



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale

ANNEXE IV Productivité des ressources humaines hospitalières

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**
Charles-Henry **GLAISE**
Matthieu **LECLERCQ**
Nicolas **SALEILLE**
Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**
Paul-Marie **ATGER**
Pierre **RICORDEAU**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale des
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

RAPPORT

**FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE
DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE
PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE**
**Annexe IV Productivité des
ressources humaines hospitalières**

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Data scientist

MOUAD **EL ISSAMI**
Data scientist

Sous la supervision de
ANNE **PERROT**
Inspectrice générale des
finances

MATHIAS **ALBERTONE**
Inspecteur général des affaires
sociales

PIERRE **RICORDEAU**
Inspecteur général des affaires
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**
Inspecteur des affaires
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

ANNEXE IV

Productivité des ressources humaines hospitalières

SOMMAIRE

1. L'ANALYSE DE LA PRODUCTIVITÉ MÉDICALE ET PARAMÉDICALE PRÉSENTE DES LIMITES NOTAMMENT EN MATIÈRE DE QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ET DE LA NATURE DES ACTIVITÉS ÉVALUÉES ET MALGRÉ LES NOMBREUSES DONNÉES DISPONIBLES	2
1.1. Plusieurs difficultés méthodologiques importantes se posent lorsqu'il s'agit d'évaluer la productivité du travail au sein des établissements de santé	2
1.2. L'analyse de la productivité apparente du travail doit tenir compte de la transformation profonde de l'activité et des prises en charge.....	4
1.3. Méthodologie de l'annexe.....	6
2. EN MCO, LA PRODUCTIVITÉ MÉDICALE A SIGNIFICATIVEMENT DÉCRU DEPUIS 2019, TANDIS QUE LA PRODUCTIVITÉ SOIGNANTE S'EST REDRESSÉE ..	7
2.1. Les indicateurs analysés indiquent tous une baisse significative de la productivité médicale depuis 2019.....	7
2.1.1. <i>Le développement de l'ambulatoire n'a pas permis de dynamiser le nombre de séjours par médecin, qui a baissé de -2,2 % entre 2019 et 2023</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>Le volume économique par médecin, qui avait progressé entre 2014 et 2018, a baissé de -9,4 % entre 2018 et 2023.....</i>	<i>13</i>
2.1.3. <i>Le nombre de lits ouverts par ETP médical a diminué, y compris dans les disciplines qui ne sont pas concernées par le virage ambulatoire</i>	<i>16</i>
2.2. La productivité du personnel paramédical affecté en MCO a retrouvé son niveau d'avant crise	18
2.2.1. <i>Depuis 2014, les effectifs soignants ont progressé moins vite que les effectifs médicaux.....</i>	<i>18</i>
2.2.2. <i>Le nombre de séjours de MCO par ETP infirmier a dépassé son niveau de 2019 dès 2022</i>	<i>21</i>
2.2.3. <i>Le nombre de journées de MCO rapportées aux ETP soignants a diminué sous l'effet du virage ambulatoire</i>	<i>23</i>
3. LA PRODUCTIVITÉ MÉDICALE A ÉGALEMENT BAISSÉ EN SMR.....	25

1. L'analyse de la productivité médicale et paramédicale présente des limites notamment en matière de qualité de l'offre de soins et de la nature des activités évaluées et malgré les nombreuses données disponibles

1.1. Plusieurs difficultés méthodologiques importantes se posent lorsqu'il s'agit d'évaluer la productivité du travail au sein des établissements de santé

L'Insee définit la productivité comme le rapport, en volume, entre une production et les ressources mises en œuvre pour l'obtenir. La productivité apparente du travail ne tient compte que du seul facteur travail comme ressource mise en œuvre. Elle est obtenue comme le rapport entre la valeur ajoutée et la quantité de travail utilisée pour la générer, et mesure la valeur créée par unité de travail. Cette productivité est dite « *apparente* », car elle constitue une mesure partielle de l'efficacité du processus de production, qui dépend de l'ensemble des facteurs de production et de la façon dont ils sont combinés. La productivité apparente du travail diffère ainsi de la productivité globale des facteurs, qui mesure l'efficacité avec laquelle ces facteurs sont combinés.

Au numérateur, la mesure de la production d'un établissement de santé n'est pas triviale¹. En effet, l'activité de soins ne peut pas être synthétisée de manière satisfaisante par le biais d'un indicateur unique. Plusieurs indicateurs doivent être analysés de concert pour capter finement la structure de l'activité et son évolution :

- ◆ **le nombre de séjours²** constitue la mesure la plus fruste de l'activité hospitalière. Il donne une indication sur le volume d'activité d'un établissement mais ne tient pas compte de la nature des actes réalisés, qui peuvent être plus ou moins intensifs en temps médical ou paramédical. Une opération de la cataracte sera par exemple décomptée comme un séjour au même titre que des interventions chirurgicales beaucoup plus lourdes. Trois catégories de séjours peuvent être saisies dans le PMSI : l'hospitalisation complète rassemble tous les séjours d'au moins une nuitée, tandis que l'hospitalisation ambulatoire comprend les séjours sans nuitée (sauf décès). Les séances désignent enfin une forme particulière de prise en charge ambulatoire³.
- ◆ **le nombre d'équivalents journées** permet de synthétiser l'évolution de l'activité associée aux hospitalisations complètes et aux hospitalisations en ambulatoire (un séjour en ambulatoire étant valorisé comme une demi-journée) en tenant compte de la durée de séjours. Cette mesure physique de l'activité présente l'avantage d'être facilement interprétable ;
- ◆ **le volume économique** correspond aux recettes d'activité, qui sont calculées en appliquant à chaque séjour le tarif associé. À la différence du nombre de séjours et de journées, il permet donc de tenir compte du différentiel de dépenses et donc de recettes d'assurance maladie associé aux pathologies traitées. Pour ses analyses, la mission a neutralisé les effets prix générés par les revalorisations annuelles de tarifs.

¹ Voir notamment « *Production hospitalière : comment la définir ?* », Carine Milcent, 2023, pré-publication, document de travail hal-04251542.

² Le séjour désigne la période pendant laquelle le patient est hospitalisé.

³ Les séances correspondent aux prises en charges répétitives, programmées et sans hébergement de nuit. Les séances les plus courantes sont la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Au dénominateur, la mesure de la quantité de travail nécessaire pour produire les soins pose aussi des difficultés de mesure :

- ◆ la réalisation des actes nécessite l'intervention de personnels dont les qualifications et les fonctions sont complémentaires (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.). La productivité du travail dépend donc non seulement de la quantité de travail, mais également de la nature de l'activité concernée et de la structure des emplois au sein des établissements concernés ;
- ◆ le nombre d'emplois à temps plein (ETP) ne mesure que le temps de travail « normal » des personnels de santé. Il ne tient pas compte du temps de travail additionnel (TTA) réalisé par le personnel médical ni les heures supplémentaires réalisées par le personnel non médical. La mission a toutefois étudié l'évolution du TTA et des indemnités horaires pour travaux supplémentaires (IHTS) à travers l'évolution des charges associées dans les comptes de gestion des établissements (cf. annexe II) ;
- ◆ les personnels de santé, qu'ils soient soignants ou non soignants, ne consacrent pas l'intégralité de leur temps de travail à la réalisation des soins. Les professionnels peuvent par exemple réaliser des consultations ou des actes au profit de patients non hospitalisés, ou encore participer à des activités de recherche ou de formation (notamment dans les CHU) qui ne sont pas valorisés dans le cadre de la T2A.

Enfin, la mesure de la productivité ne dit rien de la qualité des soins, qui fait également partie des objectifs poursuivis par les établissements de santé. Pour certaines activités (réanimation, obstétrique, chirurgie cardiaque et soins intensifs de cardiologie, hémodialyse), le code de la santé publique fixe ainsi des effectifs minimaux de personnels dont le respect conditionne la délivrance des autorisations d'exercice (ratios de sécurité). Par ailleurs, la loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé instaure de nouveaux ratios dits « de qualité » qui seront prochainement fixés par la HAS (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Présentation des nouvelles dispositions de la loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

L'objectif de la loi est de garantir dans les hôpitaux un nombre minimal de soignants par patient, afin d'assurer à la fois une prise en charge de qualité des malades et de meilleures conditions de travail aux personnels. Ces nouveaux ratios dits "de qualité" devront être fixés d'ici 2027. La loi traduit une des préconisations du rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur l'hôpital de 2022 : renforcer significativement le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants et mettre en place un mécanisme d'alerte lorsque le ratio « patients par soignant » dépasse un seuil critique.

Des **ratios dits « de sécurité »** existent dans les hôpitaux pour certaines activités ou spécialités (réanimation et soins intensifs, néonatalogie, grands brûlés...). À défaut d'un effectif minimal de soignants, l'activité de ces services est réduite, voire suspendue. La loi leur confère une base légale et prévoit qu'ils devront être fixés par décret pour cinq ans au maximum.

La loi institue, par ailleurs, de **nouveaux ratios dits « de qualité »**, en vue de garantir la qualité des soins et de bonnes conditions d'exercice pour les personnels soignants. De tels ratios qualitatifs existent déjà dans les faits mais ils sont jugés inapplicables tant par les soignants que par les directeurs d'hôpitaux.

- Pour chaque spécialité et type d'activité de soins hospitaliers, la Haute Autorité de santé (HAS) sera chargée d'établir au niveau national un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir "la qualité et la sécurité des soins".
- Les ratios de qualité seront fixés par décret pour une période maximale de cinq ans, après avis de la HAS. Ils tiendront compte de la charge de soins liée à l'activité et pourront distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'hôpital. Cette période maximale de cinq ans permettra de réviser régulièrement les ratios au regard de l'évolution des pratiques médicales et des besoins constatés.

Annexe IV

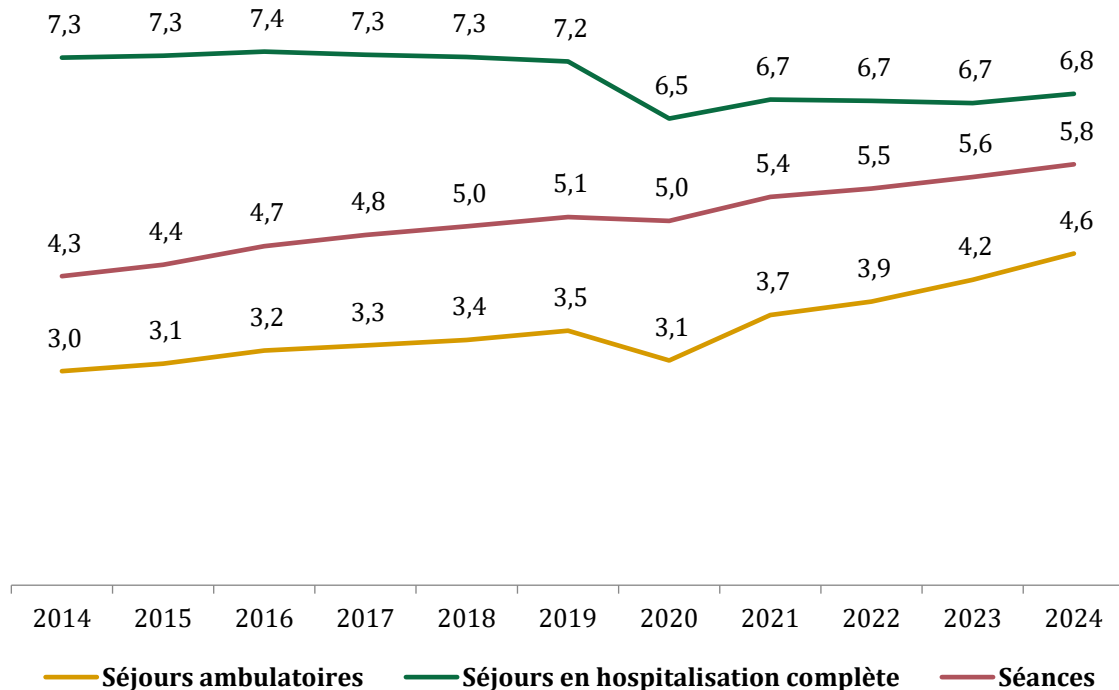
- Les commissions médicales (CME) et les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) des hôpitaux devront approuver le schéma d'organisation des soins au regard des nouveaux ratios de qualité définis.
- Un mécanisme d'alerte est prévu : les directeurs d'hôpitaux devront informer l'agence régionale de santé (ARS) en cas d'incapacité prolongée (fixée à plus de trois jours) pour une unité de soins de respecter les ratios qualitatifs. Cette procédure n'entraînera pas toutefois de fermeture de lits ou de réduction d'activité, comme c'est le cas lorsque les ratios sécuritaires ne sont plus remplis.

La mise en œuvre opérationnelle de ces ratios qualitatifs est fixée au 1^{er} janvier 2027.

1.2. L'analyse de la productivité apparente du travail doit tenir compte de la transformation profonde de l'activité et des prises en charge

La productivité hospitalière ne peut être analysée sans tenir compte des conséquences du virage ambulatoire. En effet, la progression du nombre de séjours hospitaliers s'accompagne d'une transformation profonde des modalités de prise en charge. En 2024, les EPS ont ainsi réalisé 4,6 millions de séjours ambulatoires, contre 3,0 millions en 2014 (graphique 1). La part des séjours ambulatoires dans le volume total des séjours (séances comprises) représente désormais 27 % des séjours, soit une progression de +6 points en dix ans, tandis que la part des séjours d'hospitalisation complète diminue (40 % des séjours en 2024, soit -11 points en dix ans).

Graphique 1 : Évolution du nombre de séjours de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) dans les EPS (en millions)



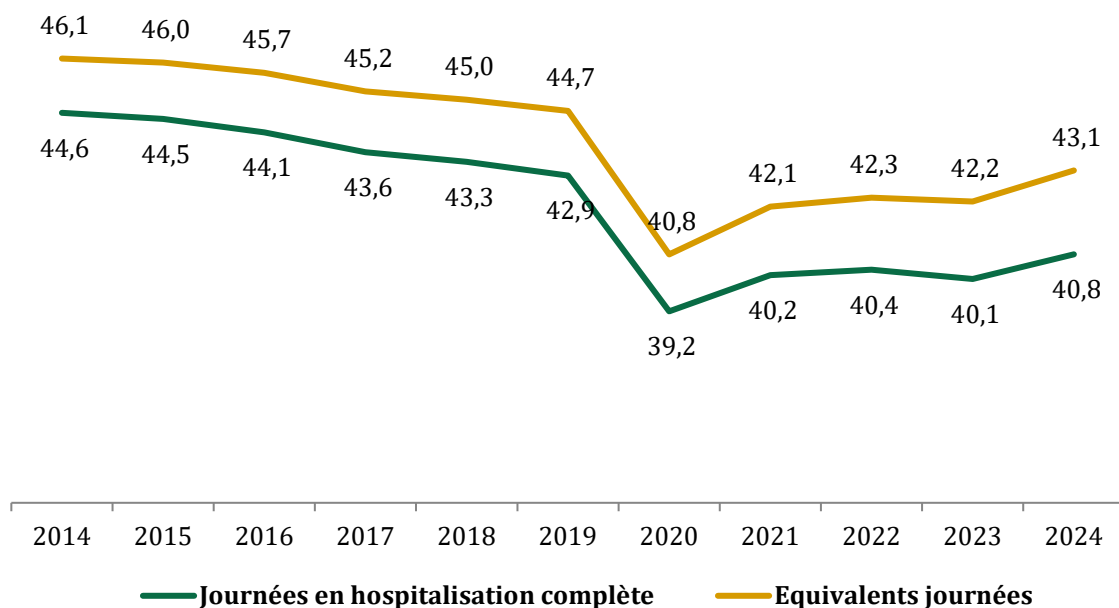
Source : Diamant, cube MCO.

Or, le développement des prises en charge ambulatoires a des effets ambigus sur la productivité du travail, qui ne sont pas précisément évalués à ce jour :

- ◆ d'un côté, les prises en charge ambulatoires permettent de concentrer le temps médical et non médical sur un temps plus court que l'hospitalisation complète, qui mobilise des personnels de jour et de nuit sur des durées plus longues. Si le nombre de séjours progresse (+1,1 million de séjours hors séances, soit +11 % entre 2014 et 2024), la baisse de la durée des séjours se fait encore plus rapidement, de sorte que le nombre de journées diminue fortement (-4,3 millions de journées sur la période) ;
- ◆ de l'autre, le développement de l'ambulatoire renforce le besoin de standardisation des parcours ainsi que le travail d'organisation en amont et en aval des soins. Il conduit par ailleurs à une concentration des patients les plus lourds dans les unités d'hospitalisation complète, de sorte que le besoin de temps médical et non médical y reste élevé même si les patients pris en charge sont moins nombreux.

Les établissements rencontrés soulignent ainsi que la bascule ambulatoire nécessite paradoxalement de mobiliser des ressources humaines importantes. Aucune étude récente ne documente précisément les effets de la bascule ambulatoire sur les ressources humaines et la productivité du travail au sein des établissements de santé. De la même manière, les effets du développement des séances sur la productivité du travail ne sont pas non plus précisément documentés.

Graphique 2 : Évolution du nombre d'équivalents journées de MCO dans les EPS (en millions)



Source : Diamant, cube MCO.

NB : Le nombre de journées d'hospitalisations complète ne valorise pas les séjours ambulatoires, tandis que le nombre d'équivalents journées valorise les séjours ambulatoires à hauteur d'une demi-journée.

1.3. Méthodologie de l'annexe

La mission a étudié l'évolution de la productivité médicale et non médicale dans les établissements publics de santé entre 2014 et 2023.

Les données exploitées ont toutes été extraites de la base Diamant mise à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :

- ◆ les données d'activité ont été extraites du cube « *commun* », qui regroupe les données renseignées par les établissements dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- ◆ les données d'effectifs sont issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) établies par la Drees sur une base déclarative (cf. encadré 2), et ont été extraites du cube dédié dans Diamant ;
- ◆ enfin, les données comptables ont été extraites du cube « *DGFIP* » de la base Diamant.

À partir de ces données, l'évolution des productivités médicales et non médicales a été approchée en rapportant les emplois à temps plein moyens annuels rémunérés à différents indicateurs de l'activité des établissements (nombre de séjours, nombre de journées, nombre de lits, recettes de l'activité).

Dans la plupart des analyses développées ci-après, l'année 2019 a été retenue comme point de comparaison car elle correspond au dernier exercice avant que le système de santé ne soit lourdement impacté par le choc de la crise sanitaire. Les décennies 2000 et 2010 ayant été marquées par des réformes mettant l'accent sur l'efficacité, elle constitue un point haut du point de vue de la productivité.

L'année 2023 correspond au dernier exercice pour lequel la statistique des établissements de santé (SAE) était disponible à la date de la mission.

Les analyses présentées dans cette annexe doivent être lues avec prudence :

- ◆ les données d'effectifs issues de la SAE, qui sont issues des déclarations des établissements, permettent d'estimer des tendances mais ne sont pas toujours interprétables à l'échelle des établissements. En effet, si la Drees redresse les anomalies manifestes et la non réponse (généralement en imputant les données de l'année précédente aux établissements concernés), ces données ne sont pas intégralement fiabilisées⁴ ;
- ◆ les comparaisons entre secteurs sont rendues complexes par la place de l'exercice libéral au sein des secteurs privés lucratif et non lucratif. Au sein de la SAE, les effectifs des médecins libéraux ne sont pas retracés en ETP, mais sont mesurés par le nombre de professionnels ayant exercé dans l'établissement au mois de décembre de chaque année. Leur évolution fait l'objet d'une analyse spécifique dans l'annexe II.

Cette évaluation fruste à l'échelle nationale, seule compatible avec le calendrier de la mission, ne permet pas de rendre compte finement de l'hétérogénéité des situations que connaissent les établissements (*case mix*, structure de l'activité, concurrence sur le territoire, etc.). La mission n'a donc interprété les différents ratios qu'à des échelles agrégées (notamment par catégorie d'établissement).

⁴ Voir « *La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé - Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013* », Drees Méthodes n°2, 2022.

Encadré 2 : Présentation de la statistique annuelle des établissements (SAE).

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins.

Les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux, qui produit deux types de données : une base dite « administrative » restituant les déclarations des établissements et une base dite « statistique » destinée aux études et redressée des erreurs déclaratives et de la non réponse.

Les données exploitées par la mission correspondent principalement à la partie 5 « *Effectif et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux* », et notamment aux bordereaux suivants :

- ◆ le bordereau Q20, qui regroupe les données d'effectifs et ETP moyens annuels rémunérés des personnels médicaux (hors internes), par spécialité exercée ;
- ◆ le bordereau Q21, qui regroupe les données des personnels médicaux (ETP moyens annuels rémunérés pour les personnels médicaux salariés et effectifs pour les médecins libéraux) ;
- ◆ le bordereau Q22, qui retrace les effectifs étudiants de 3^{ème} cycle et faisant fonction d'internes ;
- ◆ le bordereau Q23, qui retrace les effectifs des sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires.

Source : Site internet <https://www.sae.drees-faq.sante.gouv.fr>

2. En MCO, la productivité médicale a significativement décliné depuis 2019, tandis que la productivité soignante s'est redressée

2.1. Les indicateurs analysés indiquent tous une baisse significative de la productivité médicale depuis 2019

La mission a analysé l'évolution du personnel médical affecté en MCO dans les établissements publics de santé à partir des données du bordereau Q21 de la statistique annuelle des établissements (SAE). La plupart des analyses ont été réalisées à partir des données relatives aux emplois à temps plein moyens rémunérés (ETPR) des médecins salariés seniors, hors internes, docteurs juniors et FFI⁵.

La mission n'a pas conduit de comparaison avec le secteur privé. En effet, en 2022, 84 % des médecins intervenant dans les établissements privés à but lucratif (EBL) et 26 % de ceux intervenant dans les établissements privés à but non lucratif (EBNL) exerçaient en tant que médecins libéraux⁶, pour lesquels les données en ETP ne sont pas disponibles.

⁵ Le personnel intérimaire et le personnel rémunéré par un prestataire ne sont pas comptabilisés. Le personnel mis à disposition doit être comptabilisé uniquement dans l'établissement qui prend en charge la rémunération, que l'établissement qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Un salarié travaillant dans deux établissements géographiques et rémunéré par chacun d'eux et compté au prorata du temps passé dans chaque établissement. Le personnel affecté aux fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire est comptabilisé dans les effectifs de l'entité qui le rémunère.

⁶ « Les établissements de santé en 2022 », Drees, 2024.

2.1.1. Le développement de l'ambulatoire n'a pas permis de dynamiser le nombre de séjours par médecin, qui a baissé de -2,2 % entre 2019 et 2023

Le nombre de séjours de MCO rapporté aux effectifs de médecins seniors permet de mesurer une première facette de la productivité médicale :

- ◆ au numérateur, le nombre de séjours mesure de manière fruste l'activité de MCO au sein de l'établissement, indépendamment de la durée des séjours, de la complexité des pathologies traitées et des actes réalisés ;
- ◆ au dénominateur, le nombre d'ETP de médecins seniors salariés affecté dans les unités de MCO mesure la force médicale mobilisable pour produire des soins. Les internes docteurs juniors et FFI n'ont pas été pris en compte dans l'analyse même s'ils participent à la réalisation des actes. Les ratios n'ont pas été calculés pour les EBL, qui emploient principalement des médecins libéraux, pour lesquels les données en ETP ne sont pas disponibles.

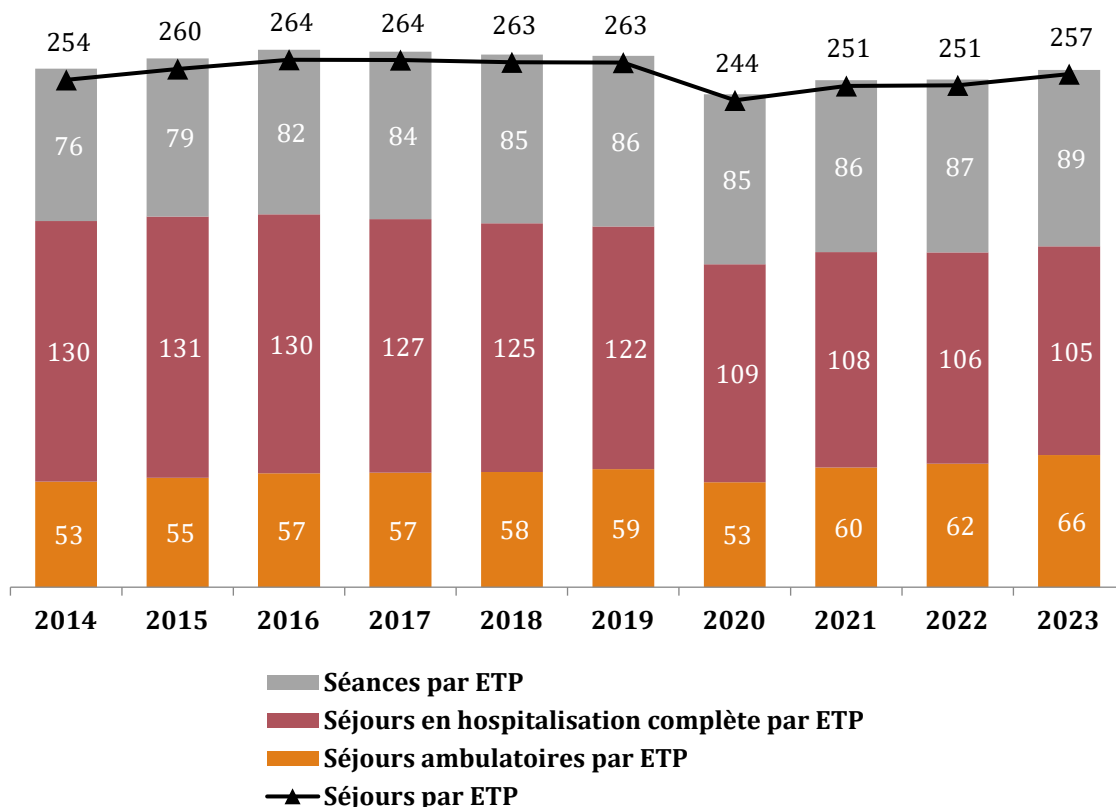
En 2014, les établissements publics de santé réalisaient 254 séjours par médecin sénior. Cet indicateur a fluctué de manière importante depuis dix ans (cf. graphique 3) :

- ◆ Entre 2014 et 2017, les effectifs ont progressé moins rapidement que les séjours, de sorte que le nombre de séjours de MCO par médecin sénior a progressé, jusqu'à atteindre le point haut de 264 séjours en 2016 et en 2017 ;
- ◆ En 2020, en raison de la crise sanitaire, le nombre de séjours s'effondre en raison des déprogrammations, tandis que les effectifs diminuent très légèrement. Le nombre de séjours par médecin diminue de -7,2 % et passe 263 à 244 ;
- ◆ À partir de 2021, le nombre de séjours de MCO par ETP rebondit progressivement, sans pour autant rattraper son niveau le plus élevé.

En 2023, les établissements publics de santé ont ainsi réalisé 257 séjours de MCO par ETP de médecin salarié, soit plus qu'en 2014 (254), mais moins qu'en 2016 et en 2017 (263). Cette évolution en niveau s'est accompagnée d'une transformation de la nature des séjours : les séjours ambulatoires et les séances représentent 26 % et 34 % des séjours en 2023, soit respectivement +5 points et +4 points par rapport à 2014. Réciproquement, les séjours en hospitalisation complète ont diminué.

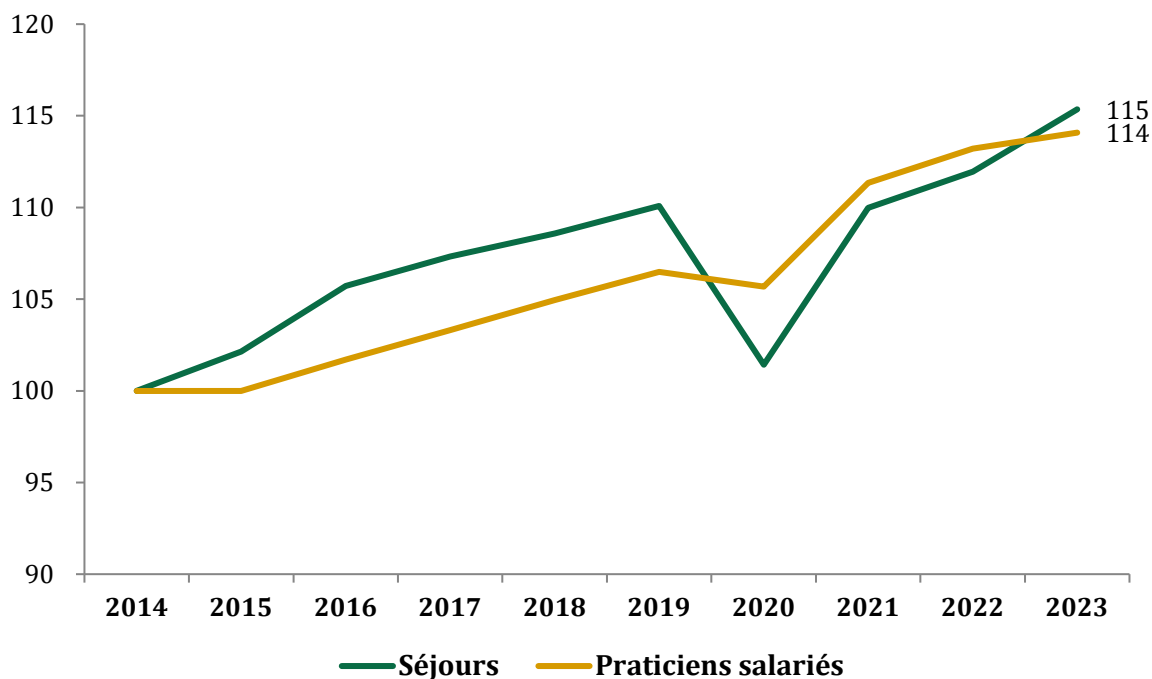
Annexe IV

Graphique 3 : Évolution du nombre de séjours rapporté aux effectifs de médecins sénior (en ETP) dans les EPS



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q21, calculs de la mission.

Graphique 4 : Évolution relative du nombre de séjours de MCO (séances comprises) et des effectifs de médecins salariés dans les EPS (base 100 2014)



Source : Diamant, cubes MCO et SAE (variable Q21_2100_ETPSAL).

Annexe IV

L'analyse du ratio révèle des écarts entre catégories d'établissement, notamment entre les 32 CHU et les 405 CHG étudiés par la mission et qui réalisaient 98 % de l'activité de MCO en 2023 (tableau 1 et graphique 5).

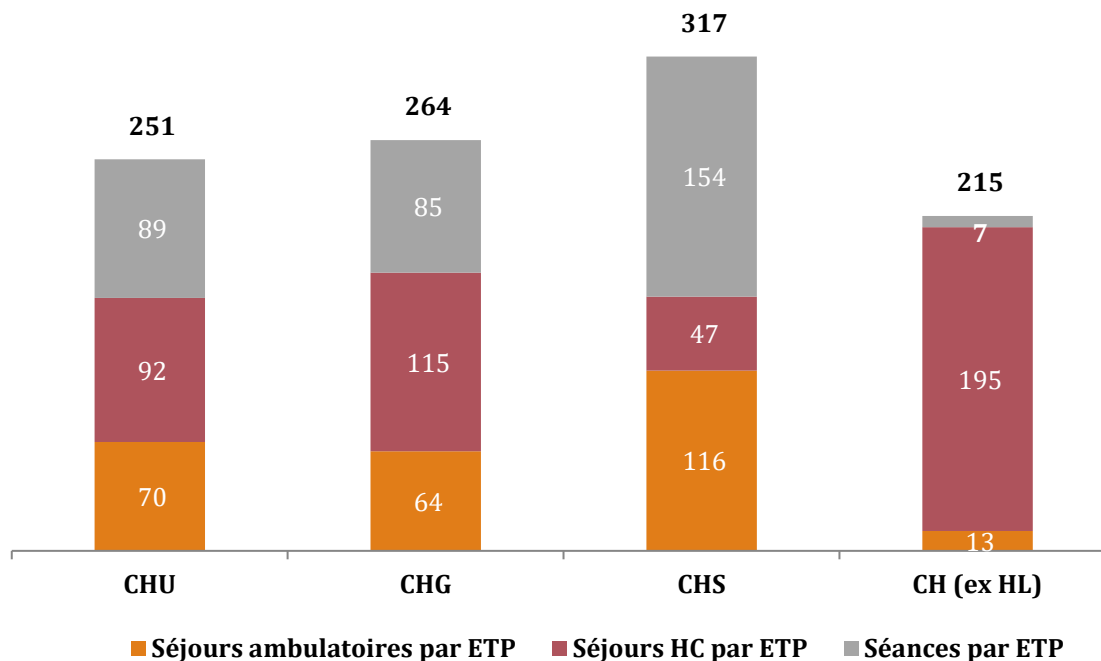
- ◆ Dans les CHG, on dénombre en moyenne 264 séjours par médecin sénior, dont 115 séjours en hospitalisation complète, 64 séjours ambulatoires et 85 séances ;
- ◆ Ce chiffre est légèrement inférieur dans les CHU (251 séjours par médecin sénior), où les médecins réalisent des missions spécifiques en plus de l'activité valorisée (recherche clinique et fondamentale, actes techniques de pointe, missions d'expertise et de formation). Les CHU réalisent par ailleurs proportionnellement plus de séjours ambulatoires et de séances que les CHG ;
- ◆ Le nombre de séjours par ETP est élevé dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS), dont l'activité de MCO est toutefois marginale ;
- ◆ Enfin, les CH ex hôpitaux locaux réalisent seulement 215 séjours de MCO par ETP en moyenne, soit le niveau le plus bas des quatre catégories.

Tableau 1 : Répartition de l'activité de MCO par catégorie d'établissement, en 2023

Catégorie	Nombre d'établ.	Séjours hors séances	Séjours ambulatoires (en milliers)	Séjours en hospitalisation complète (en milliers)	Séances (en milliers)	Total	Médecins séniors salariés (en ETP)
CHU	32	4 424	1 903	2 520	2 428	6 852	27 268
CHG	405	6 291	2 252	4 039	3 003	9 295	35 259
CHS	16	15	10	4	14	28	90
CH (ex HL)	92	27	2	26	1	28	132
Total	545	10 757	4 167	6 590	5 447	16 204	62 748

Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs et traitements de la mission.

Graphique 5 : Séjours par ETP selon le statut juridique de l'établissement, en 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q21, calculs de la mission.

Annexe IV

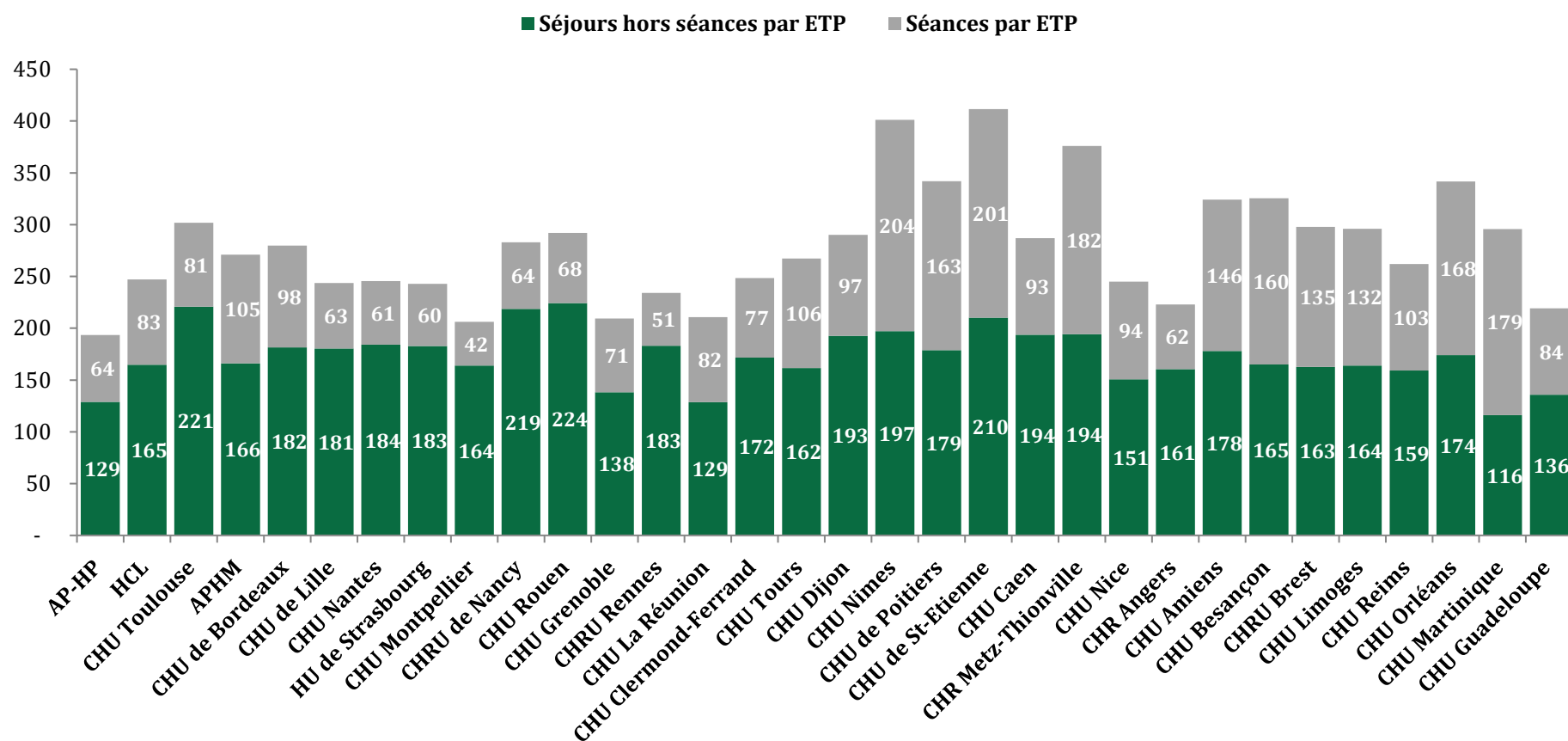
Les écarts sont enfin très importants entre établissements :

- ◆ au sein des 32 CHU, les ratios varient du simple au double (graphique 6) : en 2023, le CHU de Saint-Etienne a ainsi réalisé 412 séjours par médecin sénior, contre 193 à l'AP-HP. Les valeurs les plus élevées sont atteintes par les CHU qui ont le plus développé les séances ;
- ◆ au sein des 405 CHG, les écarts sont inversement proportionnels au chiffre d'affaire des établissements (graphique 7). Les ratios médian et moyens sont cependant plus élevés dans les CHG dont le chiffre d'affaires est inférieur à 150 M€ que dans les CHU et les CHG dont le chiffre d'affaires dépasse ce seuil ;

Compte tenu de la progression des effectifs médicaux observée dans les services de MCO des EPS, un retour au niveau de productivité observé en 2019 (soit 263 séjours par ETP) représenterait environ 380 000 séjours supplémentaires (soit une progression du nombre de séjours de +2,3 %).

Annexe IV

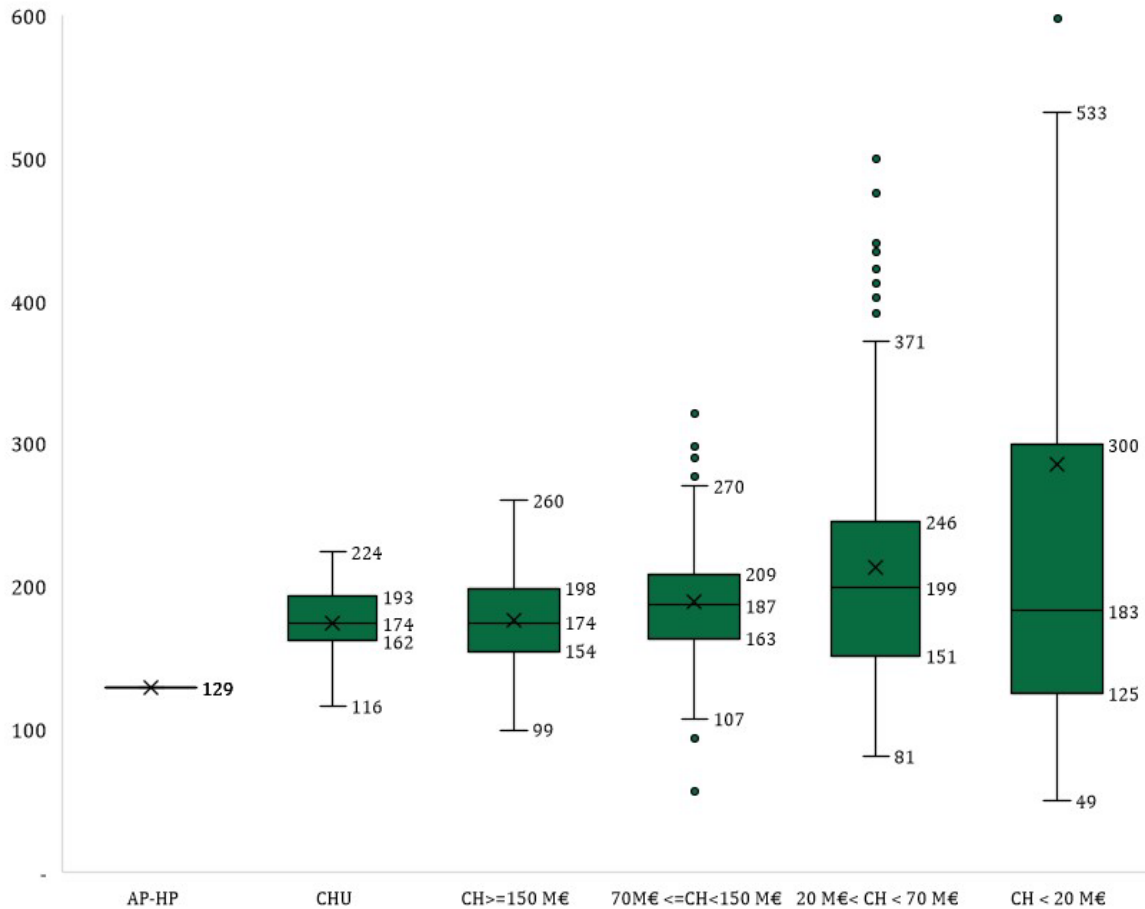
Graphique 6 : Comparaison du nombre de séjours de MCO par ETP de médecin sénior au sein des CHU, en 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs de la mission.

NB : Les valeurs sont ordonnées par nombre décroissant de séjours de MCO.

Graphique 7 : Distribution du nombre de séjours (hors séances) par médecin sénior dans les CHU et les CHG en 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs de la mission.

NB : Les CH ex hôpitaux locaux et les CHS ont été retirés de l'échantillon.

Lecture : en 2023, 50% des CHU comptabilisent moins de 174 séjours hors séances par médecin sénior ; 25 % ont un ratio supérieur à 193 et 162 ont un ratio inférieur à 162 ; 10% ont un ratio supérieur à 224 et 10% ont un ratio inférieur à 116.

2.1.2. Le volume économique par médecin, qui avait progressé entre 2014 et 2018, a baissé de -9,4 % entre 2018 et 2023

L'évolution du volume économique, neutralisé des effets des revalorisations annuelles des tarifs, permet de synthétiser l'évolution de l'activité en tenant compte non seulement du nombre d'actes, mais également de la composition du *case-mix* des établissements. La mission a calculé le volume économique issu de l'activité de MCO sur la base des tarifs de l'année 2019. Le volume économique a ensuite été rapporté aux ETP, afin d'analyser l'évolution des produits par médecin.

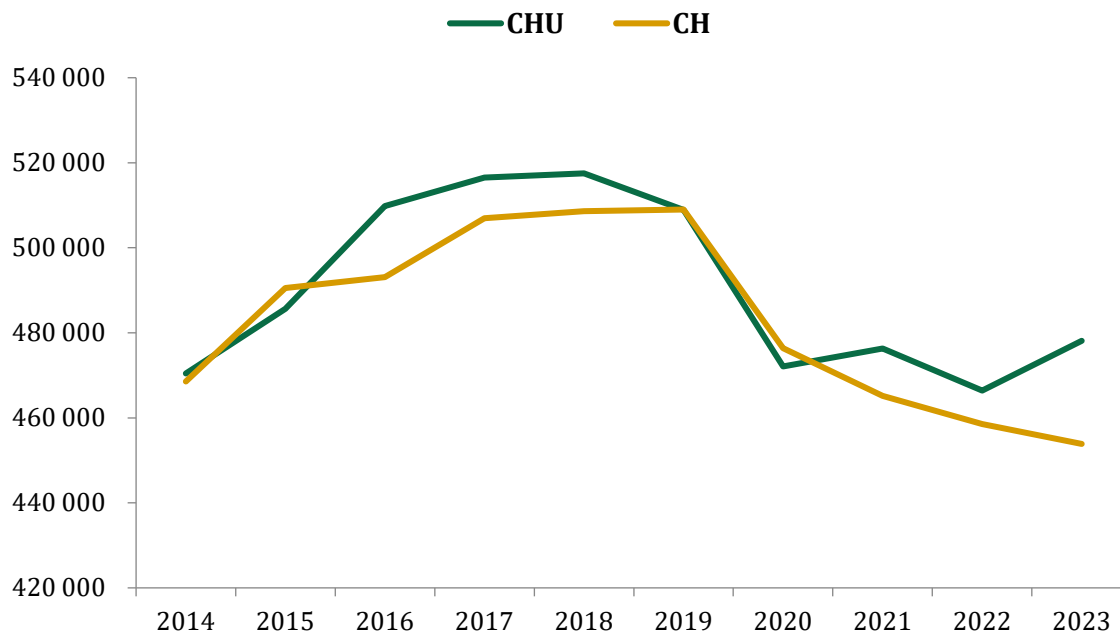
Le volume économique par ETP médical a progressé +1,8 % par an entre 2014 et 2018, avant de diminuer rapidement (-1,8 % par an entre 2019 et 2023, soit une baisse totale de -9,4 % par rapport à 2018). Ces évolutions concernent aussi bien les CHU que les CH (graphique 8) :

- ◆ les CHU ont connu une progression du volume économique par médecin entre 2014 et 2018, qui s'est ensuite fortement contracté en 2020. En 2023, le volume économique s'établit ainsi à 478 k€ par médecin, contre 516 k€ en 2018 ;

Annexe IV

- ◆ dans les centres hospitaliers, l'indicateur a progressé continuellement entre 2014 et 2019, puis n'a cessé de baisser entre 2019 et 2023. Contrairement aux CHU, pour lesquels le ratio s'est légèrement redressé en 2021 et en 2023, la progression des effectifs médicaux en fin de période n'a pas permis d'initier un redressement de l'indicateur dans les CH.

Graphique 8 : Évolution du volume économique par médecin sénior dans les EPS entre 2014 et 2023



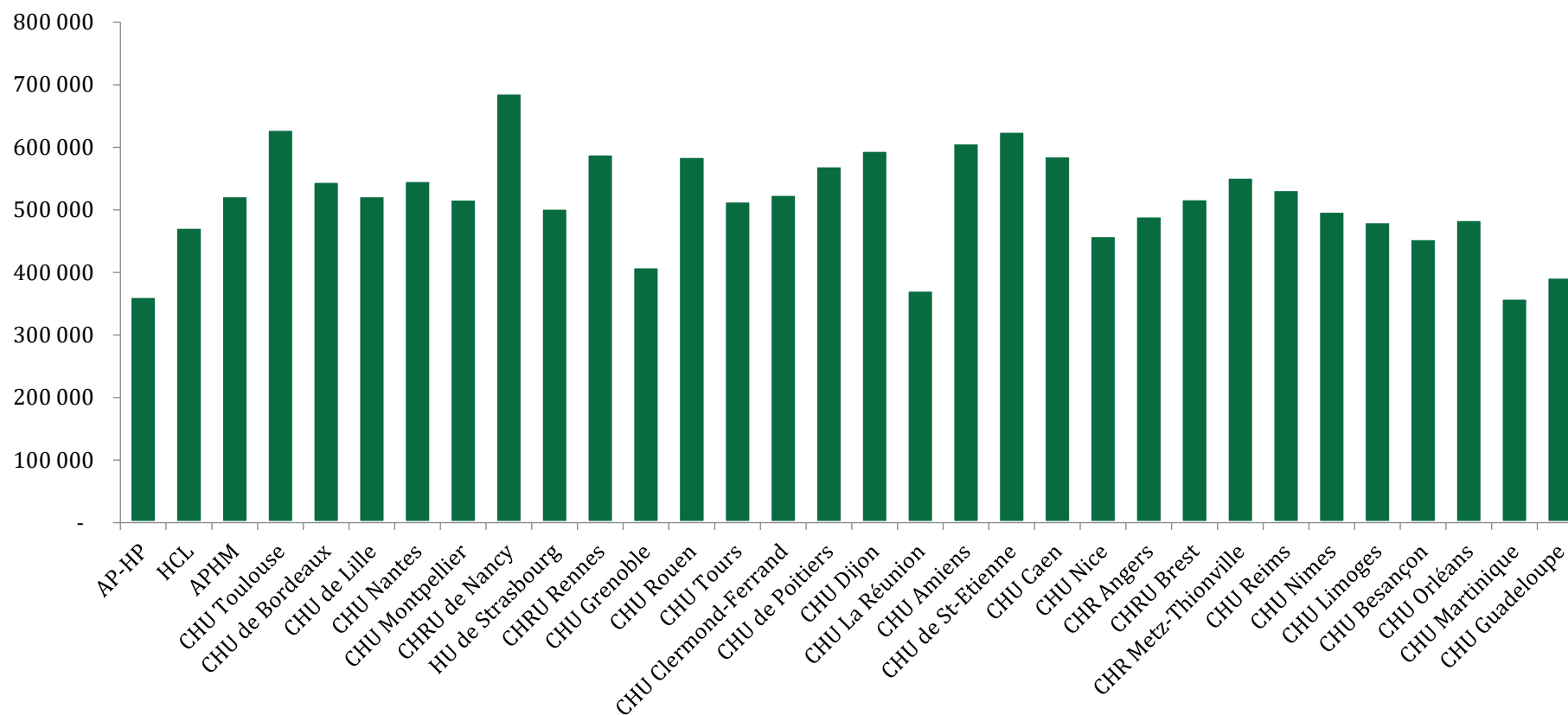
Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs du pôle sciences des données de l'IGF.

À l'image des disparités constatés dans l'analyse du nombre de séjours par ETP, le volume économique par médecin fluctue de manière importante d'un CHU à l'autre (graphique 9).

Pour retrouver le volume économique par tête observé en 2018, les hôpitaux publics devraient réduire leurs effectifs médicaux de l'ordre de -3 600 ETP (environ -2900 ETP dans les CH et -600 ETP dans les CHU).

Annexe IV

Graphique 9 : Comparaison du volume économique rapporté aux ETP de médecins séniors dans les CHU, en 2023 (en euros)



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs du pôle sciences des données de l'IGF.

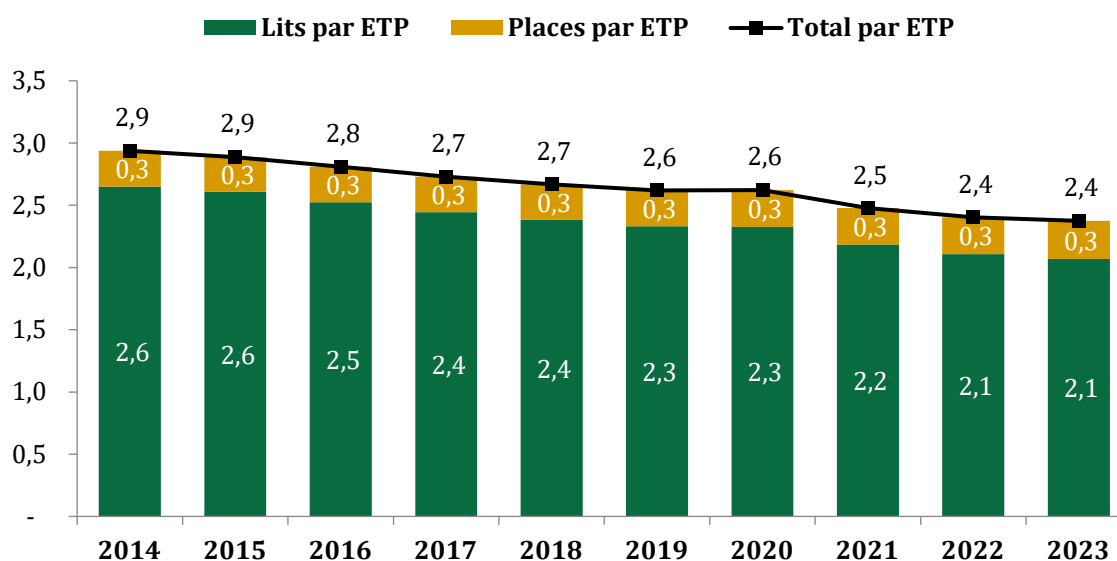
NB : Les valeurs sont ordonnées par volume économique décroissant.

2.1.3. Le nombre de lits ouverts par ETP médical a diminué, y compris dans les disciplines qui ne sont pas concernées par le virage ambulatoire

Le nombre de lits ouverts⁷ rapporté aux effectifs de médecins donne une indication sur l'adéquation entre les capacités physiques d'hospitalisation et le temps médical.

Entre 2014 et 2023, le nombre de lits et places de MCO par médecin a diminué de -19,1 % (graphique 10). L'interprétation de ce ratio doit être prudente : tous secteurs confondus, le nombre de lits ouverts en MCO a diminué de -7,6 % depuis 2013. Toutefois, la baisse du nombre de lits sur la période résulte en partie de la progression des prises en charges ambulatoires, dont les effets sur la productivité du travail sont ambigus (cf. section 1.2). Elle ne doit donc pas être interprétée comme le signe d'une baisse de l'activité.

Graphique 10 : Évolution du nombre de lits et de places par médecin en MCO, dans les EPS



Source : Diamant, cube SAE, bordereaux MCO et Q21.

Afin de neutraliser ce biais, la mission a examiné l'évolution du nombre de lits par médecin de l'activité d'obstétrique, dont la prise en charge n'est pas affectée par le virage ambulatoire et reste majoritairement en hospitalisation complète.

Depuis 2013, le nombre de lits, berceaux et couveuses installées dans les hôpitaux publics a diminué (-1 321 lits, soit -12 %, voir graphique 11). Cette diminution résulte essentiellement du processus de restructuration et de concentration des maternités en cours, en lien avec la baisse de la natalité observée depuis 1975⁸. Sur la même période, le nombre de gynéco-obstétriciens et de sages-femmes ont progressé respectivement de +9 % et +7 %.

En conséquence, le nombre de lits par gynéco-obstétricien diminue (5,1 en 2023 contre 6,3 en 2013, voir graphique 12). Le nombre de lits par sage-femme a diminué entre 2013 et 2019 (1,04 en 2019 contre 1,30 en 2013), avant de se stabiliser autour de 1,08. Depuis 2019, les effectifs de sages-femmes ont en effet diminués, en lien avec la crise d'attractivité du métier qui génèrent des difficultés de recrutement⁹.

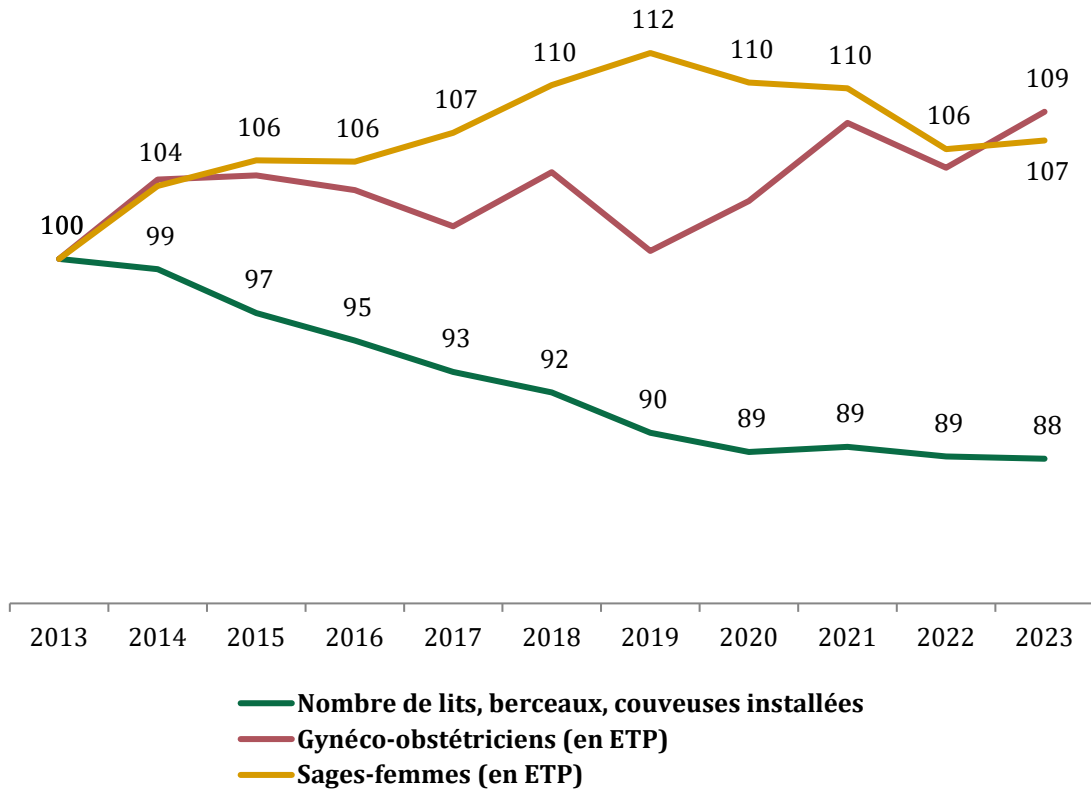
⁷ Le nombre de lits ouverts correspond au nombre de lits installés effectivement disponibles pour accueillir des patients. Il mesure la capacité d'accueil d'un établissement à un instant donné.

⁸ « Panorama des établissements de santé », 2022, fiche n°21.

⁹ Voir le rapport « L'évolution de la profession de sage-femme », Igas, 2021.

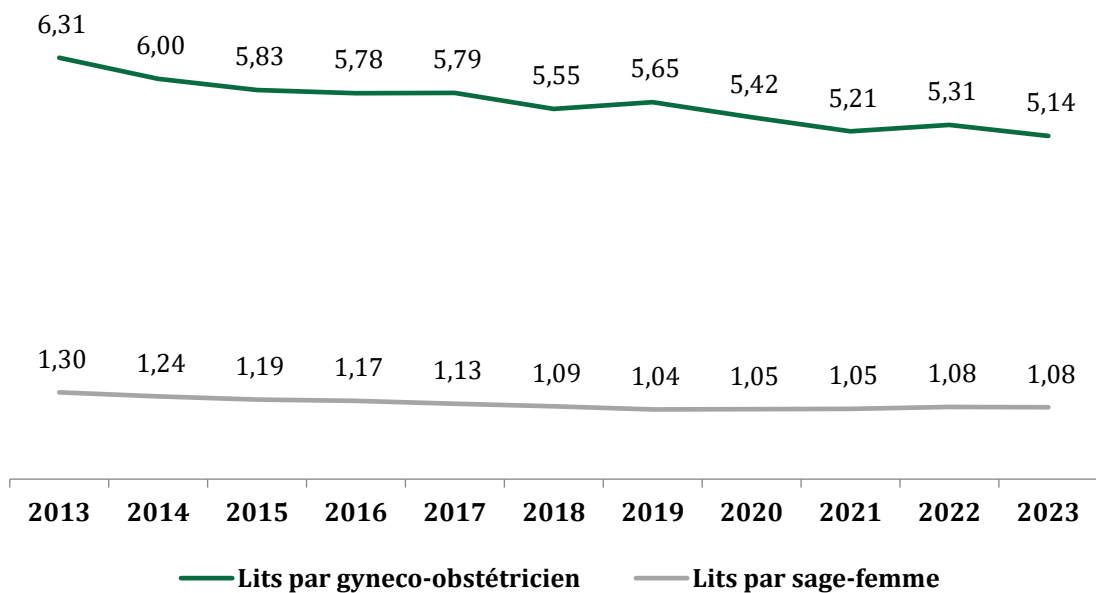
Annexe IV

Graphique 11 : Évolution relative du nombre de lits et des effectifs affectés dans les services d'obstétrique des EPS (base 100 2013)



Source : Diamant, cube SAE, bordereau « Périnatalité ».

Graphique 12 : Évolution du nombre de lits, berceaux, couveuses installées rapporté aux effectifs soignants dans les services d'obstétrique des EPS



Source : Diamant, cube SAE, bordereau « Périnatalité ».

2.2. La productivité du personnel paramédical affecté en MCO a retrouvé son niveau d'avant crise

2.2.1. Depuis 2014, les effectifs soignants ont progressé moins vite que les effectifs médicaux

Au sein d'un établissement, la concomitance des temps médical et non médical est indispensable pour assurer la qualité, la sécurité et la performance des soins car le personnel médical et non médical sont des facteurs de production complémentaires, non substituables.

Or, les établissements publics de santé connaissent d'important différentiels d'attractivité, qui ont pu peser sur la productivité du travail :

- ◆ dans les métropoles et dans les centres urbains, où le coût de la vie est plus élevé, les difficultés de recrutement concernent plutôt le personnel paramédical. En Ile-de-France, l'AP-HP a par exemple connu une importante vague de départs des personnels infirmiers à la suite de la crise sanitaire (près de 2 000 départs), et a dû recourir massivement à l'intérim pour relancer son activité ;
- ◆ dans les territoires périurbains et ruraux, les établissements semblent plutôt confrontés à un manque de temps médical (voir annexe II).

Afin de mesurer ces tensions, la mission a analysé l'évolution relative des effectifs médicaux et des effectifs soignants (graphique 13 et graphique 14). Entre 2014 et 2023, les effectifs de praticiens ont progressé plus rapidement que ceux des soignants (+14 % contre +5 %). En conséquence, la structure des emplois s'est déformée en faveur du personnel médical : en 2023, les établissements publics de santé comptaient 5,14 ETP soignant par ETP de praticien salarié, contre 5,60 en 2014, soit une baisse de -8 %.

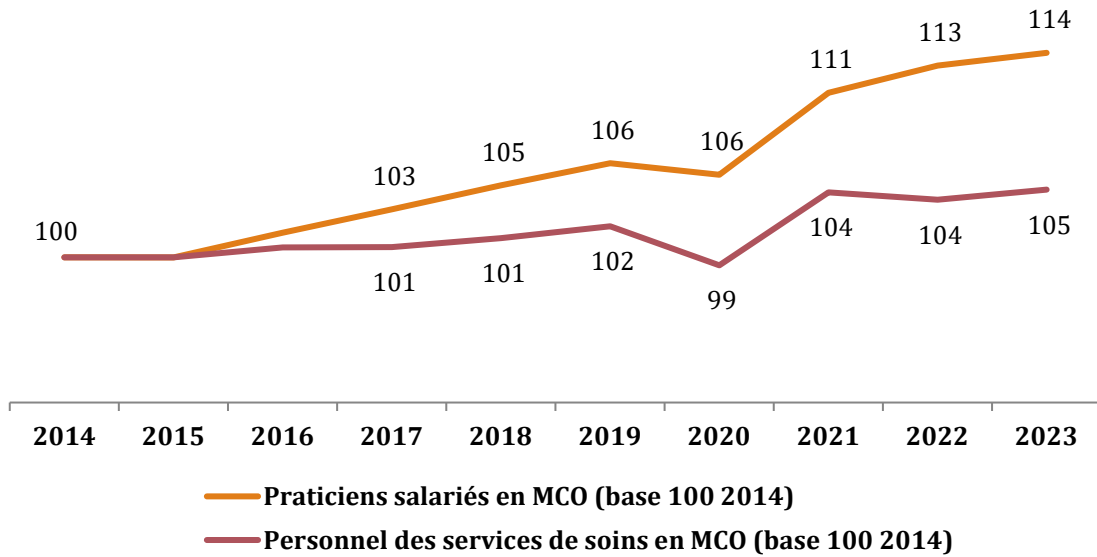
Le manque de personnel non médical, en particulier d'infirmier, a ainsi pu ralentir la relance de l'activité de MCO en contraignant les ouvertures de lits.

Enfin, la mission a analysé la dispersion du ratio entre catégorie d'établissement, ainsi que dans l'espace (graphique 15 et figure 1) :

- ◆ l'analyse par catégorie d'établissement ne fait pas nettement apparaître d'effet taille. Quelle que soit la taille de l'établissement, la médiane du ratio est comprise dans une fourchette relativement resserrée, entre 4,7 et 5,4 soignants par médecin ;
- ◆ en revanche, l'analyse géographique fait ressortir un nombre relativement plus faible de soignants dans les départements d'Ile-de-France et de grande couronne, ainsi qu'autour de la métropole Lyonnaise, en Isère, en Savoie et en Haute-Savoie, ce qui peut s'expliquer par des tensions marquées sur le personnel médical dans des départements où le niveau de vie est relativement élevé ;
- ◆ le nombre de soignants rapportés au médecin est relativement élevé dans les départements ruraux comme le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, la Haute-Loire, les Hautes-Pyrénées ou encore le Gers. Il est également élevé dans des départements qui comprennent de grandes métropoles comme la Gironde ou la Haute Garonne.

Annexe IV

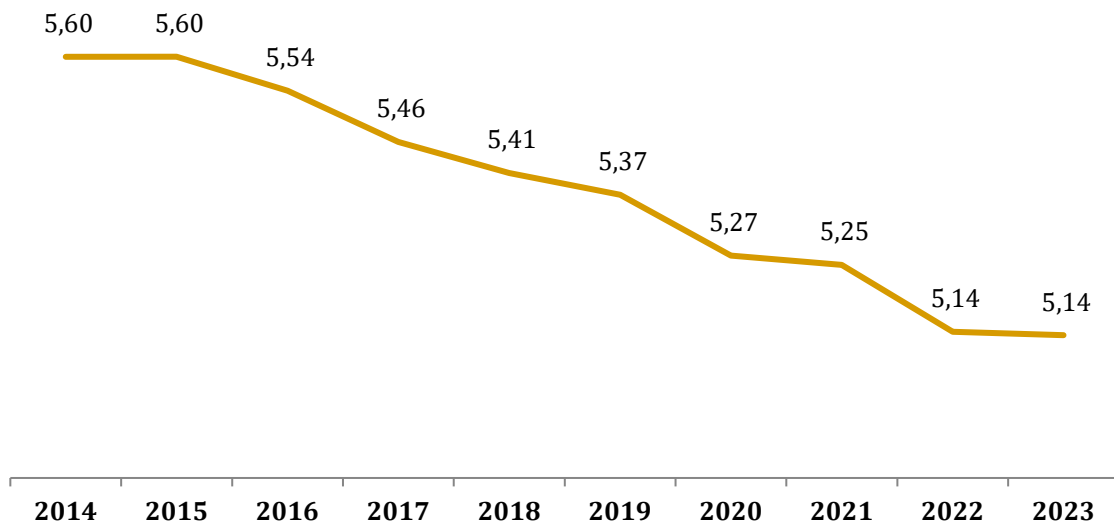
Graphique 13 : Évolution relative du personnel médical et non médical affecté en MCO dans les EPS entre 2014 et 2023 (base 100 2014)



Source : Diamant, cube SAE, bordereaux Q21 et Q24.

NB : Les emplois à temps plein des personnels des services de soins agrègent les emplois des aides-soignants, des infirmiers, des personnels de rééducation, des personnels d'encadrement, des personnels médico-techniques et des psychologues.

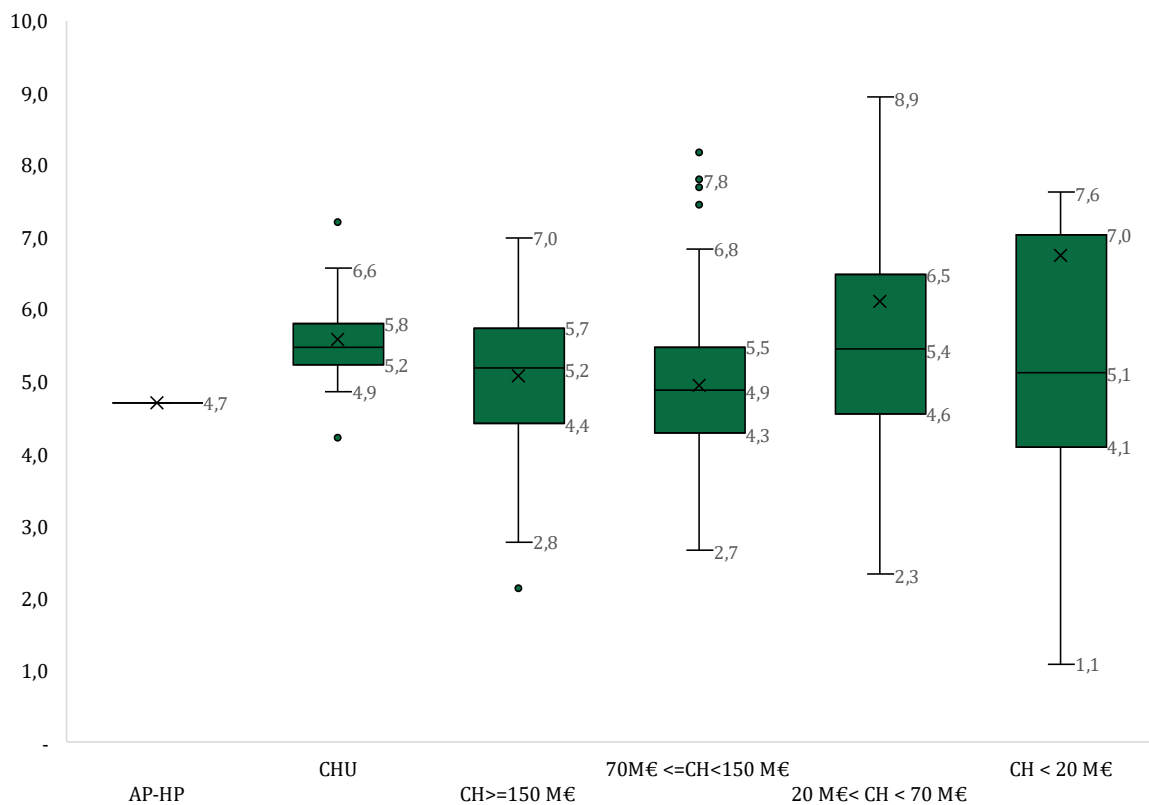
Graphique 14 : Effectifs des personnels soignants affectés en MCO rapportés aux effectifs des praticiens salariés dans les EPS



Source : Diamant, cube SAE, bordereaux Q21 et Q24.

Annexe IV

Graphique 15 : Distribution du ratio des effectifs des services de soins affectés en MCO rapporté aux effectifs praticiens salariés affectés en MCO dans les EPS en 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs de la mission.

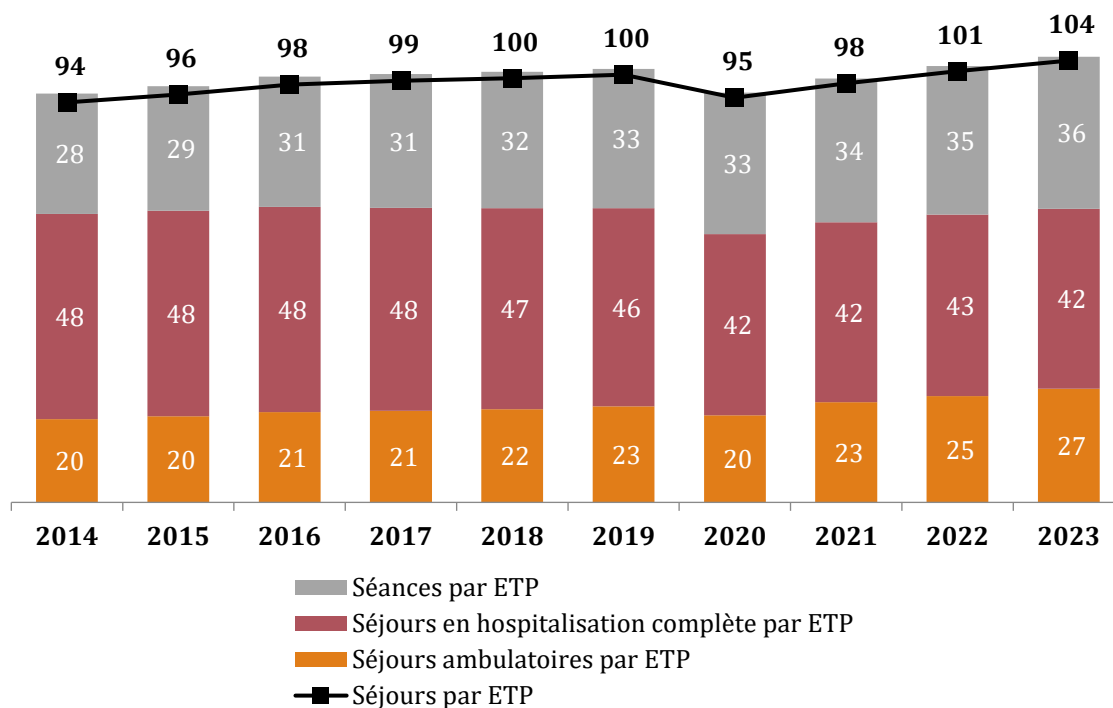
NB : Les établissements enregistrant moins de 1000 séjours hors séances de MCO dans l'année ont été retirés.

Lecture : en 2023, 50% des CH >= 150 M€ avaient un ratio supérieur à 5,2 ; 25 % avaient un ratio supérieur à 5,7 et 25 % avaient un ratio inférieur à 4,4 ; 10% ont un ratio supérieur à 7 et 10% ont un ratio inférieur à 2,8.

Annexe IV

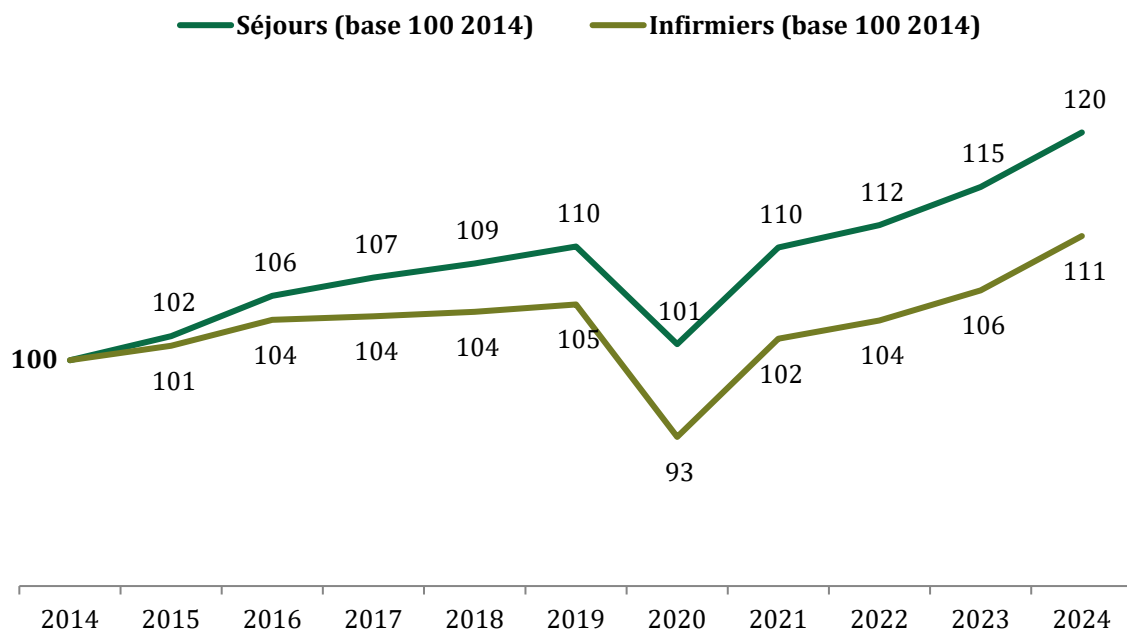
La dynamique contenue des effectifs infirmiers entre 2021 et 2024 a permis de dépasser, dès 2022, le nombre de séjours par ETP enregistré en 2019 (104 séjours par ETP en 2023 contre 101 en 2022 et 100 en 2019). Toutefois, cette évolution ne peut pas être intégralement imputée à la progression de la productivité soignante car elle résulte au moins en partie du développement de l'activité ambulatoire et des séances : en 2023, on dénombre en moyenne quatre séjours en hospitalisation complète de moins qu'en 2019, quatre de plus en ambulatoire et trois séances supplémentaires.

Graphique 16 : Évolution du nombre de séjours rapporté aux emplois à temps plein infirmiers affectés en MCO dans les EPS



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q24.

Graphique 17 : Évolution relative des séjours de MCO et des infirmiers affectés en MCO entre 2014 et 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q24.

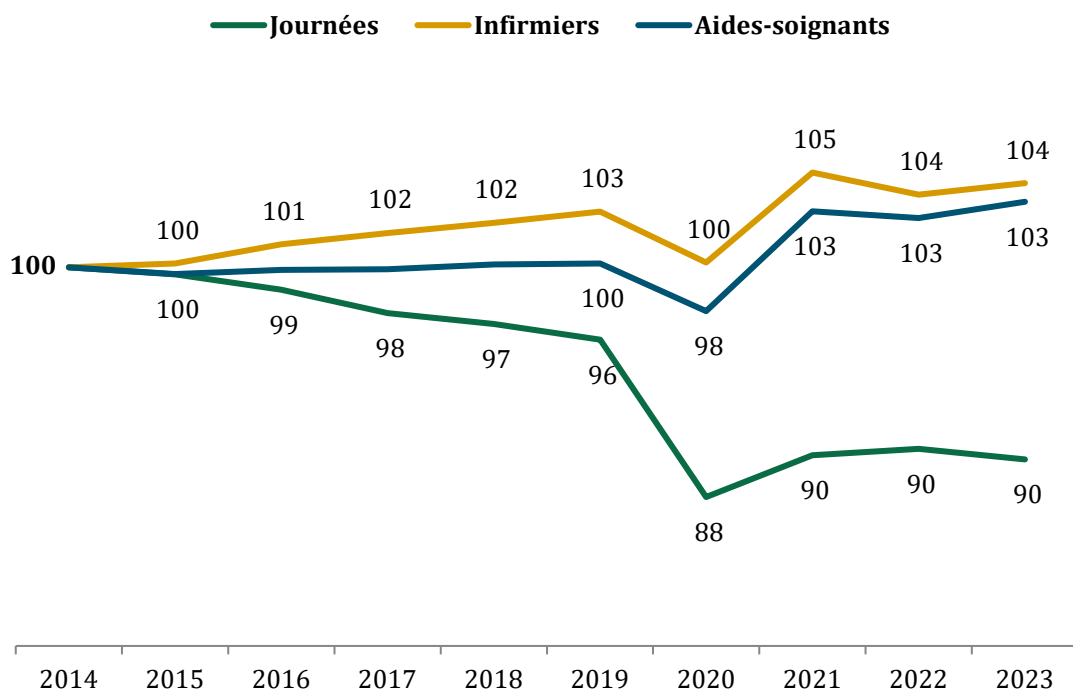
2.2.3. Le nombre de journées de MCO rapportées aux ETP soignants a diminué sous l'effet du virage ambulatoire

La durée des séjours a un effet déterminant sur la charge de travail des soignants, qui assument une part importante des soins quotidiens et de la surveillance des patients. Le nombre d'équivalents journées permet ainsi de synthétiser l'évolution de l'activité associée aux hospitalisations complètes et aux hospitalisations en ambulatoire (un séjour en ambulatoire étant valorisé comme une demi-journée) en tenant compte de la durée de séjours.

Depuis 2014, le nombre d'équivalents journées a fortement décru sous l'effet du virage ambulatoire, qui réduit la durée moyenne des séjours (40,8 millions en 2024 contre 44,6 millions en 2014). Sur la même période, les effectifs des infirmiers et des aides-soignants affectés en MCO ont légèrement progressé. **En conséquence, le nombre de journées rapportées aux effectifs infirmiers et des aides-soignants a diminué sur l'ensemble de la période (graphique 19).**

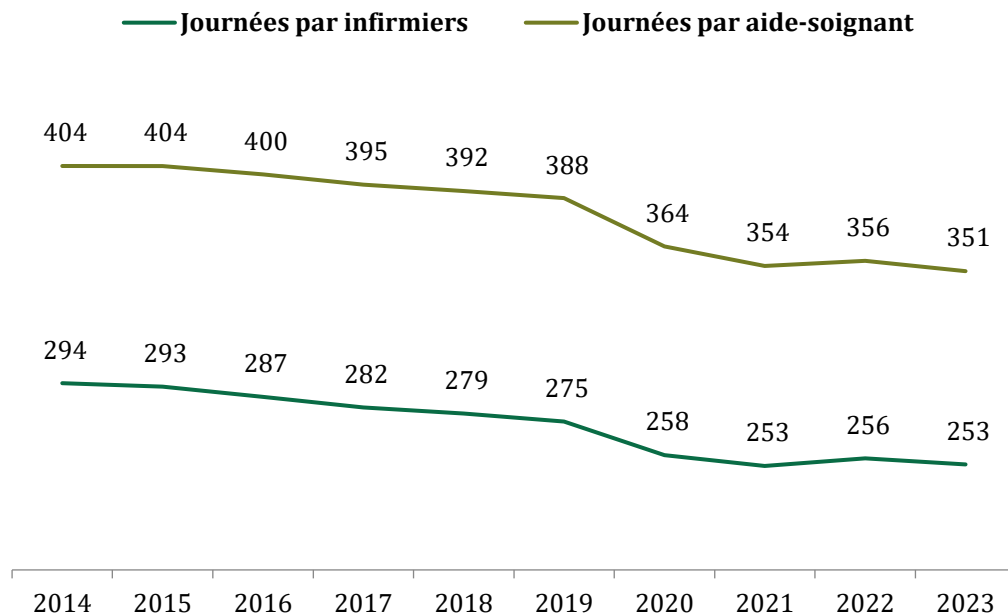
Annexe IV

Graphique 18 : Évolution relative du nombre d'équivalents journées et des effectifs soignants affectés en MCO dans les EPS (base 100 2014)



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereaux Q24.

Graphique 19 : Évolution du nombre d'équivalents journées par infirmier et par aide-soignant affecté en MCO dans les EPS entre 2014 et 2023



Source : Diamant, cubes MCO et SAE.

3. La productivité médicale a également baissé en SMR

Afin de compléter l'analyse de l'évolution de la productivité hospitalière en MCO, la mission a également examiné l'évolution relative de l'activité et des effectifs dans le domaine des soins médicaux et de réadaptation (SMR).

En 2023, 657 EPS disposaient d'unités de SMR (tableau 2). Les deux tiers des séjours étaient réalisés par les CHG, le reste de l'activité étant répartie entre les CHU (24 %), les CH ex-hôpitaux locaux (9 %) et les CHS 51%).

Tableau 2 : Répartition de l'activité publique de SMR en 2023, par catégorie d'établissement

	Nombre d'étab.	Séjours		Journées	
CHG	441	342 666	66%	7 713 979	65%
CH (ex hôpitaux locaux)	174	45 755	9%	1 391 610	12%
CHU	31	124 654	24%	2 637 959	22%
CHS	11	2 605	1%	70 378	1%
Total	657	515 680	100%	11 813 926	100%

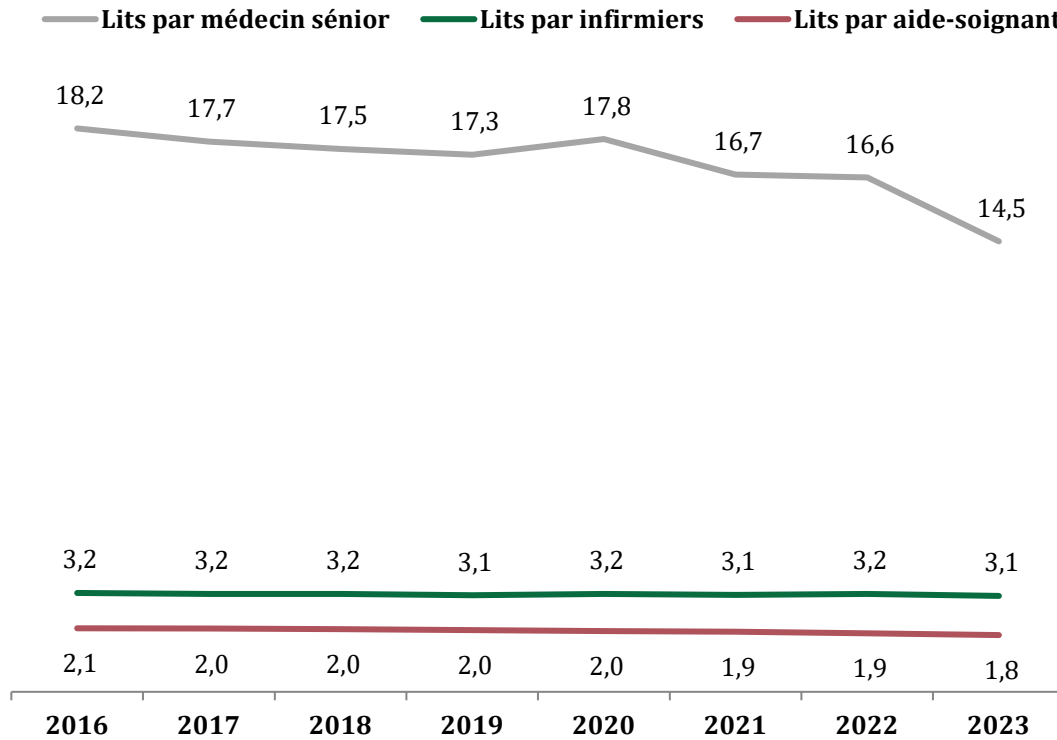
Source : Diamant, cube SSR.

A l'instar des constats formulés en MCO, tous les indicateurs examinés par la mission indiquent une baisse de la productivité médicale en SMR entre 2016 et 2023 :

- ◆ alors que le nombre de séjours a baissé, les emplois de médecins affectés en SMR ont progressé (graphique 24). En conséquence, le nombre de séjours par médecin salarié est passé de 250 à 201, soit une diminution de -19,3 % (graphique 23) ;
- ◆ le virage ambulatoire a permis de réduire les séjours d'hospitalisation complète, sans pour autant que cette baisse ne soit compensée par une progression rapide des séjours en hospitalisation de jour. Le nombre de séjours en hospitalisation complète par médecin a baissé de manière continue (-31,7 % sur la période) tandis que les séjours en hospitalisation de jour ramenés aux effectifs ont cru (+19,1 %) ;
- ◆ enfin, le nombre de lits de SMR a diminué (-4 500 lits entre 2016 et 2023) si bien que le nombre de lits par médecin est passé de 18,2 en 2016 à 14,5 en 2023 (cf. graphique 22).

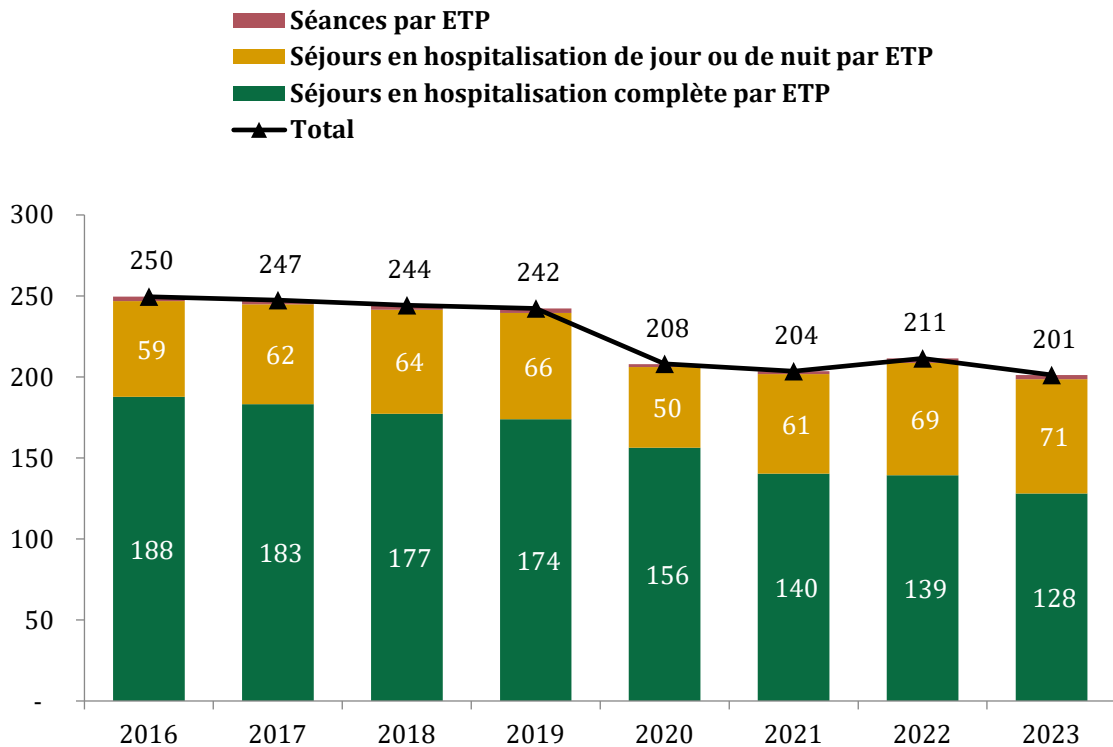
Annexe IV

Graphique 20 : Évolution du nombre de lits par médecins sénior, par infirmier et par aide-soignant



Source : Diamant, cube SAE, bordereaux Q21, Q24 et SSR, calculs de la mission.

Graphique 21 : Évolution du nombre de séjours par médecin salarié affecté en SMR dans les EPS

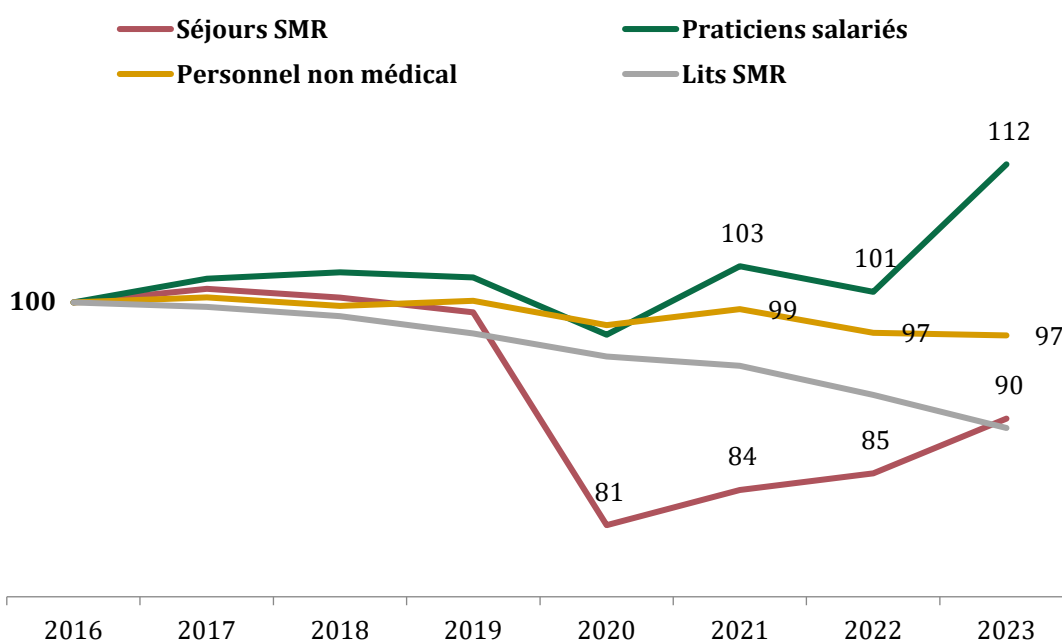


Source : Diamant, cube SSR et SAE, calculs de la mission.

En revanche, les effectifs du personnel non médical affecté en SMR ont diminué sur la période (-3% entre 2016 et 2023), de sorte que la productivité par tête, qui avait chuté en 2020, s'est progressivement redressée.

- ◆ les emplois des infirmiers et des aides-soignants affectés en SMR ont baissé respectivement de -7,9 % et de -5,5 % sur la période (graphique 25). Sur la même période, les effectifs soignants affectés en MCO ont progressé. Les établissements ont ainsi procédé à des réallocations afin d'accélérer la reprise de l'activité de MCO au sortir de la crise (voir annexe II) ;
- ◆ le nombre de séjours ayant baissé plus rapidement que les effectifs, le nombre de séjours par infirmier qui avait chuté à 36,8 en 2020, s'est redressé rapidement jusqu'à atteindre 42,9 séjours de SMR par infirmier en 2023, soit un niveau proche de celui observé entre 2016 et 2019 (graphique 26).

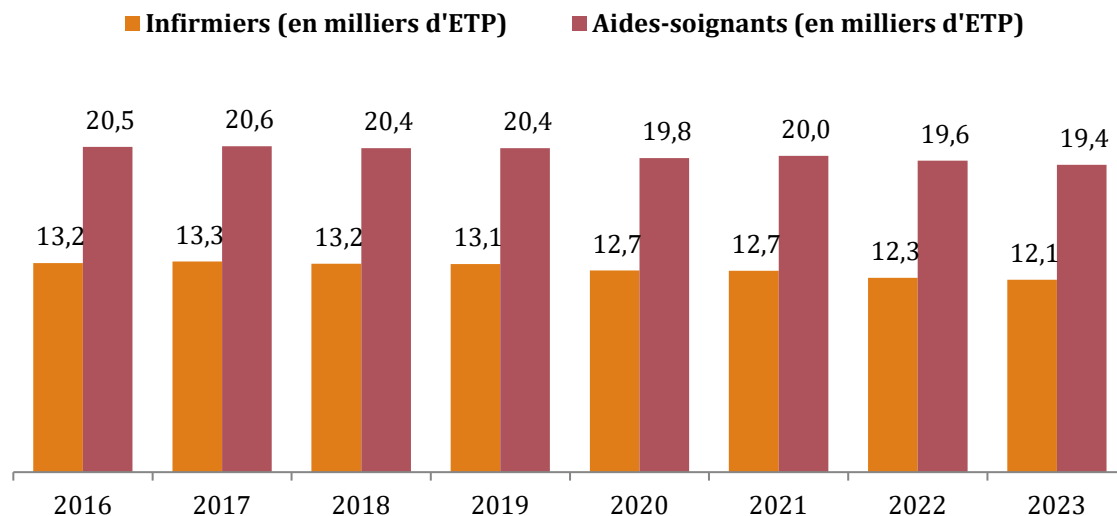
Graphique 22 : Évolution relative des effectifs médicaux et non médicaux affectés dans les services de SMR au sein des EPS (base 100 2016)



Source : Diamant, cubes SSR et SAE, bordereaux Q21 et Q24.

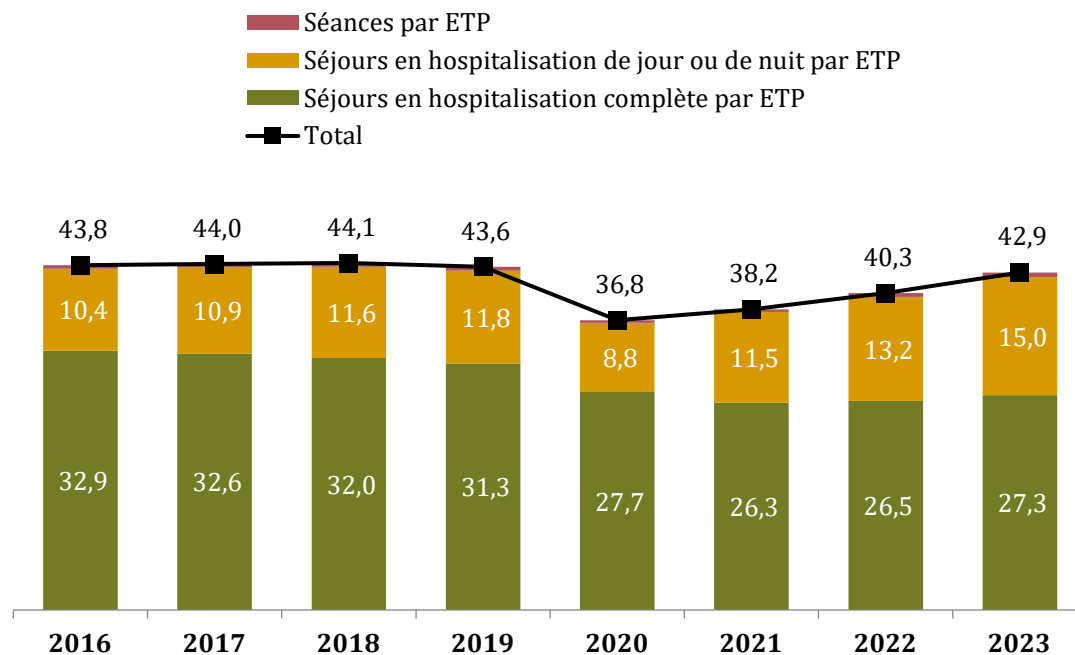
Annexe IV

Graphique 23 : Évolution des emplois d'infirmiers et d'aides-soignants affectés en SMR dans les EPS (en milliers d'ETP)



Source : Diamant, cube SAE, bordereau Q24.

Graphique 24 : Évolution du nombre de séjours par infirmier affecté en SMR dans les EPS



Source : Diamant, cubes SSR et SAE.