Les écarts de salaires bruts entre hôpitaux publics et cliniques privées en 2007

Johanne Aude *
Denis Raynaud **

Résumé

Cette étude présente les écarts de salaires horaires bruts dans les établissements de santé. Trois types d'établissements ont été comparés : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les cliniques privées à but non lucratif. Les données utilisées pour l'étude proviennent des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) par poste pour l'année 2007.

Ces travaux apportent un éclairage partiel sur des écarts de rémunération pouvant conduire à des différences de coûts de production entre les établissements de santé. Ils seront poursuivis pour passer d'une estimation des écarts de salaires bruts à celle des écarts de coût du travail, notion plus intéressante dans le contexte de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A).

*. DREES, ministère de la Santé et des Sports
**. DREES, ministère de la Santé et des Sports

Nous remercions pour leurs commentaires et leurs suggestions Brigitte Dormont, Zeynep Or, Renaud Legal, Thomas Barnay et tous les participants des 31e Journées des Économistes de la Santé français, ainsi que Engin Yilmaz et les différents relecteurs de la Drees. Nous remercions particulièrement les deux relecteurs anonymes dont les remarques ont contribué à améliorer sensiblement le papier. Les éventuelles erreurs et imprécisions restantes sont évidemment exclusivement imputables aux auteurs.

Summary

This study presents the wage differentials between public hospitals, private for profit hospitals and private not for profit hospitals. The data used for the study result from administrative sources: *Déclarations Annuelles de Données Sociales (DADS)*, year 2007.

Wage differentials can lead to differences of production cost between the various categories of hospital. This work will be continued to study the differences of labor cost, more interesting notion than the notion of gross pay per hour which is studied here especially in the context of French hospital regulation by prospective payments.

Mots clés : Hôpital, salaires, modèles multiniveaux

Keywords: Hospital, Wages, Multilevel Models

J.E.L. : I18, J31

1. Introduction

Les activités de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé en France sont financées à l'activité depuis 2004. Sur le principe, la tarification à l'activité (T2A) est un financement mixte associant, d'une part, une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et, d'autre part, un dispositif de tarification médicalisé pour l'activité de soins. Ce dispositif de tarification médicalisé prend en compte la nature et le volume d'activité pour financer un séjour au plus près de la mobilisation de ressources nécessaires aux soins.

La T2A a permis une harmonisation progressive des modes de financement des établissements de santé alors que, jusqu'à la mise en place de cette tarification, deux systèmes très différents coexistaient : d'une part, la Dotation globale (DG) pour les hôpitaux publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif et, d'autre part, une tarification mixte à la journée et à l'acte, encadrée par l'Objectif quantifié national (OQN), essentiellement pour les cliniques privées à but lucratif.

La T2A a pour objet de rémunérer les établissements selon l'activité de soins effectivement produite, en rémunérant pour chaque séjour, les établissements selon

une base forfaitaire, en fonction d'une nomenclature des séjours classés selon des Groupes homogènes de malades (GHM). Des tarifs (GHS, groupes homogènes de séjours) sont associés aux GHM ; ils sont calculés à partir des coûts moyens observés pour les établissements participant à l'Échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC). La T2A, en ne liant pas directement la rémunération d'un séjour à son coût réel pour un établissement donné, instaure ainsi une incitation à l'efficience.

En 2009, l'écart de tarif moyen entre les établissements anciennement sous DG et anciennement sous OQN est ainsi estimé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) entre 21 % et 27 %[1] selon que l'on pondère les tarifs par le *case mix*[2] du secteur privé ou du secteur public (DHOS, 2009). La T2A comporte aussi un objectif de convergence des tarifs entre les deux secteurs d'établissements (convergence inter-sectorielle). Mais le terme de sa mise en œuvre, fixé à 2012, a été repoussé à 2018 en raison des nombreuses difficultés théoriques et pratiques qu'elle soulève.

En effet, si l'objectif de la tarification à l'activité est d'inciter les établissements à l'efficience, une partie des coûts qui s'imposent aux établissements est exogène. La tarification doit donc inciter les établissements à minimiser les coûts qu'ils maîtrisent en tenant compte des coûts qui s'imposent à eux, ces derniers pouvant différer entre les secteurs.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) (Aballéa, Bras, Seydoux, 2006) listait des facteurs exogènes qui pouvaient justifier l'existence d'un écart de coût entre les secteurs et, par conséquent, un écart de tarif au terme du processus de convergence inter-sectorielle. Plusieurs facteurs étaient évoqués : la part de l'activité non-programmable, le surcoût lié à l'accueil de populations précaires, les économies d'échelle et de gamme, l'hétérogénéité des patients au sein d'un même GHM (Dormont, Milcent, 2004), les écarts de coût du travail, etc. Ces derniers sont susceptibles, compte tenu de l'importance de la masse salariale dans le budget des établissements, d'avoir une importance particulière.

En effet, les charges de personnel sont le principal poste de charges pesant sur les établissements de santé. La masse salariale représente en 2007 les deux tiers des charges des hôpitaux publics et près de 45 % des charges des cliniques privées à but lucratif. Ces deux proportions ne sont cependant pas directement comparables car elles ne recouvrent pas exactement le même champ. D'une part, elles incluent les salaires des médecins dans les établissements publics mais pas les honoraires que perçoivent les médecins dans les cliniques à but lucratif. D'autre part, quelle que soit la nature des activités considérées en dehors de l'activité de soins *stricto*

1. (Tarif public/tarif privé) – 1.

2. Le *case mix* correspond à l'éventail des cas traités, décrit par le classement en groupes homogènes de malades des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

sensu, le secteur privé externalise certaines activités dans des proportions beaucoup plus élevées que le secteur public, ce qui aboutit mécaniquement à diminuer la masse salariale (Cordier, 2008).

L'objectif de cette étude est d'étudier les écarts de salaires dans les établissements de santé en fonction de leur statut juridique. Si, de précédents travaux (Collet, 2005) ont déjà été menés sur ce sujet, la présente étude prend en compte le lien entre les salaires versés et la taille des établissements de santé. Celle-ci, au moins à court terme, est un facteur exogène (de Pouvourville, 2006). De plus, même à moyen terme, compte tenu des exigences qui s'imposent aux hôpitaux publics afin de garantir l'existence d'une offre de soins sur un territoire, la taille des établissements est un paramètre difficilement modulable, alors que des cliniques privées peuvent se spécialiser plus facilement sur quelques segments de l'offre de soins (Lombardo, 2008) et sont, de fait, de plus petite taille que la plupart des hôpitaux publics.

Dans un premier temps, après avoir présenté les données utilisées dans l'étude, nous montrons qu'il existe des écarts de rémunérations brutes entre les hôpitaux publics, les cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif. Dans une deuxième partie, nous faisons une analyse descriptive de ces différences de rémunération. Ensuite, nous explicitons la méthode permettant d'étudier les écarts de rémunération entre secteurs d'établissement en tenant compte des caractéristiques observables des établissements puis, nous présentons les résultats. Enfin, une dernière partie discute les résultats et envisage les études complémentaires à mener pour éclairer au mieux la décision publique dans le contexte de la tarification à l'activité et de la convergence tarifaire.

2. Données

2.1. Source et champ

La présente étude s'appuie sur les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2007. La Déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que doit remplir toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (identification, nature de l'emploi, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Les DADS incluent les salaires nets et les salaires bruts perçus par les salariés, mais excluent les cotisations employeurs et ne permettent donc pas d'étudier les écarts de coût total du travail entre établissements. Soulignons, d'une part, que dans le cadre de la problématique de la convergence tarifaire, seuls les résultats correspondant aux salaires bruts sont présentés et, d'autre part, que bien

qu'ils n'aient pas été présentés, dans le cadre de cet article, pour des problèmes de lisibilité, ces calculs ont aussi été réalisés pour les années 2004, 2005 et 2006 et mettent en évidence une stabilité des effets sur la période.

Les analyses présentées s'appuient sur les échantillons au 1/12e des DADS 2007. Elles portent sur les salariés des établissements dont l'Activité économique principale (APE) relève des activités hospitalières (851A). Le champ de l'étude se limite aux personnels à temps complet et exclut les cadres médicaux (médecins et pharmaciens), les stagiaires et les apprentis, pour permettre une meilleure comparabilité par secteur d'établissement. L'étude a ainsi été menée sur 81 400 périodes d'emploi à temps plein au cours de l'année 2007. Parmi les 2 764 établissements hospitaliers recensés dans les DADS et étudiés dans la présente étude, 1 036 ont été identifiés comme des entités publiques, 1 148 sont des cliniques privées à but lucratif et 580 des structures privées à but non lucratif. Dans la présente étude, n'ont été retenues que les seules observations de postes relevant de périodes « non annexes », c'est-à-dire telles que le volume de travail associé (mesuré conjointement par la rémunération, le nombre d'heures et la durée de l'emploi) ne soit pas trop faible. Par ailleurs, quelques restrictions de champ, très mineures, ont également été appliquées (âge du salarié au moins égal à 16 ans, salaire, nombre d'heures et de jours rémunérés non nuls).

2.2. Données de cadrage

D'après les DADS, le nombre d'emplois salariés ou « postes »[3], en France métropolitaine et dans les DOM, s'élève à 1,6 million pour l'ensemble du secteur hospitalier en 2007, contre 1,3 million en 1997. Les trois quarts des emplois recensés se situent dans les hôpitaux publics, 13 % dans les établissements privés à but lucratif et 12 % dans les établissements privés à but non lucratif.

En 2007, en excluant du champ les médecins, les pharmaciens, les stagiaires et les apprentis, 51 % des emplois salariés de l'ensemble des établissements hospitaliers sont des postes d'agents de service et d'employés administratifs (tableau 1) et 41 % des postes de professionnels intermédiaires soignants et sociaux (infirmiers, techniciens médicaux, assistantes sociales, etc.). Les ouvriers occupent, par ailleurs, près de 5 % des postes recensés. Enfin, les postes de professionnels intermédiaires administratifs et de techniciens représentent 2 % des emplois, proportion proche de celle des cadres administratifs (personnels de direction, de gestion et financiers) (1,5 %).

3. Les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois.

Tableau 1 : *Ventilation des emplois salariés dans le secteur hospitalier en 2007*

Catégories socioprofessionnelles	Secteur Public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	11 563	1,2	4 543	3,0	3 503	2,0	19 609	1,5
Professions intermédiaires soignants et sociaux	394 489	40,5	61 526	40,8	71 016	41,0	527 031	40,6
Professions intermédiaires administratifs et techniciens	15 440	1,6	6 386	4,2	3 566	2,1	25 392	2,0
Agents de service et employés administratifs	502 657	51,6	71 611	47,5	91 778	53,0	666 046	51,3
Ouvriers	49 911	5,1	6 649	4,4	3 250	1,9	59 810	4,6
Ensemble	**974 060**	**100,0**	**150 715**	**100,0**	**173 113**	**100,0**	**1 297 888**	**100,0**

Note de lecture : Les emplois ou postes décomptés correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois.
Les « agents de services ou employés administratifs » incluent les agents de services hospitaliers, les aides-soignantes et les ambulanciers. Les professions intermédiaires « soignantes » sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux, et les professions intermédiaires « sociales », des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés.
Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

Naturellement, les rémunérations sont étroitement liées à la qualification des salariés ; elles s'échelonnent principalement sur trois niveaux, présentés par ordre décroissant.

- En 2007, tous secteurs d'établissement confondus, les postes à temps plein de cadres non médicaux sont rémunérés en moyenne 30 euros bruts par heure [4] (tableau 2).
- Les revenus moyens déclarés pour les postes de professionnels intermédiaires « soignants et sociaux » d'une part, « administratifs et techniciens » d'autre part, sont de 17 et de 16 euros bruts par heure environ.
- Enfin, les postes d'ouvriers d'agents de service et d'employés administratifs sont rémunérés environ 12,5 euros bruts en moyenne par heure pour un emploi à temps complet.

Ces montants ne tiennent, bien entendu, pas compte des rémunérations que ces personnes peuvent recevoir par ailleurs (perception d'honoraires, exercice d'un autre emploi, etc.). Nous mesurons davantage les salaires payés par l'établissement (hors cotisations patronales) pour le poste que le revenu de son titulaire. Compte tenu des règles fiscales et sociales qui s'appliquent différemment selon le mode de financement des établissements, les écarts de salaires horaires varient selon que l'on étudie les salaires horaires nets ou les salaires horaires bruts. Ainsi, les salaires horaires nets sont plus élevés dans les établissements publics, alors que les salaires horaires bruts sont plus élevés dans les établissements privés anciennement sous dotation globale, qui supportent des cotisations plus importantes (Bartoli, Bras, 2007).

Les postes salariés à temps complet sont, en moyenne en 2007, rémunérés de façon équivalente dans les établissements privés à but lucratif et dans les hôpitaux publics (mais inférieurs de 2 % dans les cliniques privées à but lucratif lorsque l'on retire les cadres) (figure 1, page 229). En revanche, les salaires horaires bruts sont supérieurs de 11 % dans les établissements privés à but non lucratif par rapport aux hôpitaux publics (contre 8 % lorsque l'on retire les cadres).

4. Le salaire horaire brut moyen correspond à la masse salariale annuelle brute des postes à temps complet divisée par le nombre d'heures rémunérées enregistrées dans les périodes d'emplois correspondantes (les heures normales, supplémentaires et complémentaires ne peuvent être distinguées). Il est donc calculé au prorata de la présence en heures des salariés sur l'année. Pour les salariés à temps complet, les emplois sont convertis en mois-travail au prorata de leur durée de présence. Les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Par exemple, un salarié ayant occupé un poste donné durant la moitié d'un mois et ayant perçu 1 000 compte pour 0,5 « mois-travail » rémunéré 2 000 euros par mois.

Tableau 2 : *Salaires horaires bruts moyens (en euros) selon le secteur de l'établissement et la catégorie socioprofessionnelle en 2007*

Catégories socioprofessionnelles	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif		Secteur privé à but lucratif		Ensemble
	Montant (euros)	Montant (euros)	Écart par rapport au public (en %)	Montant (euros)	Écart par rapport au public (en %)	Montant (euros)
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	27,0	32,3	19,7 %	37,8	40,1 %	29,6
Professions intermédiaires, soignants et sociaux	17,0	18,4	8,1 %	17,2	1,1 %	17,2
Professions intermédiaires, administratifs et techniciens	15,8	17,3	8,9 %	16,6	4,5 %	16,2
Agents de service et employés administratifs	12,5	12,9	3,0 %	11,7	-6,3 %	12,5
Ouvriers	12,6	13,2	5,0 %	12,8	1,6 %	12,7
Ensemble	**14,6**	**16,1**	**10,7 %**	**14,5**	**-0,1 %**	**14,7**
Ensemble (hors cadres)	**14,4**	**15,5**	**7,7 %**	**14,0**	**-2,3 %**	**14,4**

Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

Compte tenu des règles fiscales et sociales qui s'appliquent différemment selon le statut des établissements de santé, les écarts de salaires horaires varient selon que l'on étudie les salaires horaires nets ou les salaires horaires bruts. Les résultats présentés dans cette étude concernent les salaires horaires bruts. La hiérarchie des salaires entre les catégories d'établissements serait modifiée si on considérait les salaires horaires nets, dans une logique non plus de coût du travail pour l'établissement mais de rémunération des salariés. En effet, selon les DADS 2007, les salaires horaires nets les plus élevés sont pratiqués dans les hôpitaux publics, en raison de taux de cotisations sociales salariales plus faibles que dans les établissements privés. Dans les cliniques privées à but non lucratif, les salaires horaires nets sont en moyenne inférieurs de 4 % à ceux des hôpitaux publics, et dans les cliniques privées à but lucratif cet écart est, en moyenne, de 11 % par rapport au secteur public (Aude, Raynaud 2010).

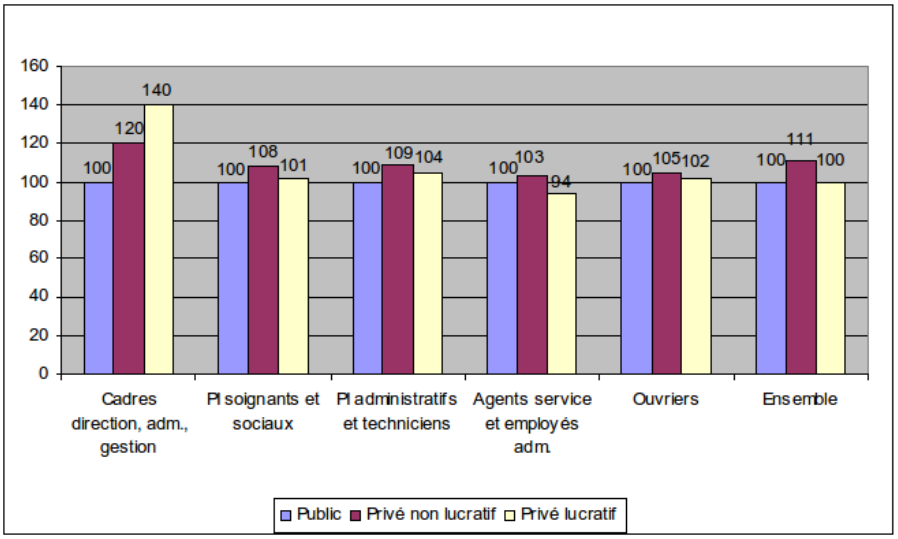


Figure 1 : *Comparaison des salaires horaires bruts en 2007 selon le secteur de l'établissement et la catégorie socioprofessionnelle (public = indice 100)*
Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

3. Analyse descriptive des déterminants du salaire

Les rémunérations horaires brutes sont en moyennes supérieures dans les établissements privés à but non lucratif à celles des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif. Les écarts de rémunération entre les différents secteurs d'établissement pourraient provenir de caractéristiques structurelles – structure de qualification, d'âge, de sexe, localisation géographique et taille de l'établissement – propre à chaque type d'établissement. On se propose d'analyser le lien entre les salaires versés et les caractéristiques structurelles de ces salaires.

Aubert et Crépon (2003) démontrent que, dans les secteurs de l'industrie, du commerce et des services, la productivité moyenne des salariés croît avec l'âge, avant de se stabiliser autour de 40-45 ans. La courbe de coût salarial moyen suit d'assez près celle de la productivité jusqu'à 55 ans : ainsi, la productivité et le coût salarial augmentent conjointement avec l'âge puis, tandis que la première se stabilise, la seconde continue de croître aux âges les plus élevés de la vie active.

Dans l'ensemble des établissements de santé, on constate aussi que les rémunérations horaires brutes croissent avec l'âge. En 2007, par rapport aux salariés de moins de 30 ans, les trentenaires perçoivent des rémunérations supérieures de 10 % (tableau 3) ; cet écart s'établit à 23 % pour les quadragénaires, 38 % pour les quinquagénaires et 57 % pour les salariés les plus âgés. Toutefois, l'effet de l'âge sur les salaires perçus n'est pas homogène selon la catégorie socioprofessionnelle : il s'accroît très nettement avec la qualification. En effet, l'écart de salaire horaire brut moyen entre un quinquagénaire et un salarié de moins de trente ans est de 90 % pour les cadres contre 50 % pour les professions intermédiaires et 30 % pour les niveaux de qualification inférieurs, tous secteurs d'établissement confondus.

Selon l'Insee, en 2006, « l'écart relatif de salaire moyen entre les hommes et les femmes est stable, les femmes à temps complet touchant un salaire moyen inférieur de 18,9 % à celui des hommes » (Bessière et Depil, 2008). Cet écart peut être décomposé en une « part expliquée » – qui comprend des différences de caractéristiques individuelles telles que l'expérience professionnelle et la durée des études d'une part, des différences de caractéristiques des emplois occupés telles que la PCS, le secteur et la taille des entreprises d'autre part et, dans une moindre mesure, des différences de durées hebdomadaires de travail – et une « part inexpliquée », la part inexpliquée de l'écart mesurant alors le niveau de discrimination par rapport à l'écart global (Oaxaca, 1973 ; Blinder, 1973). La part inexpliquée de l'écart de salaires entre hommes et femmes, qui s'établit à 48 %, provient en grande partie du « désavantage féminin » (notion qui prend en compte la valorisation des caractéristiques féminines par l'écart entre rendements moyens et rendements féminins) et en proportion plus restreinte par « l'avantage masculin »

Tableau 3 : *Salaires horaires bruts par tranche d'âge selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur de l'établissement en 2007*

Catégories socioprofessionnelles		Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Ensemble
Cadres de direction, administratifs ou de gestion	- de 30 ans	16,1	20,9	22,5	17,0
	30 à 39 ans	21,0	24,4	32,8	**23,7**
	40 à 49 ans	26,8	31,2	35,5	**29,2**
	50 à 59 ans	30,8	35,0	37,9	**32,6**
	60 ans et +	33,8	41,5	61,3	**39,9**
Professions intermédiaires soignants et sociaux / Professions intermédiaires administratifs et techniciens	- de 30 ans	13,1	15,6	15,0	**13,7**
	30 à 39 ans	15,4	16,6	16,4	**15,7**
	40 à 49 ans	18,5	19,2	18,8	**18,6**
	50 à 59 ans	20,0	20,8	19,7	**20,1**
	60 ans et +	21,0	22,7	21,4	**21,3**
Agents service et employés administratifs / ouvriers	- de 30 ans	10,7	11,5	10,7	**10,8**
	30 à 39 ans	11,6	12,2	11,3	**11,6**
	40 à 49 ans	12,9	13,2	12,0	**12,8**
	50 à 59 ans	14,1	14,0	12,6	**13,9**
	60 ans et +	14,4	14,5	14,2	**14,4**
Ensemble	**- de 30 ans**	**11,9**	**13,9**	**13,2**	**12,3**
	30 à 39 ans	**13,3**	**14,7**	**14,1**	**13,5**
	40 à 49 ans	**15,1**	**16,2**	**14,5**	**15,1**
	50 à 59 ans	**16,9**	**18,2**	**15,8**	**16,9**
	60 ans et +	**18,3**	**21,4**	**21,0**	**19,3**

Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

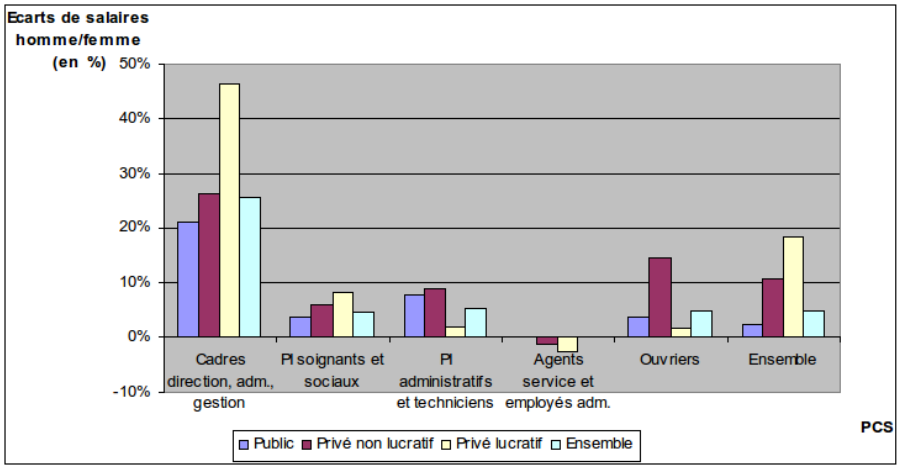


Figure 2 : *Rapports des rémunérations horaires brutes hommes/femmes (en %) selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur des établissements en 2007*
Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Source : DADS 2007.

(notion symétrique au « désavantage féminin ») (Meurs et Ponthieux, 2000). En 2007, les rémunérations horaires brutes des hommes travaillant à plein temps dans des établissements de santé sont en moyenne supérieures de 5 % à celle des femmes [5] (figure 2). Cet écart diffère selon la catégorie socioprofessionnelle considérée. Quasiment nul pour les agents de service et employés administratifs, cet écart s'établit à 5 % pour les professions intermédiaires soignantes et sociales ainsi que pour les ouvriers et à 6 % pour les professions intermédiaires administratives et pour les techniciens. Cette différence s'élève à 26 % pour les cadres non médicaux.

Les établissements publics et privés sont de tailles très différentes. Alors que 7 salariés sur 10 des établissements publics exercent dans des hôpitaux dont le personnel dépasse 1 000 personnes, aucun établissement privé à but lucratif n'atteint cette taille. À l'inverse, seul un dixième des salariés du public travaille dans des établissements de moins de 350 personnes alors que cela représente les trois quarts des salariés des établissements privés à but lucratif. Les établissements privés à but non lucratif sont, quant à eux, dans une position intermédiaire (tableau 4).

5. Dans la littérature, ce sont habituellement des écarts de salaires nets qui mesurent les inégalités homme-femme. En l'occurrence, le résultat change peu lorsque l'on considère les salaires horaires nets, qui apparaissent pour les hommes supérieurs de 6 % en moyenne à ceux des femmes.

Tableau 4 : *Répartition des salariés (hors cadres médicaux) en 2007 en fonction du secteur et de la taille de l'établissement dans lequel ils exercent*

Taille des établissements	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Effectifs < ou = à 150	27 400	3,5	29 514	27,5	51 253	40,7	**108 167**	**10,7**
150 < Effectifs < ou = à 350	57 605	7,4	26 782	25,0	44 657	35,4	**129 044**	**12,8**
350 < Effectifs < ou = à 1 000	137 890	17,8	36 007	33,6	30 113	23,9	**204 010**	**20,3**
1 000 < Effectifs < ou = à 2 500	237 625	31	14 926	14	0	0	**252 551**	**25**
Effectifs > 2 500	313 612	41	0	0	0	0	**313 612**	**31**
Ensemble	774 132	100	107 229	100	126 023	100	**1 007 384**	**100**

Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

De nombreuses études ont déjà démontré, pour des secteurs de l'économie autre que celui de la santé, la relation plutôt croissante entre les salaires versés et la taille des entreprises. L'existence de conditions de travail variant en fonction de la taille des entreprises est connue depuis les travaux de l'américain H.L. Moore (1911) qui montrait que « au fur et à mesure que la taille de l'établissement augmente, la condition du travailleur s'améliore dans toutes les directions : son salaire augmente, il est employé un plus grand nombre de jours par an, son emploi varie moins d'un mois à l'autre, et la durée journalière de son travail diminue ». Plus proche de nous, les travaux de Brown et Medoff (1989) fournissent un cadre théorique et une validation empirique sur des données américaines au lien entre la taille des entreprises, mesurée par le nombre de salariés, et les salaires. Cette relation est vérifiée sur des données françaises grâce aux travaux de Abowd, Kramarz et Margolis (1999) à partir des DADS. Plus récemment, Margirier (2007) a vérifié que cette relation existait aussi pour les personnes en début de carrière à partir de données d'enquête du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq).

En conséquence, cette étude tient compte de la taille des établissements pour mesurer l'écart de salaires entre catégories juridiques d'établissements. Le lien entre la taille et les salaires apparaît modeste quand on se limite à de simples moyennes, mais cela résulte d'effets de structures liés notamment à la structure de qualification.

Tous secteurs et catégories socioprofessionnelles confondus, les rémunérations horaires brutes sont supérieures de 6 % en Île-de-France par rapport à la province dans les établissements de santé en 2007 (tableau 5) ; cet écart atteint 31 % lorsque l'on compare la province aux départements d'outre-mer (DOM). Les écarts de rémunération entre les DOM et la province sont nettement plus marqués dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 36 % et 23 %) que dans les cliniques privées à but lucratif (6 %) et s'expliquent notamment par les bonifications dont bénéficient les salariés du secteur public exerçant dans les DOM.

Tableau 5 : *Salaires horaires bruts selon la catégorie socioprofessionnelle et la zone géographique de l'établissement en 2007*

Zone géographique	Toutes PCS confondues				PI soignants et sociaux			
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Ensemble	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Ensemble
DOM	19,3	19,7	15,1	18,8	22,5	23,4	18,0	22,1
Ile de France	15,0	16,7	15,8	15,3	17,4	19,2	19,9	17,8
Province	14,3	15,9	14,2	14,4	16,6	18,1	16,6	16,8
France entière	14,6	16,1	14,5	14,7	17,0	18,4	17,2	17,2

Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

4. Méthode

Notre étude étant centrée sur la comparaison des rémunérations selon le secteur des établissements de santé, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des caractéristiques structurelles – disponibles dans les données – qui influent sur ces écarts.

Les données de l'étude comportent deux dimensions : l'établissement d'une part, et le salarié, d'autre part. Une analyse multiniveaux est réalisée afin de contrôler l'hétérogénéité des données tout en conservant cette double dimension lors de la modélisation. Elle permet d'identifier d'éventuels effets « établissement » tout en prenant en compte l'effet des caractéristiques individuelles sur les salaires bruts. Notons que ces travaux seront actualisés sur des données plus récentes, en testant différentes variantes de modélisation, particulièrement les modèles à effets fixes.

Nous estimons une équation de salaire : la variable expliquée est le logarithme du salaire horaire brut et les variables explicatives sont donc structurées en 2 niveaux :

- les variables explicatives de niveau établissement sont la zone géographique de l'établissement et le statut de ce dernier en fonction de sa taille. Compte tenu des différences importantes de taille entre établissements publics et établissements privés, notre modélisation autorise un effet différencié de la taille selon le secteur de l'établissement. Ainsi, notre modélisation ne permet pas de mesurer un écart unique de salaire entre catégories d'établissements, mais plutôt un écart qui sera fonction de la taille ;
- les variables explicatives de niveau salarié sont l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle.

Dans la spécification du modèle, ces variables sont supposées jouer indépendamment les unes des autres. Ainsi, on suppose que le salaire d'un individu est, à un terme résiduel près, le produit des caractéristiques retenues (l'équation étant écrite en logarithme). Le choix d'une décomposition multiplicative permet de s'intéresser aux écarts relatifs de salaire (en pourcentages) et non aux écarts absolus (en euros).

Le modèle retenu dans cette étude s'écrit ainsi :

$$\log(\text{salaire}_{ij}) = C + X'_{ij}.\beta + Z'_j.\gamma + u_j + e_{ij}$$

où :

- C est un terme constant permettant de retrouver un « salaire moyen » conditionnellement aux variables que l'on introduit dans le modèle,
- X'_{ij} est le vecteur de variables explicatives relatives au salarié i exerçant dans l'établissement j qui prend en compte l'hétérogénéité observée,
- le vecteur de variables explicatives relatives à l'établissement j, Z'_j, prend en compte l'hétérogénéité observée inter établissements,

– l'hétérogénéité inobservée est décomposée en deux termes :
  – l'hétérogénéité inobservée interétablissements non prise en compte par le vecteur Z'_j, modélisée par le terme d'erreur normal, u_j,
  – l'hétérogénéité inobservée intersalariés non prise en compte par le vecteur X'_{ij} modélisée par le terme d'erreur normal, e_{ij}.

Les hypothèses du modèle sont les suivantes :

$u_j \sim N(0, \hat{\sigma}^2_{etab})$, où σ^2_{etab} est la variabilité du terme constant du modèle entre les établissements,

$e_{ij} \sim N(o, \hat{\sigma}^2_{erreur})$, où σ^2_{erreur} est la variabilité résiduelle au niveau individuel

$u_j \perp e_{ij}$

$E(u_j, X_{ij}) = 0$: il n'y a pas de corrélation entre l'effet établissement et les variables explicatives. L'estimateur du modèle correspond donc aux moindres carrés généralisés.

Les variables explicatives de dimension individuelle sont :
– le sexe (dont la modalité femme est prise comme référence) ;
– la catégorie socioprofessionnelle qui comprend cinq modalités : les cadres à l'exception des médecins, les ouvriers, les employés, les PI administratifs et techniques et les PI soignants et sociaux, cette dernière modalité étant prise comme référence lors de l'estimation. Les DADS ne permettent actuellement pas d'obtenir une catégorie socioprofessionnelle plus détaillée mais, à l'avenir, cette variable sera plus fine et définira précisément les professions des salariés ;
– l'« âge » découpé en classes : c'est un « proxi » de l'expérience professionnelle sur le marché du travail puisque les informations sur le nombre d'années d'expérience, l'ancienneté dans l'établissement ou encore l'âge de fin d'étude sont absentes des DADS. Le modèle retenu pour prendre en compte l'effet de l'âge sur le niveau des salaires correspond à un modèle « linéaire par morceau » : il suppose que l'effet d'une année supplémentaire sur le revenu est linéaire sur les différentes tranches d'âge choisies mais que l'ampleur de cet effet varie d'une tranche d'âge à l'autre (c'est-à-dire que les coefficients estimés varient d'une classe à l'autre).

Les variables explicatives de dimension établissement sont :
– la zone géographique d'implantation de l'établissement. Des résultats intermédiaires non présentés dans cette étude ont permis de montrer qu'il n'existe pas d'écart significatif entre les salaires horaires bruts des différentes régions de province. Ainsi, la variable explicative « zone géographique de l'établissement » est découpée 3 catégories : la province, l'Île-de-France (modalité de référence) et les DOM ;
– le secteur de l'établissement en fonction de sa taille. Nous avons choisi de croiser les effets « taille » et « secteur » de l'établissement, la taille des

structures variant beaucoup selon le statut juridique. La variable explicative « secteur de l'établissement selon sa taille » distingue d'une part, les trois statuts que sont le public, le privé à but non lucratif et le privé à but lucratif et, d'autre part, la taille de chacun de ces types d'établissements. Les établissements ont été répartis en 5 classes en fonction des effectifs [6] qui les composent afin de prendre en compte les éventuels « effets taille » qu'il peut y avoir au sein du secteur hospitalier. Le secteur public, ayant des effectifs très divers selon les établissements considérés, s'échelonne sur les 5 classes (la dernière étant prise comme référence lors de l'estimation) ; les secteurs privés ont des effectifs moins hétérogènes et s'échelonnent jusqu'à la troisième classe pour les établissements à but lucratif et jusqu'à la quatrième pour les établissements à but non lucratif.

Les 5 classes d'établissements retenues sont les établissements dont les effectifs sont :

- supérieurs à 2 500 salariés. Ils appartiennent exclusivement au secteur public et correspondent aux CHU et grands centres hospitaliers (CH) ;
- compris entre 1 000 et 2 500 salariés. Ce sont à la fois des établissements publics et privés à but non lucratif. Ils correspondent aux CH de taille moyenne et à un peu plus de la moitié des CLCC (centres de lutte contre le cancer) ;
- compris entre 350 et 1 000 salariés. On retrouve les 3 secteurs. Ils correspondent aux petits CH, aux établissements assez importants du secteur privé à but non lucratif (dont des CLCC) et aux grands établissements privés à but lucratif (en minorité dans cette classe) ;
- compris entre 150 et 350 salariés ;
- inférieurs à 150 salariés. Ce sont surtout des établissements privés.

Précisons toutefois que les données utilisées présentent certaines limites. Il existe ainsi une hétérogénéité non observée des qualifications dans les DADS. En effet, le niveau de salaire peut varier de manière significative en fonction de la composition du personnel soignant dans l'établissement (*skill-mix*) ainsi qu'en fonction des caractéristiques des patients pris en charge dans l'établissement (*case-mix*). Par exemple, au sein des professions intermédiaires soignantes et sociales, considérées dans nos données comme un seul ensemble, il existe une diversité des métiers et des fonctions (infirmier anesthésiste, assistante sociale…) influençant probablement la variabilité des salaires. La modélisation permettant de tenir compte d'un effet établissement ne permet de corriger que partiellement ce manque de détails dans les données. D'autre part, aucune variable des DADS ne permet de

6. La variable « effectif moyen » de l'établissement au cours de l'année a été retenue pour caractériser la taille des établissements ; le nombre de lits et places aurait tout aussi bien pu être utilisé mais il n'était pas renseigné pour un quart des établissements. À noter que les variables « effectif moyen » de l'établissement et « nombre de lits et places » sont très fortement corrélées (à 83 %).

décrire précisément l'ancienneté dans l'établissement (l'âge n'en étant qu'un proxi) : par conséquent, la stabilité des emplois au sein d'un établissement qui peut avoir un impact sur le niveau des salaires ne peut être mesurée. Des enrichissements des DADS sont cependant prévus, ils permettront à l'avenir de bénéficier d'informations plus détaillées pour actualiser ces résultats.

5. Résultats

Pour tenir compte des caractéristiques structurelles qui influent sur les écarts de rémunération et étudier précisément les écarts de salaires observés entre les différents établissements de santé, une analyse multiniveaux a été réalisée à partir des DADS 2007. Les variables explicatives intégrées dans les modélisations sont l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle du salarié ainsi que la zone géographique d'implantation de l'établissement et son statut juridique en fonction de sa taille. Le modèle a été estimé à l'aide de la procédure *mixed* du logiciel SAS. La qualité d'ajustement de ce modèle est appréciée par les variances $\hat{\sigma}^2_{etab}$ et $\hat{\sigma}^2_{erreur}$ qui s'établissent respectivement à 0,003 et 0,038 ; ces valeurs étant faibles par rapport au logarithme du salaire horaire brut (2,7), l'hétérogénéité inobservée est faible et les variables du modèle permettent d'expliquer la variabilité des salaires. Le coefficient[7] ρ qui mesure la variance résiduelle que l'on peut attribuer au niveau établissement est égal à 7 % : ainsi, 7 % de l'hétérogénéité inobservée du salaire provient de caractéristiques de l'établissement et 93 % de celle-ci résultent de caractéristiques individuelles. Les variations de salaires que l'on ne peut pas expliquer à l'aide de nos données sont donc principalement dues aux caractéristiques individuelles inobservées[8].

Dans le secteur public, les salaires horaires bruts versés dépendent peu de la taille des établissements (tableau 6), à l'exception des plus petites structures[9] qui offrent des rémunérations inférieures de 2 % à celles des CHU et grands CH (figure 3). Cette relation croissante entre la taille des établissements et les salaires versés est plus marquée dans les établissements privés. En effet, les salariés

7. $\rho = \dfrac{\hat{\sigma}^2_{etab}}{\hat{\sigma}^2_{etab} + \hat{\sigma}^2_{erreur}}$

8. On peut penser à la mesure insuffisamment précise du niveau de qualification ou à la non prise en compte de l'ancienneté dans les fonctions. Si ces données étaient disponibles la variance résiduelle serait encore diminuée.

9. La taille des établissements est définie comme suit :
taille 1 : effectifs < ou = 150 salariés
taille 2 : 150 < effectifs < ou = 350
taille 3 : 350 < effectifs < ou = 1 000
taille 4 : 1 000 < effectifs < ou = 2 500
taille 5 : 2 500 < effectifs.

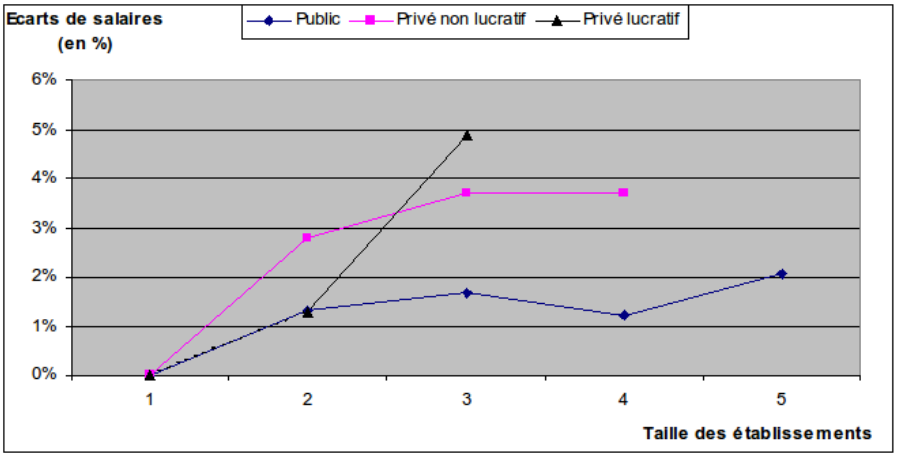


Figure 3 : *Écarts normalisés de salaires horaires bruts par rapport aux CHU et grands CH en 2007 (base : salaires des plus petits établissements de chacun des secteurs)*

Notes de lecture : Les trois courbes de ce graphique représentent, pour chacun des trois secteurs, l'effet de la taille de l'établissement sur le salaire, les plus petits établissements étant pris comme référence.
La taille des établissements est définie comme suit :
taille 1 : effectifs < ou = 150 salariés
taille 2 : 150 < effectifs < ou = 350
taille 3 : 350 < effectifs < ou = 1 000
taille 4 : 1 000 < effectifs < ou = 2 500
taille 5 : 2 500 < effectifs.
Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Source : DADS 2007.

exerçant dans les plus petites structures privées à but non lucratif perçoivent des rémunérations brutes inférieures de 4 % à ceux des plus grandes structures et cet écart s'établit à 5 % pour les cliniques privées à but lucratif

La variable « taille de l'établissement selon son secteur » permet aussi d'établir des comparaisons de salaires entre catégories d'établissements, pour une taille donnée (figure 4). Dans la mesure où l'effet de la taille de l'établissement sur le salaire est différencié selon les catégories d'établissements, les écarts en dépendent logiquement. Toutefois, de grandes tendances se dégagent : les salaires horaires bruts sont les plus élevés dans les cliniques privées à but non lucratif. Par rapport aux hôpitaux publics, l'écart est d'environ + 6 % dans les plus petites structures contre + 8 % pour les plus grandes. Dans le secteur privé lucratif, l'écart par rapport au secteur public n'apparaît significatif que pour les cliniques de grande taille (+ 4 %) quand on choisit un niveau de confiance de 95 %. Cependant, si l'on accepte un niveau de confiance de 90 % seulement, alors les cliniques privées à but lucratif de taille petite ou moyenne présentent des salaires horaires bruts

Tableau 6 : *Effets des principaux déterminants des rémunérations horaires brutes des salariés exerçant dans les établissements de santé en 2007*

Variable	Temps complet 2007	Écart-type
Âge (effet d'une année supplémentaire)		
Moins de 24 ans	0,003	0,00099
25 à 29 ans	0,012	0,00079
30 à 34 ans	0,014	0,00080
35 à 39 ans	0,013	0,00080
40 à 44 ans	0,011	0,00078
45 à 49 ans	0,013	0,00074
50 à 54 ans	0,007	0,00075
55 à 64 ans	0,004	0,00086
65 ans et plus	-0,031	0,00542
Taille de l'établissement en fonction de son secteur		
Privé à but non lucratif		
Effectifs < 150	0,036	0,00747
150 < Effectifs < 350	0,064	0,00839
350< Effectifs < 1000	0,073	0,00898
1000 < Effectifs < 2500	0,073	0,01653
Privé à but lucratif		
Effectifs < 150	*-0,008 n.s.*	0,00682
150 < Effectifs < 350	*0,004 n.s.*	0,00752
350< Effectifs < 1000	0,040	0,00952
Public		
Effectifs < 150	-0,021	0,00777
150 < Effectifs < 350	*-0,008 n.s.*	0,00719
350< Effectifs < 1 000	*-0,004 n.s.*	0,00685
1000 < Effectifs < 2 500	*-0,009 n.s.*	0,00703
Effectifs > 2 500	*Référence*	*Référence*
Sexe		
Homme	0,015	0,00179
Femme	*Référence*	*Référence*
Catégorie socioprofessionnelle		
Cadres (hors médecins)	0,400	0,00529
PI administratifs	-0,125	0,00448
Agents de service et employés	-0,323	0,00151
Ouvriers	-0,347	0,00325
PI soignants et sociaux	*Référence*	*Référence*
Région de travail		
Province	-0,047	0,00406
DOM	0,138	0,01003
Ile-de-France	*Référence*	*Référence*

Sauf mention contraire (n.s.), les coefficients sont significativement différents de 0 au seuil de 99 % de confiance.
Guide de lecture : le coefficient 0,015 pour la modalité homme de la variable « sexe » signifie que les hommes ont un salaire horaire brut supérieur de 1,5 % à celui des femmes (modalité de référence).
Nombre d'observations : 81 400.
Nombre d'établissements : 2 800.
Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Sources : INSEE, DADS 2007.

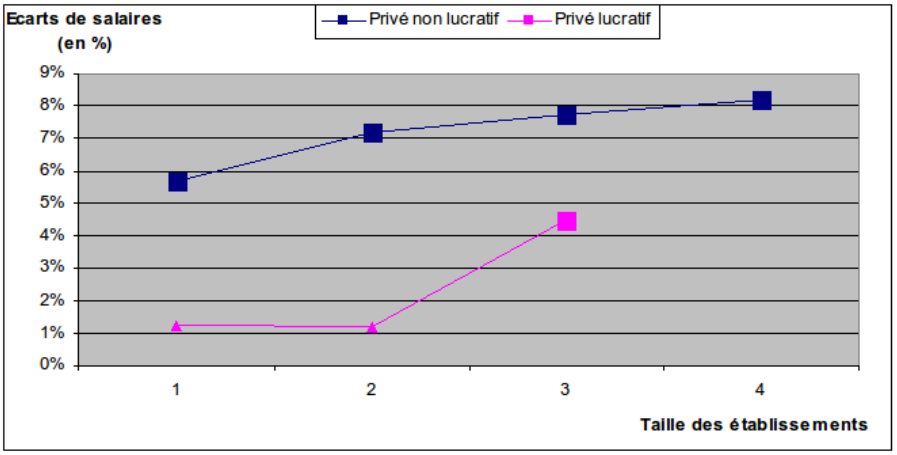


Figure 4 : *Écarts de salaires horaires bruts par rapport aux établissements publics de même taille en 2007 (base : salaires des établissements publics)*

Notes de lecture : Les deux courbes de ce graphique représentent, pour chacune des cinq tailles, l'écart de salaire entre les secteurs privés et le secteur public (les établissements publics étant pris comme référence).
Par convention, un point (pour une taille donnée) est représenté par un carré (resp. un triangle) si l'écart de salaire entre ce secteur et le public est significativement différent de zéro avec un niveau de confiance de 95 % (resp. 90 %).
La taille des établissements est définie comme suit :
taille 1 : effectifs < ou = 150 salariés
taille 2 : 150 < effectifs < ou = 350
taille 3 : 350 < effectifs < ou = 1 000
taille 4 : 1 000 < effectifs < ou = 2 500
taille 5 : 2 500 < effectifs.
Champ : salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.
Source : DADS 2007.

légèrement mais significativement supérieurs aux salaires des hôpitaux publics de taille comparable (+ 1 %).

Ainsi, parmi les trois catégories juridiques d'établissements de santé étudiées, les salaires horaires bruts versés apparaissent les plus élevés dans les établissements privés à but non lucratif et les plus bas dans les hôpitaux publics et les cliniques privées à but lucratif de taille petite ou moyenne. Dans les grandes cliniques privées à but lucratif, qui représentent environ un quart des salariés de ce secteur, les salaires bruts versés apparaissent intermédiaires entre ceux du public, plus bas et ceux du secteur privé non lucratif, plus élevés.

Les autres variables intégrées dans la modélisation sont des variables de contrôle qui permettent de mesurer un écart de salaires entre catégories d'établissements, corrigé des effets de structure. L'objectif premier de l'étude n'est pas d'en analyser les résultats, qui doivent être considérés avec précaution.

Ainsi, les hommes ont une rémunération horaire brute supérieure de 1,5 % par rapport aux femmes. Cet écart doit toutefois s'interpréter avec prudence dans la mesure où l'objectif de la modélisation retenue ici est d'estimer l'écart de salaires entre catégories juridiques d'établissements et non entre hommes et femmes. Cette différence de salaires entre hommes et femmes ne signifie pas nécessairement qu'à travail strictement identique les femmes sont moins rémunérées que les hommes. En effet, au sein de chaque catégorie sociale, il existe une diversité des métiers et des fonctions qui n'est pas prise en compte dans les données utilisées (DADS). À titre d'exemple, la catégorie des cadres regroupe un ensemble de métiers allant de la fonction de directeur de l'établissement jusqu'à des métiers à statut cadre mais sans responsabilité d'encadrement.

Les résultats confirment le lien croissant entre l'âge des salariés et leurs salaires. Rappelons que, dans le cadre de cette étude, l'ancienneté n'est pas observée et que cet effet de l'âge doit sans doute aussi s'interpréter comme un effet de l'ancienneté. L'effet de l'âge sur le salaire est toujours positif, mais avec un effet moindre pour les salariés plus âgés : l'effet d'une année supplémentaire sur le salaire est de moins en moins fort avec l'âge. L'effet négatif de l'âge au-delà de 65 ans concerne très peu de salariés et traduit sans doute le fait que des salariés aux carrières incomplètes continuent leur activité plus longtemps. Des exploitations complémentaires ont permis de mettre en évidence que l'effet positif de l'âge sur les salaires était plus fort dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées.

La hiérarchie des catégories socioprofessionnelles se traduit par des écarts de salaires significatifs, avec les salaires les plus élevés pour les cadres et plus faibles pour les agents de service, employés et ouvriers. Des estimations complémentaires ont permis de vérifier que les écarts de salaires entre catégories de personnels étaient comparables pour les différentes catégories d'établissements, à l'exception des cadres (hors médecins), qui représentent moins de 2 % des effectifs et sont comparativement mieux rémunérés dans les cliniques privées à but lucratif que dans les autres catégories d'établissements.

Enfin, les résultats mettent bien en évidence les salaires plus bas pratiqués dans les établissements de province (–5 %) par rapport à l'Île de France, et les salaires plus élevés versés dans les DOM (+ 14 % par rapport à l'IDF). Pour les DOM, des exploitations complémentaires ont permis de montrer que ces salaires plus élevés se limitaient au secteur public, ce qui correspond aux bonifications des fonctionnaires exerçant outre-mer. Dans la cadre de la T2A, ces différences régionales sont prises en compte dans les tarifs par l'intermédiaire d'un système de coefficient géographiques qui intègre divers surcoûts liés à des spécificités régionales, parmi lesquelles les surcoûts salariaux.

6. Discussion

Les salaires horaires versés aux personnels des établissements de santé dépendent de la qualification des salariés, de leur âge qui peut être interprété comme une approximation de leur ancienneté – non renseignée dans les DADS -, de leur sexe, de leur région, mais aussi du statut juridique de l'établissement et de sa taille, mesurée par le nombre de salariés. Bien que ces déterminants des salaires puissent en partie différer selon le statut juridique des établissements, nous avons fait l'hypothèse qu'ils sont équivalents pour chacun des secteurs, excepté pour la taille. La taille étant une variable très spécifique aux secteurs, il est nécessaire d'analyser les écarts de rémunération entre établissements selon leur taille. Ce choix méthodologique permet d'obtenir de manière simple des écarts de salaires par catégories d'établissements en fonction de leur taille. Ce travail constitue une première étape nécessaire avant des travaux plus avancés qui permettraient de mieux prendre en compte l'hétérogénéité des salaires que l'on peut observer dans les DADS au sein d'une même catégorie d'établissements, en tenant compte, par exemple, de l'activité des établissements (chirurgie, médecine, soins de longue durée…) en mobilisant les données du PMSI.

Mais d'ores et déjà, les résultats présentés dans cette étude suggèrent qu'il faut prendre en compte les différences de tailles entre établissements publics et privés pour comprendre les écarts de salaires et, par conséquent, les écarts de coût. La littérature nous enseigne que, toutes choses égales par ailleurs, les coûts des hôpitaux varient en fonction de leur taille (voir Or *et al.,* 2009 pour une synthèse). Les économies d'échelle ne persistent pas de manière continue, le coût marginal suit plutôt une courbe en « U » en fonction du volume de production, en raison par exemple de problèmes de coordination ou d'organisation au-delà d'une certaine taille (Rosko, 1996).

La présente étude montre que, comme dans les autres secteurs de l'économie, il existe dans les établissements de santé une relation croissante entre la taille et les salaires versés. Ce lien taille-salaire dépend du statut juridique des établissements. Il est plus marqué pour les établissements privés, dans lesquels les salaires sont fixés plus librement, en fonction de l'état du marché du travail, que dans les hôpitaux publics, où les grilles de la fonction publique s'appliquent. Il est toutefois intéressant de mettre en évidence que ce lien existe aussi, de manière plus atténuée, dans les hôpitaux publics. La rémunération pouvant être pour partie variable, sous forme de primes, il est possible que ce lien taille-salaire identifié dans les hôpitaux publics s'explique par des primes un peu plus élevées dans les grands établissements [10]. Ainsi, au-delà de problèmes de coordination ou d'organisation

10. Ce résultat devra toutefois être confirmé sur des données plus détaillées. À l'avenir, les DADS

liés à la taille, cette étude indique que les salaires versés sont croissants avec la taille des établissements, explicitant ainsi un mécanisme pouvant conduire à des coûts de production plus élevés dans les grands établissements.

Toutefois, dans le contexte de la tarification à l'activité et, notamment, de l'objectif de convergence tarifaire à l'horizon 2018 entre établissements publics et privés, ces résultats sur les salaires bruts ne donnent qu'une information partielle. En effet, les écarts de coût total du travail entre catégories d'établissements fourniront une aide précieuse à la décision. Ces travaux seront donc poursuivis par la Drees en mobilisant l'Enquête européenne sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'Insee afin d'estimer les écarts de coût total du travail (charges salariales et patronales inclues) entre secteurs d'hospitalisation. Pour un échantillon de salariés, l'ECMOSS fournit en effet des informations sur les salaires bruts et superbruts (incluant les charges patronales), et s'avère donc complémentaire des DADS, qui sont exhaustives et renseignent sur les salaires nets et bruts, mais non superbruts.

De précédents travaux menés sur le sujet des écarts de coût du travail entre hôpitaux publics et cliniques privées à but non lucratif (Bartoli et Bras, 2007) indiquent que la prise en compte des cotisations patronales n'est pas de nature à modifier le constat de salaires bruts plus élevés dans les cliniques privées à but non lucratif qui, dans le cadre de la T2A, bénéficient généralement des mêmes tarifs que les hôpitaux publics.

Toutefois, même lorsque les travaux statistiques prévus sur les écarts de coût total du travail seront achevés, il conviendra de s'assurer que les résultats obtenus pourront être comparables entre les trois catégories d'établissements. En effet, selon les établissements, les cotisations patronales peuvent couvrir des champs différents, en particulier en ce qui concerne l'absentéisme et la prévoyance. Dans le secteur privé, la garantie prévoyance est souscrite par l'entreprise afin de compléter les prestations de la sécurité sociale, pour couvrir essentiellement les risques liés au décès ou à l'incapacité de travail. Les conventions collectives peuvent ainsi fixer des couvertures minimales obligatoires. Dans la fonction publique, l'établissement n'est pas tenu de souscrire un contrat de prévoyance, mais en cas d'absence pour raison médicale, le salaire est maintenu. Dans le cadre de la problématique de la convergence tarifaire, observer les écarts de coût du travail est donc une étape nécessaire qui devra, cependant, être accompagnée de travaux plus qualitatifs pour définir un périmètre de comparaison pertinent.

---

donneront une information plus précise sur la profession exercée, permettant, par exemple, de distinguer au sein des infirmières plusieurs niveaux de qualification, ce qui permettra de confirmer la robustesse du lien taille-salaire.

Références

Aballea, P., Bras, P.L., et S. Seydoux. 2006. *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé*, Rapport IGAS N° 2006 009 janvier, La Documentation Française.

Abowd, J.M, Kramarz, F., and D.N. Margolis. 1999. "High Wage Workers and High Wage Firms", *Econometrica*, vol 67, n° 2, 251-333.

Aubert, P. et B. Crépon. 2003. « La productivité des salariés âgés : une tentative d'estimation », *Économie et Statistique* N° 368, 95-119.

Aude. J. et D. Raynaud. 2010. « Les rémunérations dans les établissements de santé. Comparaisons sur l'ensemble du secteur hospitalier en 2007 », *Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2007*, DREES.

Bartoli, F. et P.L. Bras. 2007. *Tarification à l'activité et écart de coût du travail entre établissements publics et PSPH*, Rapport IGAS N° RM 053P, mars.

Bessière, S. et S. Depil. 2008, « Les salaires dans les entreprises en 2006 : une hausse modérée », *Insee Première* n° 1174, janvier.

Blinder, A.S. 1973. "Wage Discimination : Reduced Form and Structural Estimates", *The Journal of Human Resources*, vol. 8, n° 4, 436-455.

Brown, C., and J. Medoff. 1989. "The Employer Size-Wage Effect", *Journal of Political Economy*, University of Chicago Press, vol. 97, n° 3,1027-1059, october.

Collet, M. 2005. « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », DREES, *Études et Résultats* n° 377, février.

Cordier, M. 2008. « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », DREES, *Études et Résultats* n° 633, avril.

DHOS, 2009. *Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle*, ministère de la Santé, DHOS, octobre.

Dormont, B., and C. Milcent. 2004. "The Sources of Hospital Cost Variability", *Health Economics 13, 927-939*.

Dormont, B. et C. Milcent. 2004. « Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités », *Annales d'Économie et de Statistique* n° 74.

Lombardo, P. 2008. « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats* n° 664, octobre.

Margirier, G. 2007. « Taille des entreprises et salaires », *Économie et Prévision*, n° 180-181.

Meurs, D. et S. Ponthieux. 2000. « Une mesure de la discrimination dans l'écart de salaire entre hommes et femmes », *Économie et Statistique* N° 337-338, juillet/aout, 135-158.

Moore, H.L. 1911. "Laws of Wages : an Essay in Statistical Economics, A.M Kelley, *New York*, réédition 1967.

Oaxaca, R.L. 1973. "Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets", *International Economic Review,* vol. 14, n° 3, 693-709.

Or, Z., Renaud, T. et L. Com-Ruelle. 2009. « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital », Document de travail IRDES n° 23, mars.

Or, Z., Renaud, T. et L. Com-Ruelle. 2009. « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », Document de travail IRDES n° 25, avril.

De Pouvourville, G. 2006. « Les conditions d'une concurrence loyale entre le secteur public et privé », *Revue Hospitalière de France*, n° 508,12-15.

Rosko, M. 1996, "Understanding Variations in Hospital Cost : an Economic Perspective", *Annals of Operations Research*, 67, 1-21.