉ DE L'EMPLOI DE LA BRANCHE

3.1. LES DIPLÔMÉS DANS LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

UN APPAREIL DE FORMATION INITIALE ENCADRÉ ET RÉGULÉ

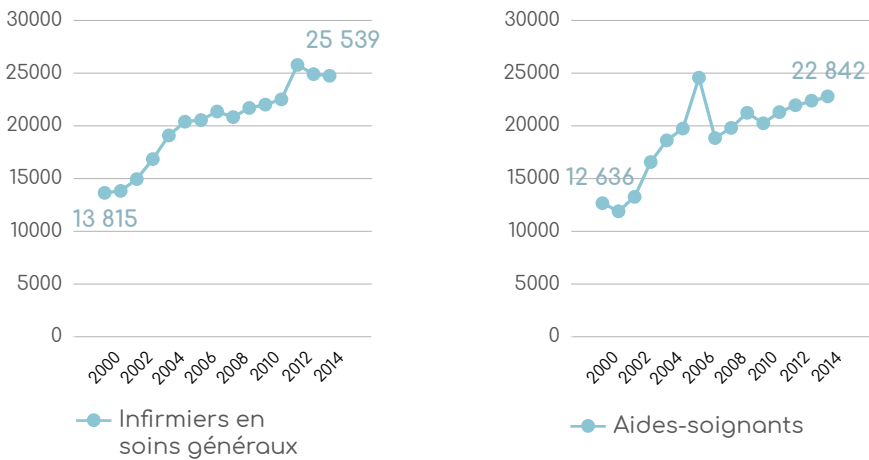
Les professions sanitaires et sociales constituent des professions réglementées, dont découlent des spécificités marquées en termes d'appareil de formation initiale.

- Les formations donnant l'accès à certaines professions sanitaires relèvent directement du ministère chargé de la santé : infirmier, aide-soignant et certaines spécialités de rééducation.
- Le nombre de places dans certaines formations (infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien) est déterminé par des quotas annuels fixés par arrêté ministériel. Les autres formations (aide-soignant notamment) sont encadrées par des agréments qui régulent de facto le nombre d'étudiants admis.
- Une sélection des candidats à l'entrée en formation est obligatoire. Elle peut prendre la forme d'épreuves de sélection ou de procédures sur dossier organisées par les instituts.
- Les formations sont ancrées dans l'univers professionnel car historiquement fondées sur un principe d'alternance : les stages représentent ainsi environ la moitié de la durée de la formation. C'est pourquoi le rôle des lieux de stage et la qualité de l'accompagnement qui y est effectué jouent un rôle déterminant.
- La relation emploi-formation apparaît particulièrement favorable : chaque cursus de formation correspond à un diplôme et un métier identifiés, et permet un très bon accès au marché du travail, tant en termes d'insertion professionnelle (les jeunes diplômés occupent rapidement un emploi) que d'adéquation formation-métier (ils occupent le métier pour lequel ils ont été formés).

FORTE PROGRESSION DES EFFECTIFS DIPLÔMÉS DANS LES PRINCIPALES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Depuis 15 ans, les effectifs diplômés ont fortement progressé dans les principales professions paramédicales, à savoir les infirmiers en soins généraux et les aides-soignants. Ces évolutions correspondent à une politique de relèvement du nombre autorisé de places en formation entre 2002 et 2013. On comptait environ 14 000 personnes sortant diplômées IDE en 2000, contre plus de 25 000 en 2014. Chez les aides-soignants, le nombre annuel de diplômés est passé à environ 13 000 en 2000, à près de 23 000 en 2014.

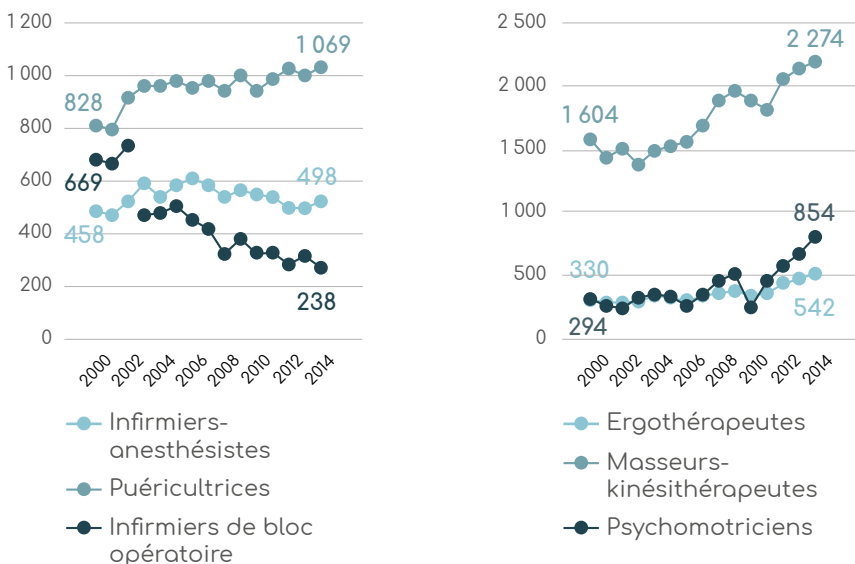
Evolution du nombre annuel de diplômés dans les principales professions sanitaires en France (2000-2014)



Source: Drees

Chez les personnels paramédicaux plus spécialisés, les évolutions sont contrastées. D'une part, les infirmiers spécialisés n'ont pas vu leurs promotions de diplômés progresser : faible progression chez les infirmiers spécialisés en puériculture, stagnation chez les infirmiers-anesthésistes, et recul s'agissant des infirmiers en bloc opératoire. D'autre part, les effectifs annuels de diplômés ont connu un essor notable dans les spécialités de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens...).

Evolution du nombre annuel de diplômés dans les principales professions sanitaires en France (2000-2014)

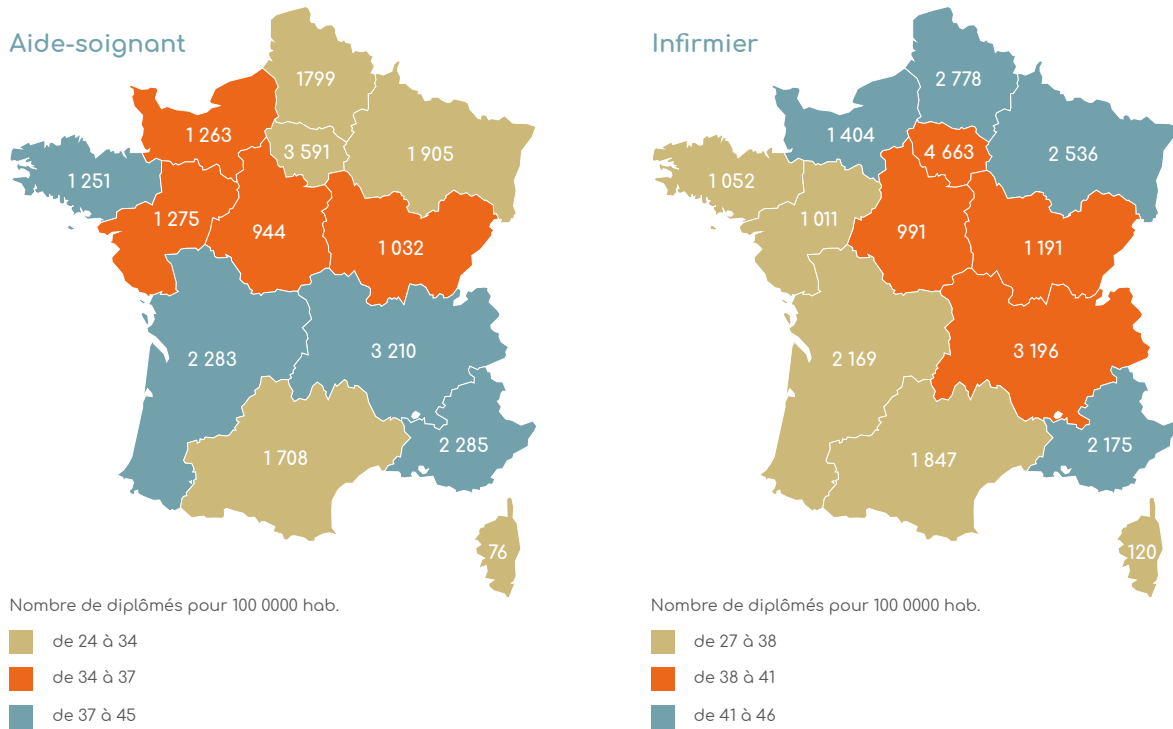


Source: Drees

DÉSÉQUILIBRES RÉGIONAUX EN DIPLÔMÉS DU PARAMÉDICAL

Les régions françaises présentent des disparités en termes de densité en diplômés (rapport entre le nombre de diplômés et la population totale de la région) dans les professions paramédicales. La densité apparaît moindre sur le quart nord-est et en Occitanie pour les diplômés aides-soignants, et sur la façade ouest pour les diplômés IDE.

Nombre et densité de diplômés par région en France (2014)



Source: Drees

3.2. PROJETS ET DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT

SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI CHEZ LES PROFESSIONS SOIGNANTES EN FRANCE, DES TENSIONS ÉLEVÉES MAIS QUI SE SONT RÉDUITES CHEZ LES IDE ET LES AIDES-SOIGNANTS

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Une nomenclature des métiers de l'hospitalisation privée est construite dans le cadre de cette étude pour réaliser l'analyse par métier. Cette nomenclature est commune aux deux secteurs de la branche.

Sa construction a pris en compte :

- la classification des emplois dans la convention collective nationale de l'hospitalisation privée,
- la nomenclature des emplois dans l'appareil de statistique publique générale (Insee) et spécifique santé/action sociale (Drees),
- le cadre réglementaire des professions sanitaires et sociales.

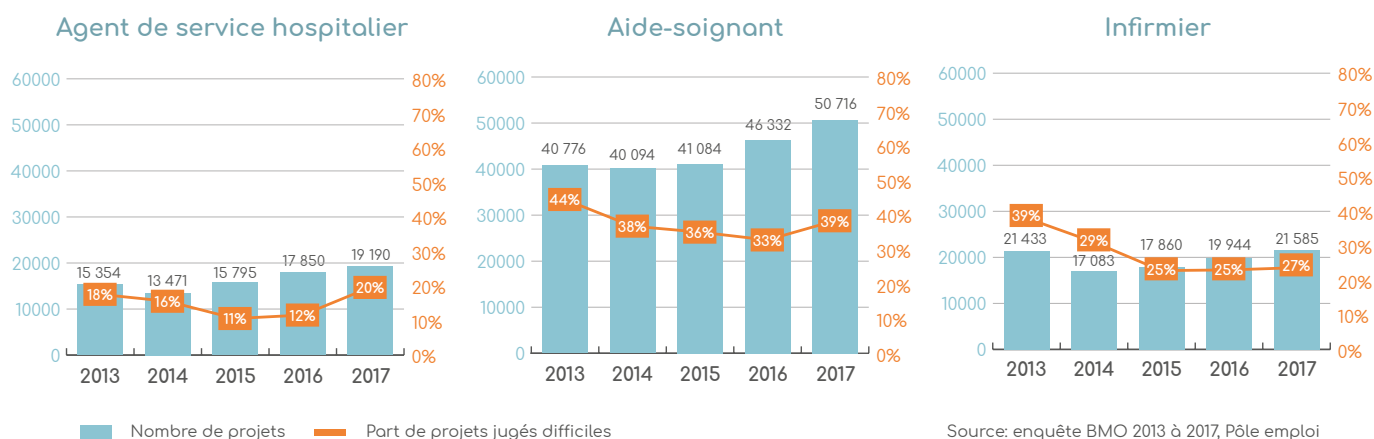
La nomenclature est structurée en trois familles de métiers : personnel soignant et concourant aux soins, personnel éducatif et social / d'hébergement, personnel administratif et technique. Elle est présentée de manière complète en annexe.

Sur le marché du travail des IDE et des aides-soignants, davantage d'intentions d'embauche et moins de difficultés, avec des disparités régionales importantes

Au cours des 5 dernières années, les intentions d'embauche déclarées par l'ensemble des employeurs (tous secteurs d'activité confondus) dans les métiers d'aide-soignant ont connu une augmentation notable : si près de 41 000 intentions d'embauche étaient recensées en 2013, celles-ci atteignent 51 000 en 2017, soit une progression de près d'un quart. Les intentions d'embauche chez les ASH ont connu une progression analogue (+25%). Le nombre d'intentions d'embauche chez les IDE a fluctué pour revenir en 2017 à son niveau de 2013.

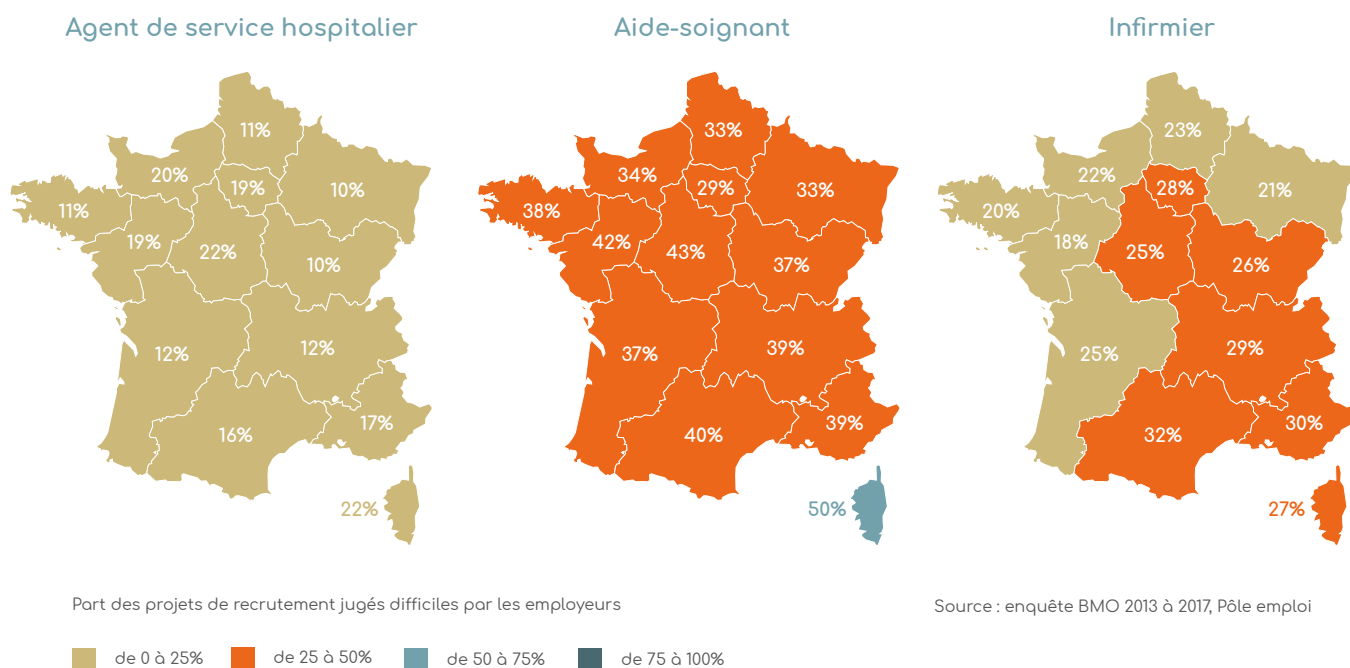
Si le métier d'ASH, sans exigence de diplôme, connaît peu de tensions sur le marché du travail, il en va autrement des deux métiers qualifiés (aide-soignant et IDE), soumis à une forte régulation via le nombre de places autorisées en cursus de formation initiale. A ce titre, on note que le métier d'aide-soignant, moins qualifié, rencontre davantage de tensions sur les recrutements que celui d'IDE. L'indicateur de tension disponible par l'enquête BMO s'est toutefois réduit sur la période récente pour les deux métiers : 44% des intentions d'embauche d'aides-soignants étaient jugées difficiles en 2013, contre 39% en 2017 ; de la même manière, ce taux est passé de 39% à 27% pour le métier d'IDE.

Nombre et part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs (2013 à 2017)



Sur les principaux métiers de l'hospitalisation privée (IDE, aide-soignant et ASH), le marché de l'emploi connaît des disparités régionales spécifiques à chaque métier. Les tensions sur les recrutements varient en fonction des régions pour le métier d'aide-soignant : de 36% en moyenne en France pour les années 2015-2017, la part des projets jugés difficiles dépasse 40% dans certaines régions françaises (Centre-Val-de-Loire et Pays-de-la-Loire) tandis qu'elle est plus modérée en Ile-de-France (29%). De la même manière chez les IDE, la valeur de cet indicateur, de 26% en moyenne nationale, varie entre le quart nord du pays (valeur inférieure à la moyenne nationale) et le reste, avec un maximum atteint en Occitanie (32%). Chez les ASH, métier qui connaît une situation moins tendue que les deux précédents métiers, il apparaît un peu plus difficile de recruter des ASH en Ile-de-France et certaines régions périphériques (Normandie, Centre-Val-de-Loire, Pays-de-la-Loire), que dans les autres régions.

Part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs par région (en moyenne 2015-2017)

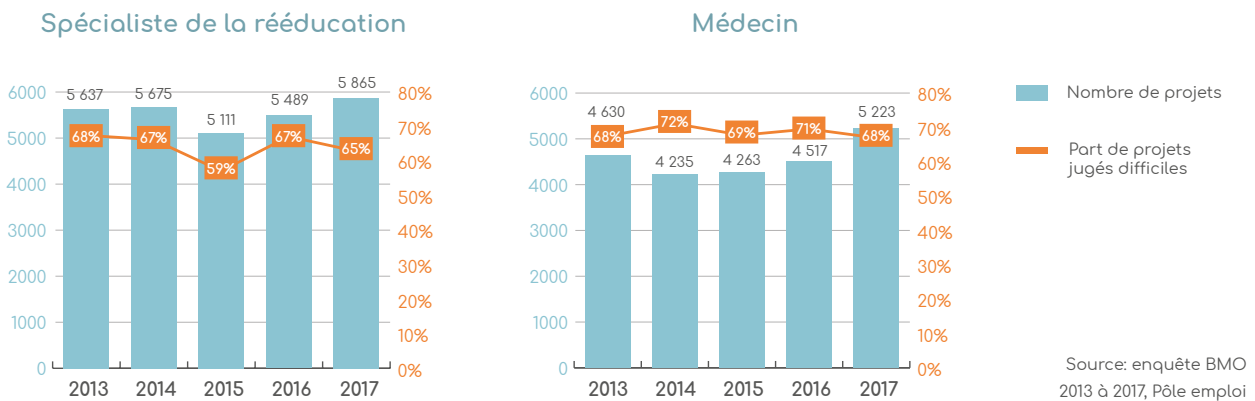


Chez les personnels soignants spécialisés, un marché du travail très tendu

Les personnels soignants les plus spécialisés (médecins, spécialistes de la rééducation) n'enregistrent pas de variations importantes s'agissant du nombre d'intentions d'embauche déclarées par les employeurs, tous secteurs d'activité confondus, au cours des dernières années.

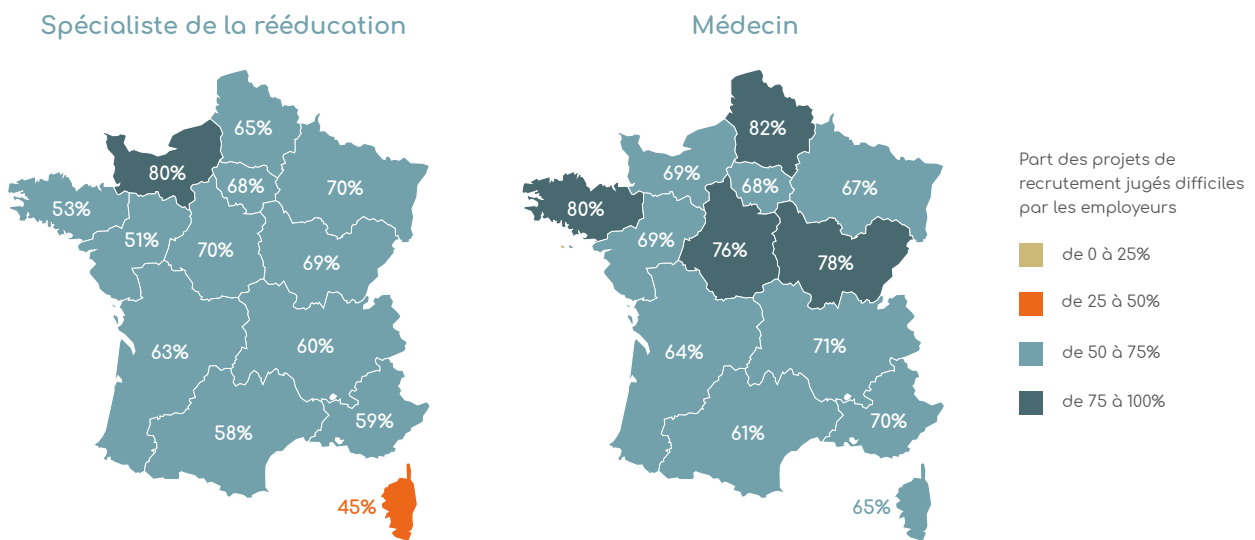
La part des projets de recrutement jugés difficiles atteint des valeurs élevées : respectivement autour de 70% chez les médecins et 65% les spécialistes de la rééducation sur la période considérée (2013-2017).

Nombre et part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs (2013 à 2017)



Certaines régions se signalent par des difficultés accrues pour recruter ces deux types de professionnels. Chez les spécialistes de la rééducation, la Normandie se démarque avec 80% des intentions d'embauche jugées difficiles par les employeurs. S'agissant du recrutement de médecins, certaines régions apparaissent plus en difficulté, comme les Hauts-de-France, la Bretagne et la Bourgogne-Franche-Comté.

Part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs par région (en moyenne 2015-2017)



DANS LA BRANCHE, DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX CONFRONTÉS À DES DIFFICULTÉS PLUS IMPORTANTES POUR RECRUTER DANS LES PRINCIPAUX MÉTIERS DU SOIN

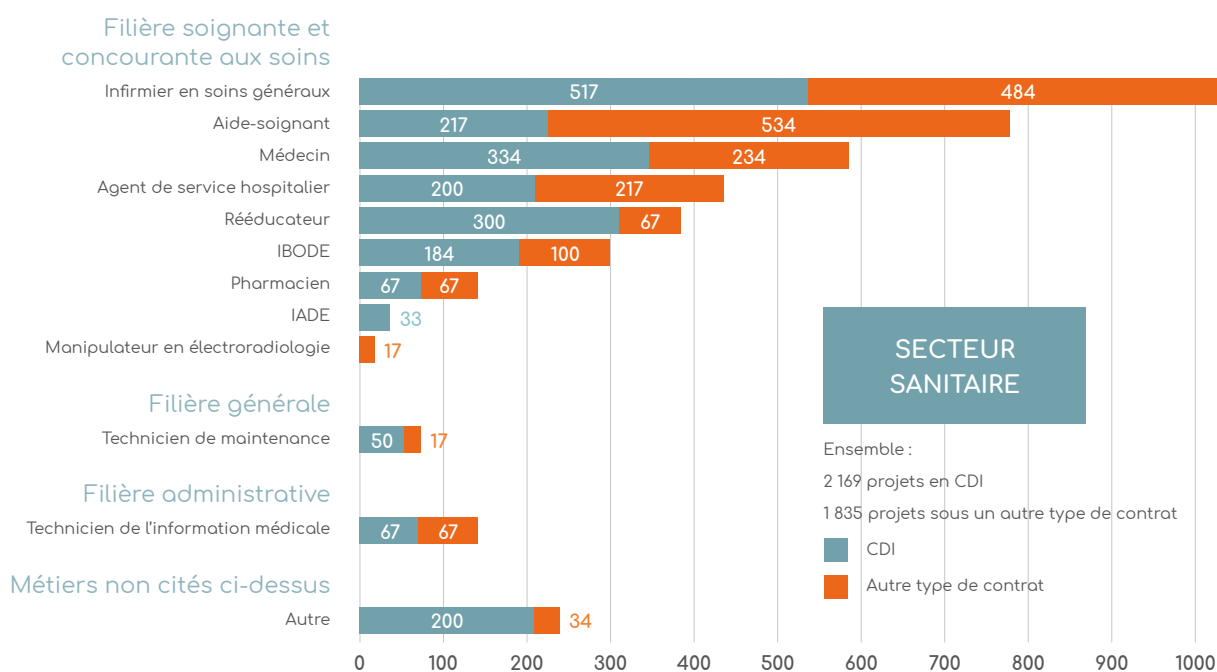
ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Une enquête spécifique a été menée dans le cadre de l'étude prospective afin de donner une vision actualisée des projets et des difficultés de recrutement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux privés à statut commercial. Cette enquête, menée par questionnaire auto-administré entre septembre et octobre 2017, a obtenu 160 réponses exploitables, représentant 215 établissements et 12 590 etp salariés. Les résultats ont été redressés afin de garantir la représentativité des réponses.

4 000 projets de recrutement prévus en établissement sanitaire, dont un nombre important de médecins

D'après les données de l'enquête réalisée dans le cadre de l'étude, 4 000 recrutements sont prévus en 2018 dans le sanitaire, dont plus de la moitié en CDI. Les métiers les plus recherchés sont les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les médecins.

Nombre de projets de recrutement déclarés par les employeurs de la branche pour l'année 2018



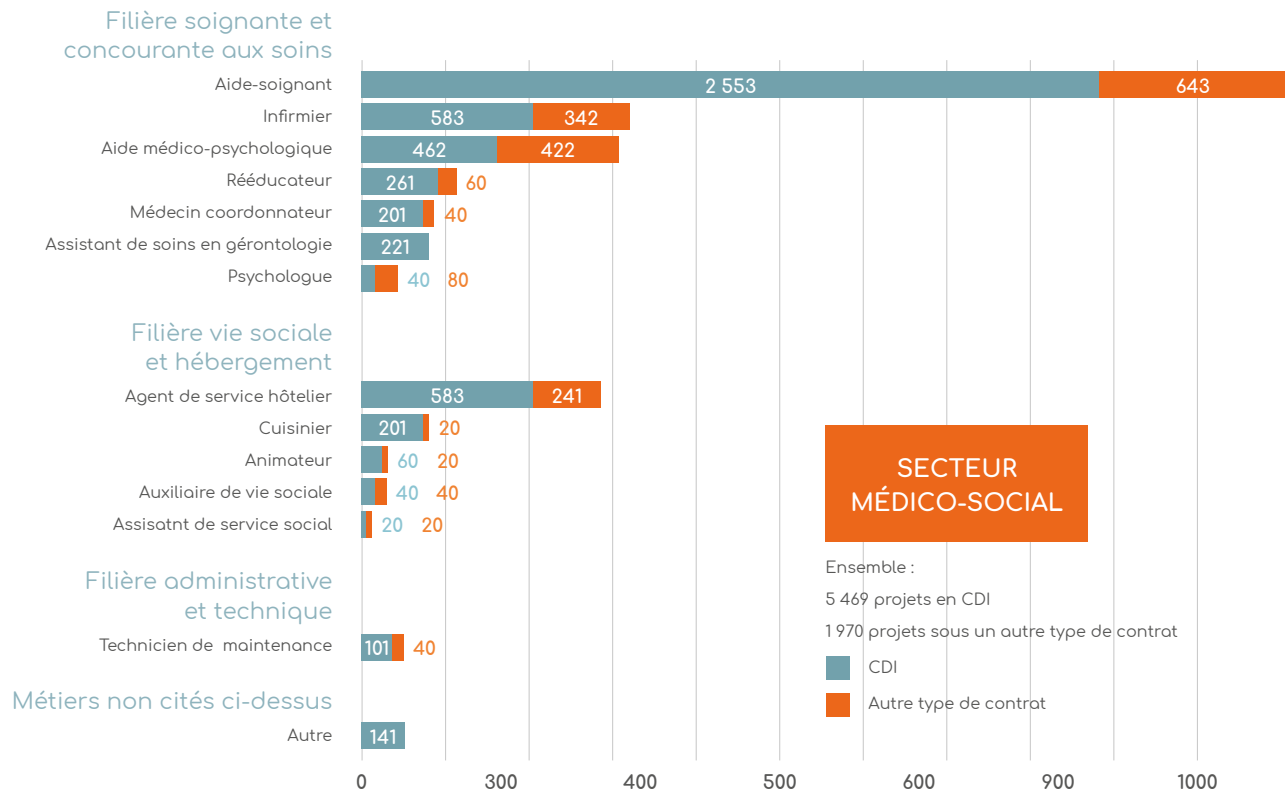
Source: enquête Quadrat-études pour le compte de l'Observatoire de l'hospitalisation privée, 2017

7 500 projets de recrutement prévus en établissement médico-social, fortement orientés sur les aides-soignants

Dans le secteur médico-social de la branche, on estime à environ 7 500 les projets de recrutement pour 2018, soit le double du nombre de projets recensés dans le secteur sanitaire. Les trois-quarts des projets sont des CDI.

Avec près de 3 200 projets recensés, le métier d'aide-soignant concentre un peu plus de 2 projets sur 5 dans ce secteur de la branche. Les autres métiers recrutés sont des IDE, les AMP et les ASH.

Nombre de projets de recrutement déclarés par les employeurs de la branche pour l'année 2018



Source: enquête Quadrat-études pour le compte de l'Observatoire de l'hospitalisation privée, 2017

Les plus fortes difficultés de recrutement du médico-social sont rencontrées dans les principaux métiers du soin, celles du sanitaires concernent les personnels soignants les plus spécialisés.

D'après les données de l'enquête spécifique dans la branche, la part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs s'élève, tous métiers confondus, à 47% dans le sanitaire et à 64% dans le médico-social. La structure des difficultés est toutefois assez différente selon le secteur.

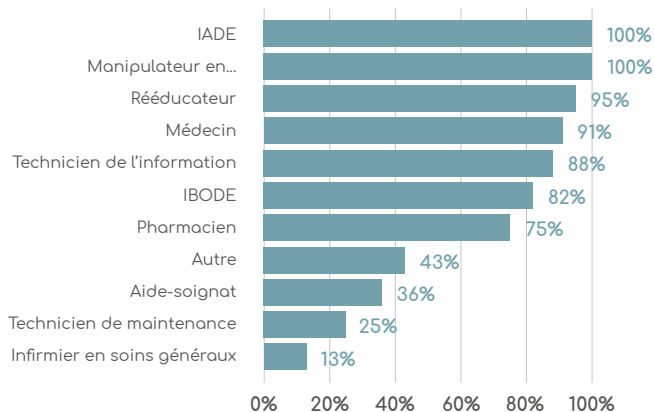
En effet, le secteur médico-social connaît des difficultés fortes pour recruter dans ses principaux métiers, à savoir les professions du soin de niveau V – aide-soignant, AMP (nouvellement AES « structures collectives ») et assistant de soins en gérontologie (spécialisation ouverte aux aides-soignants et aux AES) : la part des projets de recrutement jugés difficiles varie entre 73% et 80% selon le métier.

En établissement sanitaire, les tensions sur les recrutements dans les principaux métiers du soin s'avèrent plus modérées que celles rencontrées dans les établissements médico-sociaux de la branche : 13% seulement des projets de recrutement d'IDE sont jugés difficiles (67% dans le médico-social), 36% concernant les aides-soignants (76% dans le médico-social).

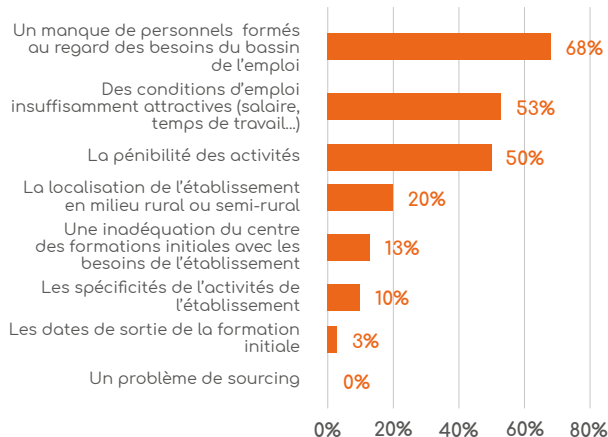
Dans le secteur sanitaire, les difficultés pour recruter apparaissent concentrées sur les métiers très spécialisés : les infirmiers spécialisés notamment les IADE, les manipulateurs radio, les spécialistes de la rééducation, les médecins. Ces métiers correspondent à des flux d'embauche réduits, mais rencontrent des difficultés généralisées (la proportion des projets de recrutement jugés difficiles atteint 100% chez les manipulateurs radio et les IADE).

Part des projets de recrutement jugés difficiles par les employeurs de la branche pour l'année 2018

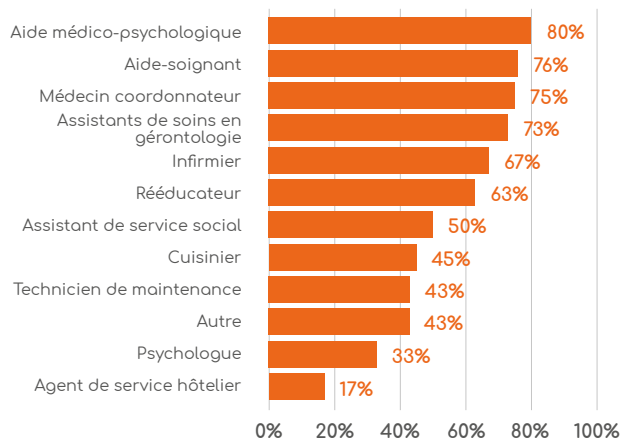
SECTEUR SANITAIRE



Motifs des difficultés pour recruter les aides-soignants dans les établissements médico-sociaux de la branche



SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

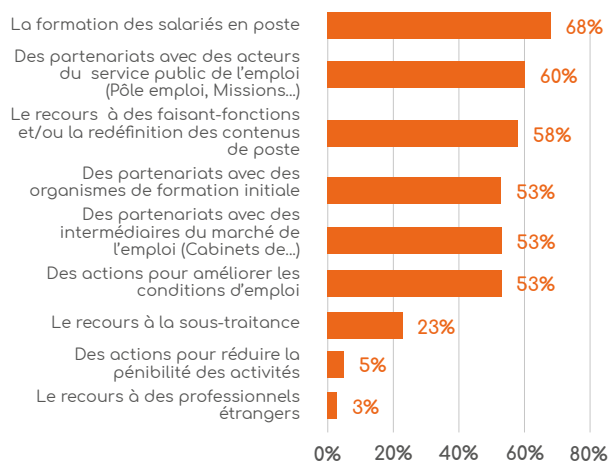


Source : enquête Quadrat-études pour le compte de l'Observatoire de l'hospitalisation privée, 2017

Difficultés pour recruter les aides-soignants en établissement médico-social : un défaut d'attractivité dans un contexte de pénurie de personnels formés

Si les établissements rencontrent des problématiques importantes pour recruter des aides-soignants, métier qui concentre le nombre d'intentions d'embauche le plus élevé, c'est selon eux en raison principalement du manque de personnels formés, auquel vient s'ajouter un défaut d'attractivité lié à des conditions d'emploi insuffisamment attractives (salaires, temps de travail...) et/ou la pénibilité des activités à réaliser. Face à ces difficultés importantes, les actions mises en œuvre sont plurielles : formation des salariés, partenariats...

Actions mises en œuvre dans les établissements médico-sociaux de la branche face aux difficultés pour recruter des aides-soignants



Source : enquête Quadrat-études pour le compte de l'Observatoire de l'hospitalisation privée, 2017

4. PROFILS COMPARÉS DES SALARIÉS DE LA BRANCHE

DES TAUX DE CDI ET TAUX DE TEMPS COMPLET PLUS ÉLEVÉS DANS LA BRANCHE QUE DANS L'ENSEMBLE DU DOMAINE D'ACTIVITÉ

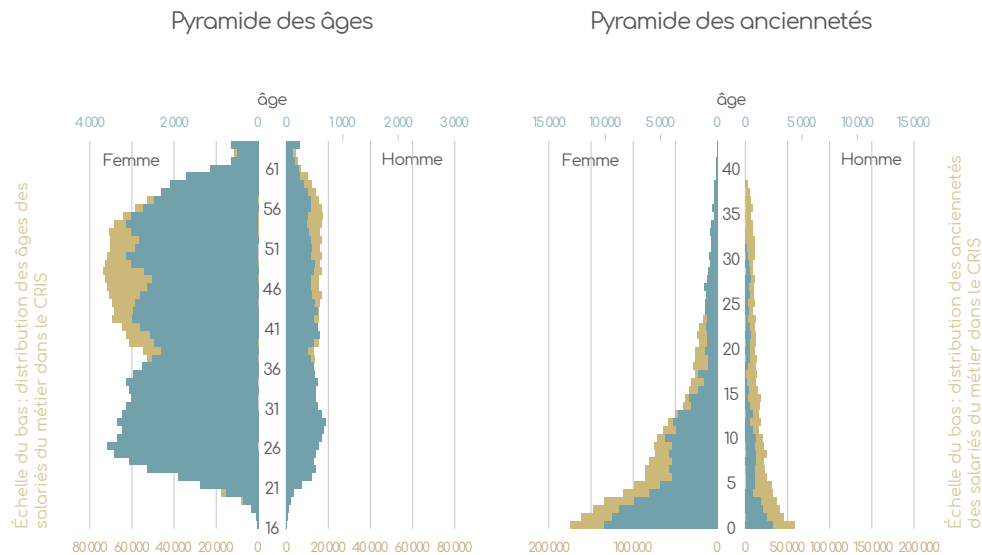
Le taux de recours aux CDD est moins élevé dans la branche (10% dans le sanitaire, 13% dans le médico-social) que dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale (18%).

Les salariés exercent plus souvent à temps complet dans la branche (82% dans le sanitaire, 77% dans le médico-social) que dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale (70%). Ils sont également moins nombreux à déclarer une situation de sous-emploi (3% dans le sanitaire et 9% dans le médico-social contre 10% dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale).

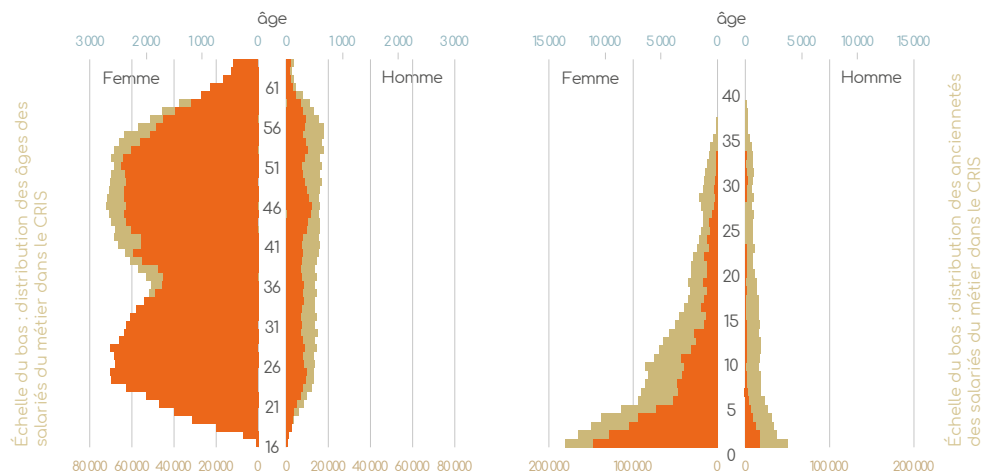
Tous métiers confondus, les profils de rémunérations des salariés de la branche dans le sanitaire sont très proches de ceux des salariés de l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale.

Pyramide des âges et des anciennetés : comparaison entre les salariés de l'hospitalisation privée et de l'ensemble des activités sanitaires et sociales

SECTEUR SANITAIRE



SECTEUR MÉDICO-SOCIAL



CRIS (Conventions Regroupées pour l'Information Statistique) : ensemble des activités sanitaires et sociales

Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

DES CONDITIONS D'EMPLOI PLUS FAVORABLES DANS LE SANITAIRE QUE DANS LE MÉDICO-SOCIAL

Tous métiers confondus, les salariés de la branche de l'hospitalisation privée dans le secteur médico-social sont plus jeunes et ont moins d'ancienneté que les salariés du secteur sanitaire.

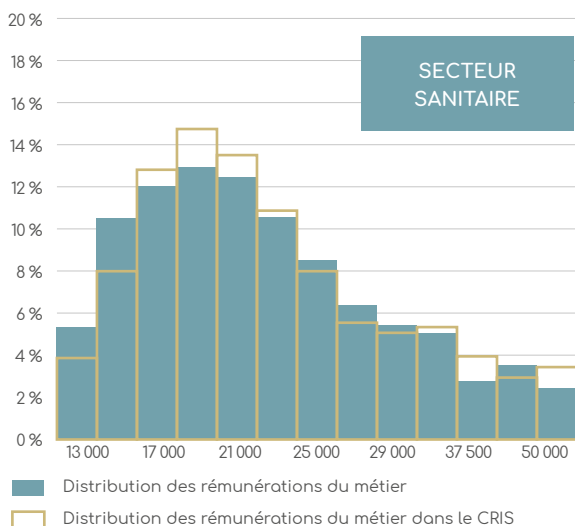
Cela se traduit notamment par des rémunérations plus élevées dans le secteur sanitaire.

Les salariés du secteur sanitaire bénéficient également de meilleures conditions d'emploi. En particulier, la part des situations de sous-emploi parmi les salariés à temps partiel est plus importante dans le secteur médico-social (40%) que dans le secteur sanitaire (16%).

Distribution des revenus : comparaison entre les salariés de l'hospitalisation privée et de l'ensemble des activités sanitaires et sociales

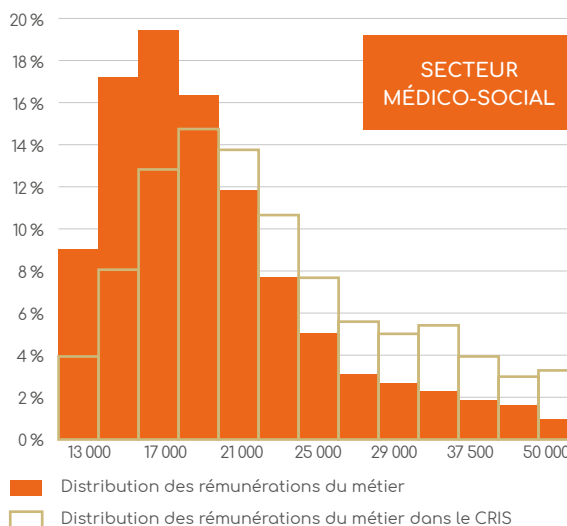
Distribution des revenus

Distribution des rémunérations annuelles brutes des salariés à temps plein présents toute l'année



Distribution des revenus

Distribution des rémunérations annuelles brutes des salariés à temps plein présents toute l'année



CRIS (conventions regroupées pour l'information statistique) : ensemble des activités sanitaires et sociales

Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques.

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Afin de donner une analyse détaillée de l'emploi dans la branche, des fiches ont été produites :

- selon une entrée **région** : pour chaque région administrative française, une fiche présente des données de profil sur les salariés dans chaque secteur de la branche, et les compare d'une part à la moyenne nationale de la branche, d'autre part à la moyenne régionale de l'ensemble du domaine d'activité. Ces fiches sont présentées dans un livret séparé : « **livret région** ».
- selon une entrée **métier** : pour 8 métiers de la branche (agent de service hospitalier et agent de service hôtelier, aide-soignant, AMP/AES « structures collectives », AVS/AES « domicile », infirmier en soins généraux, infirmier spécialisé, spécialiste de la rééducation, sage-femme), une fiche présente des données de profil sur les salariés dans chaque secteur de la branche, et les compare d'une part à la moyenne de la branche, d'autre part à la moyenne de l'ensemble du domaine d'activité. Ces fiches sont présentées dans un livret séparé : « **livret métier** » à retrouver sur notre site internet.

PARTIE 2

PROSPECTIVE
DES BESOINS
D'EMPLOI DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE

1. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025

Les projections d'emploi réalisées dans le cadre de cette étude prospective reposent sur plusieurs jeux d'hypothèses qui traduisent les évolutions envisagées à l'horizon 2025 du contexte économique (évolution des dépenses de santé, demande de soins...), des mutations technologiques et de l'environnement réglementaire (mode de tarification, organisation du système de soin...).

Les variations de l'emploi de la branche évaluées dans la phase prospective de ce rapport sont par construction déduites des hypothèses formulées dans les différents scénarios retenus. Ces projections restent toutefois tributaires de plusieurs facteurs explicatifs dont le rythme d'évolution peut dépendre d'éléments exogènes. Il en va notamment du calendrier des réformes du système de soin, de même que de la réforme des modes de tarification, en débat lors de la rédaction de ce rapport. Ces éléments pourraient induire dans les prochaines années des changements importants pour les établissements de la branche de l'hospitalisation privée qui sont susceptibles d'affecter les projections d'emploi.

1.1. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE

L'analyse prospective repose en premier lieu sur une bonne compréhension des déterminants actuels de l'évolution des besoins d'emploi et de compétences dans les établissements de l'hospitalisation privée.

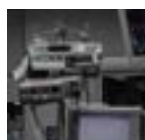
Pour les besoins de l'analyse, deux types de facteurs de changement peuvent être distingués.

- Les déterminants exogènes à l'activité des établissements de la branche, que sont :
 - la démographie et la demande de soin (elle-même corrélée à la croissance économique, les dépenses des ménages en faveur de la santé et de l'action médico-sociale...),
 - les innovations thérapeutiques et organisationnelles modifiant les conditions de réalisation des activités sanitaires et médico-sociales,
 - l'organisation et le financement du système de soin,
 - l'ingénierie des professions du soin. Ces facteurs exogènes affecteront le niveau de besoins et de réponses dans le champ sanitaire et médico-social dans les prochaines années.
- En réaction ou en accompagnement des évolutions exogènes qui sont observées, l'évolution de la structuration et des marchés des établissements de la branche eux-mêmes, susceptibles d'affecter leurs besoins d'emploi : développement des prises en charge dites non conventionnelles (ambulatoire, séquentielle...), diversification des activités (extension de l'activité de l'établissement vers les prises en charge réalisées au domicile...).

Présentation thématique des déterminants de l'emploi dans la branche



A. DÉMOGRAPHIE ET DEMANDE DE SOIN DE LA POPULATION



B. INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET ORGANISATIONNELLES



C. ORGANISATION ET FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SOIN



D. STRUCTURATION ET MARCHÉS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE



E. INGÉNIERIE DES PROFESSIONS DU SOIN

a. Démographie et demande de soin de la population : des tendances socioéconomiques lourdes, qui soutiennent la demande adressée au domaine sanitaire et social

La répartition des coûts du système de soins a changé dans la plupart des pays. Phénomène connu sous le nom de transition épidémiologique, la charge principale est désormais liée non plus aux maladies infectieuses mais aux maladies chroniques, qui touchent 35% de la population et concentrent 61% des dépenses d'assurance maladie (source: PLFSS 2017).

En effet, le mode de vie actuel (sédentarité, alimentation...), associé au vieillissement démographique (en l'espace d'une décennie, la France a gagné plus d'un million d'habitants âgés de 75 ans et plus) a provoqué la diffusion rapide de pathologies telles que le diabète et les maladies cardio-neuro-vasculaires, les cancers, les maladies psychiatriques et les maladies neurodégénératives : le nombre de

patients traités pour certaines de ces pathologies augmente à un rythme de 3% par an.

Si leur prévalence augmente très rapidement, les pathologies chroniques à l'exception du diabète voient leur morbidité et leur mortalité diminuer sur la dernière décennie, en raison d'une meilleure prévention primaire (pression artérielle, cholestérolémie, tabagisme...) et secondaire (prévention des récurrences et des complications).

Dans le même temps, l'accroissement de la longévité s'accompagne inéluctablement de la hausse des pathologies liées au vieillissement. La maladie d'Alzheimer figure en premier plan, avec plus de 500 000 personnes diagnostiquées actuellement : près d'une personne sur cinq risque d'y être confrontée au-delà de 75 ans (source : Inserm, 2014). Les neurodégénérescences et la dépendance entraînent elles-mêmes d'autres pathologies, telles que la dénutrition. Ainsi, les personnes accueillies en établissement sont de plus en plus âgées et poly-pathologiques (atteintes d'incapacités motrices sévères associées à des neurodégénérescences).

A l'avenir, l'objectif est que les progrès dans la prévention et le traitement des complications à long terme des maladies chroniques contribuent à préserver la qualité de la vie, notamment chez les personnes ayant atteint un très grand âge. Toutefois, il n'est pas certain que les évolutions favorables en termes de morbidité et de l'espérance de vie se poursuivent à moyen terme, en raison de l'impact négatif du vieillissement, de l'obésité, du diabète et du tabagisme chez les femmes sur l'évolution de la morbidité et de l'espérance de vie, notamment sans incapacité.

Comme par le passé, ces tendances socioéconomiques lourdes viendraient soutenir l'activité adressée au domaine sanitaire et social, celle-ci reflétant les dynamiques démographiques.

b. Innovations thérapeutiques et organisationnelles : bouleversements drastiques vers une médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative

Les progrès techniques et médicaux sont un déterminant essentiel de l'évolution des besoins de soins et donc de la demande de santé : grâce à un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge, ils permettent d'allonger l'espérance de vie de la population, en même temps qu'ils suscitent de nouveaux besoins de soins et de nouvelles offres. De plus, les progrès médicotéchniques permettent de vivre plus longtemps avec des maladies chroniques et font donc augmenter la prévalence de certaines pathologies.

De nombreuses voix annoncent une révolution thérapeutique d'envergure dans les prochaines décennies, s'appuyant sur les progrès réalisés dans les nanotechnologies, les biotechnologies, les technologies de l'information, notamment l'intelligence artificielle, et les sciences cognitives – avec des phénomènes de convergence entre ces technologies maximisant leur potentiel.

Domotique, aides techniques, suivi des données de santé, simulation de la personne, biomatériaux, télémédecine, imagerie médicale... : de nombreuses innovations sont susceptibles d'avoir un impact sensible sur le système de soins dans un avenir proche, qui permettraient notamment de suppléer une fonction physiologique ou encore d'améliorer le dépistage et le diagnostic et, ainsi, de favoriser le suivi des maladies chroniques ainsi que le maintien de l'autonomie à domicile. En particulier, des progrès sont attendus concernant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, notamment un dépistage précoce (tests de mémoire combinés à de l'imagerie, marqueurs biologiques...) qui rendrait possible la mise au point de nouvelles pistes thérapeutiques.

Parmi ces innovations, les technologies numériques sont susceptibles de bouleverser l'organisation des soins, car elles joueraient un rôle structurant en termes d'organisation et d'amélioration de la coordination des parcours de soins, à travers

des solutions de mise en relation des professionnels de santé ou encore de portage des données de santé. Les progrès attendus font envisager une plus grande participation des patients à leur diagnostic et aux choix thérapeutiques, et une évolution drastique des types de recours.

Ces évolutions laissent présager des évolutions importantes dans l'organisation des établissements sanitaires et médico-sociaux : concentration de moyens médicotéchniques et déploiement important des moyens numériques (développement des systèmes logiciels experts, utilisation massive d'objets connectés convergeant sur le smartphone, consultations à distance...).

c. Organisation et financement du système de soin

Depuis les années 1960, la croissance de la dépense publique de santé en France excède la progression du PIB. Face au problème de plus en plus prégnant de la soutenabilité à moyen et long terme de la dépense publique de santé, des mécanismes de régulation ont été mis en place : vote annuel d'un objectif national de dépenses de l'Assurance maladie, ticket modérateur, médecine de parcours... La consommation de soins et de biens médicaux, qui progressait de 5% à 6% par an au début des années 2000, suit désormais une croissance inférieure à 3% depuis quelques années.

Fait notable, la répartition des masses financières allouées aux soins de ville d'une part et aux établissements d'autre part est restée constante. Au sein de chaque segment, les activités ont considérablement évolué sous l'effet de l'innovation médicotéchnique et organisationnelle. Sur le segment établissement, l'activité sanitaire a connu une spécialisation croissante associée à la technicisation des interventions ; de plus, les établissements MCO ont vu leurs prises en charges ambulatoires et les séances fortement augmenter parallèlement à la réduction des hospitalisations complètes. S'agissant des établissements médico-sociaux, des grands plans nationaux d'investissement ont été mis en place, faisant doubler le nombre de places d'Ehpad entre 2006 et 2016 ; ces grands plans ar-

rivent désormais à expiration, ouvrant une phase de stabilisation des capacités d'accueil. Dans le secteur sanitaire comme médico-social, l'activité est également impactée par le développement important des normes de qualité et de sécurité.

Aujourd'hui, le système de soin français se trouve face à un impératif fort d'efficience : en 2017, la progression tendancielle des dépenses publiques de santé, c'est-à-dire en dehors de mesures nouvelles, a été estimée à +4,3% par an (source : PLFSS 2017). Cette situation fait de la hausse de la part des prises en charge réalisées en ville et la réduction corrélative des prises en charge réalisées en établissement l'enjeu majeur s'agissant de l'organisation et du financement du système de soin. Ce « virage ambulatoire » nécessite de renforcer la structuration du premier niveau de recours, c'est-à-dire les soins délivrés au domicile ou autres lieux de vie des patients (incluant les soins de première intention, mais aussi les actions de prévention, l'éducation thérapeutique et le suivi des malades chroniques), ainsi que l'articulation entre ce premier niveau de recours et les prises en charge réalisées en établissement (établissements hospitaliers de court séjour, soins de suite et de réadaptation, établissements médico-sociaux). Du point de vue des financements, le système actuellement cloisonné par des enveloppes « ville » et « établissement » pourrait évoluer vers une tarification au parcours de soins.

Le développement des soins de ville aurait pour corollaire l'alourdissement des profils pris en charge en établissement sanitaire et médico-social. Les établissements devraient renforcer leur médicalisation, tout en évoluant pour se positionner comme des plateformes de services de proximité.

d. Structuration et marchés de l'hospitalisation privée

L'activité des établissements sanitaires se répartit en 4 champs : des prises en charge de pathologies aiguës et de court séjour, dits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui concernent 12 millions de patients au total en France ; des soins de suite et de réadaptation (SSR), pour 1 million de patients ; des soins de psychiatrie, pour 417 000 patients ; des hospitalisations à domicile (HAD), pour 110 000 patients (source : Atih, données 2016).

Plusieurs types d'hospitalisation existent. Les séjours d'une durée supérieure à un jour sont désignés comme de l'hospitalisation complète ; les séjours d'une durée inférieure à un jour se classent en hospitalisation partielle ; parmi eux, les séjours d'une durée inférieure à 12 heures et sans nuitée sont appelés ambulatoires. Les séances sont des prises en charges itératives pour des motifs thérapeutiques bien définis (principalement dialyse, chimiothérapie et radiothérapie) et sont réalisées au cours d'une journée.

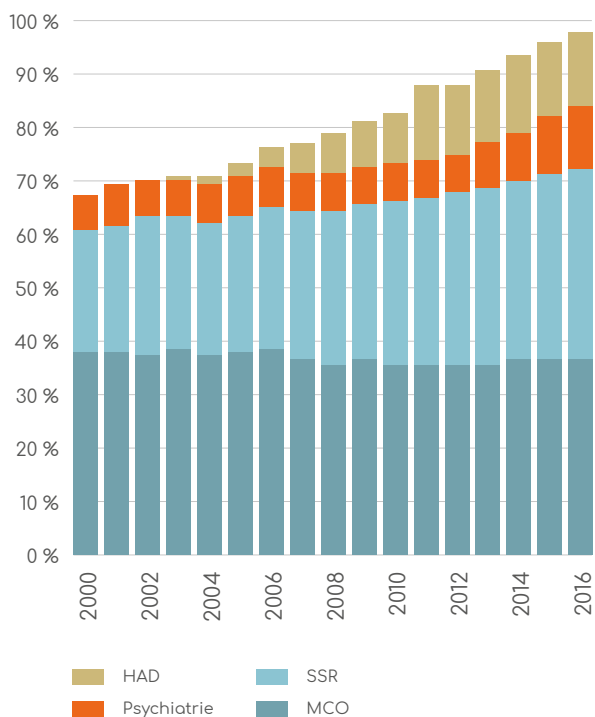
La croissance de l'activité MCO est aujourd'hui portée par le développement de l'ambulatoire (majoritairement sur des actes interventionnels non opératoires), qui représente désormais la moitié des séjours de chirurgie et un quart des séjours de médecine (tous statuts d'établissement confondus). Ceci est d'autant plus vrai pour les établissements privés commerciaux, qui se sont fortement spécialisés sur la prise en charge en ambulatoire : ils réalisent un tiers des séjours hospitaliers MCO (avec ou sans nuitée), et la moitié des séjours MCO sans nuitée en France. La progression de l'ambulatoire dans les établissements de la branche s'est effectuée sur les disciplines de chirurgie et encore plus de médecine, ainsi que sur les séances ; parallèlement, l'activité d'obstétrique a diminué.

L'activité des établissements privés commerciaux dans les disciplines de SSR et de psychiatrie s'est également fortement développée via la prise en charge en ambulatoire. Les établissements de la branche se sont par ailleurs rapidement position-

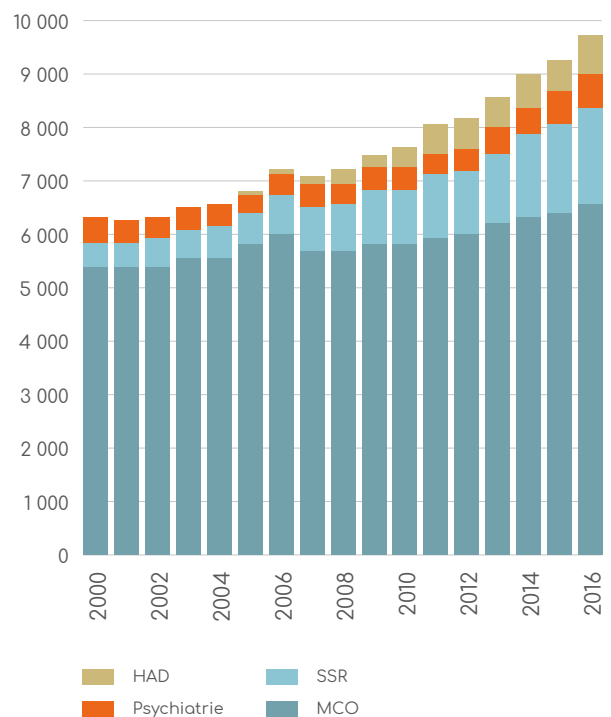
nés sur l'activité d'hospitalisation à domicile : la part de marché de l'hospitalisation privée sur les journées d'HAD est ainsi passée de 2% en 2005 à 16% en 2016 (source : Ecosanté 2000-2012 ; Drees 2014-2016 ; Atih 2012-2016).

La progression des activités de la branche dans les disciplines de SSR, psychiatrie et HAD s'est faite à un rythme plus soutenu que l'activité de MCO, déformant ainsi la structure de l'activité sanitaire de la branche.

Part de marché de l'hospitalisation privée sur les séjours selon la discipline



Activité hospitalière privée commerciale selon les disciplines, milliers de séjours



Source : Ecosanté 2000-2012 calées sur Drees 2012 ; Drees 2014-2016 ; Atih 2014-2016

L'activité médico-sociale de la branche de l'hospitalisation privée se développe à un rythme soutenu en lien avec la progression du vieillissement de la population et l'accroissement conséquent des capacités d'accueil en Ehpad. Entre 2005 et 2010, l'activité des établissements privés commerciaux du secteur médico-social a ainsi cru de +14% en moyenne par an. L'ampleur de cette croissance s'explique surtout par l'entrée de la branche sur l'activité d'hébergement des personnes âgées. Après cette période de rattrapage, l'activité médico-sociale de la branche s'est développée à un rythme plus modéré, de +4% en moyenne par an entre 2010 et 2015.

Présentation synoptique des déterminants de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée

Thème	Tendances d'évolution	Impacts pour l'activité dans l'HP
DÉMOGRAPHIE ET DEMANDE DE SOIN DE LA POPULATION	<ul style="list-style-type: none"> Des évolutions socio-économiques lourdes (vieillesse, transition épidémiologique), soutien de la demande adressée au domaine sanitaire et social 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation des activités sanitaires et médico-sociales, celles-ci reflétant globalement les dynamiques démographiques
INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET ORGANISATIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> Progrès des nano et biotechnologies, des technologies de l'information, vers une médecine «4P» (prédictive, préventive, personnalisée et participative), et des bouleversements drastiques des stratégies diagnostiques et thérapeutiques (imagerie médicale, oncologie, neurochirurgie...) 	<ul style="list-style-type: none"> Concentration de moyens médico-techniques lourds et déploiement de moyens numériques (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise...) dans les établissements
ORGANISATION ET FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SOIN	<ul style="list-style-type: none"> Politique de maîtrise des dépenses de santé Arrivée à expiration des grands plans d'investissement en EHPAD Application de normes croissantes Enjeu majeur de la prochaine décennie : le développement des prises en charge ville/domicile et la logique de parcours 	<ul style="list-style-type: none"> Diversification et évolution des établissements vers des plateformes de service à destination de la ville/domicile

Ces différents facteurs d'évolution ont été modélisés dans une maquette de projection. La résultante de ces facteurs est examinée à partir de trois scénarios : un central et deux scénarios alternatifs, l'un majorant et l'autre minorant. Les sections ci-dessous présentent successivement ces trois scénarios.

1.2. PRÉSENTATION DU SCÉNARIO CENTRAL

HYPOTHÈSES DU SCÉNARIO CENTRAL

Une forte progression des besoins de santé dans un contexte de croissance économique dynamique

Les hypothèses démographiques mobilisées pour l'exercice prospectif sont tirées du modèle Omphale de l'INSEE, qui s'appuie sur les données du recensement de la population 2013 pour projeter l'évolution de la population par tranche d'âge à horizon 2050. La DREES (Projection des popula-

tions âgées dépendantes, 2013) fournit également des projections du nombre de personnes âgées dépendantes à horizon 2025.

Les hypothèses présentées ci-après correspondent aux scénarios centraux de l'INSEE et de la DREES.

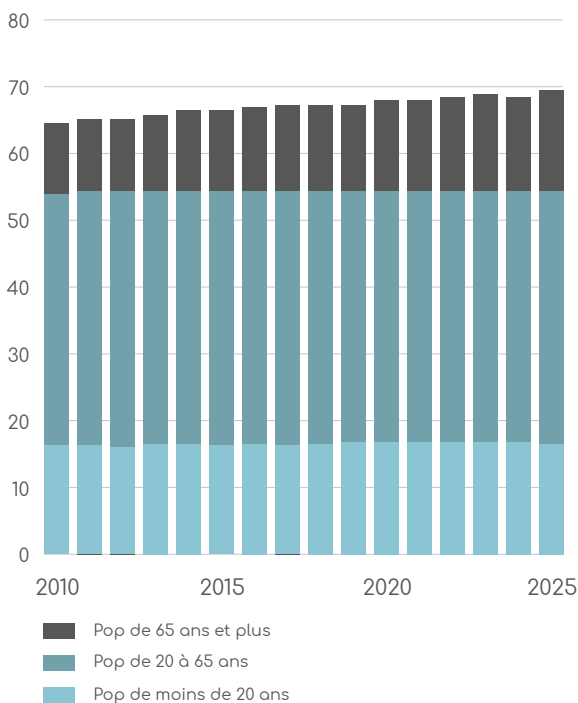
- **Population totale** : le scénario central du modèle Omphale prévoit un solde migratoire positif de +70 000 individus par an, avec une hypothèse conjoncturelle de fertilité de 1,95 enfant par femme. Il en résulterait un accroissement de la population de +0,4% par an en moyenne entre 2015 et 2025, ce qui correspondrait à un accrois-

sement de la population d'environ 200 000 par an.

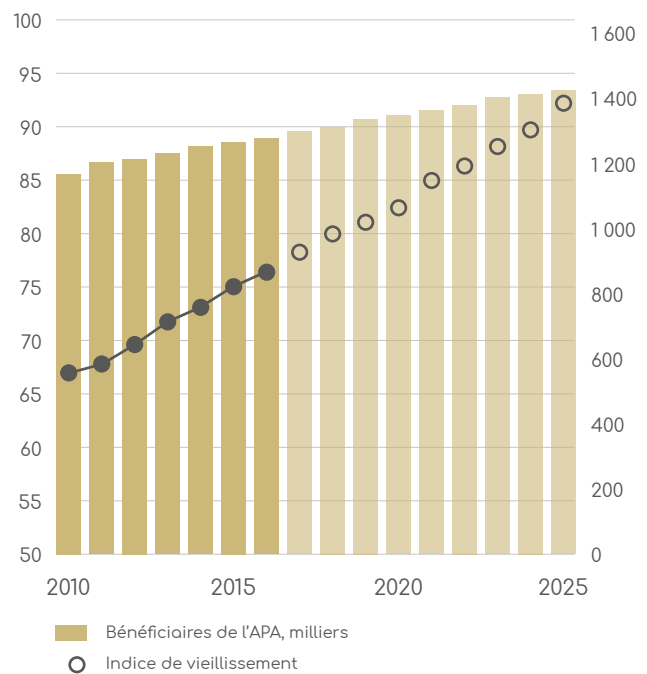
- **Veilleissement de la population** : la progression des effectifs serait pour l'essentiel portée par les 65 ans et plus, dont la part dans la population continuerait de croître sur un rythme annuel moyen de +2,1% par an. La population âgée de moins de 20 ans diminuerait d'environ 100 000 entre 2015 et 2025, ce qui correspond à une diminution moyenne de 10 000 jeunes par an.
- **Personnes âgées dépendantes** : en 2016, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA s'élève à 1,3 millions. Selon les projections de la DREES, environ 1 million de personnes supplémentaires pourraient bénéficier de l'APA d'ici 2025, ce qui correspond à un accroissement annuel moyen de +1,5% par an.

Evolution du contexte démographique entre 2016 et 2025

Projections démographiques, millions d'habitants



Projection du vieillissement (*) de la population et des bénéficiaires de l'APA



Source : INSEE, Projections démographiques 2013-2050 de l'INSEE (modèle Omphale).

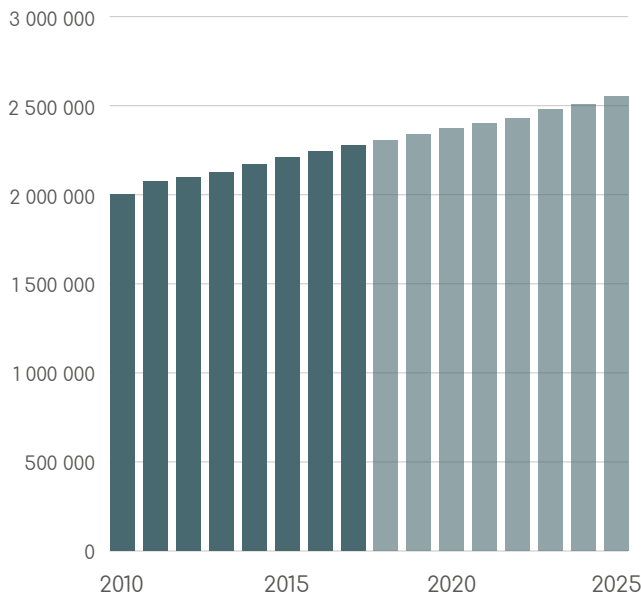
(*) L'indice de vieillissement est défini comme le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

L'évolution du contexte économique conditionne l'adéquation entre la progression projetée des besoins en soins, et l'offre sanitaire et médico-sociale. A cet égard, l'année 2016 a été marquée par une amélioration de la conjoncture économique avec une croissance du produit intérieur brut en volume (c'est-à-dire corrigée de l'inflation) de +1,2%. Les projections de croissance pour 2017 et 2018, initialement fixées à +1,6%, ont été récemment révisées par la Banque de France et le FMI à +1,8%. Sur le long terme, des travaux menés par France Stratégie, la Banque de France et l'OCDE s'accordent sur une poursuite de l'amélioration de la conjoncture économique amorcée en 2016. Le scénario central du rapport de France stratégie 2022, paru en 2017, anticipe une croissance économique de l'ordre de +1,3% entre 2017 et 2022. A terme, cette amélioration devrait cependant être limitée par l'intensification du vieillissement de la population.

- **Croissance du PIB** : Dans le scénario central, l'hypothèse sur le PIB a été fixée à +1,4% de croissance par an en moyenne, c'est-à-dire à un niveau moins optimiste que les travaux prospectifs de l'OCDE, du FMI et la Banque de France.

Produit intérieur brut et projection, en volume (millions d'euros 2010)

Projection du PIB, millions d'euros courant



Source : INSEE, projections Quadrat-Etudes

Des changements importants de l'organisation et du financement du système de soin

Les dépenses de santé publiques comme privées devraient accompagner la hausse des besoins de soins dans un contexte de croissance économique soutenu. Toutefois, l'impératif d'efficacité du système de soin devrait se traduire à l'avenir par la poursuite du ralentissement de la croissance des dépenses de l'assurance maladie. Par ailleurs, l'accompagnement du virage ambulatoire par les pouvoirs publics pourrait résulter en un redéploiement important des enveloppes établissements et ville, au profit de la seconde. Au sein de l'enveloppe établissement, les prochaines années devraient être marquées par un infléchissement des plans d'élargissement de capacité d'accueil pour personnes âgées en EHPAD.

• Dépenses totales de l'assurance maladie :

l'hypothèse retenue dans le scénario central est basée sur une restriction des dépenses nationales de l'assurance maladie (+1,4% en moyenne par an contre +2,5% sur la période 2000-2015). Dans ce scénario, l'ONDAM total corrigé de l'inflation atteindrait 204 Md€ en 2025.

• Progression de l'ONDAM établissement :

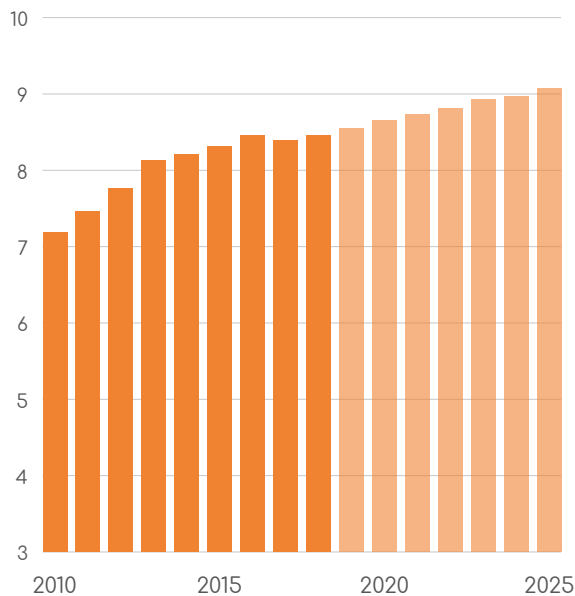
Le redéploiement d'une partie des dépenses vers les soins de ville devrait conduire à une diminution de la part de l'ONDAM établissement sur l'ONDAM total, de -1,1% par an en moyenne entre 2016 et 2025. En 2025, l'ONDAM établissement corrigé de l'inflation devrait représenter 40% de l'ONDAM, soit 82Md€.

• Progression de l'ONDAM personnes âgées :

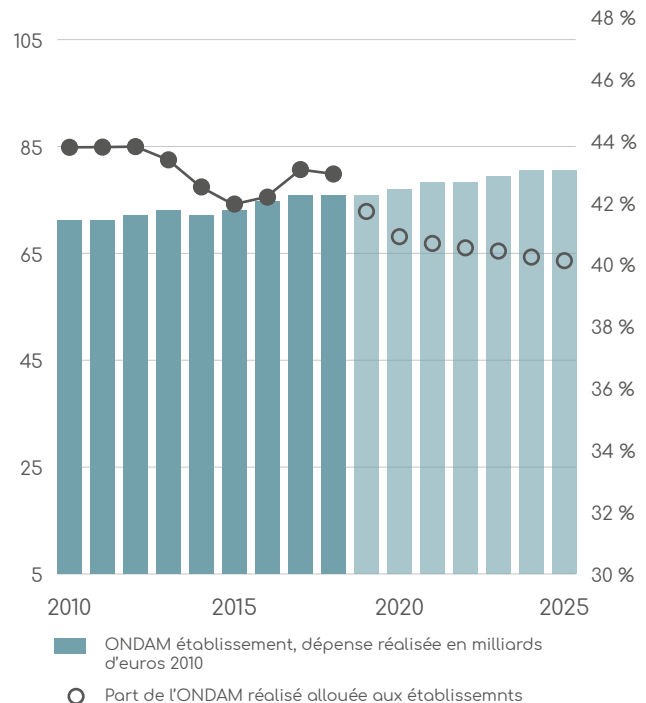
conformément aux annonces des pouvoirs publics, la croissance des investissements pour l'hébergement des personnes âgées devrait être moindre que sur la période 2010-2015. Le montant de l'assurance maladie alloué à l'hébergement pour les personnes âgées corrigé de l'inflation devrait atteindre 9,1 Md€ en 2025, contre 8,5 Md€ en 2016.

ONDAM réalisé (établissement, dont hébergement pour personnes âgées) et projections en volume (milliards d'euros 2010)

ONDAM personnes âgées réalisé



ONDAM personnes âgées réalisé



Source : PLFSS, valeurs 2017 et 2018 estimées à partir de l'ONDAM voté, projections Quadrat-Etudes

A horizon 2025, la croissance des besoins de soins et du pouvoir d'achat des ménages ainsi que la progression des dépenses de santé (malgré un infléchissement), soutiendraient la demande adressée à la branche, et donc son activité sur les deux secteurs.

Dans le secteur sanitaire, la progression des innovations thérapeutiques et organisationnelles transforme l'activité des établissements de la branche

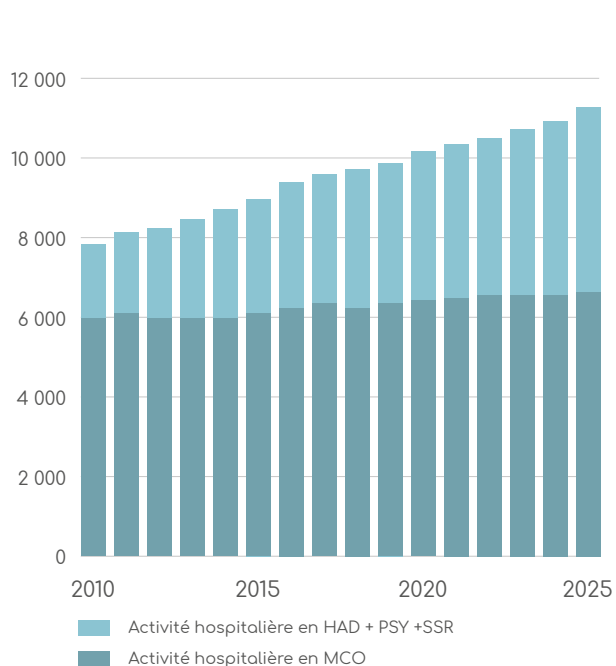
En 2016, 66% des actes de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements privés commerciaux sont réalisés en ambulatoire, contre 42% sur l'ensemble des établissements (source : Statiss 2016). A l'avenir, l'activité ambulatoire de la branche devrait continuer à progresser notamment sur les actes de médecine, confortant ainsi la position de la branche sur les activités de MCO.

En parallèle, la déformation de l'activité de la branche au profit des SSR, de la psychiatrie et de l'hospitalisation à domicile devrait se poursuivre à un rythme moins soutenu que sur la période 2010-2015, durant laquelle la croissance observée est principalement imputable à une entrée de la branche sur ces disciplines.

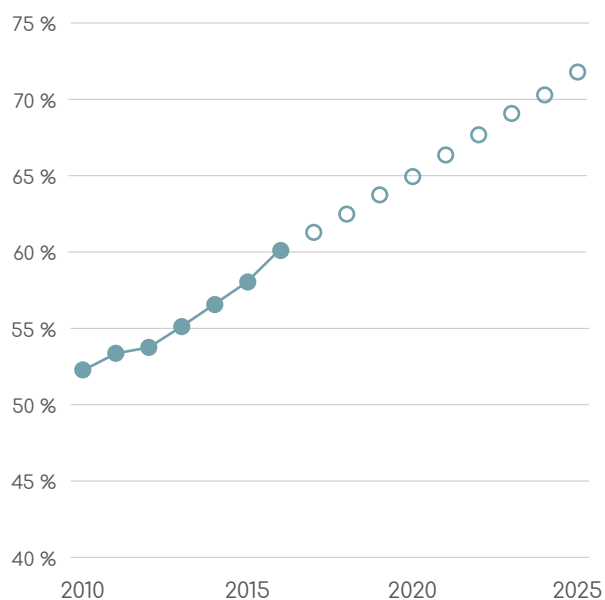
- Développement de l'ambulatoire dans les établissements privés commerciaux: la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique réalisée en ambulatoire sur l'ensemble des établissements de santé devrait atteindre 72% en 2025.
- Structure de l'activité de l'hospitalisation privée commerciale : dans le scénario central, l'activité sanitaire des établissements de la branche augmenterait sur l'ensemble des disciplines (MCO, SSR, psychiatrie et HAD). Toutefois, les activités MCO devraient progresser moins vite que les autres disciplines, ce qui conduirait à une diminution de la part des activités MCO sur l'ensemble des activités sanitaires de la branche de 66% en 2016 à 60% en 2025.

Activité hospitalière des établissements privés commerciaux :
évolution de la structure de l'activité et de la part des séjours MCO réalisés en ambulatoire

Activité hospitalière des établissements privés commerciaux, milliers de séjours



Part des séjours MCO réalisés en ambulatoire dans les établissements privés commerciaux



Source : Ecosanté 2000-2012 colées sur Drees 2012 ; Drees 2014-2016 ; Atih 2014-2016, Projections Quadrat-Etudes

Après une période de forte croissance, l'activité médico-sociale de la branche de l'hospitalisation privée devrait poursuivre sa progression à un rythme moins soutenu

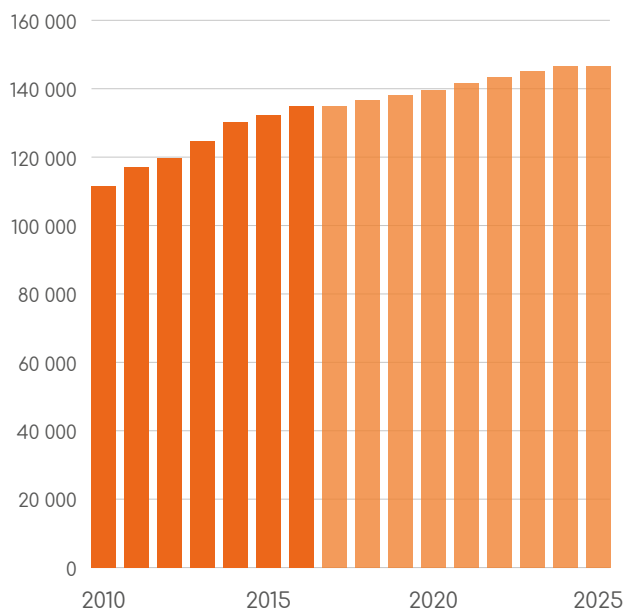
L'accélération attendue du vieillissement de la population et du nombre de personnes âgées dépendantes devrait soutenir la croissance de l'activité médico-sociale de la branche.

Cette croissance devrait toutefois s'effectuer à un rythme moins soutenu que par le passé sous le double effet d'une nette inflexion des dépenses publiques pour l'hébergement des personnes âgées, et de la fin du phénomène de rattrapage ayant suivi l'entrée de la branche sur ce secteur d'activité.

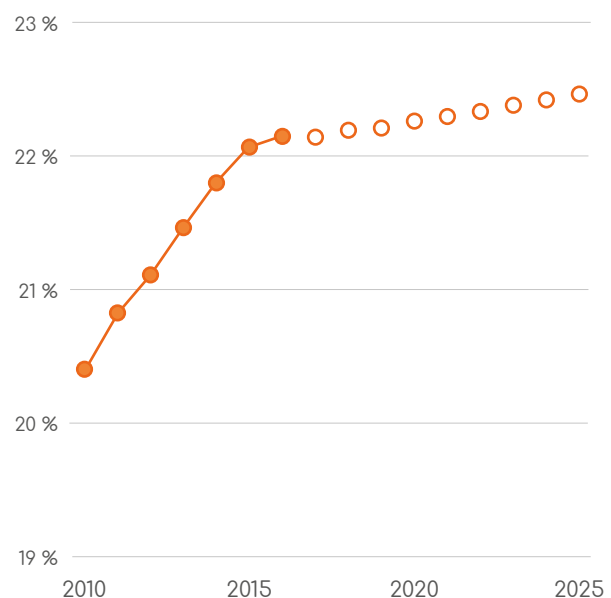
L'activité médico-sociale de la branche devrait suivre la progression globale de l'activité d'hébergement pour personnes âgées (établissements tous statuts confondus). Le nombre de places pour personnes âgées dans les établissements privés commerciaux devrait ainsi augmenter de +1% par an en moyenne, contre +4% sur la période 2010-2015.

Activité médico-sociale des établissements privés commerciaux : évolution de l'activité et de la part de marché

Activité médico-sociale de la branche de l'hospitalisation privée



Part de marché de la branche, en % des places d'hébergement pour personnes âgées



Source : Ecosanté 2000-2012 colées sur Drees 2012 ; Drees 2014-2016 ; Atih 2014-2016, Projections Quadrat-Etudes

Résumé des hypothèses du scénario central

L'ensemble des hypothèses formulées pour les besoins de l'exercice prospectif dans le scénario central est résumé dans le tableau ci-après.

Evolutions passées et projetées des déterminants de l'emploi dans la branche

Déterminants de l'emploi dans la branche	Evolutions constatées sur la période 2010-2015			Evolutions projetées selon le scénario central sur la période 2016-2025		
	TCAM 2010-2015	Variation annuelle en volume	Valeur 2016	TACM 2016-2025	Variation annuelle en volume	Valeur 2025
Population totale	0,6%	368 159	66 726 000	0,4%	263 000	69 093 000
PIB, millions d'euros 2010	1,9%	39 152	2 228 857	1,4%	33 010	2 525 944
Personnes âgées de 65 ans et plus	2,7%	300 348	12 477 762	2,1%	287 168	15 062 274
Personnes âgées de moins de 20 ans	0,4%	70 353	16 395 663	0,0%	-2 291	16 375 041
Indice de vieillissement de la population	2,2%	1,5	76	2,1%	1,8	92
Personnes âgées dépendantes (APA)	1,5%	17 887	1 284 533	1,5%	16 860	1 436 276
SECTEUR SANITAIRE						
Ondam, Md€ 2010	1,6%	2,6	180	1,4%	2,6	204
Ondam établissement, Md€ 2010	0,7%	0,5	75	1,0%	0,7	82
Part de l'Ondam allouée aux établissements	-0,8%	-0,4	42%	-1,0%	-0,2	40%
Part des activités privées MCO en ambulatoire	2,1%	1,2	60%	2,0%	1,3	72%
Part de l'activité privée hospitalière en MCO	-2,5%	-1,8	66%	-1,2%	-0,8	59%
Indice du coût réel du travail	0,2%	0,2	102	0,2%	0,3	105
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL						
Ondam, Md€ 2010	1,6%	2,6	180	1,4%	2,6	204
Ondam, personnes âgées, Md€ 2010	3,0%	0,2	8,5	1,0%	0,1	9,1
Part de l'Ondam allouée aux personnes âgées	1,4%	0,1	4,7%	-1,2%	-0,03	4,5%
Indice du coût réel du travail	0,4%	0,4	104	0,4%	0,4	108

Source : Insee, Ecosanté, Drees, Atih, PLFSS, projections INSEE et Quadrat-Etudes.

Note de lecture : TCAM = taux de croissance annuel moyen sur la période considérée. Les variations annuelles en volume correspondent aux variations, exprimées en valeur absolue, du déterminant considéré. Lorsque les variables sont des parts (part de l'Ondam établissement, part des activités en ambulatoire, etc.), la variation annuelle est exprimée en points de pourcentage.

IMPACTS DES HYPOTHÈSES SUR L'EMPLOI DANS LA BRANCHE

L'application de ces hypothèses conduit à établir les prévisions d'emploi suivantes, pour la période 2016-2025.

SECTEUR SANITAIRE

Dans le secteur sanitaire de la branche, le scénario central conduit à estimer un accroissement annuel moyen de +514 effectifs en personnes physiques (soit +483 unités en équivalent temps plein). En 2025, l'emploi dans ce secteur s'élèverait à 145 470 salariés en personnes physiques, soit 136 742 etp. Cette prévision correspond à un net infléchissement du régime de croissance par rapport à la période précédente : le secteur sanitaire de la branche suivrait un trend d'évolution de +0,4% par an entre 2016 et 2025, contre +1,3% entre 2000-2015.

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

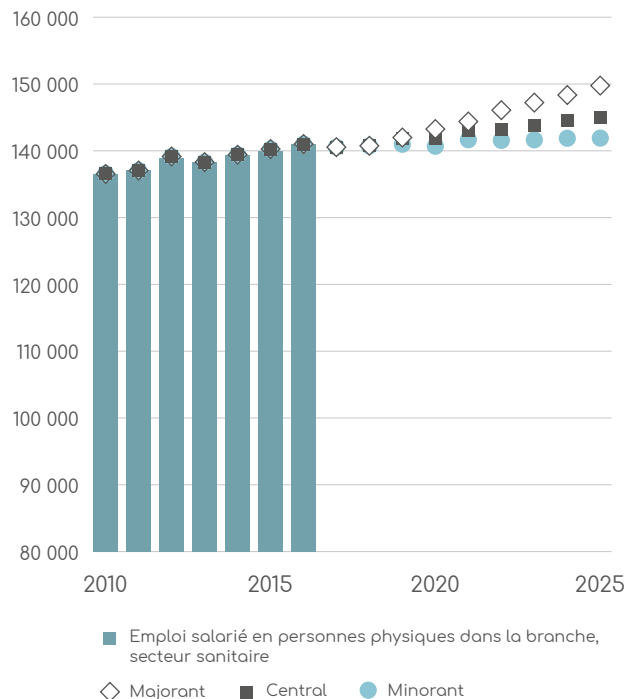
Dans le secteur médico-social de la branche, le scénario central conduit à estimer un accroissement annuel moyen de +1 524 effectifs en personnes physiques (soit +1380 unités en équivalent temps plein). En 2025, l'emploi dans le secteur médico-social de la branche s'élèverait à 124 567 salariés en personnes physiques, soit 112 733 etp.

Ici aussi, cette prévision correspond à un très net infléchissement du régime de croissance par rapport à la période précédente : l'emploi dans le secteur médico-social connaîtrait une évolution moyenne annuelle de +1,3% par an, soit une diminution sensible par rapport à la période 2000-2015 pendant laquelle la croissance avait atteint +10% par an.

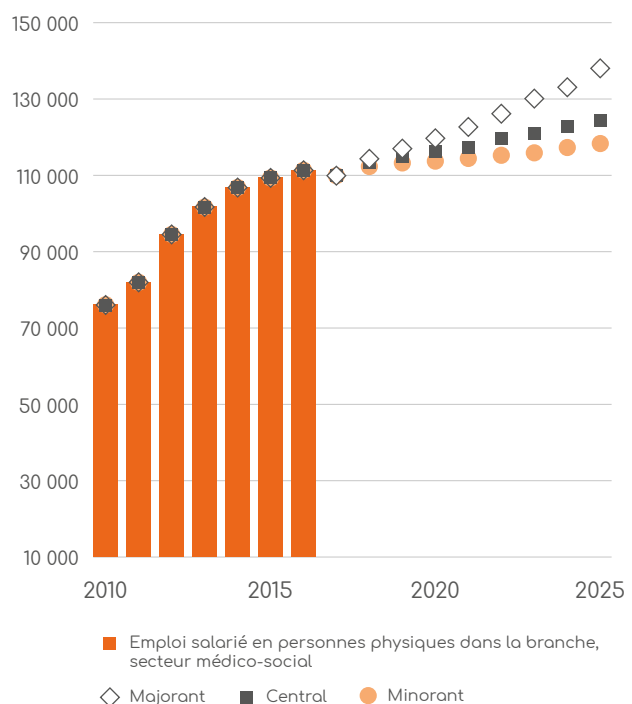
Ici aussi, cette prévision correspond à un très net infléchissement du régime de croissance par rapport à la période précédente : l'emploi dans le secteur médico-social connaîtrait une évolution moyenne annuelle de +1,3% par an, soit une diminution sensible par rapport à la période 2000-2015 pendant laquelle la croissance avait atteint +10% par an.

Source : Traitement Quadrat-études sur données Dads 2010-2015 ; projections Quadrat-études 2016-2025

Evolution de l'emploi dans la branche, secteur sanitaire



Evolution de l'emploi dans la branche, secteur médico-social



CONTRIBUTION THÉORIQUE DE CHAQUE FACTEUR SUR L'ÉVOLUTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE

Il est possible de décomposer la contribution de chacun des facteurs présentés ci-dessus à l'évolution de l'emploi dans la branche. Cette décomposition consiste à isoler, de manière théorique, l'effet de chacun des facteurs sur l'évolution annuelle de l'emploi. Elle permet donc de mesurer le poids de chaque facteur dans l'évolution projetée de l'emploi.

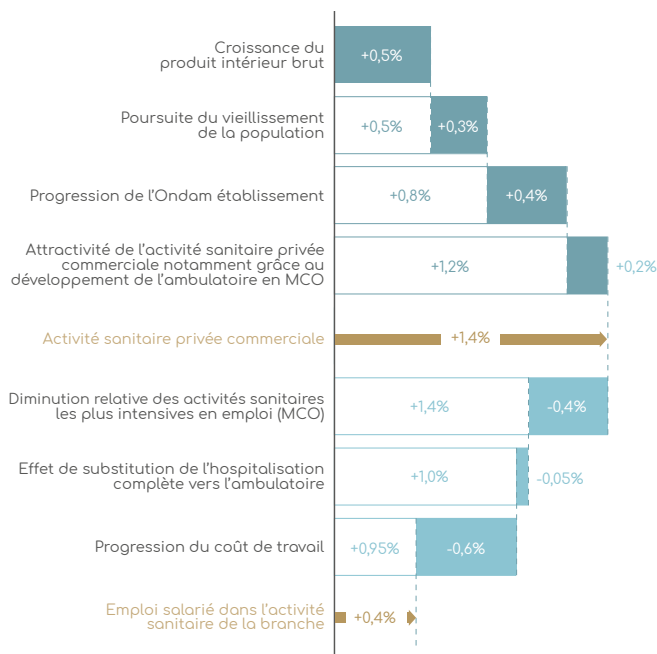
Les graphiques ci-dessous identifient l'impact sur l'emploi des évolutions de chaque déterminant telles que fixées par hypothèses dans le scénario central, pour le secteur sanitaire et médico-social séparément. Les effets ont été obtenus en raisonnant toutes choses égales par ailleurs : pour chaque déterminant considéré, l'effet est calculé en comparant l'évolution de l'emploi obtenue lorsque toutes les hypothèses sont fixées selon le scénario central, avec l'évolution de l'emploi obtenue lorsque seul le déterminant considéré n'évoluerait pas.

Dans le secteur sanitaire

Dans le cas du produit intérieur brut, le coefficient +0,5% lu sur le graphique peut se lire de la manière suivante : toutes choses égales par ailleurs, la croissance économique (+1,4% par an en moyenne dans le scénario central) serait responsable d'une croissance de +0,5% de l'emploi dans la branche. A cet effet du produit intérieur brut se rajoutent ensuite l'impact du vieillissement de la population, de la progression de l'ONDAM établissement, etc. tels que fixés dans le scénario central.

Les évolutions jouant à la hausse de l'emploi sont représentées en bleu dans le graphique ci-dessous, et en gris lorsqu'elles jouent à la baisse. C'est le cas de la diminution relative des activités MCO sur l'ensemble des activités sanitaires de la branche, ou encore de la progression du coût du travail.

Décomposition des facteurs de croissance moyenne annuelle de l'emploi dans le secteur sanitaire privé commercial entre 2016 et 2025



Source : Estimations Quadrat-Etudes

Note de lecture : Dans le cas du produit intérieur brut, le coefficient +0,5% lu sur le graphique peut se lire de la manière suivante : toutes choses égales par ailleurs, la croissance économique (+1,4% par an en moyenne dans le scénario central) serait responsable d'une croissance de +0,5% de l'emploi dans la branche. A cet effet du produit intérieur brut se rajoutent ensuite l'impact du vieillissement de la population, de la progression de l'ONDAM établissement, etc.

La décomposition des facteurs de croissance de l'emploi dans le secteur sanitaire privé commercial permet d'expliquer la projection de l'évolution d'emploi de la manière suivante :

- La croissance du PIB et des besoins de santé de la population, la progression des dépenses de l'ONDAM établissement et les innovations organisationnelles et technologiques attendues devraient conduire à une hausse de l'activité sanitaire de la branche entre 2016 et 2025.
- D'un autre côté, la déformation de l'activité sanitaire privée commerciale en défaveur de l'activité MCO vers des activités moins intensives en emploi (SSR, psychiatrie, HAD) diminuerait les besoins en emploi. De la même manière, la bascule d'activité d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire induirait un effet négatif sur l'emploi.
- La progression du coût du travail dans les ac-

tivités sanitaires est également un facteur qui jouerait négativement sur l'évolution de l'emploi dans la branche.

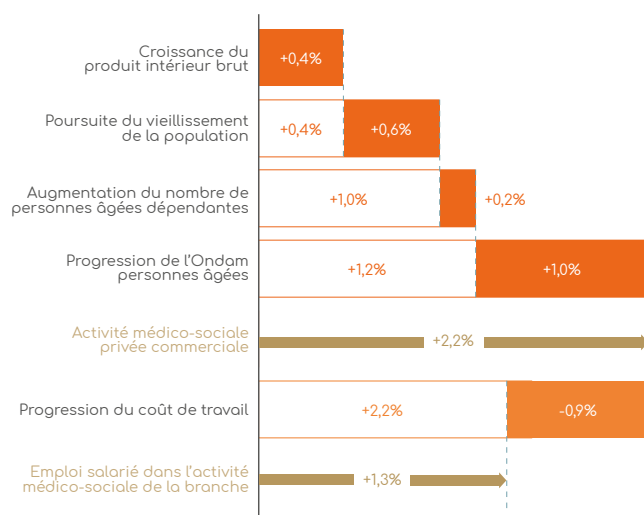
- Au total, l'effet combiné de ces facteurs conduirait à une progression limitée, de +0,4% en moyenne par an, dans le secteur sanitaire privé commercial sur la période 2016-2025.

Dans le secteur médico-social

Dans le secteur médico-social, les principaux facteurs de variation de l'emploi à horizon 2025 sont la progression de l'Ondam personnes âgées et la hausse du coût du travail.

L'ampleur de l'effet de la progression de l'ONDAM personnes âgées sur l'emploi dans l'activité médico-sociale de la branche suggère qu'un infléchissement plus important des dépenses d'hébergement pour les personnes âgées – que celui fixé dans le scénario central - diminuerait significativement les projections d'évolution de l'emploi dans l'activité médico-sociale de la branche.

Décomposition des facteurs de croissance moyenne annuelle de l'emploi dans le secteur médico-social privé commercial entre 2016 et 2025



Source : Estimations Quadrat-Etudes

La décomposition des facteurs de croissance de l'emploi dans le secteur médico-social privé commercial permet d'expliquer la projection de l'évolution d'emploi de la manière suivante :

- La hausse des besoins de soins et d'hébergement pour les personnes âgées, et leur traduction dans les dépenses publiques, devraient conduire à une progression de l'activité dans le secteur médico-social de la branche.
- D'un autre côté, la progression du coût du travail dans les activités médico-sociales est un facteur qui jouerait négativement sur l'évolution de l'emploi dans la branche.
- Au total, l'effet combiné de ces facteurs conduirait à une progression de l'ordre de +1,3% par an en moyenne de l'emploi dans le secteur médico-social de la branche sur la période 2016-2025.

1.3. PRÉSENTATION DES SCÉNARIOS ALTERNATIFS

La formulation d'hypothèses alternatives permet de mesurer plus précisément le potentiel d'évolution de l'emploi dans la branche entre 2016 et 2025, tout en évaluant la robustesse de la projection centrale.

Les scénarios envisagés constituent des bornes (majorante et minorante) de la prévision tirée du scénario central. Dans le cas du scénario dit « majorant », les hypothèses formulées définissent un environnement plus propice à la progression de l'emploi dans la branche. A l'inverse du scénario dit « minorant », dans lequel les évolutions projetées des déterminants de l'emploi seraient peu propices à la progression de l'emploi dans la branche.

Les hypothèses concernant le contexte démographique demeurent inchangées (population totale, vieillissement de la population, nombre de bénéficiaires de l'APA). Les variantes portent sur le contexte économique, le financement du système de soin par les pouvoirs publics, ainsi que sur l'organisation de l'activité de l'hospitalisation privée.

SCÉNARIO MAJORANT

Hypothèses

Le scénario majorant se caractérise par une croissance économique très dynamique, avec une progression du PIB de +1,8% par an en moyenne. Ce contexte devrait permettre une meilleure adéquation entre besoins de soins et offre sanitaire et médico-sociale, notamment via une progression plus soutenue de l'ensemble des dépenses publiques de santé.

Ce contexte faciliterait par ailleurs les transformations du système de soin vers l'ambulatoire. En particulier, la redistribution de l'enveloppe « établissement » de l'assurance maladie et de l'enveloppe « ville » devrait s'effectuer à un rythme plus soutenu que dans le scénario central. Les dépenses de l'assurance maladie pour l'hébergement des personnes âgées devraient toutefois toujours s'infléchir dans ce scénario.

Dans ce contexte favorable, les établissements de la branche seraient en meilleure position pour adopter des stratégies d'innovations thérapeutiques et organisationnelles leur permettant de regagner des parts de marché, notamment sur les activités MCO. A horizon 2025, les séjours MCO devraient représenter 62% de l'ensemble des séjours enregistrés par les établissements sanitaires de la branche, contre 59% dans le scénario central.

Résultats

- Dans le secteur sanitaire : l'ensemble des facteurs devraient jouer à la hausse de l'emploi, de +0,6% par an en moyenne soit un accroissement annuel moyen de +877 effectifs salariés (en personnes physiques). En 2025, l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée du secteur sanitaire devrait atteindre 148 734 salariés en personnes physiques, soit 139 810 etp.
- Dans le secteur médico-social : le dynamisme de l'emploi dans l'activité médico-sociale de la branche devrait être particulièrement soutenu, avec une croissance annuelle moyenne des effectifs de +2,3%, soit +2759 salariés supplémentaires par an en moyenne (personnes physiques). Ce régime marque tout de même une forte inflexion avec la période précédente. En 2025, l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée du secteur médico-social devrait atteindre 135 675 personnes physiques, soit 122 786 etp.

Résumé des hypothèses du scénario majorant

(les hypothèses changées par rapport au scénario central sont indiquées en gras)

Déterminants de l'emploi dans la branche	Evolutions constatées sur la période 2010-2015			Evolutions projetées selon le scénario majorant sur la période 2016-2025		
	TCAM 2010-2015	Variation annuelle en volume	Valeur 2016	TACM 2016-2025	Variation annuelle en volume	Valeur 2025
Population totale	0,6%	368 159	66 726 000	0,4%	263 000	69 093 000
PIB, millions d'euros 2010	1,9%	39 152	2 228 857	1,8%	43 133	2 617 051
Personnes âgées de 65 ans et plus	2,7%	300 348	12 477 762	2,1%	287 168	15 062 274
Personnes âgées de moins de 20 ans	0,4%	70 353	16 395 663	0,0%	-2 291	16 375 041
Indice de vieillissement de la population	2,2%	1,5	76	2,1%	1,8	92
Personnes âgées dépendantes (APA)	1,5%	17 887	1 284 533	1,5%	16 860	1 436 276
SECTEUR SANITAIRE						
Ondam, Md€ 2010	1,6%	2,6	180	2,8%	4,8	223
Ondam établissement, Md€ 2010	0,7%	0,5	75	1,9%	1,3	86
Part de l'Ondam allouée aux établissements	-0,8%	-0,4	42%	-1,3%	-0,3	0
Part des activités privées MCO en ambulatoire	2,1%	1,2	60%	2,0%	1,3	1
Part de l'activité privée hospitalière en MCO	-2,5%	-1,8	66%	-0,8%	-0,5	1
Indice du coût réel du travail	0,2%	0,2	102	0,4%	0,5	107
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL						
Ondam, Md€ 2010	1,6%	2,6	180	2,8%	2,5	203
Ondam, personnes âgées, Md€ 2010	3,0%	0,2	8,5	2,1%	15,7	9,9
Part de l'Ondam allouée aux personnes âgées	1,4%	0,1	4,7%	-1,2%	0,02	4,9%
Indice du coût réel du travail	0,4%	0,4	104	0,5%	0,5	108

Source : Insee, Ecosanté, Drees, Atih, PLFSS, projections INSEE et Quadrat-Etudes.
 Note de lecture : TCAM = taux de croissance annuel moyen sur la période considérée. Les variations annuelles en volume correspondent aux variations, exprimées en valeur absolue, du déterminant considéré. Lorsque les variables sont des parts (part de l'Ondam établissement, part des activités en ambulatoire, etc.), la variation annuelle est exprimée en points de pourcentage.

SCÉNARIO MINORANT

Hypothèses

Dans ce scénario, la faible croissance économique jouerait négativement sur l'évolution de l'emploi dans la branche. Le produit intérieur brut progresserait de +1% en moyenne par an, contre +1,4% dans le scénario central et +1,8% dans le scénario majorant. Ce contexte de crise économique limiterait la capacité des ménages à engager des dépenses de santé. Les pouvoirs publics seraient également contraints de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, tout en s'efforçant de suivre l'évolution des besoins de soins. L'ONDAM établissement devrait ainsi progresser de 0,4% par an en moyenne seulement, contre 1% dans le scénario central et 1,5% dans le scénario majorant.

Résumé des hypothèses du scénario minorant

(les hypothèses changées par rapport au scénario central sont indiquées en gras)

Déterminants de l'emploi dans la branche	Evolutions constatées sur la période 2010-2015			Evolutions projetées selon le scénario minorant sur la période 2016-2025		
	TCAM 2010-2015	Variation annuelle en volume	Valeur 2016	TACM 2016-2025	Variation annuelle en volume	Valeur 2025
Population totale	0,6%	368 159	66 726 000	0,4%	263 000	69 093 000
PIB, millions d'euros 2010	1,9%	39 152	2 228 857	1,0%	23 201	2 437 668
Personnes âgées de 65 ans et plus	2,7%	300 348	12 477 762	2,1%	287 168	15 062 274
Personnes âgées de moins de 20 ans	0,4%	70 353	16 395 663	0,0%	-2 291	16 375 041
Indice de vieillissement de la population	2,2%	1,5	76	2,1%	1,8	92
Personnes âgées dépendantes (APA)	1,5%	17 887	1 284 533	1,5%	16 860	1 436 276
SECTEUR SANITAIRE						
Ondam, Md€ 2010	1,6%	2,6	180	1,0%	2,0	198
Ondam établissement, Md€ 2010	0,7%	0,5	75	0,4%	0,4	78
Part de l'Ondam allouée aux établissements	-0,8%	-0,4	42%	-1,5%	-0,2	40%
Part des activités privées MCO en ambulatoire	2,1%	1,2	60%	2,0%	1,3	72%
Part de l'activité privée hospitalière en MCO	-2,5%	-1,8	66%	-1,1%	-0,7	60%
Indice du coût réel du travail	0,2%	0,2	102	0,2%	0,2	105

Déterminants de l'emploi dans la branche	Evolutions constatées sur la période 2010-2015			Evolutions projetées selon le scénario minorant sur la période 2016-2025		
	TCAM 2010-2015	Variation annuelle en volume	Valeur 2016	TACM 2016-2025	Variation annuelle en volume	Valeur 2025
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL						
Ondam, millions d'euros 2010	1,6%	2,6	180	1,0%	2,6	204
Ondam, personnes âgées, Md€ 2010	3,0%	0,2	8,5	0,3%	1,4	8,6
Part de l'Ondam allouée aux personnes âgées	1,4%	0,1	4,7%	-1,2%	-0,05	4,2%
Indice du coût réel du travail	0,4%	0,4	104	0,4%	0,4	107

Source : Insee, Ecosanté, Drees, Atih, PLFSS, projections INSEE et Quadrat-Etudes.
 Note de lecture : TCAM = taux de croissance annuel moyen sur la période considérée. Les variations annuelles en volume correspondent aux variations, exprimées en valeur absolue, du déterminant considéré. Lorsque les variables sont des parts (part de l'Ondam établissement, part des activités en ambulatoire, etc.), la variation annuelle est exprimée en points de pourcentage.

Résultats

- Dans le secteur sanitaire : les restrictions des dépenses de l'assurance maladie et des dépenses des ménages en soins affecteraient à la baisse la progression de l'emploi dans la branche. La hausse de l'emploi dans le secteur sanitaire serait donc très limitée, de l'ordre de +0,1% par an en moyenne soit +116 salariés en personnes physiques (+109 etp). En 2025, l'emploi de la branche dans ce secteur devrait s'élever à 141 890 personnes physiques (133 377 etp).
- Dans le secteur médico-social : l'inflexion de la progression de l'emploi serait moins nette dans le secteur médico-social, auquel s'adresserait une demande soutenue. L'emploi dans l'activité médico-sociale de la branche devrait augmenter de +0,7% par an en moyenne, ce qui représente une augmentation des effectifs de +825 par an en moyenne en personnes physiques (+747 etp). En 2025, les effectifs salariés de la branche dans ce secteur devraient se compter à 118 276 personnes physiques (107 039 etp).

2. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025 À UN NIVEAU RÉGIONAL

2.1. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'EMPLOI À UN NIVEAU RÉGIONAL

Il existe de fortes disparités de situations entre établissements de l'hospitalisation privée. Ces disparités sont grandement imputables aux spécificités des secteurs (sanitaire et médico-social). Elles ont également des origines géographiques, en termes d'offre de soins (part de marché de l'hospitalisation privée...) et de marché du travail (degré de tension sur les recrutements de professionnels paramédicaux...). Les dynamiques de l'emploi dans la branche diffèrent donc grandement entre les régions.

A l'avenir, les dynamiques régionales de l'emploi devraient en partie se situer dans le prolongement des tendances observées les années précédentes. Ces tendances reflètent en effet des caractéristiques régionales propres, comme les tensions pouvant exister sur le marché de l'emploi ou encore sur le marché concurrentiel.

L'évolution du contexte sociodémographique de chaque région, et plus particulièrement relatif aux besoins de soins, sera ensuite un déterminant majeur de l'implantation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Il existe à ce titre de fortes disparités sur le territoire. En matière de besoins, mais également en matière d'adéquation entre offre et demande de soins.

Enfin, la réduction des disparités régionales en matière d'équipements sanitaires et médico-sociaux sera tributaire du contexte économique global. Une croissance économique dynamique devrait

permettre une réduction de ces inégalités via un accroissement des dépenses publiques et privées de santé dans les régions jusqu'ici les moins dotées. En conséquence, le développement de l'activité de l'hospitalisation privée serait plus homogène sur l'ensemble du territoire. Si le contexte économique s'avérait à l'inverse peu favorable comme dans le scénario minorant, l'activité tendrait à se replier sur les territoires qui connaissent déjà aujourd'hui la plus forte implantation.

Trois scénarios d'évolution sont proposés, qui correspondent à la déclinaison régionale des scénarios mobilisés pour la prospective nationale. Ils sont structurés par trois hypothèses majeures :

- Les dynamiques prévues devraient se situer dans le prolongement des tendances observées sur 2010-2015. Il est donc nécessaire de dresser un état des lieux de l'implantation de la branche de l'hospitalisation privée sur le territoire.
- Les dynamiques régionales de l'emploi sont fortement liées au contexte sociodémographique propre à chaque région. Il est donc nécessaire de disposer d'hypothèses sur l'évolution future des besoins de soins pour toutes les régions.
- L'évolution de la répartition de l'emploi sur le territoire pourrait varier selon le contexte économique : les scénarios alternatifs proposés diffèrent du scénario central du point de vue de cette hypothèse.

DES BESOINS DE SOINS DIFFÉRENCIÉS SELON LES RÉGIONS

La déclinaison régionale de la projection repose sur l'hypothèse que l'emploi dans la branche augmenterait de manière plus dynamique dans les régions à fort besoins de soins (c'est-à-dire présentant une croissance et un vieillissement démographiques importants), et inversement.

Deux indicateurs ont été retenus pour mesurer les besoins de soins de chaque région et leur évolution. La population totale, d'une part, et le vieillissement de cette population d'autre part (l'indice de vieillissement est défini comme la part des personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans).

Ces dernières années, le vieillissement de la population s'est particulièrement accentué dans les régions du Sud de la France. En 2015, les régions PACA, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie exhibent les indices de vieillissement de population les plus élevés du territoire (source : Statiss 2016). Les taux d'équipements en EHPAD de ces régions sont pourtant insuffisants pour répondre à la demande croissante d'hébergement pour les personnes âgées.

D'autres régions présentent des retards en matière d'offre de santé, dont un indicateur est le taux d'équipement en lits et places MCO pour 100 000 habitants (cf. tableau ci-après). C'est notamment le cas des régions du Nord (Hauts-de-France et Normandie) et de la Corse qui sont des régions faiblement dynamiques, tant démographiquement qu'économiquement : l'activité de l'hospitalisation privée s'est d'ailleurs progressivement amoindrie dans ces régions ces dernières années.

Contexte sociodémographique régional : indicateurs de population et taux d'équipements régionaux sur l'ensemble des établissements sanitaires et d'hébergement pour personnes âgées

(les indices régionaux en gras colorés sont supérieurs ou égaux à l'indice national)

	Population en 2015	Indice de vieillissement de la population en 2015	Taux d'équipement en MCO en 2015 - Nombre de lits et places / 1000 habitants	Taux d'équipement en EHPAD en 2015 - Nombre de lits et places / 1000 personnes > 75 ans
FRANCE MÉTROPOLITAINE	61 181	76	3,9	101
Île-de-France	11 487	54	3,7	79
Auvergne-Rhône-Alpes	7 326	75	3,9	238
Hauts-de-France	5 909	62	3,9	96
Nouvelle Aquitaine	5 551	99	4,0	105
Grand Est	5 483	77	4,1	101
Occitanie	5 276	92	3,9	203
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 792	93	4,3	96
Pays de la Loire	3 433	74	3,6	133
Normandie	3 263	79	3,7	105
Bretagne	3 081	85	4,0	119
Bourgogne-Franche-Comté	2 776	90	4,1	112
Centre-Val de Loire	2 513	86	3,7	108
Corse	292	104	3,3	4

Source : Statiss 2016, traitement Quadrat-Etudes.

UNE RÉPARTITION HÉTÉROGÈNE DE L'ACTIVITÉ DE LA BRANCHE SUR LE TERRITOIRE

Secteur sanitaire : la moitié des effectifs de la branche est concentrée sur trois régions

En 2016, près de la moitié (46%) des effectifs de la branche en établissement sanitaire est concentrée sur trois régions : en Ile-de-France, Centre-Val-de-Loire, et Bourgogne-Franche-Comté.

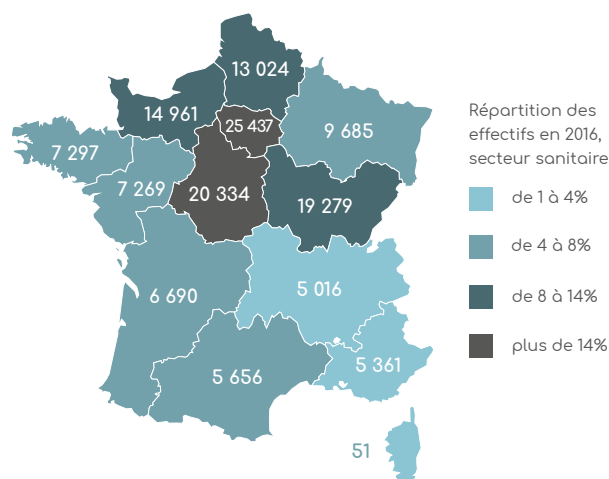
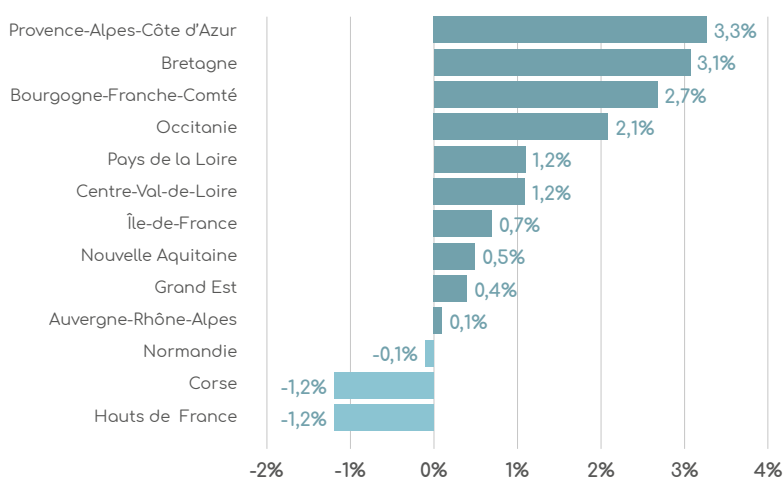
La branche est par ailleurs relativement présente dans les régions du Nord (Normandie et Hauts-de-France). Toutefois, l'emploi dans ces régions a connu une diminution entre 2010 et 2016 (voir graphique ci-après).

A l'inverse, la branche de l'hospitalisation privée est peu présente dans les régions du Sud (Auvergne-Rhône-Alpes et PACA-Corse) et de l'Ouest de la France, qui concentrent chacune moins de 8% des effectifs de la branche dans le secteur sanitaire.

Répartition des effectifs de la branche par région dans le secteur sanitaire : effectifs et évolution 2010-2016

Evolution des effectifs salariés de la branche par région entre 2010 et 2016, secteur sanitaire

Répartition des effectifs par région en 2016, secteur sanitaire



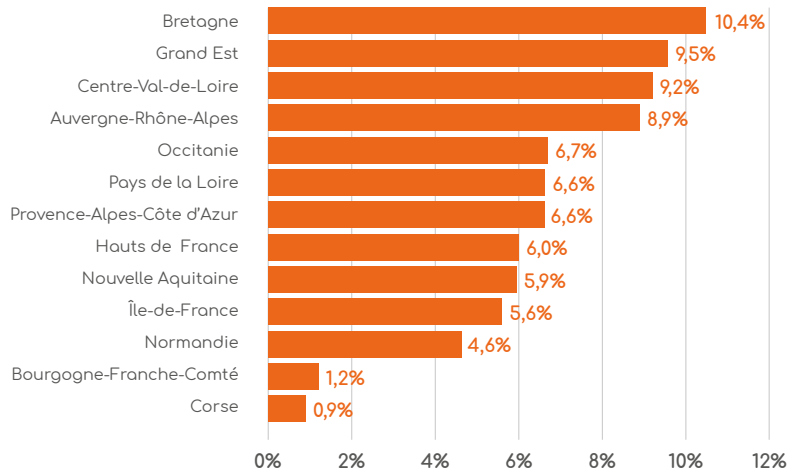
Source : Traitements Quadrat-Etudes sur données DADS 2008-2014 et AcoSS 2015-2016

Secteur médico-social : la branche de l'hospitalisation privée est peu présente dans les régions du Nord et de l'Est de la France.

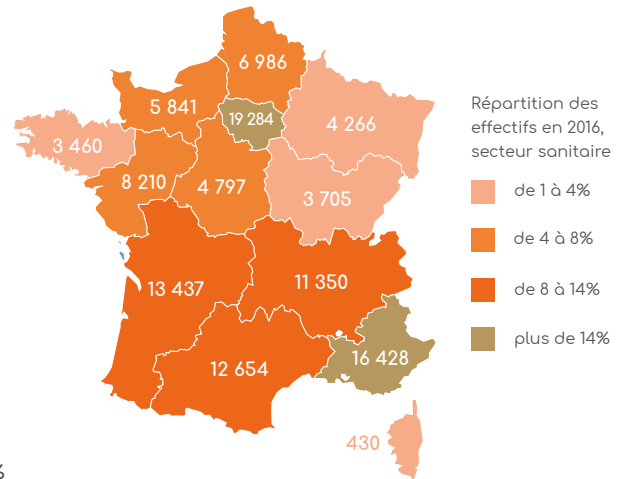
En 2016, les effectifs salariés de la branche en établissement médico-social sont majoritairement présents en Ile-de-France et dans les régions du Sud de la France, qui présentent une part élevée de personnes âgées dans leur population. Les établissements médico-sociaux privés à statut commercial sont particulièrement peu présents en Bretagne, dans l'Est et en Corse.

La croissance des effectifs entre 2010 et 2016 dans le secteur médico-social s'est principalement effectuée sur les régions où la branche était peu présente (Bretagne, Grand-Est, Centre-Val-de-Loire), témoignant d'un développement de l'activité de la branche sur l'ensemble du territoire.

Evolution des effectifs salariés de la branche par région entre 2010 et 2016, secteur médico-social



Répartition des effectifs par région en 2016, secteur médico-social



Source : Traitements Quadrat-Etudes sur données DADS 2008-2014 et AcoSS 2015-2016

2.2. PRÉSENTATION DU SCÉNARIO CENTRAL

PROJECTIONS DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS DE SOIN SELON LES RÉGIONS

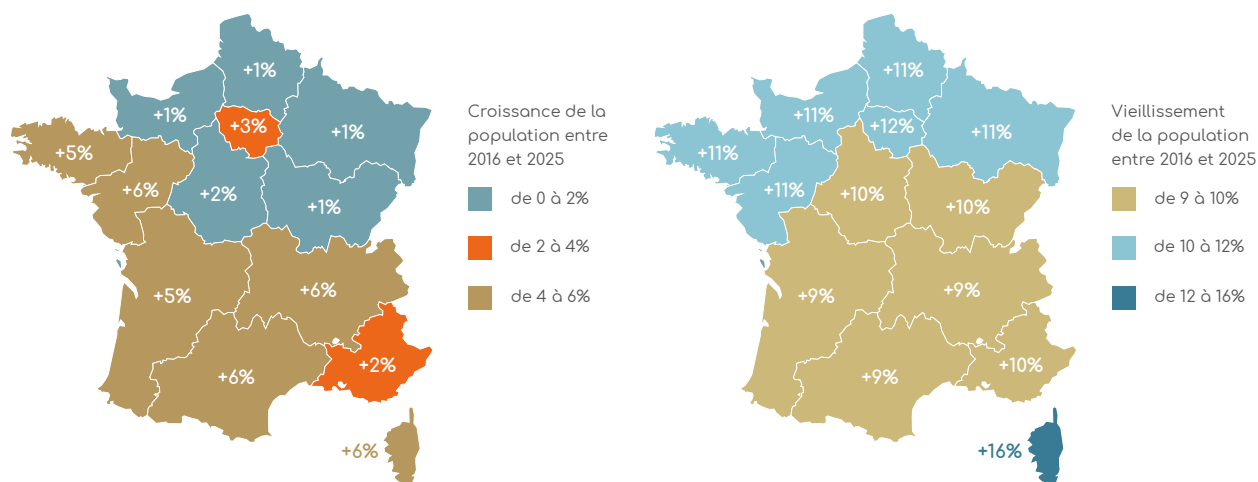
A horizon 2025, une croissance soutenue des besoins de soins dans l'Ouest et le Sud de la France

Selon les prévisions de population de l'INSEE, les régions de l'Ouest et du Sud de la France - à l'exception de la région PACA - devraient connaître les plus fortes croissances démographiques entre 2016 et 2025, soit entre +5% et +6% sur la période. A l'inverse, les régions du centre et du Nord-Est devraient connaître une croissance modeste de leur population (entre +1% et +2%) entre 2016 et 2025.

A horizon 2025, le vieillissement démographique devrait s'accroître sur l'ensemble du territoire

A horizon 2025, le vieillissement de la population devrait s'accroître sur l'ensemble du territoire. Selon les projections du modèle Omphale de l'INSEE, cette croissance serait d'autant plus dynamique dans les régions du Nord et en Ile-de-France, qui présentent en 2016 les indices de vieillissement les plus faibles du territoire.

Projection régionale des besoins de soins :
croissance de la population et du vieillissement de la population entre 2016 et 2025



Source : Traitement Quadrat-Etudes sur données INSEE

SECTEUR SANITAIRE : L'EMPLOI DEVRAIT AUGMENTER PLUS FORTEMENT DANS LES RÉGIONS DE L'OUEST ET DU SUD DE LA FRANCE.

Le dynamisme de la croissance économique devrait favoriser le développement de l'activité sanitaire de la branche dans les régions à fort besoins de soins, entraînant ainsi une hausse des effectifs de la branche plus marquée dans les régions de l'Ouest (Bretagne, Pays-de-La-Loire) et du Sud (Paca et Occitanie). La hausse de l'emploi constatée sur la période précédente serait également amenée à se poursuivre en Ile-de-France et Bourgogne-Franche-Comté.

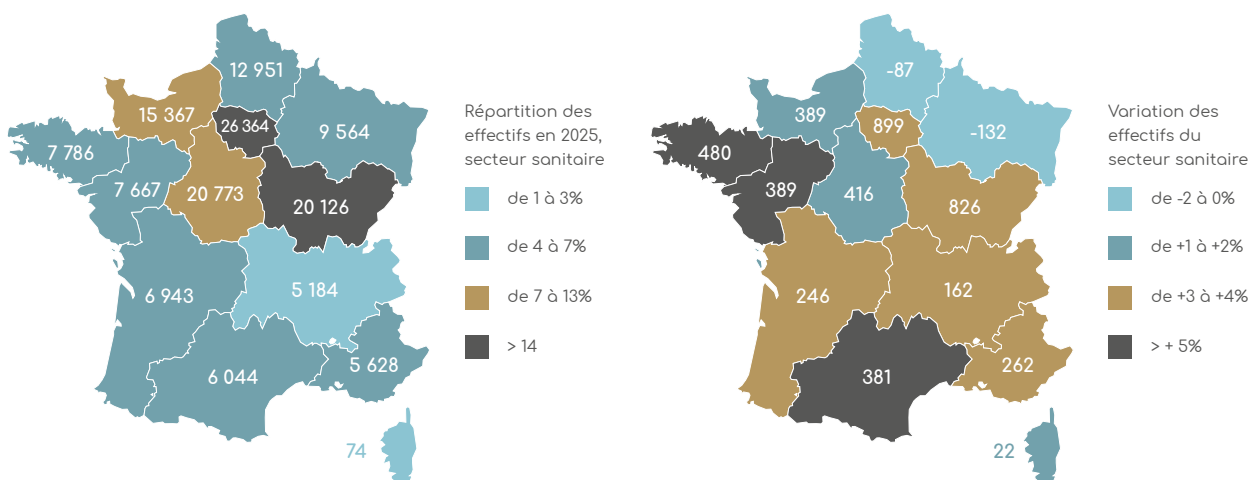
L'emploi devrait à l'inverse se stabiliser ou diminuer dans les régions ayant les plus faibles besoins de soins du territoire, à savoir les régions Grand-Est et Hauts-de-France.

D'après les projections réalisées, il résulterait des différentes évolutions une distribution légèrement plus homogène de l'emploi de la branche sur le territoire en 2025 par rapport à 2016.

En résumé, la déclinaison régionale de la projection d'emploi dans les établissements sanitaires de la branche donnerait lieu aux évolutions suivantes :

- Régions qui connaîtraient une progression des effectifs: Ensemble du territoire, à l'exception de Grand-Est et des Hauts de France. Plus forte progression dans les régions de l'Ouest (Bretagne, Pays-de-La-Loire, Nouvelle Aquitaine) et du Sud (Paca et Occitanie).
- Régions qui connaîtraient une diminution des effectifs: Grand-Est, Hauts-de-France.

Projections d'emploi en 2025 et variation des effectifs entre 2016 et 2025, secteur sanitaire



Source : Traitement Quadrat-études sur données Statiss 2016; Projections Omphale 2013-2050; Données d'emploi DADS 2014 et AcoSS 2015-2016

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : L'EMPLOI DEVRAIT AUGMENTER DANS TOUTES LES RÉGIONS.

La hausse de l'emploi devrait se poursuivre à un rythme soutenu dans les régions où la branche est très présente aujourd'hui. L'Ile-de-France et la région PACA comprendrait ainsi les parts les plus élevées de l'emploi de la branche dans le secteur médico-social.

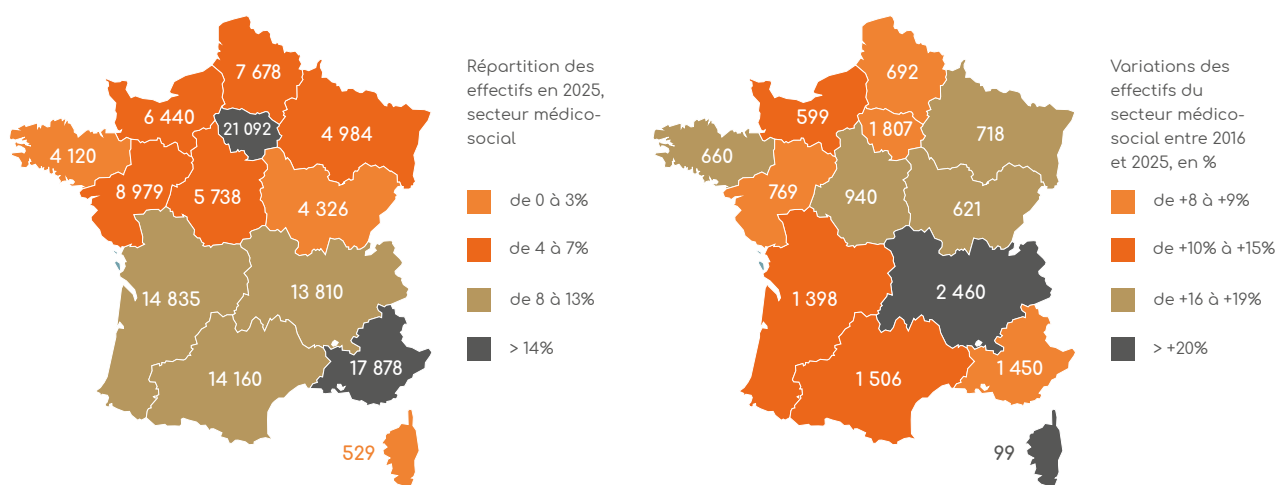
Les effectifs du secteur médico-social de la branche devraient également s'accroître dans l'ensemble des régions du Sud, dont le vieillissement démographique est le plus marqué en 2016 et dont l'accroissement devrait se poursuivre à l'avenir. La progression des effectifs du secteur médico-social de la branche toucherait également les régions du Nord, dont le vieillissement de la population progresserait plus rapidement que dans les autres régions par effet de rattrapage. L'emploi dans l'activité médico-sociale de la branche devrait ainsi augmenter sur la totalité du territoire.

D'après les projections réalisées, il résulterait des différentes évolutions une distribution plus homogène de l'emploi de la branche sur le territoire en 2025 par rapport à 2016.

En résumé, la déclinaison régionale de la projection d'emploi dans les établissements médico-sociaux de la branche donnerait lieu aux évolutions suivantes :

- Régions qui connaîtraient une progression des effectifs : toutes.
- Régions qui connaîtraient une diminution des effectifs: aucune.

Projections d'emploi en 2025 et variation des effectifs entre 2016 et 2025, secteur médico-social



Source : Traitement Quadrat-études sur données Statiss 2016; Projections Omphale 2013-2050; Données d'emploi DADS 2014 et Acoess 2015-2016

2.3. PRÉSENTATION DES SCÉNARIOS ALTERNATIFS

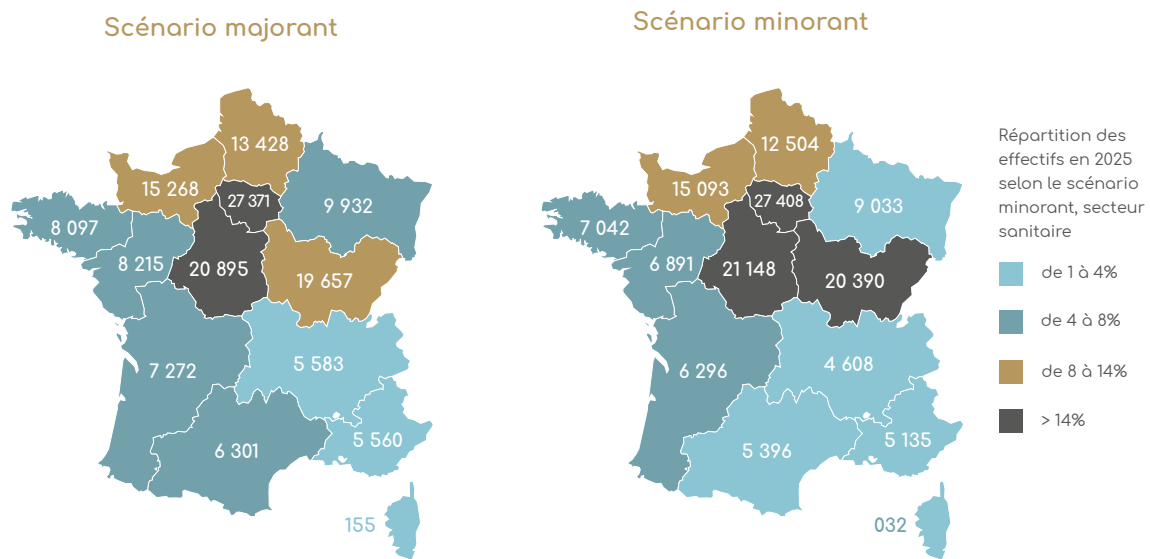
La déclinaison régionale de la projection de l'emploi dans la branche a également été réalisée pour les scénarios alternatifs mobilisés dans l'exercice prospectif national.

DÉCLINAISON RÉGIONALE DU SCÉNARIO MAJORANT

Le contexte économique très favorable s'accompagnerait d'un développement de l'activité de l'hospitalisation privée sur l'ensemble du territoire, et en particulier dans les régions qui connaissent une croissance importante de leurs besoins de soins. Il en résulterait un développement de l'activité de l'hospitalisation privée plus homogène sur le territoire.

- Dans le secteur sanitaire, une forte croissance des effectifs de la branche devrait s'opérer sur l'ensemble du territoire. Une déformation de la répartition des effectifs devrait s'opérer en faveur des régions de l'Ouest, qui connaîtraient la plus forte croissance démographique entre 2016 et 2025.
- Dans le secteur médico-social, l'emploi dans la branche devrait fortement augmenter sur l'ensemble des régions, en particulier dans les régions du Sud de la France.

Répartition des effectifs en 2025 selon les scénarios alternatifs, secteur sanitaire



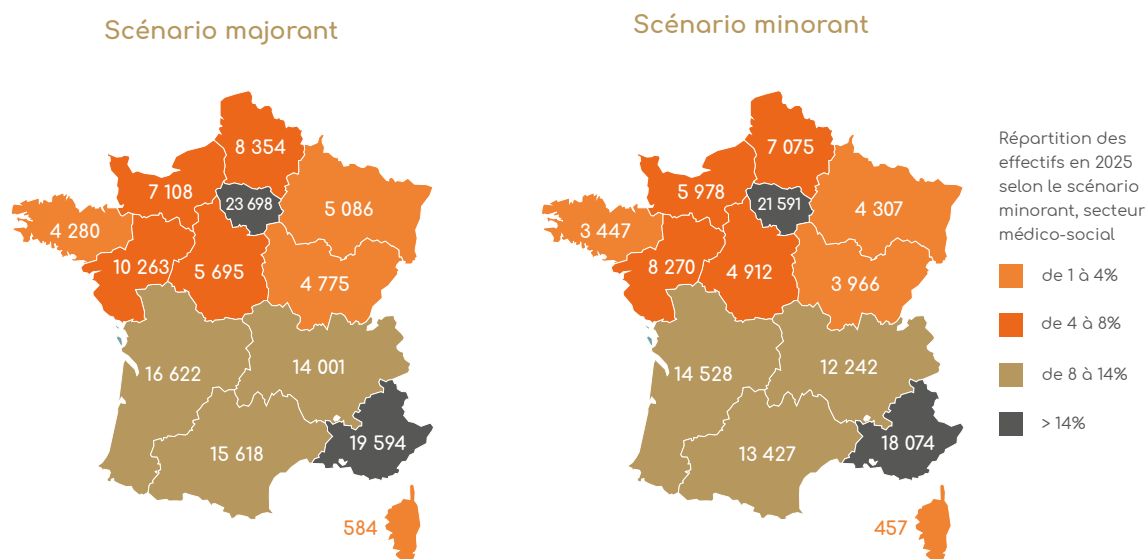
Source : Traitement Quadrat-études sur données Statiss 2016; Projections Omphale 2013-2050; Données d'emploi DADS 2014 et AcoSS 2015-2016

DÉCLINAISON RÉGIONALE DU SCÉNARIO MINORANT

Dans le contexte de faible croissance économique caractérisant le scénario minorant, l'activité de l'hospitalisation privée devrait se replier sur les régions qui concentrent la majorité de l'activité de la branche.

- Dans le secteur sanitaire, les régions où la branche est la plus présente en 2016, et qui devraient connaître une progression des effectifs de la branche à horizon 2025, sont l'Île-de-France, la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val-de-Loire et la Normandie. L'emploi devrait diminuer sur les autres régions.
- Dans le secteur médico-social, l'emploi devrait croître sur l'ensemble du territoire, mais plus faiblement que dans un contexte économique dynamique.

Répartition des effectifs en 2025 selon les scénarios alternatifs, secteur médico-social



Source : Traitement Quadrat-études sur données Statiss 2016; Projections Omphale 2013-2050; Données d'emploi DADS 2014 et Acoess 2015-2016

3. PROJECTION DE L'EMPLOI DANS LA BRANCHE À HORIZON 2025 À UN NIVEAU MÉTIER

Comme évoqué plus haut, les changements susceptibles de modifier les conditions d'intervention des acteurs de l'hospitalisation privée justifient une réflexion globale et stratégique sur leurs besoins d'emploi et de compétences. C'est pourquoi l'étude cherche à identifier les évolutions des métiers et des compétences dans les années à venir, pour permettre aux partenaires sociaux de la branche de disposer d'une aide à la décision sur la politique d'emploi et de formation de la branche.

3.1. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'EMPLOI À UN NIVEAU MÉTIER

DES TRANSFORMATIONS IMPORTANTES DE L'ENVIRONNEMENT

Un rôle transformé auprès du patient/résident, appelant une adaptation des pratiques et des cultures professionnelles

Les besoins de compétences dans les établissements adhérents de l'hospitalisation privée connaissent des évolutions qui résultent en premier lieu de la transformation structurelle du contenu de la mission des établissements et, par conséquent, de la nature des activités prises en charge par les personnels.

Pour les résumer, ces évolutions portent sur :

- dans le cadre du virage ambulatoire du système de santé, le recentrage des prises en charge en établissement sur les pathologies les plus lourdes et les plus complexes, des séjours de plus en plus courts en établissement, des parcours plus fluides entre établissement et domicile,
- la mise en œuvre en établissement de nouvelles stratégies de dépistage et thérapeutiques (par exemple contre les maladies neurodégénératives...) et l'utilisation de nouvelles technologies, permet-

tant notamment l'implication plus forte des patients/résidents (informatique, objets connectés...).

Des contraintes fortes sur les organisations de travail découlant des contraintes budgétaires et démographiques

Ces évolutions sont également fortement orientées par les contraintes pesant sur les financements des établissements, qui, en se renforçant au cours des années récentes, ont induit un changement dans les équilibres économiques. Ces changements ont nécessairement un impact sur les modalités de gestion des ressources humaines : les impératifs de plus en plus prégnants de productivité viennent impacter les conditions de travail des professionnels (gestion des flux, cadences...). Parallèlement à ces impératifs de productivité, les établissements et leurs personnels doivent tenir compte d'impératifs forts sur la sécurité et la qualité des prestations. Pour finir, la problématique de la gestion des compétences est renforcée localement par des tensions importantes sur les recrutements pour de nombreux métiers.

Des redistributions prévisibles des tâches au sein des collectifs soignants, posant la question de la reconnaissance des responsabilités exercées et l'aménagement de parcours professionnels

Le suivi des maladies chroniques et du vieillissement suppose des prises en charge plus longues et plus complexes. L'amélioration des prises en charge des personnes âgées et des malades chroniques passe par le développement des approches non médicales et la plus forte intégration des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales. En réponse à la limitation des ressources médicales et paramédicales, ainsi qu'à l'évolution de la demande en soins, les besoins d'évolution des organisations soignantes s'orientent donc dans deux directions principales : une meilleure articulation entre les versants sanitaires et sociaux des interventions, et une graduation plus importante entre les responsabilités des professionnels. Dans cette optique, les établissements sanitaires et médico-sociaux de la branche sont amenés à revoir la distribution des tâches au sein des équipes de soins : découplage des intervenants sanitaires et sociaux, renforcement de la fonction coordination...

Toutefois, la coordination entre les intervenants du soin repose en grande partie sur le cadre réglementaire d'exercice des différentes professions en jeu. C'est pourquoi les établissements sont pour partie tributaires, dans leurs organisations soignantes, de l'évolution des formations et cadres d'exercice des professions médicales, pharmaceutiques, paramédicales, médicosociales et sociales. Si les délais de mise en œuvre sont mal maîtrisés, les orientations données par les pouvoirs publics et les réformes récentes vont dans le sens des évolutions suivantes :

- Le renforcement des responsabilités exercées par les professionnels de niveau V, qui interviendraient davantage en collaboration avec d'autres professionnels paramédicaux et qui pourraient se voir confier à moyen ou long terme un champ d'exercice indépendant de la collabo-

ration avec l'infirmier. Cette évolution pourrait se combiner avec la mise en place d'une profession unique de niveau V transverse au sanitaire/médico-social, dans le prolongement des fusions des diplômes d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture d'une part, d'aide-médico-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale d'autre part.

- Une graduation entre les auxiliaires paramédicaux de niveau V (aide-soignant, AES) et de niveau II (infirmier en soins généraux). Dans cette optique, une profession sanitaire de niveau IV pourrait voir le jour à long terme pour créer un niveau intermédiaire pour l'heure inexistant.
- La reconnaissance de professionnels paramédicaux de pratique avancée (infirmiers, spécialistes de la rééducation...). Ces professionnels de niveau I se verraient reconnaître une autonomie plus forte et des responsabilités élargies dans la prévention, l'évaluation, la définition et la mise en œuvre des projets de soins, les actes techniques.

Sur le terrain, les professionnels mettent en œuvre des stratégies d'adaptation, en favorisant par exemple le travail en réseau, et faisant apparaître de nouveaux métiers ou champs professionnels : les infirmiers de pratique avancée, les gestionnaires de cas, les coordinateurs d'éducation thérapeutique, les coordinateurs d'appui au médecin traitant...

Présentation synoptique des grandes tendances d'évolution de l'environnement et de leurs impacts pour les salariés de l'hospitalisation privée

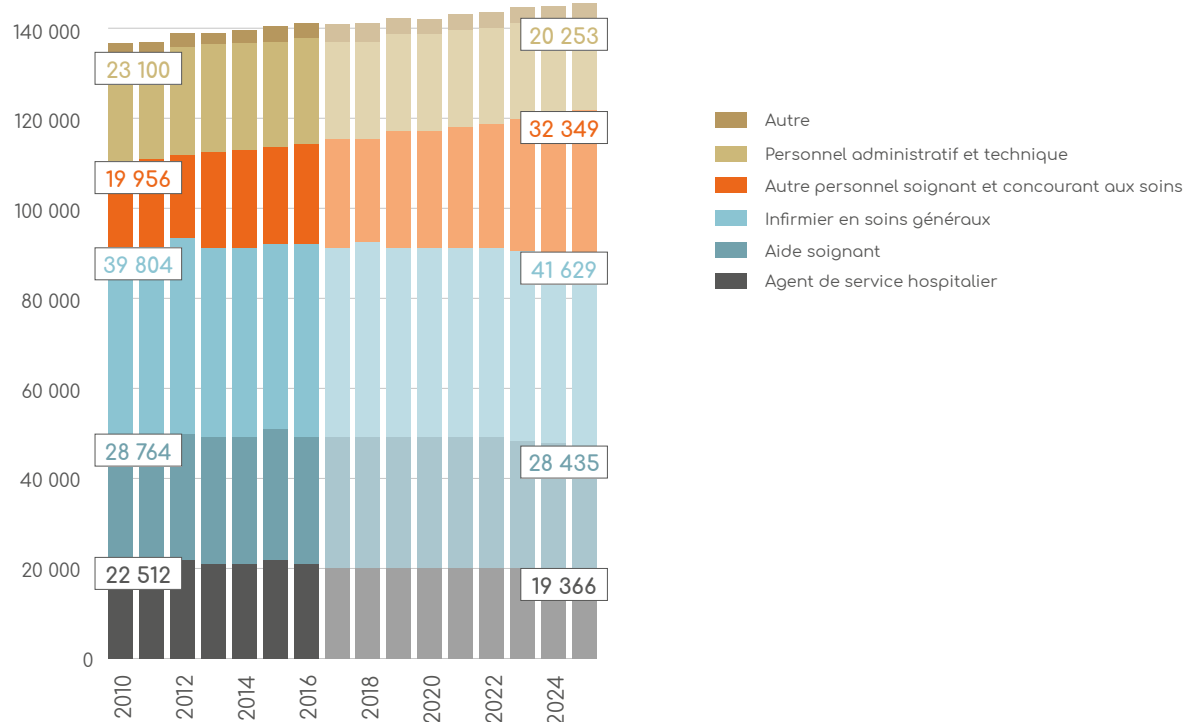
Thème	Tendances d'évolution	Impacts pour l'activité dans l'HP
DÉMOGRAPHIE ET DEMANDE DE SOIN DE LA POPULATION	<ul style="list-style-type: none"> Des évolutions socio-économiques lourdes (vieillessement, transition épidémiologique), soutien de la demande adressée au domaine sanitaire et social 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge (manutention, communication...) de patients/résidents de plus en plus âgés et polypathologiques (incapacités motrices, neurodégénérescences...)
INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET ORGANISATIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> Progrès des nano et biotechnologies, des technologies de l'information, vers des bouleversements drastiques des stratégies diagnostiques et thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> Changements des pratiques induits pas l'utilisation de nouvelles technologies (objets connectés, robotique, réalité augmentée...) et par l'implication accrue des patients/résidents et des acteurs de la ville/du domicile dans les prises en charge
ORGANISATION ET FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SOIN	<ul style="list-style-type: none"> Politique de maîtrise des dépenses de santé Application de normes de qualité et de sécurité croissantes 	<ul style="list-style-type: none"> Raccourcissement des durées de séjour Répercussions des contraintes budgétaires sur les organisations de travail (flux, cadences...)
RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> Des pénuries qui vont perdurer chez les personnels médicaux et soignants Des besoins importants d'évolution des pratiques professionnelles et des métiers pour répondre aux nouveaux enjeux mais un cadre réglementé à forte inertie (réingénierie très progressive) 	<ul style="list-style-type: none"> Décloisonnement des interventions sanitaires et médico-sociales et élargissement des missions confiées (pratique avancée, coordination...) Enjeu de la reconnaissance des responsabilités/des évolutions de carrière

3.2. IMPACTS DES DÉTERMINANTS SUR LES MÉTIERS DE LA BRANCHE

DANS LE SANITAIRE, POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL SOIGNANT SPÉCIALISÉ

- Sur la période 2016-2025, la répartition des effectifs dans le secteur sanitaire de la branche devrait poursuivre sa déformation au profit du personnel soignant et concourant aux soins.
- Au sein du personnel soignant et concourant aux soins, les personnels spécialisés (personnels de la rééducation, psychologues...) devraient connaître une croissance dynamique, tandis que le nombre d'IDE devrait demeurer stable et le nombre d'ASH s'infléchir légèrement.
- Dans le même temps, le personnel administratif et technique devrait voir ses effectifs diminuer.

Evolution des effectifs de la branche par métier et famille de métiers, secteur sanitaire



Source : Traitement Quadrat-études sur données Dads 2010-2015 ; projections Quadrat-études 2016-2025

Evolution de la répartition des effectifs de la branche selon la famille de métier, secteur sanitaire

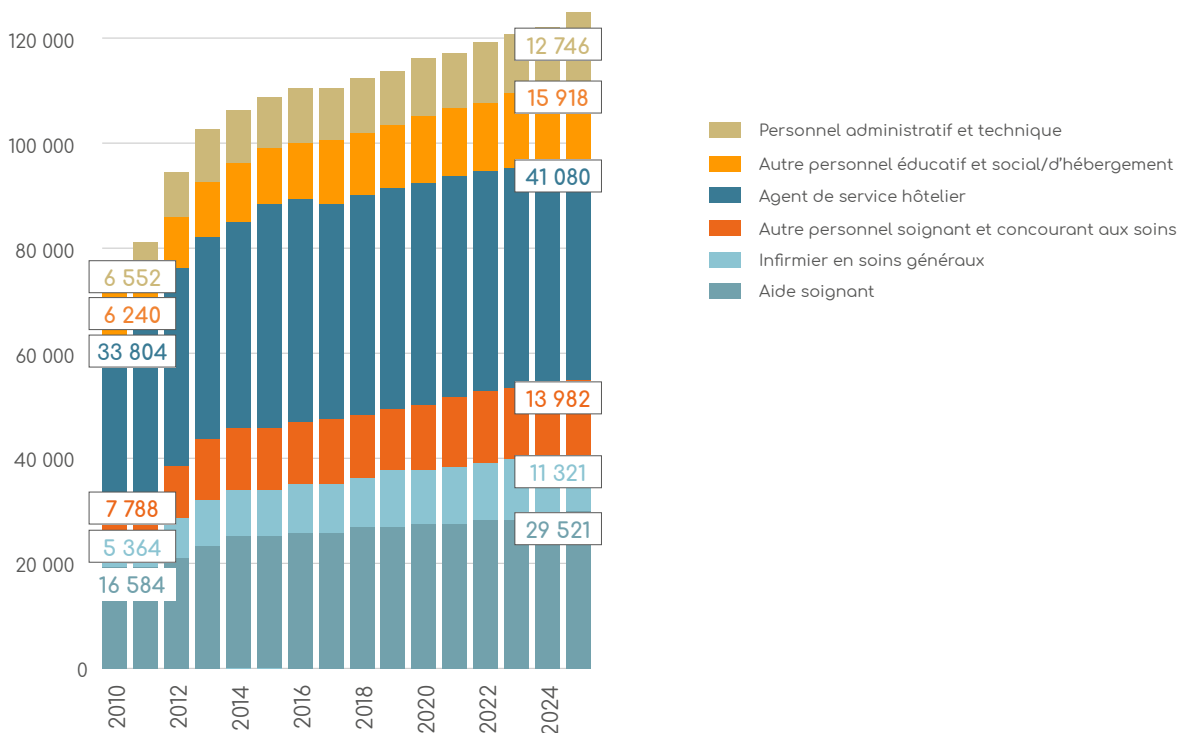
	2014	2025
Personnel soignant et concourant aux soins	81%	84 %
Personnel éducatif et social / d'hébergement	2%	2%
Personnel administratif et technique	16 %	14%

Source : Traitement Quadrat-études sur données Dads 2010-2015 ; projections Quadrat-études 2016-2025

DANS LE MÉDICO-SOCIAL, POURSUITE DE LA CROISSANCE DES EFFECTIFS SUR L'ENSEMBLE DES MÉTIERS ET HAUSSE DE LA PART RELATIVE DU PERSONNEL SOIGNANT

- La hausse des effectifs de la branche dans le secteur médico-social devrait bénéficier à l'ensemble des métiers de l'activité médico-sociale de la branche.
- La part du personnel éducatif et social devrait légèrement diminuer d'ici 2025, au profit du personnel soignant et concourant aux soins.

Evolution des effectifs de la branche par métier et famille de métiers, secteur médico-social



Source : Traitement Quadrat-études sur données Dads 2010-2015 ; projections Quadrat-études 2016-2025

Evolution de la répartition des effectifs de la branche selon la famille de métier, secteur médico-social

	2014	2025
Personnel soignant et concourant aux soins	43%	45 %
Personnel éducatif et social / d'hébergement	48%	46%
Personnel administratif et technique	9 %	9%

Source : Traitement Quadrat-études sur données Dads 2010-2015 ; projections Quadrat-études 2016-2025

3.3. ANALYSE PROSPECTIVE DES MÉTIERS ET ENJEUX D'EMPLOI-COMPÉTENCES

AGENT DE SERVICE HOSPITALIER ET HÔTELIER

Le métier aujourd'hui

→ **Description du métier**

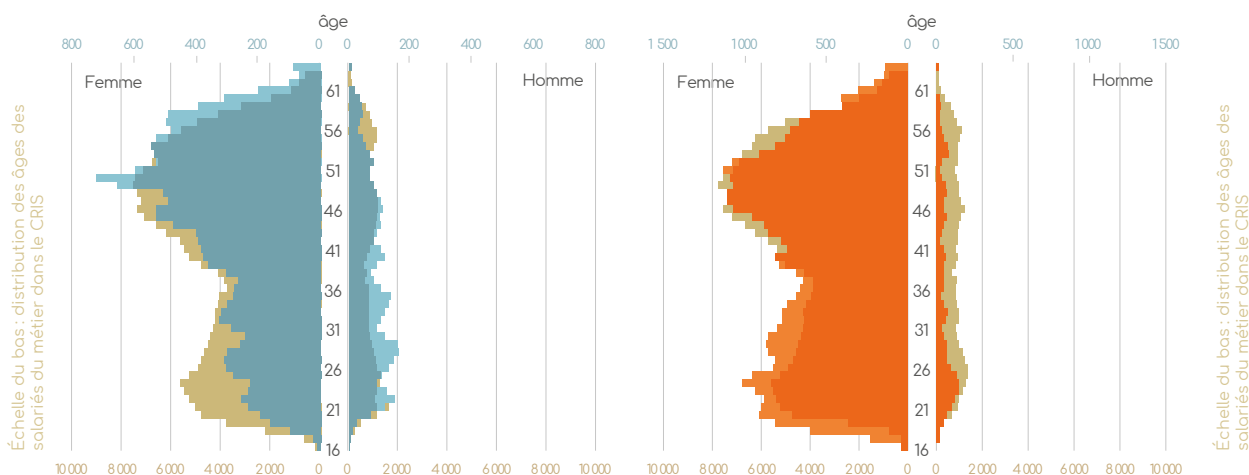
Les agents de service hospitalier et hôtelier sont responsables de l'hygiène des locaux et de la distribution des repas. Ils exercent également un rôle dans l'accompagnement social des patients, et participent aux soins.

→ **Effectifs et profil actuels**

En 2014, on compte 21 200 agents de service hospitalier dans le secteur sanitaire et 39 000 agents de service hôtelier dans le secteur médico-social (source : DADS 2014).

Les agents de service hospitalier sont en moyenne plus âgés que l'ensemble des salariés de la branche exerçant dans le secteur sanitaire, tandis que les agents de service hôtelier présentent des profils plus jeunes que les salariés du secteur médico-social. 29% d'entre eux ont moins de 30 ans, contre 20% dans le secteur sanitaire.

Pyramide des âges des agents de service hospitalier (en bleu) et hôtelier (en orange)



Source : Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014. Effectifs présents au 01/12, personnes physiques

Les conditions d'emploi des agents de service diffèrent également selon le secteur d'activité des salariés. Les agents de service employés dans le secteur médico-social sont moins nombreux à exercer en CDI (79%) que dans le secteur sanitaire de la branche (88%). Par ailleurs, ils travaillent plus fréquemment à temps partiel que les autres salariés : 26% des agents de service hospitalier contre 18% des salariés en moyenne dans le secteur sanitaire de la branche, 32% des agents de service hôtelier contre 23% en moyenne dans le secteur médico-social de la branche

→ Formation initiale actuelle

Les ASH peuvent exercer sans prérequis spécifique de diplôme. Les salariés en poste ont suivi une grande diversité de parcours professionnels.

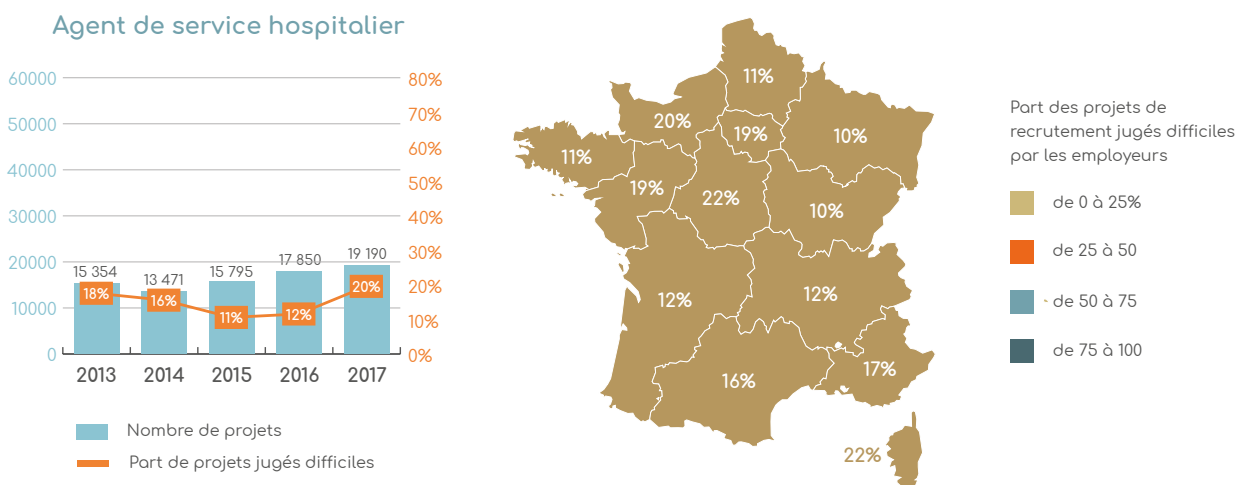
→ Formation continue actuelle

Les principaux thèmes de formation continue suivis par les ASH de la branche portent sur le matériel et les produits utilisés, les normes et protocoles de nettoyage, les gestes et postures, ainsi que la bientraitance.

→ Recrutements

Ces dernières années, les intentions d'embauche ont nettement progressé pour les ASH (source : Pôle Emploi, BMO 2013-2017). Le métier d'ASH, sans exigence de diplôme, connaît peu de tensions sur le marché du travail. Des disparités régionales existent mais sont bien moins importantes que sur les autres principaux métiers de l'hospitalisation privée (IDE et aide-soignant). Il apparaît un peu plus difficile de recruter des ASH en Ile-de-France et dans certaines régions périphériques (Normandie, Centre-Val-de-Loire, Pays-de-la-Loire), que dans les autres régions.

Projets de recrutement des agents de service hospitalier



Source : enquête BMO 2013 à 2017, Pôle emploi

Le métier à horizon 2025

→ Prévisions d'effectifs

A horizon 2025, le nombre d'ASH employés dans les établissements de l'hospitalisation privée devrait diminuer dans le secteur sanitaire et augmenter de manière notable dans le secteur médico-social. A l'horizon de la prévision, la branche devrait compter 19 300 agents de service hospitalier et 41 000 agents de service hôtelier.

→ Evolutions prospectives du métier

Le métier d'ASH devrait évoluer pour répondre à des exigences croissantes en termes de normes de qualité et de sécurité, en lien avec les démarches de certification des établissements (protocoles de bio-nettoyage par exemple). Les ASH devront également s'adapter à la prise en charge, dans les aspects phy-

siques (manipulation) comme relationnels, de profils de patients ou de résidents plus lourds (du fait du vieillissement, des poly-pathologies...).

→ Evolutions prospectives de la formation initiale

Pour l'instant, il n'existe pas de certification pour ce métier. Un certificat de qualification professionnelle pourrait être mis en place par la branche pour accompagner la démarche de professionnalisation de ce métier.

Enjeux pour la branche de l'hospitalisation privée

Pour la branche, trois principaux enjeux relatifs au métier d'ASH peuvent être dégagés. Le premier concerne les besoins importants de professionnalisation du métier, notamment en rapport avec les normes et conditions d'hygiène et de sécurité. Il sera également important de reconnaître les responsabilités exercées par les ASH dans l'hôtellerie et l'accompagnement social des patients et résidents. Un dernier enjeu pour la branche concerne le développement des passerelles permettant aux agents de service d'évoluer vers les métiers de niveau V.

AIDE-SOIGNANT

Le métier aujourd'hui

→ Description du métier

Les aides-soignants sont responsables de la réalisation des soins d'hygiène et de confort. Ils prêtent également assistance aux activités de soins sous la responsabilité de l'IDE, dans le cadre de son rôle propre.

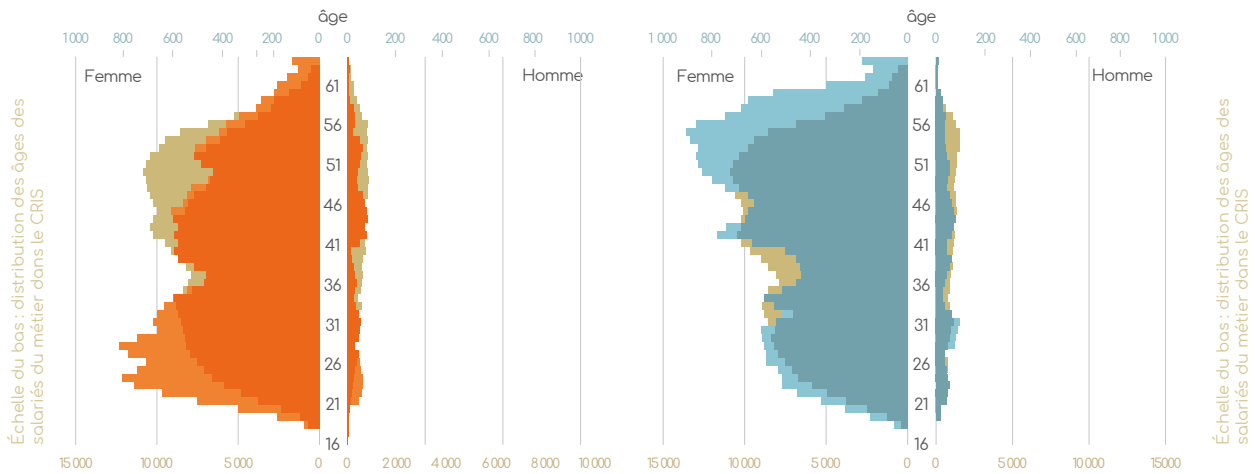
→ Effectifs et profil actuels

En 2014, la branche de l'hospitalisation privée compte 28 536 aides-soignants dans le secteur sanitaire et 25 356 dans le secteur médico-social. La féminisation du métier est particulièrement marquée, avec 92% de femmes exerçant comme aides-soignantes sur les deux secteurs.

Dans le secteur sanitaire de la branche, les aides-soignants se caractérisent par un profil plus âgé que la moyenne : 36% d'entre eux sont âgés de plus de 50 ans, contre 29% sur l'ensemble des salariés du secteur sanitaire de la branche. A l'inverse, les aides-soignants sont en moyenne plus jeunes dans le secteur médico-social : 30% d'entre eux ont moins de 30 ans, contre 27% sur l'ensemble des métiers du secteur médico-social.

Seuls 7% des aides-soignants de la branche exercent à temps partiel contre 18% en moyenne dans le secteur sanitaire et 9% dans le secteur médico-social. Les conditions d'emploi diffèrent toutefois entre les deux secteurs. La part des aides-soignants employés en CDI est ainsi plus faible dans le secteur médico-social (83%), que dans le sanitaire (95%).

Pyramide des âges des aides-soignants dans le secteur sanitaire (en bleu) et médico-social (en orange)

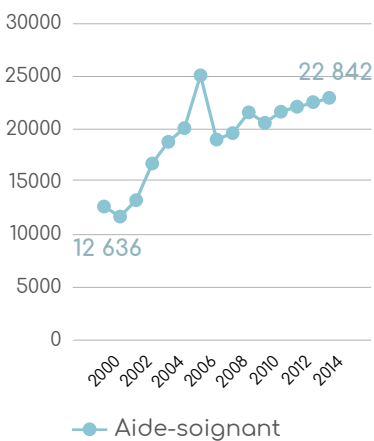


→ Formation initiale actuelle

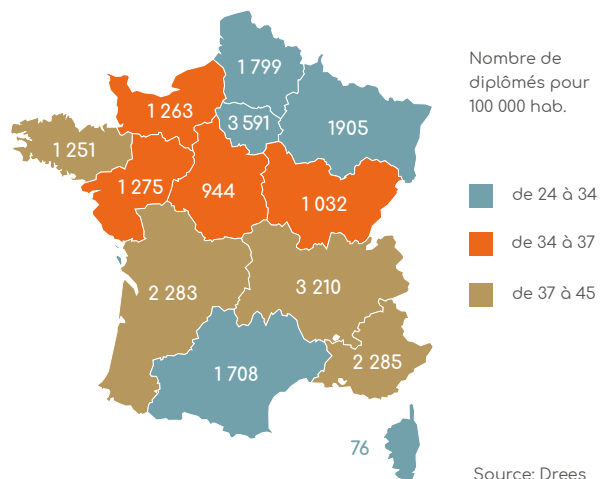
L'exercice du métier d'aide-soignant nécessite l'obtention d'un diplôme d'Etat de niveau V. Le public en formation est souvent demandeur d'emploi, et une partie importante est titulaire du baccalauréat. Le nombre de diplômés a fortement progressé depuis 15 ans, passant de 12 636 en 2000 à 22 842 en 2014 (source : Drees).

Diplôme d'aide-soignant : évolution annuelle et répartition régionale

Evolution du nombre annuel de diplômés aides-soignants entre 2000 et 2014



Nombre et densité de diplômés aides-soignants par région en France en 2014



→ Formation continue actuelle

Les principaux thèmes de formation continue suivie par les aides-soignants de la branche concernent la gériatrie, l'hygiène, la relation patient, et le perfectionnement sur des actes techniques (toilettes, repas, etc.). Les aides-soignants ont la possibilité de se spécialiser via la formation d'assistant de soins en gérontologie. Selon l'enquête Ehpa de la Drees, 17% des aides-soignants actuellement en poste dans les EHPAD de la branche ont suivi cette spécialisation.

→ Recrutements

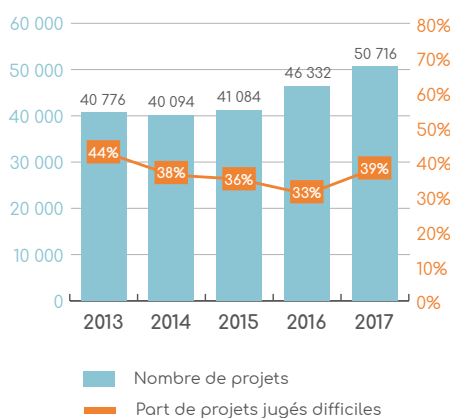
Au cours des 5 dernières années, tous secteurs d'activité confondus, les intentions d'embauche déclarées par l'ensemble des employeurs pour le métier d'aide-soignant ont connu une augmentation notable : si près de 41 000 intentions d'embauche étaient recensées en 2013, celles-ci atteignent 51 000 en 2017, soit une progression de près d'un quart (source: BMO 2013-2017).

Dans les établissements de la branche, le métier d'aide-soignant est celui qui concentre le plus de projets de recrutement en 2018 dans le secteur médico-social, soit 3 200 sur les 7 500 projets recensés (source : enquête Quadrat-Études menée dans le cadre de cette étude).

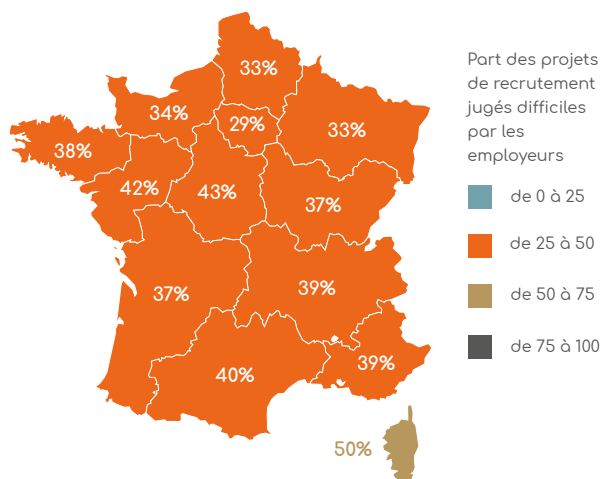
Le recrutement des aides-soignants est soumis à une régulation publique via le nombre de places autorisées en cursus de formation initiale. Rationné sur le marché du travail, ce métier est fortement demandé par des employeurs hors branche (divers établissements et services sanitaires et sociaux à statut public ou associatif), d'où des tensions élevées sur les recrutements partout dans l'économie. L'indicateur de tension disponible par l'enquête BMO s'est toutefois réduit sur la période récente: 44% des intentions d'embauche d'aides-soignants étaient jugées difficiles en 2013, contre 39% en 2017. Le secteur médico-social reste durablement affecté par la difficulté à recruter des aides-soignants en raison d'un déficit d'attractivité, en raison notamment des conditions d'emploi proposées (rémunération, horaires et temps de travail...) et de la pénibilité des tâches (manipulation de patients lourdement dépendants, relation à la fin de vie...).

Projets de recrutement des aides-soignants

Nombre et part des projets de recrutement jugés difficiles entre 2013 et 2017



Part des projets de recrutement jugés difficiles par région en moyenne 2015-2017



Source : enquête BMO 2013 à 2017, Pôle emploi

Le métier à horizon 2025

→ Prévisions d'effectifs

A horizon 2025, le nombre d'aides-soignants devrait demeurer stable dans les établissements sanitaires (d'après les prévisions réalisées, il s'établirait à 28 400 salariés, soit un effectif proche de celui employé aujourd'hui) et augmenter dans le secteur médico-social de la branche (l'effectif de branche atteindrait 29 500 contre un peu moins de 25 000 aujourd'hui).

→ Evolutions prospectives du métier

Dans un contexte d'alourdissement du profil des patients/résidents, le métier d'aide-soignant devra sans doute évoluer vers une maîtrise plus poussée des gestes techniques. Le rôle des aides-soignants devrait également intégrer davantage la composante sociale et relationnelle du métier : répondre aux besoins d'information des patients/résidents... Dans ce contexte, les aides-soignants pourraient être amenés à participer davantage aux échanges relatifs aux soins des patients/résidents au sein de l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge et le besoin de coordination avec les IDE devrait se renforcer. Enfin, l'aide-soignant pourrait développer son autonomie dans le cadre de la réglementation en vigueur : cela pourrait passer par exemple par le développement du tutorat et, le cas échéant, la mise en œuvre de son rôle propre si celui-ci était établi par la loi.

→ Evolutions prospectives de la formation initiale

Une fusion avec le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture est actuellement en cours, avec une révision du référentiel de compétences et d'actes. Deux compétences supplémentaires ont été ajoutées : l'animation et le tutorat.

A moyen terme, il est possible que la réingénierie des métiers sanitaires et sociaux de niveau V se poursuive, avec la création d'un diplôme unique de niveau V, transverse aux secteurs sanitaire et social, par fusion entre le diplôme d'aide-soignant (sanitaire) avec celui de d'accompagnant éducatif et social (social). Par ailleurs, l'aide-soignant pourrait se voir attribuer un rôle propre.

Enjeux pour la branche de l'hospitalisation privée

Trois principaux enjeux de la branche relatifs au métier d'aide-soignant peuvent être dégagés.

Premièrement, la branche pourrait encourager le renforcement des compétences spécifiques à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, la formation initiale rénovée (en cours de préparation) risquant de rester insuffisante par rapport aux besoins de compétences spécifiques aux EHPAD, la spécialisation d'assistant de soins en gérontologie étant quant à elle fortement orientée sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Ensuite, la branche pourrait réfléchir à la question des recrutements : les établissements de l'hospitalisation privée devront répondre à des besoins d'emploi élevés, malgré la concurrence d'autres contextes (domicile...), un fort déficit d'attractivité des EHPAD, et des trajectoires professionnelles moins linéaires.

Enfin, dans une perspective d'accompagnement des carrières, ce métier pose la question de l'aménagement de passerelles permettant d'évoluer vers d'autres métiers du soin. En particulier, l'évolution vers le métier d'IDE constitue une attente fréquente, mais représente un investissement conséquent.

ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL

Le métier aujourd'hui

→ Description du métier

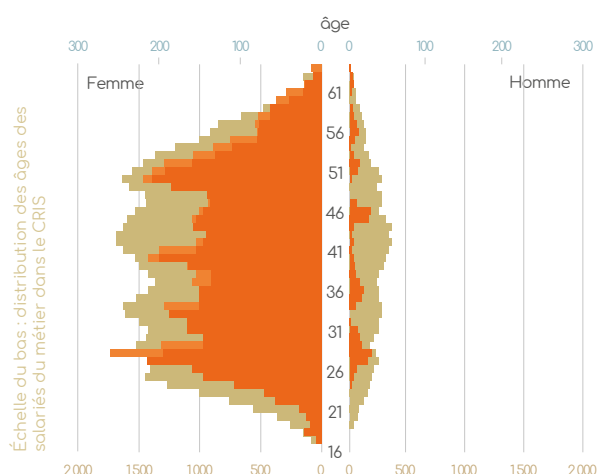
Le métier d'accompagnant éducatif et social fusionne depuis 2016 les métiers d'aide médico-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale. Il a pour rôle l'accompagnement aux gestes essentiels du quotidien (toilette, repas, déplacements...) et l'aide à la vie sociale en compensation d'un handicap, quelles qu'en soient l'origine ou la nature.

→ Effectifs et profil actuels

Ce métier concerne quasi-exclusivement les établissements médico-sociaux. En 2014, on compte 300 ex-AVS dans le secteur sanitaire et 9 500 ex-AMP dans le secteur médico-social (source : DADS 2014).

La distribution par âge est proche de celle de l'ensemble des salariés de la branche. Les ex-AMP ont toutefois une ancienneté relativement élevée : 21% d'entre eux exercent depuis plus de 20 ans, contre 10% sur l'ensemble. Le travail en CDI et à temps complet est très répandu.

Pyramide des âges des accompagnants éducatifs et sociaux (ex-AMP)



→ Formation initiale actuelle

L'exercice du métier d'accompagnant éducatif et social nécessite l'obtention d'un diplôme d'Etat de niveau V, qui résulte de la fusion en 2016 des diplômes d'AVS et d'AMP. Les statistiques de la Drees indiquent que le public suivant ce cursus de formation est en majorité salarié ou demandeur d'emploi, avec un niveau généralement égal au CAP ou au bac.

Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014. Effectifs présents au 01/12, personnes physiques

→ Formation continue actuelle

Les principaux thèmes des formations continues suivies par les AES de la branche concernent la gériatrie (alimentation, maladie d'Alzheimer...), la douleur, l'hygiène, et le perfectionnement sur des actes techniques (toilettes, repas...).

Les accompagnants éducatifs et sociaux ont la possibilité de se spécialiser via la formation d'assistant de soins en gérontologie. Selon l'enquête Ehpa de la Drees, c'est le cas de 20% des AES en poste dans les EHPAD de la branche.

→ Recrutements

Le secteur médico-social de la branche connaît des difficultés importantes de recrutement sur ce métier. 80% des répondants à l'enquête réalisée dans le cadre de cette étude déclaraient comme difficiles les projets de recrutement d'AES.

Le recrutement des AES est soumis à une régulation publique via le nombre de places autorisées en cursus de formation initiale. Rationné sur le marché du travail, ce métier est fortement demandé par des employeurs hors branche (divers établissements et services sanitaires et sociaux à statut public ou associatif, en particulier dans le champ du handicap), d'où des tensions élevées sur les recrutements partout dans l'économie. Comme pour les aides-soignants, le secteur médico-social de la branche est particulièrement affecté par la difficulté à recruter des AES en raison d'un déficit d'attractivité par rapport aux autres contextes d'emploi.

Le métier à horizon 2025

→ Prévisions d'effectifs

A horizon 2025, le nombre d'AES dans la branche devrait atteindre 15 800 personnes physiques, soit une augmentation notable par rapport aux effectifs actuels (9 800).

→ Evolutions prospectives du métier

Les AES pourraient être amenés à assumer des responsabilités accrues dans l'accompagnement des personnes atteintes de neurodégénérescences (unités spécialisées, accueil de jour...). Dans un contexte général d'alourdissement du profil des patients/résidents, ces professionnels devront sans doute gagner en maîtrise des gestes techniques. Enfin, les besoins de coordination avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire devraient être appelés à se renforcer.

→ Evolutions prospectives de la formation initiale

A moyen terme, il est possible que la réingénierie des métiers sanitaires et sociaux de niveau V se poursuive, avec la création d'un diplôme unique de niveau V, transverse aux secteurs sanitaire et social, par fusion entre le diplôme d'aide-soignant (sanitaire) avec celui d'accompagnant éducatif et social (social). Ce métier pourrait se voir attribuer un rôle propre.

Enjeux pour la branche de l'hospitalisation privée

Deux principaux enjeux de la branche relatifs au métier d'AES peuvent être dégagés. Tout comme le métier d'aide-soignant, les établissements de la branche devront répondre à des besoins d'emploi élevés, malgré la concurrence d'autres contextes d'intervention (domicile, handicap...) et des trajectoires professionnelles moins linéaires. Dans une perspective d'accompagnement des carrières, ce métier pose également la question de l'aménagement de passerelles permettant d'évoluer vers d'autres métiers concourant aux soins, notamment dans le champ de l'animation (animateur) ou encore de la rééducation (psychomotricien ou ergothérapeute par exemple).

INFIRMIER

Le métier aujourd'hui

→ Description du métier

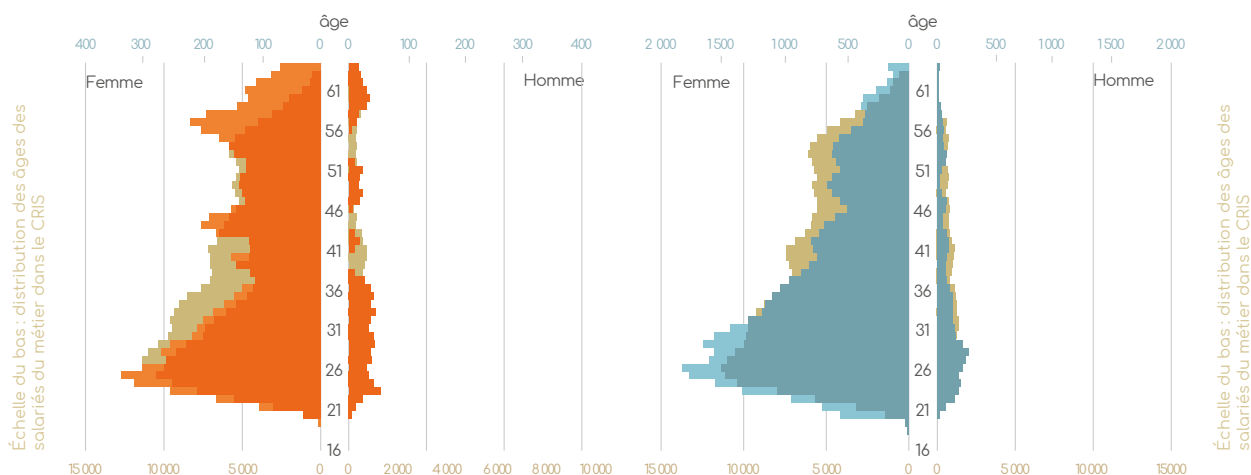
L'infirmier organise et dispense des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. Il participe également à différentes actions dans le domaine des soins, notamment en matière de prévention et d'éducation de la santé, d'information et de coordination du parcours, de formation, ou encore d'encadrement (aides-soignants...).

→ Effectifs et profil actuels

En 2014, on compte 45 700 infirmiers dans le secteur sanitaire, et 8 600 dans le secteur médico-social. 90% des IDE sont des femmes. Ce métier regroupe des profils relativement plus jeunes et récents dans leur poste que les autres métiers de la branche : 78% des IDE du médico-social exercent leur profession depuis moins de 5 ans, et 59% dans le secteur sanitaire.

Par ailleurs, plus de 40% d'entre eux dans les deux secteurs ont des horaires variables ou alternés, contre 30% sur l'ensemble de la branche. L'emploi à temps partiel est par ailleurs très fréquent dans le secteur médico-social : 40% des IDE travaillent à temps partiel, contre 23% sur l'ensemble des salariés de la branche dans ce secteur (source : DADS 2014).

Pyramide des âges des IDE dans le secteur sanitaire (en bleu) et médico-social (en orange)



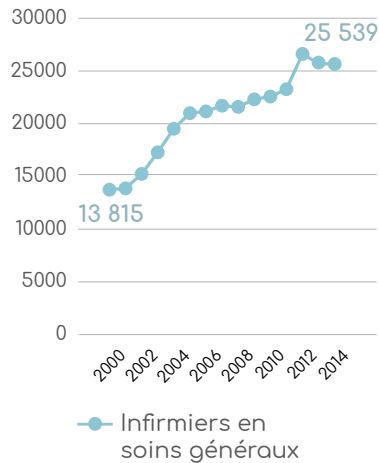
Source : Traitement Quadrot-études sur données DADS 2014. Effectifs présents au 01/12, personnes physiques

→ Formation initiale actuelle

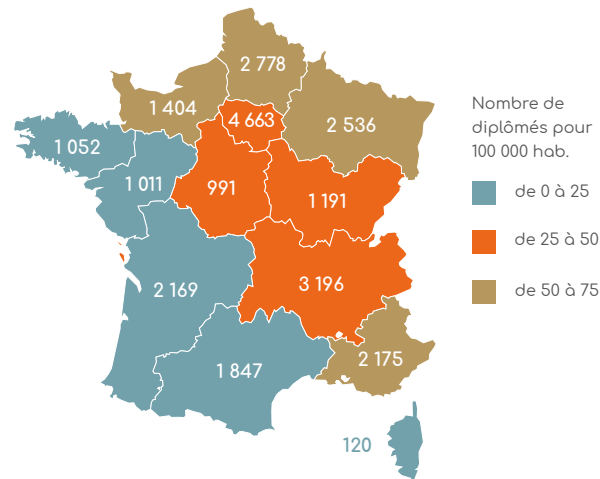
L'exercice de la profession nécessite l'obtention d'un diplôme d'Etat. Selon les données publiées par la Drees, les publics dans ce cursus sont généralement dans le cadre de la formation initiale. Depuis 15 ans, une forte progression des diplômés infirmiers a été observée, passant de 13 815 en 2000 à 25 539 en 2014.

Diplôme d'IDE : évolution annuelle et répartition régionale

Evolution du nombre annuel de diplômés IDE entre 2000 et 2014



Nombre et densité de diplômés IDE par région en France en 2014



→ Formation continue actuelle

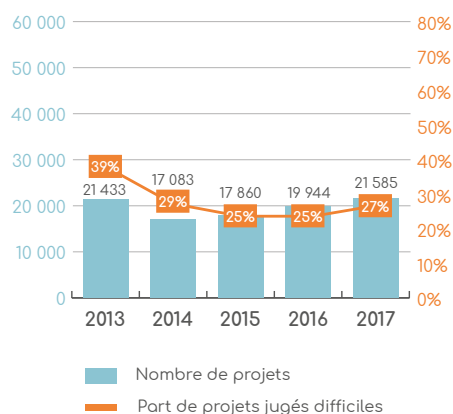
Les principaux thèmes des formations continues suivies par les infirmiers en soins généraux de la branche relèvent des soins et de la sécurité. Ces derniers ont par ailleurs la possibilité de développer des « compétences associées » via des diplômes universitaires (hygiène, soins palliatifs, management...) ou des certificats (hygiéniste, clinicien, consultation infirmière...). Les infirmiers en soins généraux peuvent également se spécialiser via les diplômes d'Etat d'IBODE, de puéricultrice et d'IADE.

→ Recrutements

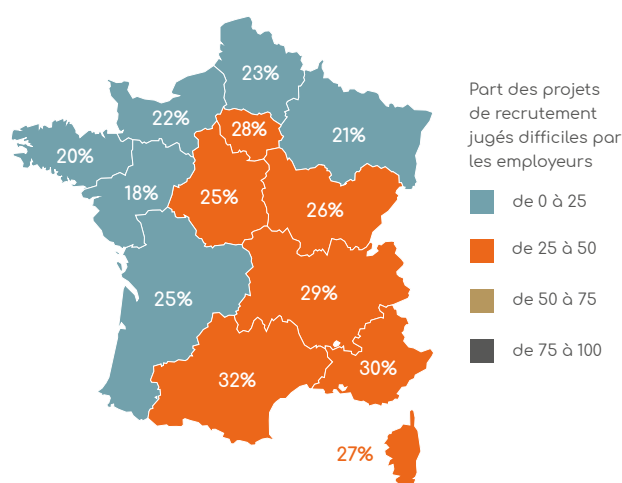
Le recrutement des infirmiers est soumis à une régulation publique via des quotas annuels en cursus de formation. Rationné sur le marché du travail, ce métier est fortement demandé dans l'ensemble de l'économie (divers établissements et services à statut public ou associatif, en particulier dans le sanitaire, secteur libéral), d'où des tensions élevées sur les recrutements partout dans l'économie. L'indicateur de tensions de recrutement (part des projets de recrutement jugés difficiles) a toutefois progressivement diminué entre 2013 et 2016 pour le métier d'IDE, tous secteurs confondus. Ces difficultés de recrutement varient selon les régions : la valeur de l'indicateur de tension de recrutement, de 26% en moyenne nationale, varie entre le quart nord du pays (valeur inférieure à la moyenne nationale) et le reste, avec un maximum atteint en Occitanie (32%).

Projets de recrutement des IDE

Nombre et part des projets de recrutement jugés difficiles entre 2013 et 2017



Part des projets de recrutement jugés difficiles par région, en moyenne 2015-2017



Le métier à horizon 2025

→ Prévisions d'effectifs

En 2014, on compte 45 700 infirmiers dans le secteur sanitaire, et 8 600 dans le secteur médico-social. A horizon 2025, le nombre d'IDE devrait légèrement diminuer par rapport à 2014, pour atteindre 41 600 effectifs en personnes physiques dans le secteur sanitaire. Il devrait augmenter dans le secteur médico-social, jusqu'à atteindre 11 300 effectifs en personnes physiques en 2025.

→ Evolutions prospectives du métier

A moyen terme, le métier d'IDE pourrait connaître des évolutions importantes. Dans un contexte d'alourdissement du profil des patients/résidents, les IDE vont devoir gagner en maîtrise des gestes techniques. Le rôle des IDE serait par ailleurs particulièrement impacté par l'évolution des prises en charge en établissement : raccourcissement des durées de séjours et élargissement des prises en charge en ambulatoire, développement de l'e-santé (suivi des patients ou résidents avec des objets connectés...). Ces évolutions devraient conduire les professionnels à exercer une responsabilité accrue dans le suivi du projet de soins, à mettre en œuvre une plus forte dimension relationnelle (par exemple, rôle accru d'information du patient dans le cadre de la prise en charge ambulatoire), tout comme les amener à gérer plus de tâches administratives ou informatiques relatives à la gestion des dossiers des patients. Les besoins de coordination avec les autres membres d'une équipe pluridisciplinaire devraient également affecter le contenu du métier d'IDE.

→ Evolutions prospectives de la formation initiale

Une réingénierie des formations d'IBODE et de puéricultrice est actuellement en cours, vers un diplôme de niveau master, à l'instar de la formation d'IADE. De plus, le métier d'infirmier de pratique avancée (IPA) pourrait être reconnu suite à la loi de 2016 (le décret est actuellement en attente). Le métier d'IPA devrait se décliner sous deux versants : clinicien (spécialisation sur des situations complexes, par exemple la cancérologie) et praticien (extension du champ de compétence, avec notamment droit à la prescription).

Enjeux pour la branche de l'hospitalisation privée

Trois enjeux majeurs pour la branche relatifs au métier d'IDE peuvent être énoncés.

Tout d'abord, il s'agit d'accompagner les professionnels en poste face aux changements rapides dans les modes de prise en charge, qui représentent souvent une véritable transformation culturelle (ambulatoire et réduction des durées de séjour...).

Une autre problématique rencontrée concerne l'entrée dans la vie active et l'adaptation aux conditions réelles d'exercice pour les jeunes diplômés, compte tenu du décalage souvent constaté entre les besoins de compétences des établissements et la formation initiale des IDE.

Enfin, la branche pourrait réfléchir à la question de l'intégration du nouveau métier d'infirmier de pratique avancée en cours de reconnaissance.

ANNEXE

EFFECTIFS SALARIÉS
DE LA BRANCHE
À UN NIVEAU
DÉTAILLÉ



1. EFFECTIFS DÉTAILLÉS PAR MÉTIER

PRÉSENTATION DE LA NOMENCLATURE DES MÉTIERS

Une nomenclature des métiers de la branche de l'hospitalisation privée est construite dans le cadre de cette étude pour réaliser l'analyse par métier. Cette nomenclature est commune aux deux secteurs de la branche. Sa construction a pris en compte :

- la classification des emplois dans la convention collective nationale de l'hospitalisation privée,
- la nomenclature des emplois dans l'appareil de statistique publique générale (Insee) et spécifique santé/action sociale (Drees),
- le cadre réglementaire des professions sanitaires et sociales.

La nomenclature est structurée en trois familles de métiers : personnel soignant et concourant aux soins, personnel éducatif et social / d'hébergement, personnel administratif et technique.

Intitulé du métier	Description	Secteur
Personnel soignant et concourant aux soins		
Médecin	Médecins, internes de médecine	Sanitaire et médico-social
Sage-femme	Sages-femmes	Sanitaire exclusivement
Pharmacien	Pharmaciens	Sanitaire principalement
Infirmier spécialisé	Infirmiers-anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, puéricultrices, infirmiers psychiatriques	Sanitaire principalement
Infirmier en soins généraux	Infirmiers en soins généraux	Sanitaire et médico-social
Spécialiste de la rééducation	Masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et diététiciens	Sanitaire et médico-social
Psychologue	Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non médecins)	Sanitaire et médico-social
Aide-soignant	Aides-soignants	Sanitaire et médico-social
Aide médico-psychologique	Aides médico-psychologiques / Accompagnants éducatifs et sociaux "structures collectives"	Sanitaire et médico-social
Auxiliaire de puériculture	Auxiliaires de puériculture	Sanitaire exclusivement
Technicien médical et aide technicien médical	Manipulateurs en électroradiologie, aides de techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage	Sanitaire principalement
Préparateur en pharmacie	Préparateurs en pharmacie	Sanitaire principalement
Agent de service hospitalier	Agents de service hospitalier	Sanitaire exclusivement
Personnel d'encadrement des services de soins	Cadres infirmiers et assimilés	Sanitaire et médico-social

Intitulé du métier	Description	Secteur
Personnel éducatif et social / d'hébergement		
Assistant social	Assistants de service social	Sanitaire et médico-social
Animateur	Animateurs socioculturels et de loisirs	Sanitaire et médico-social
Auxiliaire de vie et autre agent d'accompagnement	Auxiliaires de vie sociale / Accompagnants éducatifs et sociaux "domicile"	Médico-social principalement
Cuisinier et commis de cuisine	Cuisiniers et commis de cuisine	Sanitaire et médico-social
Agent de service hôtelier	Agents de service hôtelier (médico-social)	Médico-social exclusivement
Agent de service général (cuisine, buanderie...)	Agents de cuisine, agents de buanderie...	Sanitaire et médico-social
Personnel administratif et technique		
Secrétaire, agent administratif et comptable	Secrétaires, employés administratifs, employés des services comptables ou financiers...	Sanitaire et médico-social
Agent d'accueil	Agents d'accueil, standardistes, réceptionnistes	Sanitaire et médico-social
Ouvrier ou technicien de l'entretien et de la maintenance	Ouvriers qualifiés de l'entretien général des bâtiments, techniciens de maintenance, électriciens, peintres, jardiniers...	Sanitaire et médico-social
Autre personnel administratif ou technique	Ingénieurs et cadres de la maintenance, techniciens divers, magasiniers, informaticiens, agents de sécurité...	Sanitaire et médico-social
Cadre administratif, direction et siège	Cadres des services administratifs et financiers, cadres des ressources humaines, juristes, cadres commerciaux...	Sanitaire et médico-social

EFFECTIFS DÉTAILLÉS PAR MÉTIER

Intitulé du métier	Secteur sanitaire	Secteur médico-social
Personnel soignant et concourant aux soins		
Médecin	2 652	1 128
Sage-femme	2 640	-
Pharmacien	1 200	ns
Infirmier spécialisé	4 308	ns
Infirmier en soins généraux	41 388	8 604
Spécialiste de la rééducation	2 892	744
Psychologue	1 092	1 356
Aide-soignant	28 536	25 356
Aide médico-psychologique	240	6 372
Auxiliaire de puériculture	1 776	-
Technicien médical et aide technicien médical	1 632	ns
Préparateur en pharmacie	1 752	-
Agent de service hospitalier	21 216	-
Personnel d'encadrement des services de soins	2 124	876
Personnel éducatif et social / d'hébergement		
Assistant social	492	ns
Animateur	444	2 136
Auxiliaire de vie et autre agent d'accompagnement	ns	3 072
Cuisinier et commis de cuisine	972	2 760
Agent de service hôtelier	-	39 972
Agent de service général (cuisine, buanderie...)	948	2 808
Personnel administratif et technique		
Secrétaire, agent administratif et comptable	15 216	4 380
Agent d'accueil	2 148	1 008
Ouvrier ou technicien de l'entretien et de la maintenance	1 740	1 776
Autre personnel administratif ou technique	1 632	420
Cadre administratif, direction et siège	1 956	2 268
Ensemble		
Ensemble des salariés	139 575	106 404

Source : Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014.
Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

2. EFFECTIFS DÉTAILLÉS PAR RÉGION ET PAR DÉPARTEMENT

Région	Département		Secteur sanitaire	Secteur médico- social	Ensemble branche
Ile-de-France	75	Paris	3 540	2 080	5 620
	77	Seine-et-Marne	1 836	2 549	4 385
	78	Yvelines	3 084	3 119	6 203
	91	Essonne	3 012	2 835	5 847
	92	Hauts-de-Seine	3 744	3 444	7 188
	93	Seine-Saint- Denis	4 500	1 032	5 532
	94	Val-de-Marne	2 532	1 396	3 928
	95	Val-d'Oise	2 244	2 087	4 331
Ile de France			24 492	18 542	43 034
Centre-Val de Loire	18	Cher	372	312	684
	28	Eure-et-Loir	612	624	1 236
	36	Indre	230	168	398
	37	Indre-et-Loire	1 464	1 512	2 976
	41	Loir-et-Cher	996	504	1 500
	45	Loiret	1 296	1 124	2 420
Centre-Val de Loire			4 970	4 244	9 214
Bourgogne Franche-Comté	21	Côte-d'Or	1 440	707	2 147
	25	Doubs	1 188	287	1 475
	39	Jura	156	312	468
	58	Nièvre	516	412	928
	70	Haute-Saône	204	84	288
	71	Saône-et-Loire	1 140	1 361	2 501
	89	Yonne	576	676	1 252
	90	Territoire de Belfort	24	0	24
Bourgogne Franche Comté			5 244	3 839	9 083
Normandie	14	Calvados	1 308	2 244	3 552
	27	Eure	468	1 008	1 476
	50	Manche	1 176	569	1 745
	61	Orne	216	401	617
	76	Seine-Maritime	3 600	1 460	5 060
Normandie			6 768	5 683	12 451

Hauts-de-France	2	Aisne	372	1 212	1 584
	59	Nord	5 016	2 248	7 264
	60	Oise	972	1 264	2 236
	62	Pas-de-Calais	2 520	1 348	3 868
	80	Somme	1 068	504	1 572
Hauts-de-France			9 948	6 576	16 524
Grand Est	8	Ardennes	312	348	660
	10	Aube	468	624	1 092
	51	Marne	1 560	804	2 364
	52	Haute-Marne	276	72	348
	54	Meurthe-et-Moselle	1 464	833	2 297
	55	Meuse	0	36	36
	57	Moselle	984	168	1 152
	67	Bas-Rhin	600	203	803
	68	Haut-Rhin	264	516	780
	88	Vosges	540	240	780
Grand Est			6 468	3 844	10 312
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	3 024	4 312	7 336
	49	Maine-et-Loire	2 006	1 733	3 739
	53	Mayenne	288	300	588
	72	Sarthe	1 106	636	1 742
	85	Vendée	564	996	1 560
Pays de la Loire			6 987	7 977	14 965
Bretagne	22	Côtes-d'Armor	600	1 073	1 673
	29	Finistère	2 064	348	2 412
	35	Ille-et-Vilaine	1 476	785	2 261
	56	Morbihan	768	948	1 716
Bretagne			4 908	3 155	8 063
Nouvelle Aquitaine	16	Charente	600	1 132	1 732
	17	Charente-Maritime	804	2 508	3 312
	19	Corrèze	996	84	1 080
	23	Creuse	96	77	173
	24	Dordogne	660	1 139	1 799
	33	Gironde	3 564	3 941	7 505
	40	Landes	876	72	948
	47	Lot-et-Garonne	684	492	1 176
	64	Pyrénées-Atlantiques	2 916	1 332	4 248
	79	Deux-Sèvres	375	636	1 011
	86	Vienne	660	1 584	2 244
	87	Haute-Vienne	1 008	84	1 092
Nouvelle Aquitaine			13 239	13 082	26 321

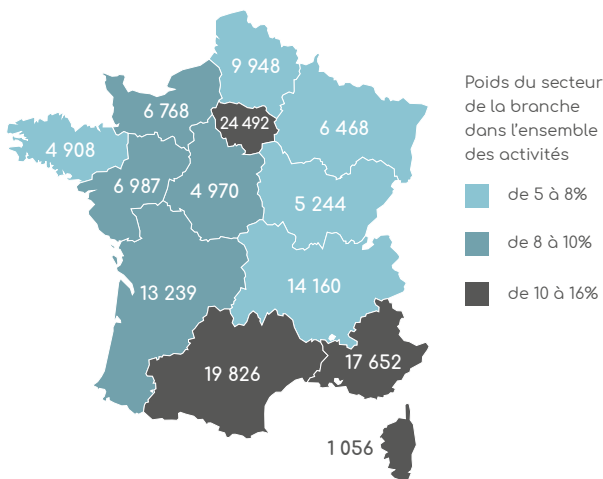
Occitanie	9	Ariège	12	204	216
	11	Aude	912	999	1 911
	12	Aveyron	0	269	269
	30	Gard	1 788	708	2 496
	31	Haute-Garonne	6 590	4 217	10 807
	32	Gers	300	300	600
	34	Hérault	5 040	2 133	7 173
	46	Lot	108	84	192
	48	Lozère	12	72	84
	65	Hauts-Pyrénées	744	509	1 253
	66	Pyrénées-Orientales	2 436	1 044	3 480
	81	Tarn	960	1 313	2 273
	82	Tarn-et-Garonne	924	156	1 080
Occitanie			19 826	12 010	31 835
Auvergne Rhône-Alpes	1	Ain	840	917	1 757
	3	Allier	636	653	1 289
	7	Ardèche	756	396	1 152
	15	Cantal	420	192	612
	26	Drôme	588	528	1 116
	38	Isère	1 704	576	2 280
	42	Loire	1 488	1 236	2 724
	43	Haute-Loire	108	113	221
	63	Puy-de-Dôme	1 284	653	1 937
	69	Rhône	3 852	4 042	7 894
	73	Savoie	720	168	888
	74	Haute-Savoie	1 764	723	2 487
Auvergne Rhône-Alpes			14 160	10 198	24 358
Provence - Alpes - Côtes-d'Azur	4	Alpes-de-Haute-Provence	468	372	840
	5	Hautes-Alpes	516	120	636
	6	Alpes-Maritimes	3 072	4 102	7 174
	13	Bouches-du-Rhône	9 084	6 659	15 743
	83	Var	3 204	3 304	6 508
	84	Vaucluse	1 308	976	2 284
Provence-Alpes-Côte d'Azur			17 652	15 533	33 185
Corse	2A	Corse-du-Sud	468	120	588
	2B	Haute-Corse	588	336	924
Corse			1 056	456	1 512
TOTAL		France	139 575	106 404	245 980

Source : Traitement Quadrot-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014.
Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

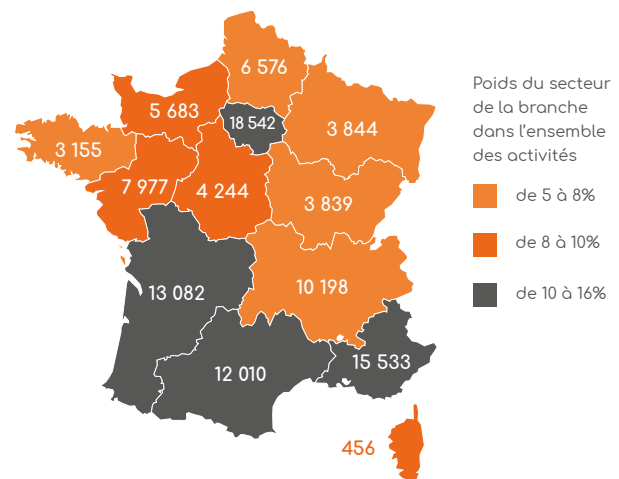
3. CARTES DES EFFECTIFS DE LA BRANCHE ET POIDS DANS L'ENSEMBLE DU DOMAINE D'ACTIVITÉ

CARTES RÉGIONALES

SECTEUR SANITAIRE

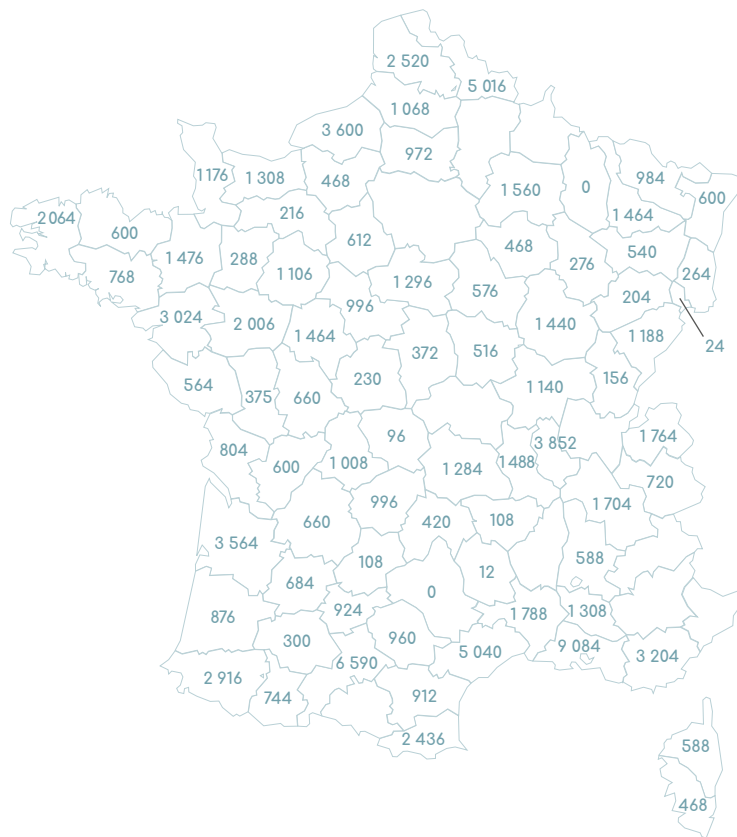


SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

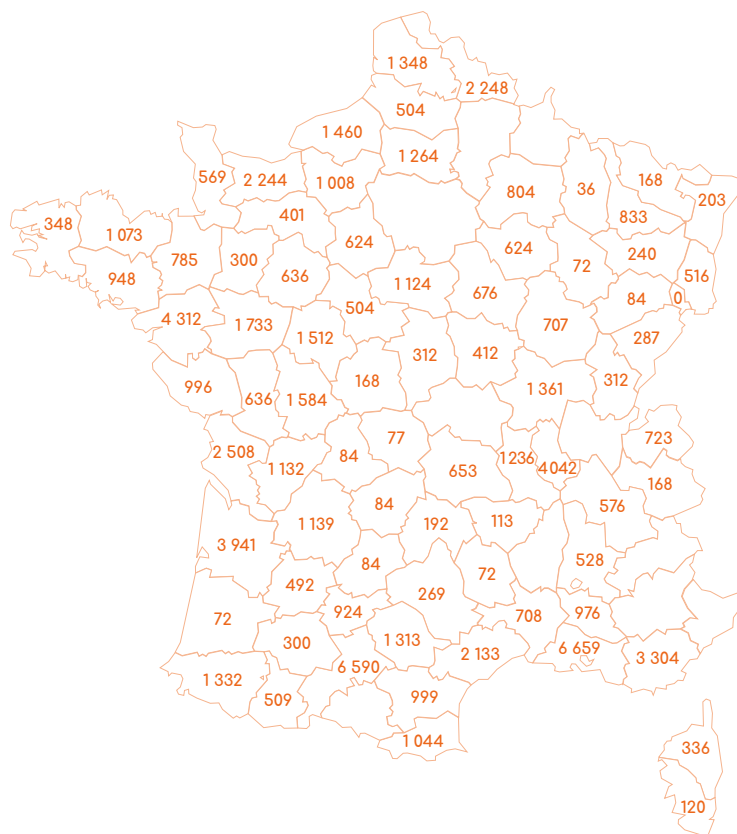
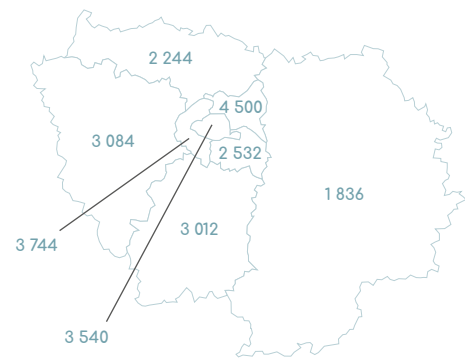


Source : Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014 et enquête Emploi 2014. Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

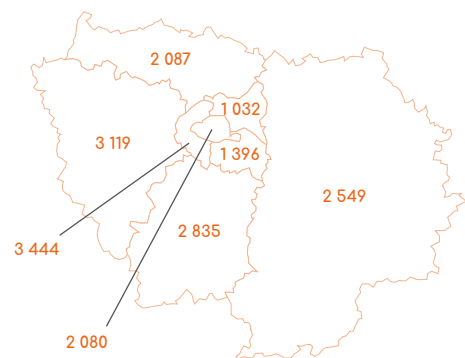
CARTES DÉPARTEMENTALES



SECTEUR
SANITAIRE



SECTEUR
MÉDICO-SOCIAL



Source: Traitement Quadrat-études sur données DADS 2014.
Effectifs présents au 01/12 en personnes physiques

Étude réalisée par



QUADRAT ETUDES
45, Rue de Lyon - 75012 Paris



4, rue du colonel Driant, 75001 Paris | Tél. : 01 53 00 87 54 |