

Chapitre VII

Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées

PRÉSENTATION

Faisant suite à une demande formulée dans le cadre de la consultation organisée sur la plateforme de participation citoyenne ouverte sur son site, la Cour des comptes a conduit une enquête sur le l'intérim médical et la permanence des soins. L'enquête porte ici sur les emplois médicaux dans les hôpitaux publics, à l'exclusion des autres professions soignantes et des établissements privés²⁹⁶.

Dans un contexte global de tensions quantitatives sur les ressources médicales, les hôpitaux publics font appel aux emplois temporaires pour assurer, en particulier, leurs obligations de continuité et de permanence des soins. Le recours à l'intérim médical a été conçu pour pallier des absences ponctuelles mais les solutions de remplacement ne relèvent pas du seul recours à l'intérim. Les hôpitaux publics emploient aussi des médecins sous contrat²⁹⁷.

Au cours des vingt dernières années, le recours à des contrats s'est fortement développé et induit des conséquences dommageables de plus en plus patentées²⁹⁸. Il traduit une fragilité structurelle de l'hôpital public et il pèse lourdement sur sa situation financière lorsque le recours aux emplois temporaires devient nécessaire pour assurer le fonctionnement courant et non plus pour répondre à des problèmes transitoires.

L'ampleur du recours aux emplois temporaires, plus qu'aux intérimaires, et les conditions de rémunération des médecins concernés ont des conséquences préoccupantes (I). Les mesures de maîtrise des rémunérations ne suffisent pas à limiter les dérives (II). Des évolutions structurelles adossées à une recomposition territoriale de l'offre de soins sont à envisager à court terme (III).

²⁹⁶ Cette focalisation s'explique par la complexité des questions abordées et ne signifie pas que les difficultés soient cantonnées au secteur public. Ainsi, les niveaux de rémunérations accordées aux médecins exerçant en établissement privé contribuent aux tendances constatées.

²⁹⁷ Hormis les personnels hospitalo-universitaires, qui sont fonctionnaires d'État par leur fonction d'enseignement, les médecins hospitaliers sont soit des agents publics statutaires nommés à titre permanent, soit des contractuels, dont ceux recrutés pour répondre à une pénurie ou pour combler un poste vacant.

²⁹⁸ Cour des comptes, *Les agents contractuels dans la fonction publique*, septembre 2020.

Définition et chiffres clés

Le terme d'intérim médical est souvent utilisé, à tort, pour désigner tous les médecins intervenant à l'hôpital pour compléter les plannings des services. Une telle terminologie laisse à penser que les dérives en matière de rémunération ne concerneraient que les missions d'intérim stricto sensu alors qu'elles peuvent être observées sur d'autres formes de contrat. Le présent chapitre examine ces diverses situations et utilise le terme général « d'emplois temporaires » pour les désigner de manière indifférenciée, même si les emplois ainsi occupés correspondent à des postes permanents dans l'organisation hospitalière.

Le nombre total des médecins hospitaliers, quel que soit leur statut, est de 100 000 en équivalent temps plein, soit 10 % des effectifs salariés du secteur. Ce nombre prend en compte 11 100 praticiens contractuels, mais pas les missions intérimaires.

Le total des dépenses de personnel médical dans les hôpitaux publics a été de 8,8 Md€ en 2022, en augmentation de 31 % par rapport à 2017.

Afin de compléter les analyses tirées de l'exploitation des données nationales, un échantillon de dix hôpitaux publics, sélectionnés dans trois régions avec les chambres régionales et territoriales des comptes, a été constitué. Ce panel d'observation a permis notamment d'analyser au plus près du terrain les pratiques en matière de recrutement de médecins contractuels et de construire une méthodologie d'évaluation des dépenses engagées pour compenser ou atténuer une pénurie de temps médical.

À partir de ces données, les dépenses engagées par les hôpitaux pour combler ou atténuer le manque de temps médical ont pu être estimées nationalement en 2021 entre 559 M€ et 662 M€ hors charges (entre 751 M€ et 904 M€ avec charges). Elles résultent de :

- la rémunération d'heures supplémentaires pour 321 M€ en 2021 (402 M€ en 2022) ;
- la surrémunération des contrats négociés en 2021, + 80 M€ par rapport à la rémunération moyenne d'un praticien hospitalier ; + 183 M€ par rapport aux plafonds réglementaires des médecins contractuels ;
- la facturation des mises à disposition de médecins par les entreprises de travail temporaire pour 157 M€ en 2021 (147 M€ en 2022).

I - Un recours accru et préoccupant aux emplois temporaires

Afin de compléter les effectifs médicaux des services, outre les intérimaires, les hôpitaux recrutent directement des médecins contractuels avec des montants de rémunération non réglementaires. Le développement important de ces contrats est problématique.

A - Un fort développement des heures supplémentaires et des contrats négociés

Limité à l'origine aux seules missions d'intérim, le recours à des contrats temporaires s'est généralisé, au point de concerner la plupart des activités hospitalières et non plus seulement les activités nécessitant une permanence des soins.

1 - Un recours limité à l'intérim médical au sens strict

Conformément aux dispositions de l'article L. 1251-1 du code du travail²⁹⁹, seules les mises à disposition d'un médecin salarié par une entreprise de travail temporaire répondent à la définition de l'intérim médical. Celui-ci a été réglementairement conçu pour pallier un problème conjoncturel et doit être motivé par des nécessités liées à la continuité du service public³⁰⁰.

Les dépenses d'intérim médical des hôpitaux publics s'élevaient en 2022 à 147,5 M€³⁰¹, en progression de 25 % par rapport à 2017, soit 2 % des dépenses totales de personnel médical. Selon Prism'emploi, fédération représentant les entreprises de travail temporaire, 17 000 missions ont été réalisées en 2022 soit, pour les médecins employés, une moyenne de 11 missions dans l'année, chacune d'une durée moyenne de 3,6 jours.

²⁹⁹ Article L.1251-1 du code du travail : « *le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission. Chaque mission donne lieu à la conclusion : 1° d'un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur, dit " entreprise utilisatrice " ; 2° d'un contrat de travail, dit " contrat de mission ", entre le salarié temporaire et son employeur, l'entreprise de travail temporaire.* »

³⁰⁰ Circulaire du 3 août 2010 relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

³⁰¹ Données de la direction générale des finances publiques (DGFIP)-et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), comptes financiers transmis par 96 % des hôpitaux publics en 2022.

Le coût d'une mission intérimaire englobe le coût de la recherche du médecin, de sa rémunération (y compris les charges patronales), des frais de gestion, la taxe sur la valeur ajoutée et la marge de l'entreprise d'intérim. Pour ces motifs, le coût de la prestation de service est très supérieur à la rémunération toutes charges comprises d'un médecin recruté directement par l'hôpital (entre 50% et 150% de plus).

Les données de Prism'emploi indiquent que 57 % des demandes d'intérim émanant des établissements ne peuvent pas être satisfaites, faute de candidats.

2 - Un développement accru des heures supplémentaires et des contrats de gré à gré

Parmi les moyens internes³⁰² mobilisés en priorité par les directions d'hôpital, figure le temps de travail additionnel³⁰³, dénommé dans ce rapport « heures supplémentaires ». En 2022, la dépense s'élevait à 402 M€. Elle a quasiment doublé entre 2017 et 2022, et représente 5 % de la dépense totale de personnel médical en 2022³⁰⁴.

En complément de ces moyens, les hôpitaux publics sont réglementairement autorisés à recruter des praticiens contractuels pour « pallier une absence, en cas d'accroissement temporaire d'activité » ou « faire face aux difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ». Il s'agissait dans ce seul dernier cas de contrats de cliniciens, créés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et mis en extinction à la fin de 2021.

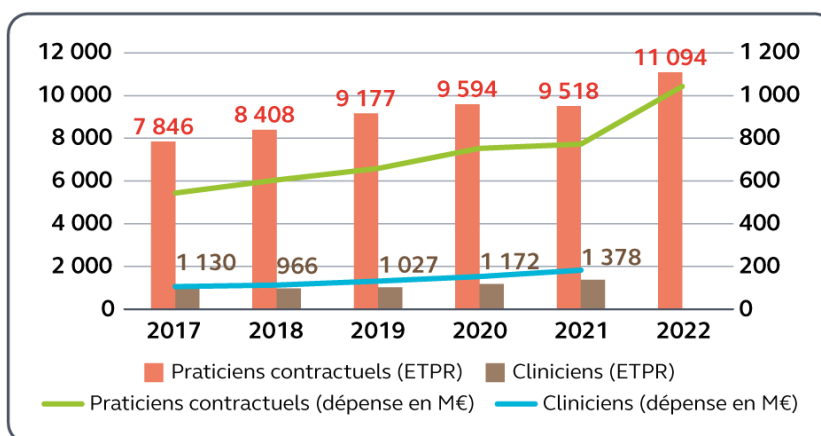
Les praticiens contractuels et cliniciens, décomptés en équivalent temps plein rémunéré (ETPR), étaient au nombre de 8 976 en 2017 et de 10 896 en 2021 (+ 21 %). La dépense atteignait en 2021 un peu plus de 950 M€, en progression de 47 % par rapport à 2017.

³⁰² À défaut de pouvoir recruter des praticiens hospitaliers, les hôpitaux publics s'appuient sur d'autres catégories de médecins comme les assistants, les praticiens à diplôme hors union européenne et les étudiants en fin de formation, en particulier les internes et les docteurs juniors depuis le 1^{er} novembre 2020.

³⁰³ Les heures supplémentaires des praticiens hospitaliers sont décomptées au-delà de leurs obligations de service (48 heures lissées sur un quadrimestre, sauf pour les équipes fonctionnant en horaires continus). Elles peuvent donner lieu à récupération ou à indemnisation.

³⁰⁴ Parmi les facteurs explicatifs, il convient de relever que l'indemnisation des heures supplémentaires a été majorée à titre exceptionnel entre mars 2020 et l'été 2022.

Graphique n° 34 : évolution des emplois temporaires de 2017 à 2022



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH

La crise sanitaire n'a pas eu d'effet significatif dans cette progression. Le développement des emplois temporaires était antérieur et n'a ni régressé ni fortement augmenté en 2020 et en 2021. En effet, pendant la crise, l'offre de soins a été redéployée des services les moins exposés au bénéfice de ceux qui étaient le plus en tension³⁰⁵.

3 - L'incidence prépondérante de la permanence des soins

La permanence des soins à l'hôpital se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés³⁰⁶. Elle se traduit par des gardes et des astreintes³⁰⁷ pour les médecins concernés et implique souvent de recourir à des emplois temporaires, en particulier dans les établissements les plus en difficulté.

Selon les agences régionales de santé (ARS), les spécialités soumises à gardes et astreintes les plus dépendantes de l'emploi temporaire sont la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie.

³⁰⁵ Cour des comptes, *Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise*, rapport public annuel 2021 – tome I.

³⁰⁶ Circulaires de la DGOS du 24 février 2011 et du 1^{er} août 2011.

³⁰⁷ La garde impose que le médecin reste sur son lieu de travail ; l'astreinte l'oblige à revenir sur son lieu de travail dans les meilleurs délais.

Un recours structurel aux emplois temporaires

ARS de Corse : la plupart des services de la région fonctionnent structurellement avec des contractuels temporaires et des intérimaires ;

ARS Bretagne : le taux de dépendance aux emplois temporaires des hôpitaux les plus en difficulté peut atteindre 100 % sur certaines gardes ;

ARS Centre-Val de Loire : l'effectif temporaire mobilisé par les obligations de la permanence des soins est évalué de 20 % à 30 % ;

ARS Bourgogne-Franche Comté : pour les spécialités en grande tension, les personnels temporaires ont couvert 97 % des besoins ;

ARS Nouvelle-Aquitaine : pour les 50 établissements les plus en difficulté, 20 % à 100 % des gardes et astreintes sont tenues par des contractuels rémunérés au-delà des plafonds ;

ARS Île-de-France : la situation semble moins préoccupante mais près de 15 % des gardes et astreintes sont assurées par du personnel temporaire.

La permanence des soins à l'hôpital comporte de nombreuses contraintes et suscite des positions contradictoires des établissements et des médecins eux-mêmes. Elle accentue la pénibilité des conditions de travail et contribue ainsi à la perte d'attractivité des spécialités concernées. Elle réduit le temps médical disponible en journée, ce qui peut aboutir à restreindre les consultations ou l'activité des blocs opératoires.

Les hôpitaux auraient donc intérêt à réduire le nombre de gardes mais elles constituent, pour eux un enjeu de reconnaissance de leur rôle en matière d'offre de soins sur les territoires. En outre, les indemnités de sujétion accordées en contrepartie constituent une part significative de la rémunération de certains praticiens et sont donc un levier financier pour les attirer et pour les conserver. Enfin, la transformation de gardes en astreintes peut être refusée par certains praticiens au regard des conséquences possibles pour la sécurité des soins.

En 2022, la permanence des soins à l'hôpital représentait 10 % des dépenses de rémunération des médecins des hôpitaux publics. Comme les chambres régionales et territoriales des comptes³⁰⁸, l'inspection générale

³⁰⁸ Par exemple, chambre régionale des comptes des Pays-de-la-Loire, *centre hospitalier de Cholet*, décembre 2021 ; chambre régionale des comptes d'Occitanie, *centre hospitalier Émile Borel de Saint-Affrique*, novembre 2022 ; chambre régionale des comptes de Normandie, *centre hospitalier de Dieppe*, août 2023.

des affaires sociales (Igas)³⁰⁹ a alerté sur un risque d'utilisation détournée à d'autres fins que de répondre aux besoins d'accès aux soins du territoire.

D'autres spécialités sont également dépendantes des emplois temporaires comme la psychiatrie, la gériatrie, les soins de suite et de réadaptation, la réanimation ou encore diverses spécialités chirurgicales.

Plus encore que la spécialité, le facteur explicatif principal est celui de la taille de l'hôpital : plus il est petit, plus la dépendance aux emplois temporaires est élevée. En 2021, le taux de recours moyen était de 15 % mais il atteignait 30 % dans les hôpitaux de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires et 6 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). La progression depuis 2017 a atteint huit points pour les petits hôpitaux, cinq points pour ceux dont le budget est compris entre 20 M€ et 70 M€ et un point pour les CHU.

Tableau n° 26 : taux de recours au personnel temporaire (2017-2021)

Catégories d'établissements ³¹⁰	2017		2021	
	Intérimaires	Praticiens contractuels et cliniciens	Intérimaires	Praticiens contractuels et cliniciens
CH < 20 M€	4 %	22 %	4 %	30 %
20 M < CH < 70 M€	4 %	18 %	4 %	23 %
70 M < CH < 150 M€	2 %	13 %	3 %	16 %
CH > 150 M€			1 %	12 %
CHU	1 %	5 %	1 %	6 %
Total	2 %	11 %	2 %	13 %

Source : Cour des comptes à partir des données DGFIP-ATIH

³⁰⁹ Igas, *Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé*, mars 2021 ; *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter*, juin 2023.

³¹⁰ Classification des hôpitaux publics selon le montant total des produits inscrits au compte de résultat.

B - Des rémunérations non réglementaires devenues habituelles

La loi de l'offre et de la demande, qui conduit à augmenter le prix d'une ressource qui se raréfie, s'applique dans le champ de la santé. Les médecins contractuels disposent d'un pouvoir de négociation, quelles que soient la durée du contrat (une simple vacation, plusieurs semaines ou mois) ou la quotité de temps. Bien que conscients du caractère répréhensible du non-respect des plafonds réglementaires en termes de rémunération, des hôpitaux, préoccupés d'assurer la continuité des soins, consentent des dépassements qui peuvent être importants.

Les tarifs exigés par les médecins varient d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement et en fonction de la période travaillée (jour, nuit, période de fêtes), de la taille de l'établissement et de sa situation géographique. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique qu'en 2018 la rémunération nette perçue par médecin allait de 650 € la journée à 1 300 € pour 24 heures. En Aquitaine, plusieurs établissements ont proposé en anesthésie des missions de 24 heures pour plus de 2 700 € bruts.

Ces pratiques irrégulières étaient assumées avec plus ou moins de transparence. Des hôpitaux ont présenté à leur commission de surveillance³¹¹ un état des lieux des rémunérations médicales non réglementaires. Beaucoup ont informé régulièrement les ARS des difficultés rencontrées et des conditions tarifaires accordées aux médecins.

Certains médecins exigent également la prise en charge de leurs frais de transport, d'un hébergement, de repas, voire de ménage, dépenses difficilement repérables qui peuvent représenter jusqu'à 230 000 € de janvier à juin 2023 pour un établissement de taille moyenne.

Dans 61 % des hôpitaux publics, la rémunération brute moyenne versée aux praticiens contractuels dépasse le plafond réglementaire. Le ratio baisse à 7 % pour les cliniciens avec un plafond beaucoup plus élevé³¹². Le diagnostic établi plus haut se confirme : en moyenne, plus l'établissement est petit, plus il paie un tarif élevé.

³¹¹ La commission de surveillance composée de représentants des élus, des usagers et des professionnels de santé contribue à la définition de la stratégie, à l'évaluation et au contrôle de la politique hospitalière de l'hôpital.

³¹² Depuis le 29 septembre 2020, le plafond réglementaire est de 58 227 € annuels pour les praticiens contractuels en contrats à durée déterminée, 148 516 € annuels pour les cliniciens hospitaliers.

**Tableau n° 27 : nombre et proportion d'hôpitaux publics
ayant accordé une rémunération brute moyenne
supérieure au plafond réglementaire en 2021**

Catégories	Nombre	Praticiens contractuels	En %	Cliniciens	En %
CH < 20 M€	346	181	52 %	11	3 %
20 M€ < CH < 70 M€	207	163	79 %	18	9 %
70 M€ < CH < 150 M€	107	72	67 %	14	13 %
CH > 150 M€	32	19	59 %	6	19 %
CHU	29	6	21 %	4	14 %
Total	721	441	61 %	53	7 %

Note de lecture : 181 centres hospitaliers de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires, soit 52 % de ceux de la catégorie, surrémunèrent les praticiens contractuels.

Source : DGFIP/ATIH

La Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF), saisie à plusieurs reprises, a cherché un point d'équilibre entre le respect de la réglementation sur les rémunérations et la prise en compte des contraintes liées au manque d'attractivité des métiers et à l'obligation de continuité du service public. Selon les situations, elle a reconnu des circonstances atténuantes ou absolutoires³¹³.

C - Des dérives aux conséquences préoccupantes

Le développement des emplois temporaires pèse sur la situation financière des hôpitaux, fragilise le statut de praticien hospitalier, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

1 - Des évolutions coûteuses

Le surcoût financier induit par le dépassement des limites réglementaires peut être estimé à 183 M€ en 2021 (+ 72 % par rapport à 2017). En 2021, ces dépenses supplémentaires ont représenté 18 % des rémunérations des personnels concernés (10 % en 2017) et 2,2 % de la rémunération totale du personnel médical (1,6 % en 2017).

La taille de l'établissement joue : les centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 70 M€ rémunèrent les praticiens contractuels 50 % de plus que les CHU. Pour les structures dont le budget est inférieur à 20 M€, l'écart atteint 62 %. Il est moins marqué pour les cliniciens hospitaliers (13 %).

³¹³CDBF, Centre hospitalier d'Ambert, décembre 2006 ; Centre hospitalier de Fougères, avril 2009 ; Centre hospitalier de Givors, novembre 2016

Toutes les régions sont concernées. La proportion d'établissements qui dépassent les seuils réglementaires est particulièrement élevée en Corse (100 %), en Bourgogne-Franche-Comté (73 %), en Bretagne (70 %), en Grand-Est (67 %) et en Normandie (66 %).

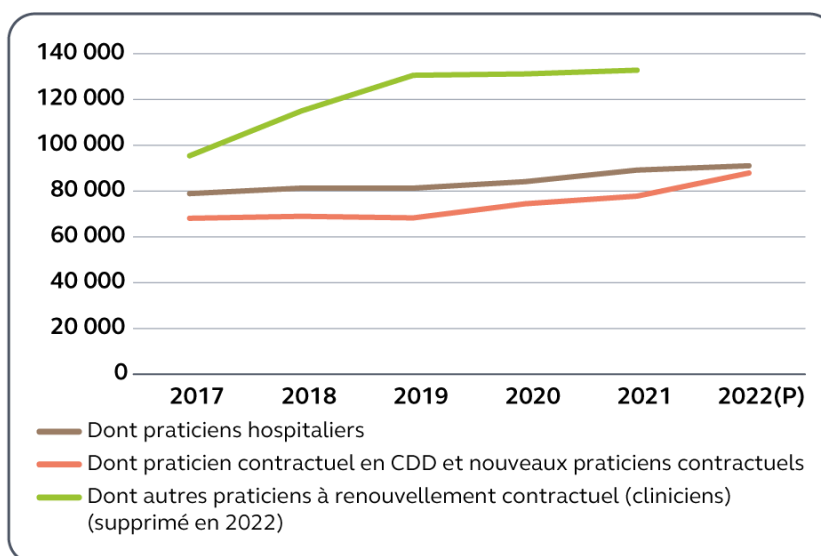
Toutefois, des actions comme la transparence dans les pratiques tarifaires dérogatoires, avec la mise en place d'un observatoire des pratiques tarifaires, la signature d'une charte régionale, ou encore la mise en place d'un tarif « étalon » ont permis d'atténuer la concurrence. De rares hôpitaux ont pris la décision de privilégier le recours à l'intérim *stricto sensu* pour éviter tout risque de surenchère en leur sein.

2 - Un statut de praticien hospitalier fragilisé

Le nombre de contractuels mobilisés pour compenser ou pour atténuer un manque de médecins a augmenté de manière constante. Entre 2017 et 2021, leur part dans l'effectif médical total a progressé de 29 % à 33 %.

Les rémunérations des praticiens hospitaliers sont sensiblement inférieures à celles des médecins bénéficiant d'un contrat de clinicien, type de contrat aujourd'hui mis en extinction. Cependant, un nouvel écart, certes moindre, apparaît en faveur des médecins bénéficiant de nouveaux contrats.

Graphique n° 35 : évolution des rémunérations par type d'emploi entre 2017 et 2022



Note : rémunération hors charges, indemnités de sujétion de permanence des soins et heures supplémentaires.

Source : Cour des comptes à partir des données ATH

Ces écarts engendrent un sentiment d'iniquité, voire du ressentiment chez les praticiens hospitaliers, qui subissent en outre, de ce fait, une instabilité de leurs plannings. Ceux-ci sont construits sous la contrainte d'assurer la continuité des soins, en tenant compte en priorité des disponibilités des contractuels. Les praticiens hospitaliers sont ainsi mobilisés sur les jours non comblés, ce qui constitue une inversion pernicieuse de la logique qui devrait prévaloir.

Les écarts de rémunération entre statuts pour un même travail induisent des effets concurrentiels délétères. Plusieurs indicateurs confirment la perte d'attractivité du statut de praticien hospitalier même si d'autres raisons peuvent jouer, comme le souhait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. En dépit de créations nouvelles, le nombre de postes resté vacant à l'issue des tours de recrutement a été multiplié par 2,3 entre 2014 et 2022, passant de 3 271 à 7 541 et le nombre de praticiens hospitaliers en disponibilité, c'est-à-dire partis exercer ailleurs qu'à l'hôpital public est passé de 1 291 en 2012 à 5 561 en 2022³¹⁴.

3 - Un affaiblissement du travail en équipe, de la qualité et de la sécurité des soins

Ces évolutions ne sont pas sans conséquence : la progression des emplois non-pérennes engendre des équipes médicales plus instables et fragilise le fonctionnement des services. Par nature, l'intervention des contractuels ne s'inscrit pas dans la durée, ce qui ne facilite pas la construction d'un travail en équipe sur laquelle se fonde toute démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de long terme.

Sans avoir fait l'objet, jusqu'à présent, d'études spécifiques, le recours aux emplois temporaires fait partie des causes profondes ou facteurs contributifs retrouvés lors de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins³¹⁵. Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS) relève que s'agissant de la prise en charge des parturientes, la survenue d'événements graves est explicitement en lien, 42 fois sur 133, avec des personnels non-habituels.

Compte tenu de la forte progression de l'emploi temporaire, et afin de dépasser des approches empiriques, la mesure de son impact sur la qualité et la sécurité des soins pourrait faire l'objet de travaux. Cette mesure pourrait s'appuyer sur des dispositifs de la HAS comme

³¹⁴ Centre national de gestion, *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel statutaires au 1^{er} janvier 2022*.

³¹⁵ HAS, *Retour d'expérience national – Les événements indésirables associés à des soins*- 2021.

l'accréditation des médecins et des équipes médicales, le programme d'amélioration continue du travail en équipe, et leur portage par la certification des établissements de santé

II - Des corrections réglementaires qui manquent largement leur cible

Afin de corriger les dérives constatées, les pouvoirs publics ont d'abord rehaussé les plafonds réglementaires de rémunération puis renforcé les contrôles. Cette seule régulation par les tarifs, qui a introduit des effets d'aubaine non maîtrisés, n'a pas suffi pas à répondre aux conséquences de la pénurie durable de médecins.

A - Une mise en œuvre hésitante

L'encadrement des pratiques a peiné à trouver une traduction concrète.

1 - En 2017, une première tentative mise en échec

En 2017, le salaire maximal brut d'un médecin intérimaire mis à disposition par une entreprise de travail temporaire a été fixé à 1 170 € pour 24 heures³¹⁶. L'objectif était de rendre l'intérim médical moins attractif que l'exercice sous statut. Les prestations de service facturées étant soumises aux règles de la commande publique, un encadrement renforcé de la dépense était escompté.

Cette réglementation n'a toutefois pas été respectée, en raison notamment du recours à des procédures d'urgence. Surtout, en ne ciblant que les mises à disposition par des entreprises de travail temporaire, elle n'a pas pris en compte le rapide développement des contrats négociés et a même concouru à leur progression.

³¹⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017, instruction DGOS du 28 décembre 2017. Le montant plafonné ne comprend pas la rémunération des congés, le remboursement de frais professionnels et l'indemnité de fin de mission de 10 %.

2 - En 2021, un encadrement élargi et renforcé des rémunérations, mais ajourné

Tirant les conséquences de cet échec, l'article 33 de la loi n° 2021-52 du 26 avril 2021, dite loi Rist, a élargi le périmètre de la régulation aux contrats de gré à gré. Elle a renforcé la maîtrise du dispositif en confiant au comptable public la nouvelle mission de vérifier le respect des plafonds réglementaires.

Cette disposition législative devait s'appliquer à partir d'octobre 2021 mais elle a été reportée afin de limiter les risques pour la permanence des soins. Des travaux préalables ont été engagés pour disposer d'une carte précise du recours aux emplois temporaires par territoire. Ce report a mis en lumière la fragilité d'un pilotage du recours aux emplois temporaires sans données sur son ampleur, et donc sur les risques de rupture de soins.

3 - En 2022, la mise en œuvre de mesures complémentaires

L'article 33 de la loi Rist s'est inscrit dans un ensemble de mesures destinées à favoriser l'attractivité de l'emploi médical à l'hôpital. En particulier, un nouveau statut de praticien contractuel a prévu quatre motifs de recrutement, dont deux pour combler les besoins de temps médical.

Le « motif 1 » vise à répondre à des besoins ponctuels, à assurer le remplacement d'un médecin absent ou à faire face à un accroissement temporaire d'activité. La quotité de temps de travail peut être comprise entre une et dix demi-journées par semaine. La durée maximale du contrat est de deux ans. Le montant annuel brut ne peut excéder 71 163 € depuis le 1^{er} juillet 2023, 58 227 € pour les anciens praticiens contractuels.

En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire, un contrat dit de « motif 2 » peut être proposé pour trois ans au maximum, la durée d'exercice au sein d'un même hôpital ne pouvant excéder six ans. Le nombre maximal, la nature et les spécialités de ces emplois sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'hôpital, validé par l'ARS. Les émoluments peuvent comprendre une part variable, subordonnée à la réalisation d'engagements particuliers et d'objectifs prévus au contrat de travail. Le montant annuel brut ne peut excéder 119 130 € pour un temps plein³¹⁷.

³¹⁷ Le motif 2 a été conçu dans la continuité de l'ancien contrat de clinicien, mis en extinction en 2021. Si la rémunération maximale du contrat de clinicien était plus

Les médecins, qu'ils soient praticiens hospitaliers ou contractuels, peuvent bénéficier en outre d'une prime de solidarité territoriale (PST)³¹⁸, lorsqu'ils effectuent des heures supplémentaires au-delà de 48 heures, dans un autre établissement que leur hôpital de rattachement. Le montant de cette prime, supérieur à celui d'une prestation d'intérim de même durée, doit contribuer à éliminer le recours aux emplois temporaires irréguliers et à l'intérim.

Tableau n° 28 : comparaison des montants de la PST et de l'intérim

		Rémunération brute pour 24H	Avec frais de gestion ³¹⁹
PST	du lundi au vendredi	1 441 €	
	samedi	1 575 €	
	dimanche ou jours fériés	1 709 €	
Intérim	à compter du 1 ^{er} janvier 2020	1 170 €	2 340 €
	Du 29 mars au 31 décembre 2023 ³²⁰	1 389 €	2 780 €

Source : Cour des comptes

En parallèle, le nouveau statut de praticien hospitalier a interdit le cumul de cet emploi avec celui de praticien contractuel dans un autre hôpital public³²¹. Cette règle limite la diversité des statuts auxquels les praticiens pouvaient auparavant recourir pour augmenter leur rémunération.

4 - En 2023, un contrôle accru sur un périmètre encore limité

Après de nombreuses hésitations, les pouvoirs publics ont décidé que seuls les prestations intérimaires et contrats conclus à compter du 3 avril 2023 entreraient dans le nouveau cadre légal. Ce faisant, ils ont limité le périmètre des contrats à contrôler et reporté le plein effet de la loi.

importante (148 516 €), le contrat de motif 2 autorise les jours de réduction du temps de travail et la réalisation d'heures supplémentaires. Il offre une protection sociale améliorée.

³¹⁸ Décret n°2021-1654 et arrêté du 15 décembre 2021.

³¹⁹ Hypothèse d'un coefficient multiplicateur de 2, correspondant à la facturation des charges, frais de gestion, marge et TVA.

³²⁰ De manière dérogatoire, le montant initialement prévu étant de 1 211 € ; il a été porté à 1 411 € à compter du 1^{er} janvier 2024.

³²¹ Article R. 6152-4 du code de la santé publique.

Afin de sécuriser l'offre de soins, les contrats ont été, avant cette date, renouvelés ou anticipés dans de nombreux hôpitaux aux anciennes conditions, plus avantageuses pour les médecins.

En outre, depuis la refonte du statut de contractuel, les nouveaux contrats sont enregistrés sur un seul et même compte de la nomenclature comptable et budgétaire³²², ce qui ne permet pas leur identification et donc, en aval, leur contrôle. Le comptable public reste tributaire de la transmission d'une liste déclarative des contrats soumis à son contrôle.

B - Des effets non maîtrisés

L'empilement des dispositifs donne la possibilité aux médecins de choisir le plus rémunérateur, ce qui crée des effets d'aubaine.

1 - Une prime de solidarité territoriale au bilan mitigé

La promotion de la prime de solidarité territoriale pour permettre à des praticiens hospitaliers de travailler dans des hôpitaux publics autres que ceux de leur rattachement et l'assouplissement de ses conditions d'octroi³²³ ont conduit à une forte progression, depuis avril 2023, du nombre de conventions signées. Ce rythme est toutefois contrasté selon les régions. Selon le premier bilan de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à l'été 2023, la prime est très utilisée dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Bourgogne-Franche Comté et Grand-Est, peu en Île-de-France, en Corse et en Nouvelle-Aquitaine. Les spécialités pour lesquelles la prime est mobilisée sont celles soumises à la permanence des soins et aux tensions démographiques³²⁴.

La mise en œuvre de la prime se révèle difficile pour les spécialités nécessitant des gardes, les tensions étant générales. L'ARS Grand-Est relève que seuls deux hôpitaux psychiatriques ont signé une convention, les autres la refusant au motif que la prime ne permettrait pas un engagement suffisant des médecins dans la durée.

La prime est décomptée au-delà de 48 heures par semaine, au risque d'une charge de travail insoutenable. Ces heures supplémentaires sont plus rémunératrices que celles réalisées dans l'hôpital de rattachement. Certains

³²² Le compte 642 37 « nouveaux praticiens contractuels ».

³²³ Les ARS peuvent majorer son montant de 30 % au lieu de 20 % initialement.

³²⁴ Anesthésie-réanimation, urgences, gynécologie-obstétrique pédiatrie, imagerie, médecine générale.

chefs de service, chefs de pôle et directeurs l'ont refusée à des praticiens afin d'éviter l'incongruité de les voir aider d'autres établissements, alors que le leur est déjà en difficulté.

Elle a des effets contreproductifs en matière de réorganisation territoriale de l'offre de soins car elle concurrence une autre prime, la prime d'exercice territorial, instaurée en 2017, qui vise à encourager un exercice multi-sites³²⁵ dans le cadre de projets médicaux partagés.

Enfin, les possibilités de dérogations données aux ARS pour répondre avec souplesse à des situations spécifiques de tension, créent des effets concurrentiels dans les zones frontières régionales, sources d'iniquités. Les dérogations au critère du temps plein³²⁶ peuvent susciter des passages à un exercice à temps partiel de praticiens désireux de bénéficier de rémunérations majorées, ce qui a conduit certains directeurs d'ARS à refuser les dérogations.

La dépense a été estimée à 66,5 M€ en 2021. La DGOS a considéré, au moment de la création du dispositif, qu'elle serait compensée par des économies sur l'intérim médical qui, à ce jour, n'ont pas été évaluées.

2 - Un recours fréquent au contrat de motif 2 : une réforme dévoyée

Les contrats de motif 2, désormais proposés par les hôpitaux en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire, engendrent eux-aussi des effets d'aubaine. Très attractive, la rémunération attire les nouvelles candidatures dans un rapport de force désavantageux pour les hôpitaux. Leur développement fragilise le statut de praticien hospitalier.

Depuis le 3 avril 2023, le nombre de contrats de motif 2 a beaucoup augmenté en Corse, en Bretagne, en Normandie et à La Réunion. Le rapport entre le nombre de contrats de motif 2 signés et le nombre total de praticiens hospitaliers varie de 1 % en Île-de-France, à 97 % en Corse.

Pour les établissements vulnérables, les contrats de motif 2 sont devenus le moyen privilégié pour recruter, aux conditions financières exigées par les médecins. L'ARS de Bretagne relève que la quasi-totalité de ces contrats atteint le plafond de rémunération.

³²⁵ Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017, arrêté du 14 mars 2017. Il s'agit d'encourager l'organisation d'activités partagées de praticiens entre plusieurs établissements.

³²⁶ L'autorisation d'une convention de PST à un médecin n'exerçant pas à temps plein n'est permise que par dérogation aux règles générales de la prime.

Les ARS dénoncent de nombreux effets pervers. Dans certains hôpitaux, ces contrats sont exigés par des praticiens à peine formés ou aussitôt leur autorisation d'exercice obtenue. Même si le contrat est, par définition, limité dans le temps, il est difficile d'imaginer un médecin rejoindre ensuite un statut de praticien hospitalier plus contraint et moins rémunéré. Des praticiens hospitaliers titulaires, moins bien rémunérés pour une expérience professionnelle plus importante, peuvent donc décider de démissionner ou de se placer en disponibilité pour pouvoir être recrutés sur des contrats de motif 2. Par ailleurs, ces contrats, plus souples, peuvent encourager les temps partiels et réduire *in fine* le temps médical disponible.

Les agences régionales de santé (ARS) regrettent, par ailleurs, que les conditions de recours à ces contrats n'aient pas été précisées. Leur durée minimale n'a pas été fixée dans le décret et la DGOS a autorisé une durée très courte de 48 heures, ce qui est contradictoire avec l'objectif de répondre à des tensions durables. Ces contrats s'apparentent donc à de l'intérim déguisé. D'autres ont été signés pour une durée de trois ans mais pour des quotités de travail réduites, telles que 24 heures par mois. Des effets concurrentiels sont constatés entre les régions, à l'opposé de la volonté initiale de la réforme.

En outre, les processus de validation par les ARS sont hétérogènes et ne garantissent pas un pilotage effectif³²⁷. Il conviendrait que les règles de recours à ces contrats (durée minimale, quotité de temps de travail, expérience et ancienneté des candidats, calcul de la part variable) soient définies de façon plus homogène et plus restrictive.

3 - Un recours au travail intérimaire indirectement encouragé

Le recours accru aux contrats de motif 2 a pour conséquence de détourner les médecins des contrats de motif 1 pour les remplacements de courte durée en raison de l'écart de rémunération, qui atteint presque 50 000 € par an.

Il conduit aussi, paradoxalement, à augmenter les dépenses d'intérim, ce que confirme le suivi des contrôles exercé par les comptables publics (15,5 M€ en août 2023 pour 0,55 M€ en avril). En effet, le défaut d'attractivité du contrat de motif 1 et la difficulté de les pourvoir conduisent les hôpitaux publics à revenir à des contrats d'intérim onéreux.

³²⁷ La validation de l'ARS est parfois introduite *a posteriori* dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'hôpital. Une fois l'autorisation accordée, les avenants ne sont pas transmis aux ARS. Certaines ARS ont d'ailleurs fait le choix d'autoriser un nombre d'équivalent temps plein plutôt qu'un nombre de contrats.

Un hôpital interrogé a ainsi évalué le surcoût induit par le recours plus important à l'intérim au lieu de contrats de motif 1 à 290 500 € par an, pour 1 350 journées, soit l'équivalent de près de 2,5 postes de praticien titulaire. Les hôpitaux font face à des désistements de dernière minute, sans solution alternative.

C - Une forte instabilité et une fragilité persistante

Les moyens mobilisés ne suffisent pas à éviter la concurrence entre établissements, qui nourrit une spirale inflationniste, ni à desserrer le marché de l'emploi médical, durablement tendu.

1 - Des réductions d'activité ponctuelles et récurrentes malgré la priorité accordée au maintien de l'offre de soins

L'objectif pour le ministère, les agences régionales de santé et les hôpitaux, est d'encadrer les pratiques sans mettre à mal le système de santé. Des diagnostics territoriaux ont été engagés pour identifier les zones de tensions et les situations problématiques. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a demandé la mise en œuvre d'organisations alternatives ou dégradées, *via* la définition de plans de continuité d'activité territoriale qui détaillent les mesures à appliquer pour assurer l'activité en période de tensions. Une carte réalisée en décembre 2022, a été mise à jour régulièrement.

Les diagnostics territoriaux recensent les risques de rupture de l'accès aux soins par territoire et par hôpital. Le nombre de risques de fermetures totales de services³²⁸ était estimé à 31 établissements en avril 2023 et 39 en août ; 111 fermetures partielles ont été anticipées en avril et 261 en août. Les difficultés se concentrent sur les centres hospitaliers généraux (51 % des fermetures totales et 47 % des fermetures partielles décomptées en août).

Sur les 18 spécialités recensées, les services les plus touchés sont les urgences et les maternités. Par exemple, l'activité de la maternité de Sarlat a été suspendue en avril et en octobre 2023 et les parturientes de celle de Guingamp ont été réorientées vers d'autres structures au printemps et en octobre 2023.

³²⁸ Fermeture complète d'un service ou de la permanence des soins. Une fermeture partielle ne dure que quelques jours dans le mois ou conduit à la suspension de gardes ou d'astreintes.

Ces reports induisent une charge de travail supplémentaire dans les hôpitaux vers lesquels les patients sont réorientés, sans adaptation préalable de leur capacité de prise en charge.

Des services d'urgence particulièrement concernés par les réductions d'activité

Une enquête en ligne menée par Samu-Urgences de France indique que, entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2023, 57 % des services sondés ont signalé la fermeture d'au moins une permanence médicale. Parmi eux, 41 % ont fermé sur plusieurs jours, dont 44 % de manière continue, 41 % fréquemment et 15 % ponctuellement. La régulation de l'accès par le Samu a concerné 117 services, de jour comme de nuit dans 60 % des cas, et uniquement de nuit dans 40 %.

Par ailleurs, 147 services ont déployé des mesures de réorientation pour réduire le flux d'entrée, à 83 % vers la médecine de ville, mais aussi à 37 % vers d'autres services d'urgence.

Les fermetures de services ont touché 60 départements, avec maintien d'un accueil physique dans 80 % des cas ; 75 % n'ont fermé que la nuit ; 33 % ont procédé à des fermetures moins de cinq fois, 24 % entre cinq et dix fois, 43 % à plus de dix reprises.

Dans ce contexte, l'organisation de la permanence des soins devient plus difficile. Les plannings de présence médicale sont instables. Les décisions de réduction ou de suspension d'activité sont prises sous contrainte et dans l'urgence, sans analyse préalable de l'adéquation entre offre et besoins. Certains médecins peuvent se désister ou s'engager à la dernière minute. Ce fonctionnement est complexe à gérer et tend le climat social.

2 - Des mesures qui ne réduisent pas la pénurie de médecins

Les projections démographiques prévoient une stagnation des effectifs médicaux jusqu'en 2030, voire 2035, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050³²⁹. Le marché de l'emploi hospitalier, pour ces raisons quantitatives et qualitatives, va donc rester durablement déséquilibré.

Le manque structurel de médecins sera aggravé par la progression des départs en retraite les prochaines années. Par ailleurs, l'exercice du métier se transforme, avec de nouvelles générations qui aspirent plus

³²⁹ Dossiers de la Drees- n°76 – mars 2021. *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?*

souvent à mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, acceptant moins les contraintes de disponibilité liées à la permanence des soins. L'exercice de remplacements dans les services hospitaliers peut être perçu comme une liberté de choisir la durée et la quotité du temps travaillé.

Le développement de l'exercice mixte

La possibilité de négocier sa rémunération, ses jours et périodes de travail concourt à l'attractivité des emplois temporaires. L'analyse des données, encore trop parcellaires et lacunaires, laisse à penser que le choix d'exercer comme intérimaire ou contractuel vient le plus souvent en complément d'une activité fixe.

Les données extraites des déclarations sociales nominatives (DSN) donnent une indication de la part de multi-activité dans l'emploi et la masse salariale des médecins hospitaliers : 40 % des médecins exerçant dans un hôpital public disposent d'un autre contrat de salarié. Outre les remplacements dans d'autres établissements, cette multi-activité concerne d'autres activités comme des expertises, des activités d'enseignement ou d'intérêt général.

III - Adosser les évolutions nécessaires à une réorganisation territoriale de l'offre de soins

Les pouvoirs publics n'ont pas inscrit la régulation des rémunérations dans une stratégie de réorganisation de l'offre de soins, qui permettrait de combler l'écart structurel entre les effectifs médicaux disponibles et les besoins de recrutement. La révision prochaine des schémas régionaux d'organisation de la permanence de soins devrait viser à réduire la dispersion de l'offre de soins, dans un souci de sécurité et d'efficacité. À cet effet, il convient de donner aux hôpitaux les outils pertinents, pour exercer leurs missions dans le domaine des ressources humaines médicales, au service de la cohésion de l'offre. Pour conduire ces évolutions, la connaissance du taux de recours aux emplois temporaires et de ses conséquences sur la sécurité des soins constitue la clé de voûte du plan d'actions à engager.

A - Mieux organiser le déploiement de l'offre hospitalière

La réorganisation de l'offre de soins en fonction des besoins desserrera la contrainte en matière de gestion des ressources humaines et contribuera à l'amélioration des conditions d'exercice, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins.

1 - Une offre de soins encore insuffisamment pilotée

L'offre de soins reste guidée par l'objectif de maintien d'un maillage territorial important, qui, comme l'a relevé la Cour dans son rapport de 2017³³⁰, induit un « *effet de saupoudrage expliquant en particulier le recours aux emplois temporaires et l'augmentation de la masse salariale des établissements et une non prise en charge des recommandations de bonnes pratiques* ».

Bien que le lien de causalité entre faible activité opératoire et risque accru pour les patients soit établi, la réorganisation des soins ne s'appuie pas suffisamment sur la définition de seuils d'activité, comme l'a rappelé la Cour à plusieurs reprises. Une vingtaine de maternités est ainsi toujours en situation dérogatoire au regard du seuil de 300 accouchements minimum annuels pour obtenir une autorisation d'activité d'obstétrique en 2022.

Or, le nouveau régime d'autorisation des activités de soins, défini par ordonnance en 2021³³¹, ne lie seuil d'activité et autorisation que de manière encore limitée, hormis pour quelques activités ciblées³³². Le choix des pouvoirs publics reste de privilégier un dialogue renforcé avec l'agence régionale de santé en cas d'alerte donnée par les indicateurs de vigilance. Un encadrement plus strict des conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins éviterait de faire dépendre la réorganisation de l'offre de soins du volontarisme des hôpitaux et de leurs équipes médicales. En 2017, la Cour recommandait notamment, s'agissant des activités chirurgicales, de définir une prise en charge graduée des patients dans le cadre territorial, y compris pour la permanence des soins, ainsi que de concentrer l'offre de soins en réformant le régime des autorisations et en fixant par voie réglementaire des seuils d'activité par site géographique d'établissement.

³³⁰ Cour des comptes, *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge*, Ralfss chapitre VI, septembre 2017

³³¹ Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 en application de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, « Ma santé 2022 ».

³³² Cancérologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire, d'imagerie diagnostique, de neuroradiologie interventionnelle, chirurgie bariatrique et chirurgie cardiaque.

2 - Définir une stratégie territoriale

Une connaissance plus transparente et mieux partagée des fragilités des hôpitaux, dont celle du taux de recours aux emplois temporaires, éclairerait les décisions à prendre pour soutenir les services qui doivent être maintenus afin d'assurer un accès aux soins dans des conditions de sécurité à renforcer.

Faute de propositions convaincantes en matière d'accès aux soins et de sécurisation des parcours de santé, les élus locaux défendent le maintien de l'offre au sein de leur territoire, sans connaître les conditions, en termes de coût et de sécurité des soins, auxquelles elle est maintenue. La fermeture d'un service ou d'une activité nécessite donc une préparation attentive et un accompagnement adapté.

Les plans de continuité d'activité territoriale ont permis de préparer et d'organiser des solutions alternatives. Ce travail préalable, s'il a été conduit à l'échelle des territoires et pas uniquement des hôpitaux, peut permettre de définir une stratégie de regroupement de l'offre de soins et de programmer sa mise en œuvre. Comme la Cour le recommandait en 2018 s'agissant des filières cardio-neurovasculaires³³³, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge doit guider la réorganisation de l'offre de soins au sein des territoires.

3 - Activer le levier de la réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé

A l'appui des projets régionaux de santé, la révision des schémas régionaux de la permanence des soins constitue une opportunité à saisir pour réorganiser en profondeur le dispositif et définir le nombre de lignes d'astreintes et de gardes, de la manière la plus ajustée possible aux besoins du territoire, afin de reconstituer des équipes médicales de taille suffisante et de sécuriser leurs conditions d'exercice.

L'examen des schémas régionaux de santé montre que jusqu'alors peu d'astreintes ou de gardes ont été remises en cause du fait du manque de médecins. Les organisations en place sont davantage le fruit de reconductions historiques que d'une approche de collaboration ou de coopération territoriale. Les ARS devraient davantage s'appuyer sur la planification prévisionnelle des ressources, ainsi que sur la mise en relation

³³³ Cour des comptes, *La lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires*, Ralfss chapitre VI, octobre 2018.

des niveaux de financement et d'activité, afin de déterminer le cadre d'évolution de la permanence des soins dans les hôpitaux.

La Cour³³⁴ a recommandé par ailleurs de renforcer la robustesse des organisations de permanence des soins par une meilleure implication de tous les acteurs publics et privés et par la recherche d'une plus grande répartition des efforts, *via* un processus d'appel à candidatures lancé par les ARS.

L'Igas a, enfin, souligné les enjeux associés à la revalorisation financière des indemnités de permanence de soins³³⁵ afin de renforcer l'attractivité de l'emploi médical hospitalier. Elle pourrait être conditionnée par la mise en œuvre de la réduction effective du nombre de lieux de réalisation de la permanence des soins et par la reconstitution d'équipes médicales de taille suffisante. Comme le rapport de l'Igas le suggérait, le respect d'un nombre maximal de gardes et d'astreinte par médecin complèterait ces évolutions.

B - Renforcer la territorialisation de l'offre de soins

Le regroupement des centres hospitaliers en groupements hospitaliers de territoires (GHT) devait permettre de « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* »³³⁶. Ces groupements manquent toutefois d'outils juridiques pour contribuer à la recomposition de l'offre territoriale.

1 - Encourager le déploiement des pôles territoriaux et des équipes partagées dans les groupements hospitaliers de territoires

La création de pôles territoriaux est structurante quand elle couvre tous les segments d'activité des établissements, comme le montre l'exemple du centre hospitalier de Verdun qui s'y est engagé dans son projet médical. Adossée à une gouvernance territoriale, elle a apporté des solutions d'organisation de l'offre de soins et a limité les inconvénients de la fermeture de la maternité de Bar-le-Duc.

³³⁴ Cour des comptes, *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*, septembre 2023.

³³⁵ Igas, *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance*, recommandations 25 et 27, juin 2023.

³³⁶ Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Autre exemple, le GHT de Loire-Atlantique a créé une équipe territoriale des urgences. Cette initiative, prise il y a une dizaine d'années offre aux médecins des hôpitaux partenaires l'avantage d'exercer en centre hospitalier universitaire (CHU) et à ceux du CHU d'exercer plus sereinement dans des sites où le niveau d'activité moins élevé permet d'équilibrer leur charge de travail. Le temps partagé est une condition posée dès le recrutement.

La création de tels pôles territoriaux est conditionnée par la constitution d'équipes médicales de taille significative, qui peuvent offrir des conditions de travail améliorées. Le développement des équipes territoriales qui découlerait de leur mise en place pourrait se traduire par l'inscription systématique de l'exercice territorial dans les contrats de travail, dès l'embauche.

2 - Intégrer la gestion des ressources médicales dans les groupements hospitaliers de territoires

Le législateur a rendu obligatoire depuis 2022 la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des GHT³³⁷. La réglementation prévoit toutefois de simples orientations stratégiques communes et non une coordination des recrutements par l'hôpital support, au profit des établissements parties.

Sur le plan pratique, la loi n'a pas imposé de mode opératoire précis, chaque GHT ayant le choix entre un modèle intégratif, favorisant la mise en place d'une direction des affaires médicales commune au sein de l'hôpital support avec des référents dans chaque établissement, et un modèle coopératif, consistant en l'animation du réseau des directeurs d'affaires médicales des établissements pour harmoniser ou rapprocher les processus de ressources humaines.

Les décisions relatives au recrutement de médecins, au recours aux contrats de motif 2 ou à la majoration de la prime de solidarité territoriale devraient relever d'une gestion territoriale des ressources humaines médicales dans le cadre de l'organisation de l'offre de soins : l'agence régionale de santé définirait ainsi un contingent de contrats de motif 2 et de primes de solidarité territoriale par GHT, lesquels seraient chargés de leur répartition entre les hôpitaux membres. Pour cela, la commission d'organisation de la permanence des soins, qui doit traiter des problèmes

³³⁷ Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

liés à l'organisation de la répartition de l'offre de soins au sein des territoires, devrait être mutualisée à l'échelle du GHT.

Le GHT doit être d'une taille suffisante pour travailler sur les conditions de recrutement. La Cour recommandait déjà en 2020³³⁸ une révision des découpages de ces groupements pour améliorer la cohérence de l'offre publique.

Plus généralement, les hôpitaux qui ont fusionné juridiquement ont davantage développé de projets structurants à l'échelle des territoires. À l'inverse, les seuls projets médicaux partagés ont eu, en général, peu d'effet sur la reconfiguration de l'offre de soins car ils se déclinent au sein de chaque hôpital, niveau où restent décidés les autorisations sanitaires, le recrutement et l'affectation des praticiens hospitaliers. Les commissions médicales de groupement³³⁹ ont encore peu travaillé sur l'organisation de la répartition de l'offre de soins au sein des territoires et sur des orientations communes stratégiques en matière de recrutement.

Ces démarches s'inscrivent dans le temps long. La définition sans plus tarder d'une stratégie visant à définir, territoire par territoire, l'offre de soins à maintenir, les évolutions à engager sur les autres sites et leur programmation dans le temps, fourniraient aux GHT le cadre dans lequel inscrire leurs projets médicaux territoriaux.

C - Améliorer la connaissance des établissements les plus vulnérables

La connaissance du taux de recours aux emplois temporaires, détaillée par service au sein des établissements, est nécessaire pour guider les évolutions territoriales de l'offre de soins.

1 - Compléter des données fragmentées et lacunaires

La dispersion des données relatives à la gestion des praticiens hospitaliers ne permet pas à la direction générale de l'offre de soins ni aux agences régionales de santé de connaître l'état de l'effectif médical en

³³⁸ Cour des comptes, *Les Groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.

³³⁹ La commission médicale d'établissement de groupement élabore la stratégie médicale et le projet médical partagé et participe à leur mise en œuvre.

temps réel, ni de disposer des informations nécessaires pour piloter la gestion des ressources humaines à l'échelle nationale et locale.

Malgré une définition statutaire de chaque catégorie de médecins, la saisie des informations administratives et de paie est loin d'être standardisée s'agissant de la dénomination des grades, des emplois ou des éléments constitutifs de la paie. Les informations relatives à la durée du travail ne sont pas systématiquement saisies. En l'absence d'outils de pilotage, la DGOS et les ARS procèdent par enquêtes, dont les réponses non exhaustives limitent la robustesse des données.

L'extraction des données des déclarations sociales nominatives, dont le déploiement est récent, devrait permettre de produire des données statistiques sur les emplois, qui éclaireront les décisions. Compte tenu d'une insuffisante normalisation dans les modalités de gestion et de saisie, elle nécessite toutefois des travaux préalables pour fiabiliser les analyses.

La connaissance du taux d'emplois temporaires constitue en effet une condition nécessaire à la mise en œuvre d'un plan d'action. L'organisation d'un recueil périodique extra-comptable du taux de recours aux emplois temporaires par chaque établissement devrait donc être rendue obligatoire.

En complément, il serait souhaitable que la nomenclature comptable puisse à nouveau distinguer les dépenses des contrats pour les motifs correspondant à des besoins de renfort des effectifs. En effet, depuis la réforme du statut de praticien contractuel intervenue en février 2022, ces contrats (motif 1 et 2) sont regroupés dans un seul compte d'imputation. Le contrôle qui incombe au comptable (*cf. supra*) dépend donc de la bonne transmission par l'ordonnateur de l'exhaustivité des contrats concernés.

2 - Améliorer la connaissance des établissements vulnérables

Le nombre de demandes de report de visites de certification, motivées par un contexte trop tendu en personnel ou de fermeture d'unités³⁴⁰, confirme l'urgence qu'il y a à engager des analyses du recours aux emplois temporaires comme symptôme de difficultés plus générales, afin de pouvoir y apporter des solutions adéquates.

Or, les rapports de certification n'ont pas pour objectif, en l'état, de mesurer les conséquences du recours aux emplois temporaires sur la sécurité des soins. Les constats des experts-visiteurs se limitent en général à relier un niveau de qualité insuffisant, par exemple dans la traçabilité des

³⁴⁰ 242 demandes de report ont été reçues en 2021 pour 413 visites programmées en 2021 et 2022 ; 172 en 2022 pour 796 visites programmées en 2022 et 2023.

informations dans le dossier du patient, au recours aux emplois temporaires, sans aller plus loin. Les taux d'emplois temporaires et de renouvellement des effectifs par services devraient être des indicateurs d'alerte pour la Haute Autorité de santé, la conduisant à analyser les fiches de signalement d'événements indésirables et les plannings de soins pour s'assurer si les risques sont réellement maîtrisés.

Plus généralement, le taux de recours aux emplois temporaires pourrait compléter les indicateurs de vigilance prévus par le nouveau régime d'autorisation des activités des soins³⁴¹. Si ces indicateurs font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation pourrait être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'ARS, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices.

³⁴¹ Décret n° 2021-974 du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités des soins et des équipements lourds.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'article 33 de la loi du 26 avril 2021 a traduit la volonté du législateur de limiter les dérives constatées dans les hôpitaux publics en matière de rémunération des emplois temporaires et de tirer les enseignements de l'échec d'une première tentative de régulation en 2017. La meilleure maîtrise du respect de plafonds réglementaires revalorisés repose sur un contrôle renforcé, confié au comptable public, ainsi que sur un dispositif visant à développer la solidarité entre établissements.

Cette régulation par les tarifs a créé cependant des effets d'aubaine aux conséquences préoccupantes sans éviter les fermetures ponctuelles ou récurrentes de services. Des évolutions sont nécessaires à court terme. La Cour formule ainsi les quatre recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

- 22. définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires (contrat de motif 2) (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 23. définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires, et adapter en cohérence le référentiel de certification des hôpitaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Haute Autorité de santé) ;*
 - 24. faire dépendre la revalorisation des indemnités de sujétion des gardes et astreintes de la mutualisation des ressources médicales au sein du territoire (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 25. réintroduire les subdivisions comptables permettant de distinguer les différentes catégories de contrats. ; dès à présent, rendre obligatoire un recueil périodique du recours aux emplois temporaires par catégorie pour chaque établissement (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique ; ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 26. contingenter les contrats d'emplois temporaires et les primes de solidarité territoriale par groupement hospitalier de territoires et confier à ces derniers le soin de les répartir entre les établissements qui en font partie (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*
-