



RELEVÉ D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

(Article R. 143-7 du code des juridictions financières)

INTERIM MEDICAL ET PERMANENCE DES SOINS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

Exercices 2017-2022

**Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés a été
délibéré par la Cour des Comptes, le 24 janvier 2024**

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 UN RECOURS ACCRU ET PREOCCUPANT AUX EMPLOIS TEMPORAIRES	8
1.1 Une palette étendue de formules juridiques	8
1.1.1 Un recours limité à l'intérim médical au sens strict.....	8
1.1.2 Un développement accru des heures supplémentaires et des contrats de gré à gré	10
1.1.2.1 Les leviers mobilisés pour combler le manque de temps médical.....	10
1.1.2.2 Le recours aux emplois temporaires contractuels en progression	11
1.1.2.3 Une forte dépendance à l'emploi temporaire,.....	13
1.1.3 L'incidence prépondérante de la permanence des soins	15
1.1.3.1 Une forte dépendance à l'égard des emplois temporaires, signe de fragilité.....	15
1.1.3.2 Un positionnement contradictoire des acteurs vis-à-vis de la permanence des soins	16
1.1.3.3 Une évolution qui touche d'autres spécialités	18
1.1.4 Un choix d'exercice qui se développe.....	18
1.2 Des rémunérations irrégulières devenues habituelles	20
1.2.1.1 Une forte hétérogénéité tarifaire et des pratiques	20
1.2.1.2 Des pratiques répandues.....	22
1.2.1.3 Des irrégularités connues ; une jurisprudence équilibrée	23
1.3 Des dérives aux conséquences préoccupantes.....	24
1.3.1 Des conséquences sur la situation financière des hôpitaux.....	24
1.3.1.1 Une progression du surcoût financier pour les établissements	24
1.3.1.2 Des conditions de négociation inégales selon les hôpitaux	25
1.3.1.3 Au-delà des rémunérations, des charges supplémentaires	26
1.3.2 Une augmentation significative des dépenses	26
1.3.3 Des inégalités de rémunération qui fragilisent le statut de praticien hospitalier	29
1.3.3.1 Un statut de praticien hospitalier fragilisé.....	32
1.3.4 Un affaiblissement du travail en équipe, de la qualité et de la sécurité des soins	34
2 UNE REGLEMENTATION A VISEE CORRECTIVE MAIS QUI A MANQUE SA CIBLE.....	36
2.1 Une mise en œuvre hésitante.....	36
2.1.1 En 2017, une première tentative sur le seul périmètre des intérimaires mise en échec	36
2.1.2 En 2021, un encadrement élargi et renforcé des rémunérations, mais ajourné	37
2.1.2.1 Un encadrement des rémunérations élargi aux contrats de gré à gré.....	37
2.1.2.2 Un report de la mise en œuvre nécessité par des travaux complémentaires	38

2.1.2.3	La mise en œuvre concomitante de mesures en faveur d'une attractivité renforcée.....	38
2.1.3	En 2023, une mise en œuvre sur un périmètre encore limité	42
2.2	Des effets non maîtrisés	44
2.2.1	Une prime de solidarité territoriale mobilisée pour répondre à l'urgence.....	44
2.2.2	Une réforme dévoyée par un recours massif au contrat de motif 2 :	46
2.2.3	Un recours au travail intérimaire indirectement encouragé	47
2.3	Une forte instabilité et une fragilité persistante.....	48
2.3.1	Une priorité accordée au maintien de l'offre de soins	48
2.3.2	Des fermetures récurrentes, de durée variable	49
2.3.3	Des mesures qui ne réduisent pas la pénurie de médecins.....	51
3	ADOSSER LES EVOLUTIONS NECESSAIRES A UNE REORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS.....	52
3.1	Mieux organiser le déploiement de l'offre hospitalière	53
3.1.1	Une offre de soins encore insuffisamment pilotée	53
3.1.2	Définir une stratégie territoriale	54
3.1.3	Actionner le levier de la réorganisation de la permanence de soins en établissements de santé.....	54
3.2	Renforcer la territorialisation de l'offre de soins	55
3.2.1	Encourager le déploiement des pôles territoriaux et des équipes partagées dans les GHT	55
3.2.2	Intégrer dans les GHT la gestion des ressources médicales :.....	56
3.2.3	Faciliter l'obtention d'une personnalité juridique pour simplifier le portage des projets territoriaux.....	57
3.3	Améliorer la connaissance des emplois et des établissements les plus vulnérables.....	58
3.3.1	Améliorer la connaissance de la structure des emplois médicaux	58
3.3.1.1	Des données fragmentées et incomplètes	58
3.3.1.2	L'absence d'un système d'information unifié	59
3.3.2	Repérer et soutenir les établissements dont l'offre de soins est à maintenir en priorité	61
3.3.3	Partager ces informations avec les élus et les représentants des usagers	62
	CONCLUSION.....	64
	ANNEXES.....	65
Annexe n° 1.	Liste des sigles utilisés	66
Annexe n° 2.	Note méthodologique	68
Annexe n° 3.	Plafonds réglementaires de rémunération	73
Annexe n° 4.	Données issues de l'échantillon d'établissements interrogés – évolution des emplois et des rémunérations.....	75

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. (DGOS, HAS) : Définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires. (recommandation de gestion).

Recommandation n° 2. (DGOS) : Définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires (contrat de motif 2) (recommandation de gestion).

Recommandation n° 3. (DGOS, SGMAS au titre des ARS) : Faire dépendre la revalorisation des indemnités de sujétion des gardes et astreintes de la mutualisation des ressources médicales au sein du territoire (recommandation de gestion).

Recommandation n° 4. (DGOS, SGMAS au titre des ARS) : Faire établir par l'agence régionale de santé, pour chaque groupement hospitalier de territoire, un contingent des contrats de recrutement temporaire de médecins passés sur le fondement de difficultés particulières de recrutement non liées à la conjoncture (motif 2) et confier aux GHT leur gestion ainsi que celle de la prime de solidarité territoriale ; (recommandation de politique publique).

Recommandation n° 5. (DGFIP, DGOS) : Afin de suivre pour chaque établissement. le recours aux emplois temporaires, organiser un double recueil obligatoire - extra-comptable et comptable - du taux de recours aux emplois temporaires ; (recommandation de politique publique).

Recommandation n° 6. (DGOS, HAS,) : Compléter les éléments d'évaluation du référentiel de certification par une analyse approfondie du fonctionnement des services présentant les taux de recours aux emplois temporaires les plus élevés (recommandation de gestion).

INTRODUCTION

Le thème de l'intérim médical et de la permanence des soins a été sélectionné dans le cadre de la consultation citoyenne lancée par la Cour des comptes en 2022 pour contribuer au programme de travail des juridictions financières. Plus généralement, la présente enquête, qui porte sur les emplois médicaux dans les hôpitaux publics, à l'exclusion des autres professions soignantes¹ et des établissements privés², s'inscrit dans un contexte de forte médiatisation du recours aux emplois intérimaires et des fermetures ou suspensions d'activités liées à des difficultés de personnel.

Les médecins représentent 10% des effectifs salariés du secteur hospitalier, soit un peu moins de 100 000 personnes. Mais la gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital revêt une dimension stratégique encore plus forte. Le temps médical disponible conditionne en effet sa mission première d'offreur de soins. Or, le marché de l'emploi médical est soumis durablement à de fortes tensions. D'une part, les besoins d'emplois médicaux ont été accrus depuis la mise en œuvre des 35 heures, la prise en compte du temps de garde dans le temps de travail, et sous l'effet de la définition réglementaire des ratios d'effectifs dans les conditions d'autorisations de certaines activités de soins. Entre 2013 et 2020, le nombre des médecins en nombre de personnes a ainsi progressé de 6,4 % entre 2013 et 2020³. De manière corollaire, les dépenses de personnel médical ont atteint 8 829 M€ en 2022, soit + 31 % par rapport à 2017. D'autre part, une démographie médicale déclinante et la perte d'attractivité de certaines spécialités, territoires et de l'exercice à l'hôpital, limitent les ressources disponibles.

Pour assurer leurs obligations de continuité et de permanence des soins, les établissements font appel aux emplois temporaires. Si le recours à l'intérim médical a été réglementairement conçu pour pallier les absences ponctuelles⁴, les solutions de remplacement ne relèvent toutefois pas du seul recours aux prestations de service d'une société d'intérim. Les contrats à durée déterminée sont en particulier une modalité que mobilisent les hôpitaux.

Lorsque le recours aux emplois temporaires est nécessaire pour assurer le fonctionnement courant, et non plus répondre à des situations conjoncturelles, il traduit une fragilité structurelle de l'hôpital et pèse lourdement sur sa situation financière. En effet, à l'instar d'autres secteurs où les employeurs peinent à trouver des candidatures, les médecins sont en position de négocier des rémunérations élevées, au-delà des plafonds réglementaires.

L'ampleur du recours aux emplois temporaires, plus qu'aux intérimaires, et leurs conditions de rémunérations, ont des conséquences préoccupantes (1). Les mesures de maîtrise des rémunérations ne suffisent pas à limiter les dérives (2). Dans ce contexte, des évolutions

1 Le recours à l'intérim médical ne concerne pas seulement la profession de médecin et les hôpitaux. Le phénomène s'étend aux professions non médicales et au secteur médico-social, se traduisant par des fermetures de lits. Il est à craindre que les dérives constatées s'étendent aux professions non médicales.

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

3 Les établissements de santé. *Les panoramas de la DREES*, Edition 2022. Effectifs salariés en personnes physiques, rémunérés au 31 décembre.

4 La circulaire du 3 août 2010 relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

structurelles adossées à une recomposition territoriale de l'offre de soins, sont à envisager à court terme. (3).

Périmètre et modalités de réalisation de l'enquête

L'enquête ne concerne que le recours aux emplois temporaires médicaux dans les hôpitaux publics, à l'exclusion des autres professions soignantes et des structures privées, par nécessité de délimiter le champ investigué. L'analyse présentée ne porte pas sur le pilotage des ressources humaines médicales, ni sur les écarts de rémunération entre le public et le privé⁵, ni sur les mesures prises en matière d'attractivité ou sur la refonte des statuts qui ne sont évoquées que pour éclairer le contexte global dans lequel s'insèrent les décisions d'encadrement des rémunérations des emplois temporaires.

Afin de compléter les analyses tirées de l'exploitation des données nationales, très limitées, a été constitué un échantillon de dix établissements publics de santé, sélectionnés dans trois régions avec les chambres régionales et territoriales des comptes. 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. Le caractère généralisé des observations tirées de ces analyses a conforté le choix fait d'anonymiser les établissements sélectionnés, afin de ne pas les stigmatiser.

Les réponses des ARS au questionnaire qui leur a été adressé ont complété le recueil des données.

⁵ Pour autant, sont patents les effets concurrentiels entre les secteurs publics et privés, qu'il conviendrait d'ailleurs d'objectiver.

1 UN RECOURS ACCRU ET PREOCCUPANT 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 réglementaire. Le développement important de ces contrats est problématique.

1.1 Une palette étendue de formules juridiques

Bien au-delà des missions intérimaires, les contrats de gré à gré se sont développés. Leur recours s'est généralisé particulièrement pour les activités soumises à permanence des soins, mais non exclusivement.

1.1.1 Un recours limité à l'intérim médical au sens strict

Le recours à l'intérim médical a été réglementairement conçu pour pallier un problème conjoncturel⁶, devant être motivé par des nécessités liées à la continuité du service public. Conformément aux dispositions du code du travail,⁷ seules les mises à disposition d'un médecin salarié par une entreprise de travail temporaire répondent à la définition stricte de l'intérim médical et font l'objet d'une facturation d'une prestation de service, englobant le coût de la rémunération du médecin et le coût de la prestation de recherche et de mise à disposition du médecin.

Le tarif d'une mission intérimaire, un coût complet

La facturation d'une mise à disposition d'un médecin par une entreprise de travail temporaire résulte d'un contrat de prestation de service entre l'entreprise de travail temporaire et l'hôpital. Le médecin intérimaire est quant à lui lié à l'entreprise de travail temporaire par un contrat de mission. Il est donc salarié de l'entreprise de travail temporaire et non de l'hôpital.

Le coût facturé par l'entreprise de travail temporaire est un coût complet qui comprend la rémunération brute qu'elle verse au médecin, les indemnités (congrés payés, fin de contrat, ...), les cotisations patronales, le coût de la prestation (dont la recherche du médecin, les frais de déplacement), enfin la marge de l'entreprise. Cette prestation est soumise à l'application à la taxe sur la valeur ajoutée (20 %).

⁶ La circulaire du 3 août 2009 relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

⁷ 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. »

La mission couvre par définition n'importe quelle plage horaire, y compris une période de garde ou d'astreinte, sans que celle-ci donne lieu à un complément de rémunération par l'hôpital.

La comparaison entre le coût d'une mise à disposition d'un médecin par une entreprise de travail temporaire et le coût d'un médecin recruté directement par l'hôpital nécessite donc que soient prises en compte les mêmes bases de calcul.

Les dépenses d'intérim médical des hôpitaux publics s'élevaient à 147,5 M€⁸ en 2022, en progression de 25 % par rapport à 2017 (en euros courants), soit 2 % des dépenses totales de personnel médical. La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)⁹ confirme le caractère limité de ce recours à l'hôpital. Selon Prism'emploi, fédération représentant les entreprises de travail temporaire et de recrutement, 17 000 missions ont été réalisées en 2022 soit pour les médecins employés, en moyenne 11 missions dans l'année d'une durée moyenne de 3,6 jours.

Malgré le recours limité aux services des entreprise de travail temporaire, le terme « intérimaire » a été systématiquement retenu par les pouvoirs publics dans les intitulés des textes législatifs et réglementaires¹⁰ encadrant le recours aux emplois temporaires, induisant ainsi un amalgame entre les médecins mis à disposition par les entreprise de travail temporaire et des médecins contractuels recrutés par les établissements. L'adjectif « intérimaire » est ainsi utilisé pour désigner de façon indifférenciée tous les médecins intervenant à l'hôpital, recrutés pour compléter les équipes fixes. De plus, associé au terme de « mercenariat » dans les conclusions du Ségur de la santé¹¹, et par la suite régulièrement médiatisé¹², il a été retenu pour dénoncer des dérives en matière tarifaire, laissant à penser à tort que ces dérives ne concernaient que les missions intérimaires, alors qu'elles peuvent être observées sur d'autres formes de contrat.

Des emplois temporaires

Bien que non adapté, le terme d'intérim médical est souvent utilisé, à tort, y compris par les pouvoirs publics, pour désigner de façon indifférenciée tous les médecins intervenant à l'hôpital pour compléter les plannings des services, qu'ils soient médecins intérimaires ou contractuels.

Ce rapport utilise le terme général « d'emploi temporaire » pour désigner de manière indifférenciée l'intérim au sens strict et les contrats, même si les emplois ainsi occupés correspondent à des postes permanents dans l'organisation hospitalière.

⁸ Données DGFiP-ATIH, comptes financiers transmis à l'ATIH (96 % des EPS en 2022)

⁹ Dares, Focus n°50, *À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans*, septembre 2023. Calculé sur la totalité de l'emploi salarié.

¹⁰ La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit le principe d'un encadrement des tarifs de l'intérim médical (article L.6146-3 du code de la santé publique). Le décret du 24 novembre 2017 est relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires. La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification comporte des mesures de « lutte contre les dérives médicales ».

¹¹ Pilier des conclusions du Ségur de la santé, mesure n°3 « mettre fin au mercenariat de l'intérim médical »

¹² « Intérim cannibale », octobre 2022. Discours de F Braun, conclusion de la journée de lancement du conseil national de la refondation en santé.

1.1.2 Un développement accru des heures supplémentaires et des contrats de gré à gré

Afin de pallier les difficultés de recrutement ou les absences de durée plus ou moins longue, les directions des hôpitaux mobilisent d'abord des ressources internes à l'établissement et les complètent le cas échéant par le recrutement de contractuels, autant que possible pour des durées au-delà d'une journée, et en dernier recours, par des intérimaires, pour des très courtes missions.

1.1.2.1 Les leviers mobilisés pour combler le manque de temps médical

S'agissant des ressources internes, le temps de travail additionnel, dénommé dans ce rapport « heures supplémentaires » constitue l'un des premiers leviers activés pour compléter les plannings de présence. Au-delà de leurs obligations de service¹³, les praticiens hospitaliers peuvent en effet, sur volontariat, accomplir des heures supplémentaires donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation¹⁴. En 2022, la dépense d'heures supplémentaires représentait 402 M€¹⁵. Elle a quasiment doublé entre 2017 et 2022 et représente 5 % de la dépense totale de personnel médical de 2022.

Par ailleurs, en complément des effectifs de praticiens hospitaliers présents ou pour pallier les postes vacants, les directions s'appuient sur d'autres catégories d'emploi médical, en particulier les assistants, les praticiens à diplôme hors union européenne (les PADHUE), et les étudiants en fin de formation, en particulier les internes et les « docteurs juniors » (depuis le 1^{er} novembre 2020¹⁶). Ces derniers sont en effet des médecins docteur en médecine ou en pharmacie, qui consolident leur dernière phase de formation, dans l'attente de l'obtention du diplôme d'études spécialisées (DES), sous le régime de l'autonomie supervisée.

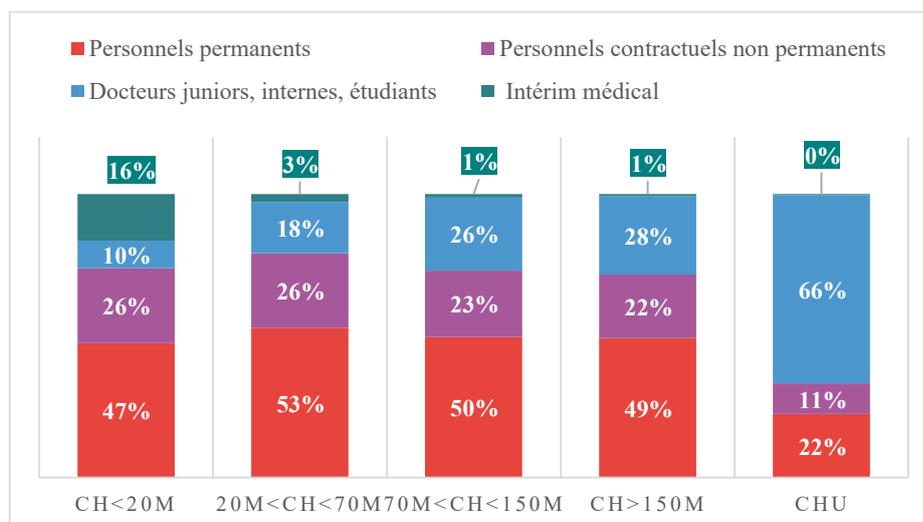
Selon sa taille et sa catégorie juridique, l'établissement ne dispose pas des mêmes marges de manœuvre, comme le montre le graphique ci-dessous. La structure d'emploi varie en effet selon le statut de l'établissement. Les centres hospitalo-universitaires (CHU), en raison de leur triple mission de recherche, de soins et d'enseignement, disposent de 66 % d'étudiants en formation et font ainsi davantage appel aux docteurs juniors.

¹³ Les praticiens hospitaliers doivent effectuer dix demi-journées de travail, dans la limite de 48H hebdomadaires et lissées au quadrimestre. Elles peuvent donc être inférieures à 48H. Elles sont majoritairement calculées en demi-journées, hormis quand l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de services étant alors calculée en heures. .

¹⁴ L'accord du praticien hospitalier est recueilli via un contrat de temps de travail additionnel soumis à l'accord du chef de service.

¹⁵ N'est disponible que le montant de dépenses enregistré sur un même compte, pour l'ensemble des médecins, sans distinction du statut. Parmi les facteurs explicatifs, il convient de relever la majoration à titre exceptionnel de l'indemnisation de ces heures, dans le cadre des mesures d'accompagnement de la crise sanitaire, de mars 2020 à juillet 2022.

¹⁶ La création statutaire du « Docteur Junior » s'inscrit dans la suite de la réforme du troisième cycle des études médicales engagée en 2016. Celui-ci ne sera qualifié dans la spécialité choisie qu'après obtention de son diplôme d'études spécialisées mais il est autorisé à participer à sa demande au service des gardes et astreintes.

Graphique n° 1 : Répartition des effectifs (ETP) par grande catégorie d'emploi- Année 2022

Source : Cour des comptes- données ATIH

1.1.2.2 Le recours aux emplois temporaires contractuels en progression

En complément de ces ressources, les directions des hôpitaux sont autorisées à recruter des médecins sous contrat pour « pallier une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité ». En outre, « afin de faire face aux difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire » un contrat de « praticien clinicien hospitalier »¹⁷ a été créé en 2009. Il permettait une négociation de salaire jusqu'au dernier échelon de la grille des praticiens hospitaliers, majoré de 65 %, via la prise en compte d'une part variable, fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. Ces contrats, mis en extinction depuis le 31 décembre 2021, étaient soumis à la validation des ARS, qui ne les autorisaient que pour des postes présentant une difficulté particulière à être pourvus. Les praticiens hospitaliers pouvaient être détachés, par contrat, sur un emploi de clinicien hospitalier.

En 2017, les praticiens contractuels et les cliniciens étaient au nombre de 8 976 ETP ; en 2022, de 11 094, soit + 24 % (contre une progression de 3% des effectifs des médecins permanents). Leur rémunération a progressé de 649,5 M€ à 1,04 Md€, soit + 61 % sur la période.

¹⁷ Créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Supprimé par l'ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Le terme « clinicien » choisi pour qualifier ces contrats n'induit pas de différence dans l'exercice par rapport aux autres médecins et ne fait pas référence à une spécialité.

Tableau n° 1 : Évolution des effectifs des médecins non permanents entre 2017 et 2022

<i>Équivalents temps plein rémunérés (ETPR)</i>	2017	2022	Variation
Praticiens contractuels ¹⁸	7 846	11 093	41 %
Assistants et assistants associés	4 910	5 059	3 %
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	3 002	2 931	- 2 %
Cliniciens hospitaliers ¹⁹ jusqu'au 31/12/21	1 130	NA	
Attachés et attachés associés en CDD	2 246	3 997	78 %
Praticiens Associés (à partir de 2021)	NA	492	
Total praticiens non permanents	19 134	23 573	23 %

Source : tableau Cour des comptes. Données ATIH

Ces médecins recrutés pour combler des insuffisances de temps médical constituent un sous-ensemble de la catégorie plus vaste des médecins non permanents. En effet, d'autres médecins sont recrutés par contrat pour d'autres motifs, en particulier pour faciliter l'exercice mixte ville-hôpital (médecins appelés « attachés »).

Le recours aux contractuels, une modalité de gestion de l'emploi médical

En dehors des motifs de remplacement ou d'accroissement temporaire d'activité, le recours aux contractuels fait partie intégrante de la construction des parcours professionnels proposés aux médecins hospitaliers.

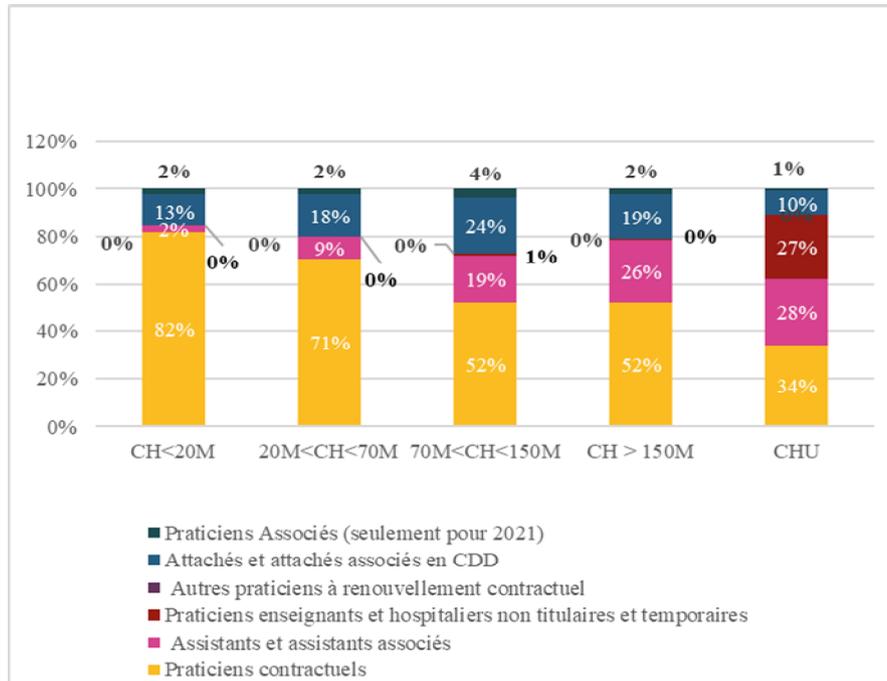
Le statut de contractuel offre ainsi la possibilité aux étudiants de troisième cycle, une fois terminée leur formation, de poursuivre leur parcours professionnel, et leur formation théorique et pratique en tant qu'assistants des hôpitaux (statut de contractuel) ou chef de clinique (statut non titulaire), avant de poursuivre sur un statut de praticien contractuel en attendant de devenir praticien hospitalier. Il permet également à des praticiens libéraux de venir réaliser des vacations à l'hôpital, ou à des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) d'exercer temporairement sous statut temporaire non titulaire, dans l'attente d'obtenir leur autorisation d'exercice.

Toutes ces situations combinées expliquent pourquoi le recours aux contractuels est important à l'hôpital.

¹⁸ Praticiens contractuels (compte 642 31) en contrats supérieurs à trois mois, praticiens en contrats inférieurs à trois mois (comptes 642 31/32/34/37). En effet, l'analyse des données du panel d'établissements montre qu'il s'agit également de praticiens contractuels. Depuis 2022, le compte 642 37 de nouveaux praticiens contractuels (642 37) globalise l'ensemble des dépenses de contractuels, sans distinction du motif de recrutement.

¹⁹ Compte 642 34 autres praticiens à renouvellement contractuels. Essentiellement des cliniciens hospitaliers.

Répartition en 2021 des praticiens non titulaires par type d'emploi et selon la catégorie d'établissements



Source : tableau Cour des comptes. Données ATIH

1.1.2.3 Une forte dépendance à l'emploi temporaire,

Selon l'analyse des données effectuée par la Cour, plus l'établissement est petit, plus le taux de recours aux médecins contractuels est élevé. Le taux de recours aux médecins contractuels et cliniciens est de 15 % pour l'ensemble des hôpitaux publics. Il atteint 34 % pour les centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 20 M€ alors qu'il atteint 7 % dans les CHU. Le taux de recours a progressé de huit points pour les petits hôpitaux, de cinq points pour les centres hospitaliers dont le budget est compris entre 20 et 70 M€ ; d'un point pour les CHU.

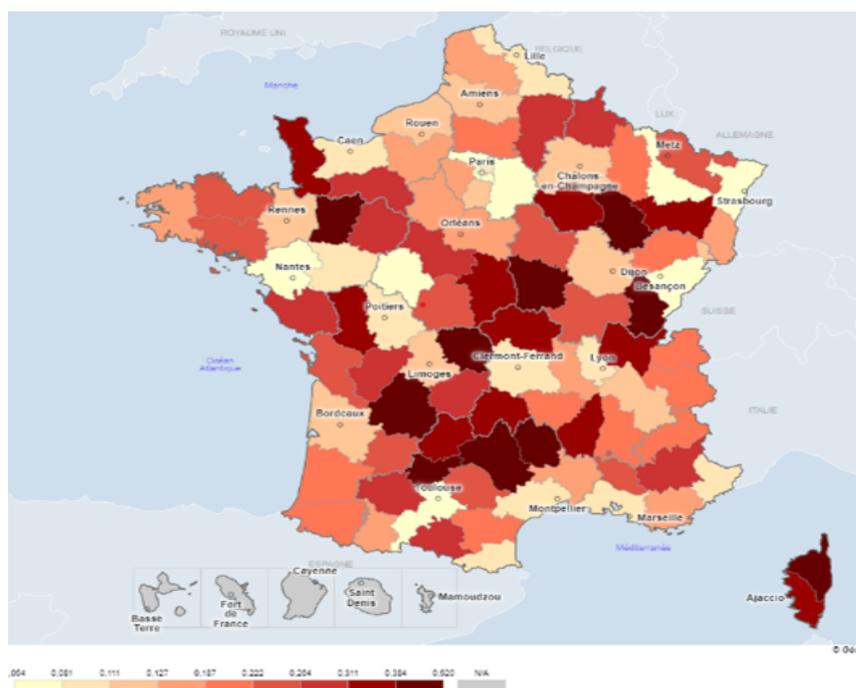
Tableau n° 2 : Taux de recours²⁰ au personnel temporaire (2017-2021)

Catégories d'établissements ²¹	2017		2021	
	Intérimaires	Praticiens contractuels et cliniciens	Intérimaires	Praticiens contractuels et cliniciens
CH<20M€	4 %	22 %	4 %	30 %
20M<CH<70M€	4 %	18 %	4 %	23 %
70M<CH<150M€	2 %	13 %	3 %	16 %
CH>150M€			1 %	12 %
CHU	1 %	5 %	1 %	6 %
Ensemble des EPS	2 %	11 %	2 %	13 %

Source : Cour des comptes. Données DGFIP-ATIH

Tous les départements sont concernés avec des taux qui s'échelonnent de 5 % (département du Bas-Rhin) à 52 % (département de la Lozère).

Carte n° 1 : Taux de recours aux emplois temporaires en 2021



Source : Cour des comptes. Données DGFIP-ATIH

²⁰ Le taux de recours est ainsi défini : au numérateur : par la rémunération des contractuels en CDD et des autres contractuels, dont cliniciens et personnel mis à disposition par une entreprise de travail temporaire ; au dénominateur : par la rémunération du personnel médical et intérimaire, hors rémunération de la permanence des soins.

²¹ Les établissements publics de santé sont classés selon le montant total des produits inscrits au compte de résultat.

1.1.3 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 des établissements de santé la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés²².

Trois types de gardes et astreintes sont distingués : tout d'abord, les lignes de gardes et d'astreintes mises en place en raison d'une obligation réglementaire de permanence médicale, attachée à une activité de soins²³, ensuite, celles qui ne résultent pas d'une telle obligation²⁴, enfin celles correspondant aux spécialités médico-techniques²⁵. Les ARS disposent donc d'une autonomie dans la fixation des schémas régionaux et complètent la liste des services participant à la permanence des soins à la lumière du diagnostic des besoins régionaux. Toutes les lignes de garde et d'astreinte mises en place par les établissements peuvent également ne pas être financées par les ARS, certaines directions assumant le choix de maintenir par exemple une garde plutôt qu'une astreinte, même sans financement dédié.

La dépense de rémunération des personnels liée à la permanence des soins (913,2 M€ en 2022) est concentrée sur les CH de plus de 70 M€ de budget et les CHU. Ils regroupent 78 % des dépenses de rémunération de la permanence des soins. Cette répartition est stable depuis 2017. Les CH inférieurs à 20 M€ de budget ne représentent qu'une faible part de ces dépenses (4 %).

1.1.3.1 Une forte dépendance à l'égard des emplois temporaires, signe de fragilité

Les spécialités soumises à gardes et astreintes qui recourent le plus aux emplois temporaires sont la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation²⁶, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, comme le confirment les ARS.

La radiologie est également identifiée comme une spécialité particulièrement fragile par certaines régions. À l'inverse, dans d'autres régions, le développement de services à distance d'imagerie (parfois *via* des marchés régionaux) et la mise en œuvre de projets collaboratifs avec des structures libérales, notamment des plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM), offrent des solutions d'organisation qui permettent de répondre aux besoins des territoires.

²² Circulaires n° DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 et n° DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

²³ Pour les activités suivantes : la médecine d'urgence, la réanimation adulte, la réanimation pédiatrique, l'obstétrique, la néonatalogie, les centres d'hémodialyse et les unités de dialyse, la chirurgie cardiaque, les activités interventionnelles et les soins intensifs en cardiologie, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques, les activités interventionnelles en neurologie et le traitement des grands brûlés

²⁴ Dont la neurologie, la gastroentérologie, la pneumologie et l'hématologie clinique, La chirurgie vasculaire et thoracique, la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie infantile, l'ophtalmologie et l'urologie.

²⁵ Biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie

²⁶ 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.

On note en effet une forte variabilité dans l'intensité du recours aux emplois temporaires selon les régions, comme le montre l'encadré qui suit.

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.

Dans l'ensemble, cependant, cette forte dépendance aux emplois temporaires, par définition instables et non pérennes, ne fournit pas une assise solide à l'organisation de la permanence des soins..

1.1.3.2 Un positionnement contradictoire des acteurs vis-à-vis de la permanence des soins

Comme le souligne l'Igas dans son rapport précité de 2023, la permanence des soins en établissement de santé suscite des positions contradictoires de la part des établissements comme des médecins eux-mêmes. Elle comporte en effet de nombreux enjeux, au-delà de la préoccupation première de répondre aux besoins de la population.

Tout d'abord, parce qu'elle nécessite une continuité des activités 24h/24 et 7 jours/7, la permanence des soins est par nature consommatrice de ressources soignantes, en particulier médicales. Les évaluations du nombre d'ETP nécessaires pour faire fonctionner oscillent selon les organisations. Il est estimé qu'une ligne de garde nécessite entre cinq et sept ETP médicaux et une ligne d'astreinte entre trois et quatre ETP²⁷. En outre, comme le précise l'Igas, la mobilisation des ressources médicales sur les périodes de permanence des soins a également un impact sur l'organisation du travail de jour, ne serait-ce que par l'effet du repos compensateur, qui réduit les ressources disponibles en journée. Ainsi, certains établissements soulignent que pour être en capacité de tenir une ligne de garde ou d'astreinte, d'autres activités comme les consultations ou l'ouverture d'une salle de bloc peuvent ne pas être maintenues ou doivent être réduites.

²⁷ Dans son rapport précité., l'Igas estime le besoin entre huit et neuf praticiens pour une ligne de garde et entre quatre et six pour une astreinte, du moins en s'efforçant de réduire le nombre de gardes et astreintes par mois.

La permanence des soins est également un facteur de pénibilité qui pèse sur les conditions de travail, d'autant plus si elle repose sur un faible nombre de praticiens. Comme le soulignent plusieurs ARS, dans de nombreux hôpitaux la permanence des soins apparaît comme un frein aux possibilités de recrutement si le médecin considère que le rythme de garde ou d'astreinte est trop soutenu ou si celles-ci sont trop difficiles, du fait du nombre de patients à prendre en charge les nuits et les week-ends. Pour ces raisons, l'organisation de la permanence des soins devrait être optimisée, afin de la rendre soutenable pour les équipes de soins.

En réalité, sa réorganisation se heurte à plusieurs freins. D'une part, elle constitue pour les établissements un enjeu de reconnaissance de leur positionnement stratégique en matière d'offre de soins sur les territoires ainsi que de financement. Elle constitue donc un sujet très sensible, qui fait l'objet d'âpres négociations lors de la préparation du schéma régional d'organisation de la permanence des soins.

D'autre part, les indemnités de sujétion de permanence des soins constituent une part non négligeable de la rémunération de certains praticiens, complémentaire aux émoluments de base. Dès lors, conserver une ligne d'astreinte et encore plus une ligne de garde demeure un facteur d'attractivité important en matière de recrutement. Maintenir des astreintes et des gardes est un levier d'amélioration de la rémunération des médecins soumis à ces astreintes, ce qui contribue à maintenir une forme d'attractivité et donc à préserver la pérennité du service.

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 représentait 10 % des dépenses de rémunération des médecins des hôpitaux publics, proportion qui reste assez stable depuis 2017.

Comme les chambres régionales et territoriales des comptes²⁸, l'inspection générale des affaires sociales a alerté sur un risque d'utilisation détournée des gardes et astreintes à d'autres fins que de répondre aux besoins d'accès aux soins du territoire.

Tableau n° 3 : Évolution des dépenses de la permanence des soins 2017-2022

<i>en M€</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022	<i>Evolution 2017- 2022</i>
<i>Permanence des soins</i>	749,51	772,89	785,93	804,43	801,27	913,23	22 %
<i>Total des dépenses du personnel médical</i>	6 646,25	6 947,67	7 174,47	7 527,96	8 047,56	8 681,86	31 %

Source : Données DGFIP-ATIH.

²⁸ [Chambre régionale des comptes Pays de la Loire, Centre hospitalier de Cholet, relevé d'observations définitives, décembre 2021.](#)

1.1.3.3 Une évolution qui touche d'autres spécialités

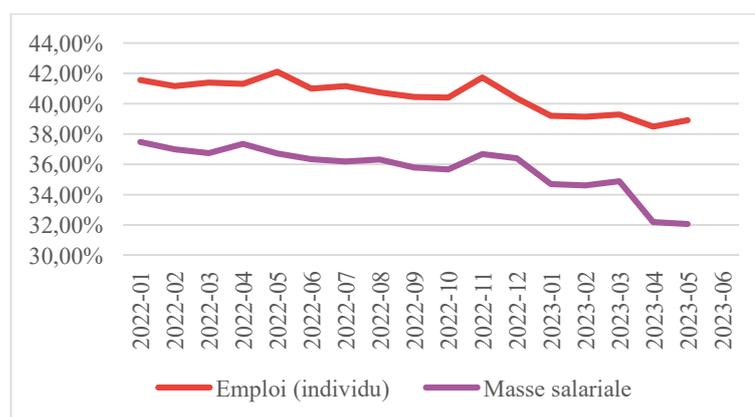
Comme le confirment les informations recensées par la DGOS, les spécialités soumises à la permanence des soins ne sont pas les seules à être tributaires d'un recours important aux emplois temporaires. D'autres spécialités sous tension sont également dépendantes des emplois temporaires, comme la psychiatrie, la gériatrie, les soins de suite et de réadaptation, la réanimation, des spécialités chirurgicales.

1.1.4 Un choix d'exercice qui se développe

La position de contractuel, comme celle d'intérimaire, permet au médecin de négocier les conditions de rémunération, les jours et périodes de travail, et ce faisant d'arbitrer entre temps de travail et rémunération. Dès lors, il est aisé de comprendre que ces deux modes d'exercice sont attractifs d'autant qu'ils peuvent être mobilisés avec souplesse. L'analyse des données, encore trop parcellaires et lacunaires, laisse à penser que le choix d'exercer comme intérimaire ou contractuel vient très souvent en complément d'une activité fixe.

Les données extraites de la déclaration sociale nominative (DSN)²⁹ donnent tout d'abord une indication de la part de multi-activité dans l'emploi et la masse salariale des médecins hospitaliers : 40 % des individus ayant au moins un contrat de médecin hospitalier dans un établissement hospitalier public ont au moins un autre contrat salarié en déclaration sociale nominative chaque mois. Les rémunérations qui leur sont versées représentent environ 35 % de l'ensemble des rémunérations versées au titre de contrat de médecin hospitalier. Cette part diminue légèrement depuis avril 2023.

Graphique n° 2 : Part de la multi-activité dans l'emploi et la masse salariale de médecin hospitalier



Source : Dares³⁰.

²⁹ La déclaration sociale nominative est une déclaration en ligne mensuelle obligatoire pour transmettre les informations relatives aux salariés aux organismes de protection sociale.

³⁰ Champ : contrats salariés des établissements hospitaliers publics (catégorie juridique : 7364 – établissements hospitaliers) et contrats de mission pour lesquels ces établissements ayant déclaré une profession et catégorie socio-professionnelle (PCS) « médecins » (344a et 344b) hors internes et pharmaciens salariés

Cette multi-activité ne peut pas toutefois être réduite à l'exercice de remplacements ponctuels dans d'autres établissements. En effet, les médecins cumulent souvent d'autres activités - comme des expertises, des activités d'enseignement ou d'intérêt général. Des travaux complémentaires seraient utiles pour documenter cette progression éventuelle de la multi-activité. Tous les établissements du panel reconnaissent en tout cas que les médecins qui interviennent dans leur établissement le font le plus souvent en complément d'une activité fixe.

La consultation du fichier national de déclaration préalable à l'embauche

Les établissements sollicités pendant l'instruction et les ARS ont indiqué que la période précédant l'application de l'article 33 (*cf. infra*) avait été mise à profit pour proposer un nouveau support de recrutement aux praticiens contractuels, support qui permettrait de respecter la réglementation.

Certaines ARS soulignent qu'à cette occasion il a été confirmé qu'une part importante de ces contractuels exerçaient en tant que praticiens hospitaliers dans d'autres hôpitaux publics de la région. Or, le nouveau statut de praticien hospitalier de 2022 prévoit qu'en cas d'exercice dans plusieurs hôpitaux publics, le praticien hospitalier ne peut désormais exercer que sous le statut de praticien hospitalier³¹. Cela signifie qu'il ne peut plus cumuler son emploi avec un emploi de praticien contractuel dans un hôpital public.

Introduite par la loi en 2021, les conditions de la consultation du fichier national de déclaration préalable à l'embauche ont été très récemment précisées par décret³², afin de permettre au directeur d'un hôpital public et aux personnes habilitées d'accéder aux données du fichier et de contrôler l'application des règles de cumul d'activités³³

Une enquête menée en mars 2023 par le syndicat national des médecins remplaçants (SNMR)³⁴ apporte des informations complémentaires : 46 % des répondants sont remplaçants depuis au moins trois ans, dont 9 % depuis plus de 10 ans ; 41,9 % des médecins font des remplacements en contrat de gré à gré, 14,6 % passent par une agence d'intérim et 43,5 % utilisent les deux modalités. La durée la plus fréquente d'un remplacement est d'une journée (42,1 %), le temps le plus long (quatre semaines ou plus) est mentionné par un peu moins de 10 % des réponses.

Toujours selon cette enquête, les remplacements ont lieu de manière équilibrée entre un, deux, trois et quatre établissements. Les remplacements sont effectués à plus de 52 % dans les villes de moins de 100 000 habitants. 17,6 % des répondants n'ont jamais été praticiens hospitaliers. Parmi les anciens praticiens hospitaliers (82,4 %), 25,5 % l'ont été pendant un temps supérieur à 10 ans. Plus de 58 % des répondants pensent prendre un jour un poste fixe de praticien hospitalier.

Les données de Prism'emploi (sur un périmètre plus restreint, mais sans doute assez représentatif aussi de l'ensemble des contrats) indiquent que les anesthésistes représentent plus

Lecture : en avril 2023, les contrats des médecins hospitaliers ayant au moins un autre contrat en déclaration sociale nominative représentaient 32,2 % de la masse salariale de médecins hospitaliers des établissements hospitaliers publics, contre 34,9 % en mars 2023.

³¹ Article R 6152-4 du CSP.

³² Décret n° 2023-936 du 10 octobre 2023 relatif à la consultation par les établissements publics de santé du fichier national de déclaration à l'embauche pris en application de l'article L.1451-5 du CSP.

³³ Définies aux articles L.123-3 à L.123-8 du code général de la fonction publique.

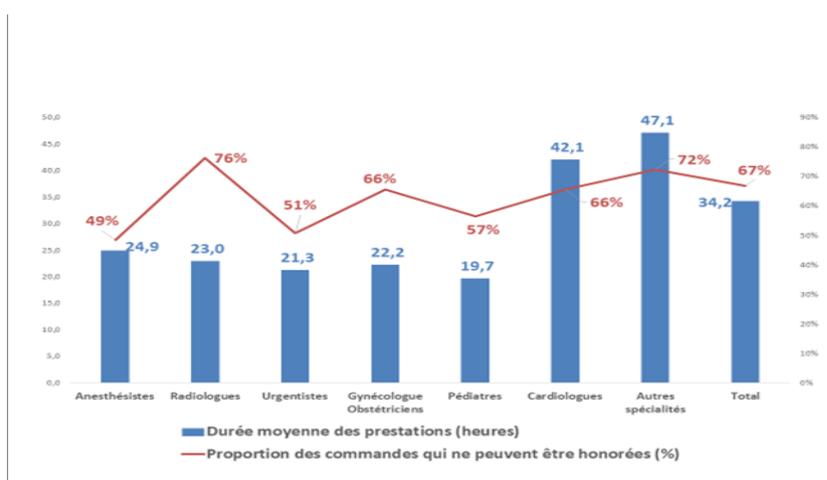
³⁴ Elle a recueilli 735 réponses apportent des informations complémentaires.

de 25% des effectifs, suivis par les urgentistes (13 %), les pédiatres (3 %), les radiologues (1 %) et cardiologues (1 %). L'ensemble des autres spécialités représentent 55 % des missions.

Selon ces données, la région Ile-de-France concentre 40 % des missions, suivie par la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,3 %) et la région Pays-de-la-Loire (10,1 %). Les régions les moins consommatrices sont le Centre-Val-de-Loire (0,5 %), la Normandie (0,5 %), l'Occitanie (0,8 %). En moyenne, 67 % médecins intérimaires interviennent en dehors de leur département de résidence. Sept régions présentent des taux beaucoup plus élevés comme notamment en Bourgogne-Franche-Comté (93 %), en Grand-Est (86 %), en Hauts-de-France (82 %). Les taux les plus bas sont constatés en région Centre-Val-de-Loire (28 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (41 %) ou Occitanie (49 %).

Selon Prism'emploi toujours, la durée moyenne des missions est de 34,3 heures. 57 % des demandes d'intérim (au sens strict) ne peuvent être satisfaites. Ce taux n'est pas disponible pour les contrats de gré à gré. Les établissements interrogés ont toutefois confirmé ne pas arriver à pourvoir l'ensemble des postes vacants.

Graphique n° 3 : Part des missions ne pouvant pas être satisfaites et durée moyenne des missions (en heures)



Source : Enquêtes Prism'emploi/Xerfi 2022

1.2 Des rémunérations irrégulières devenues habituelles

Cet accroissement de contrats de gré à gré est problématique, en raison de leur fréquence et des niveaux de rémunération négociés au-delà des plafonds réglementaires.

1.2.1.1 Une forte hétérogénéité tarifaire et des pratiques

La loi économique de l'offre et de la demande, qui aboutit à augmenter le prix d'une ressource qui se raréfie, s'applique aussi dans le champ de la santé. Les médecins disposent d'un pouvoir de négociation que la position de contractuel leur permet d'exercer, quelles que

soient la durée du contrat (une simple vacation, plusieurs semaines ou mois) ou la quotité de temps. Bien que conscients de l'illégalité et du caractère répréhensible du non-respect des plafonds réglementaires en termes de rémunération, les hôpitaux, préoccupés d'assurer la continuité des soins, peuvent être conduits à consentir à de sensibles dépassements..

Des contrats négociés quelle que soit la durée

Par assimilation aux missions intérimaires, le terme « temporaire » laisse à penser que ces emplois sont également de courte durée. La difficulté est toutefois de le définir.

La notion de « courte durée », supprimée en 2021³⁵, figurait moins dans le code de santé publique.³⁶

Les cadres de présentation des comptes financiers distinguent quant à eux les contrats de moins de trois mois. En effet, la réglementation³⁷ prévoit depuis 2010 un suivi des contrats de praticiens contractuels de moins de trois mois, jusqu'à la mise en place des nouveaux statuts. Mais cette distinction n'avait été renseignée que par 20% des établissements.

En pratique, quelle que soit la durée, le médecin impose ses conditions, d'autant plus si l'établissement est de petite taille et isolé géographiquement. Dès lors, les emplois temporaires se caractérisent plus par des niveaux de rémunération supérieurs aux plafonds réglementaires que par la durée ou la quotité de temps de travail.

Les tarifs exigés par les médecins varient d'un service à l'autre au sein d'un même établissement, 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 était de 650 € la journée, et jusqu'à 1 300 € la plage de 24 heures. En Aquitaine, plusieurs établissements ont proposé des missions de 24h à plus de 2 700 € bruts.

Ces pratiques irrégulières étaient assumées avec plus ou moins de transparence. Certains hôpitaux, comme le GHT Cœur-Grand-Est, ont présenté à leur commission de surveillance un état des lieux des rémunérations médicales non réglementaires. Beaucoup ont informé très régulièrement les ARS des difficultés rencontrées et des conditions tarifaires auxquelles ils arrivaient à couvrir des plages horaires.

Sur un plan pratique, le mode opératoire du suivi différait selon les établissements, certains individualisant la différence entre la rémunération versée et le plafond réglementaire *via* une indemnité différentielle, d'autres regroupant les contrats sous un même code d'emploi. La plupart, toutefois, ont fait le choix de ne pas faire apparaître la « sur-rémunération », en calculant un traitement de base à partir du montant net négocié par le médecin. Ces pratiques rendent donc très difficile le repérage de ces contrats.

³⁵ Ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

³⁶ 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique (définissant les différents types de personnel exerçant dans un hôpital public) : « *Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel, ces personnels peuvent être recrutés par contrat de courte durée sans qu'il en résulte un manquement à la continuité des soins sont précisées par voie réglementaire* ».

³⁷ Article R. 6152-411 du CSP. Décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010 – art 11 : leur nombre ne pouvait excéder celui des praticiens titulaires et des praticiens nommés ou recrutés pour une durée de plus de trois mois exerçant leurs fonctions dans la structure où ils sont affectés.

1.2.1.2 Des pratiques répandues

Une campagne de « contrôles à blanc »,³⁸ réalisée par le réseau des trésoreries hospitalières en début d'année 2023, a confirmé le caractère récurrent de ces irrégularités. En Bourgogne-Franche-Comté par exemple, les contrôles menés sur 14 hôpitaux auraient conduit à la suspension ou au rejet de 82 % des opérations (220 sur 269). Le constat est similaire pour les résultats d'une enquête réalisée par l'ARS des Hauts de France, sur 40 hôpitaux à risques, en janvier 2023 : sur 139 contrats signés, 107 contrats étaient non conformes et il manquait des informations pour 11 autres. En Grand-Est, 25 contrats sur 28 n'auraient pas pu être en paiement pour le centre hospitalier de Troyes.

Ces pratiques de fixation des rémunérations au-delà des plafonds réglementaires aboutissent à augmenter les dépenses. À défaut de pouvoir repérer aisément les contrats aux rémunérations irrégulières dans les systèmes d'information des ressources humaines, l'analyse des comptes financiers³⁹ permet donc d'approcher la part des hôpitaux présentant des niveaux de dépenses supérieurs à ce qu'ils auraient dû être si les plafonds avaient été respectés.

1.2.1.2.1 Des recours accrus selon la taille des établissements

On peut détailler selon la taille des établissements la part de ceux où les plafonds réglementaires sont dépassés. Si les hôpitaux publics de petite taille (79 % des structures dont le budget est compris entre 20 M€ et 70 M€, 67 % pour celles se situant entre 70 M€ et 150 M€), ont proportionnellement plus développé ces pratiques de sur-rémunération des praticiens contractuels, les établissements plus importants et les CHU ne sont pas épargnés (respectivement 59 % et 21 %). Tous les hôpitaux publics sont donc concernés par cette évolution à des degrés variables : les plus petits ne parviennent à assurer leurs missions qu'au prix d'un recours majoritaire aux emplois temporaires ; les plus gros ne sont concernés que pour certains services uniquement.

Tableau n° 1 : Nombre et proportion d'hôpitaux publics ayant accordé une sur-rémunération brute moyenne supérieure au plafond réglementaire en 2021

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

Note de lecture : Note de lecture : 181 centres hospitaliers de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires, soit 52 % de ceux de la catégorie, sur-rémunèrent les praticiens contractuels. Source : Cour des comptes. Données DGFIP-ATIH.

³⁸ Contrôles réalisés sur les bulletins de paie afin de repérer les irrégularités, sans rejet, ni suspension, conduits afin de préparer la mise en œuvre de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021.

³⁹ Les comptes financiers des hôpitaux publics (consolidés par l'ATIH au niveau national) permettent de rapprocher les rémunérations et les ETP rémunérés annuels par catégorie de statuts.

Certains établissements supports de GHT sont également structurellement dépendants du recours aux emplois temporaires, ce qui fragilise leur capacité à soutenir les établissements du groupement dans la gestion de l'emploi médical. En Bourgogne-Franche-Comté., l'ARS par exemple pointe cette difficulté pour le CH d'Auxerre, les Hospices de Beaune, le CH de Mâcon, le CH de Chalon-sur-Saône, le CH Jura Sud ou encore le CH de Nevers.

1.2.1.2.2 Une généralisation de la sur-rémunération

L'évolution dans le temps est également instructive. Elle fait apparaître une propension des sur-rémunérations pour les contractuels. La part des hôpitaux qui présentaient un coût moyen dépassant les plafonds de rémunération sur la catégorie des contractuels a progressé de 13 points entre 2017 et 2021, devenant prépondérante (61 %).

Tableau n° 2 : Évolution du nombre d'hôpitaux publics présentant une sur-rémunération

<i>Exercices</i>	<i>Base ATIH</i>	<i>Praticiens contractuels</i>	<i>Part des établissements en sur-rémunération</i>	<i>Cliniciens</i>	<i>Part des établissements en sur-rémunération</i>
2017	727	350	48 %	50	7 %
2018	729	397	54 %	55	8 %
2019	752	429	57 %	51	7 %
2020	709	423	60 %	44	6 %
2021	721	441	61 %	53	7 %

Source : Cour des comptes. Données DGFIP-ATIH

1.2.1.3 Des irrégularités connues ; une jurisprudence équilibrée

Les recrutements de praticiens contractuels en dehors des conditions règlementaires, avec des rémunérations négociées au-delà des montants prévus par les règlements (58 226,66 € annuels pour les praticiens contractuels en contrats à durée déterminée⁴⁰, 148 515,74 € annuels pour les cliniciens hospitaliers⁴¹) apparaissaient particulièrement fréquents. En 2006, la Cour⁴²

⁴⁰ L'article R. 6152-416 1° du code de la santé publique disposait : « Les praticiens contractuels recrutés en application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 6152-402 sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens des hôpitaux. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4e échelon de la carrière, majorés de 10 %.

⁴¹ La rémunération des cliniciens hospitaliers était composée d'une part fixe plafonnée au dernier échelon de praticien hospitalier et d'une part variable plafonnée à 65 % de la part fixe.

⁴² [Cour des Comptes, Les personnels des établissements publics de santé, rapport public thématique, mai 2006](#)

relevait déjà, à l'appui de rapports des Chambres, « *un glissement vers des pratiques contestables* », et observait que « *les dispositifs réglementaires ne peuvent pas tenir lorsqu'ils s'écartent trop des situations réelles* ». Plus d'une quinzaine de rapports de CRTC publiés en 2022 et 2023 détaillent les irrégularités observées⁴³, à l'instar de la CRC Occitanie⁴⁴ qui a relevé que le CH de Saint-Affrique a dépensé au titre de la rémunération de personnels en CDD 1,06 M€, soit une rémunération annuelle moyenne brute par ETP de 223 887 € (18 657 € par mois) pour l'équivalent de 4,72 ETP.

Concernant les contrats de cliniciens hospitaliers, les rapports de CRTC mentionnent régulièrement en outre l'absence d'évaluation des objectifs liés à la part variable et parfois l'absence d'autorisation de recourir à ces contrats dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

Dans un tel contexte, la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF), saisie à plusieurs reprises, a développé une jurisprudence⁴⁵ qui recherchait un point d'équilibre entre le respect de la réglementation et la prise en compte des contraintes des gestionnaires, soit le respect de l'obligation de continuité du service public malgré le manque d'attractivité des fonctions.

1.3 Des dérives aux conséquences préoccupantes

1.3.1 Des conséquences sur la situation financière des hôpitaux

L'analyse menée à partir des états du compte financier des établissements publics hospitaliers dépassant le plafond théorique de rémunération pour les praticiens contractuels et pour les cliniciens hospitaliers (*cf.* annexe 3 note méthodologique), permet d'évaluer le montant des surcoûts, par comparaison aux montants maximum qui auraient été payés si les plafonds réglementaires avaient été respectés. Pour 2021, celui-ci représentait 183 M€.

1.3.1.1 Une progression du surcoût financier pour les établissements

Les dépenses induites par ces sur-rémunérations ont augmenté de 72 % entre 2017 et 2021.

⁴³ Voir notamment : [CRC Pays de la Loire, Centre hospitalier départemental de Vendée, rapport d'observations définitives, décembre 2022](#)

⁴⁴ [CRC Occitanie, CH de Saint-Affrique, rapport d'observations définitives, novembre 2022](#)

⁴⁵ [CDBF, Centre hospitalier d'Ambert, décembre 2006](#) ; [CDBF, Centre hospitalier de Fougères \(Ille-et-Vilaine\), avril 2009](#) ; [CDBF, Centre hospitalier de Givors \(Rhône\), novembre 2016](#)

Tableau n° 3 : Sur-rémunération des praticiens contractuels et cliniciens hospitaliers (en M€)

<i>Exercices</i>	<i>Praticiens contractuels</i>	<i>Cliniciens hospitaliers</i>	<i>Total</i>
2017	98,59	7,86	106,45
2018	119,39	10,43	129,83
2019	131,19	10,28	141,47
2020	147,54	11,89	159,43
2021	171,04	12,18	183,23

Source : Cour des comptes. Données DGFIP-ATIH

En 2021, ces dépenses supplémentaires représentent 18 % des rémunérations du personnel médical contractuel et cliniciens hospitaliers (10 % en 2017) et 2,2 % de la rémunération totale du personnel médical en 2021 (1,6 % en 2017).

Les montants des sur-rémunérations ainsi évalués sont très différents d'un établissement à l'autre : la moyenne du montant de dépenses supplémentaires se situe à 387 852 €, la médiane à 140 883 €. Les centres hospitaliers de Troyes et de Bastia présentaient les montants les plus élevés (respectivement 3,9 M€ et 3,7 M€).

S'agissant des cliniciens hospitaliers, la même disparité est constatée entre établissements : la moyenne des dépenses supplémentaires s'élève à 229 870 € ; la médiane à 64 607 €. Le groupe hospitalier régional Mulhouse-et-Sud-Alsace présente le montant le plus élevé (2,9 M€).

1.3.1.2 Des conditions de négociation inégales selon les hôpitaux

Plus l'hôpital est de petite taille, plus il est éloigné d'une grande métropole, plus il paie cher. Les possibilités de recruter sans outrepasser les plafonds réglementaires dépendent de la taille de l'établissement, de sa situation géographique et de la recherche d'une politique de recrutement cohérente entre établissements d'un même territoire.

S'agissant de la taille de l'établissement, les centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 70 M€ rémunèrent les praticiens contractuels 1,5 fois plus que les CHU. La rémunération est en moyenne plus élevée de 62 % pour les structures dont le budget est inférieur à 20 M€ que celle des CHU. Pour les cliniciens hospitaliers, cependant, l'écart (13 %) est moins marqué entre les petits hôpitaux et CHU. La situation la plus critique semble être celle des établissements situés dans des territoires ruraux et éloignés d'un CHU.

Toutes les régions sont concernées : 47 % des hôpitaux publics dépassent les plafonds réglementaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 100 % pour la Corse. Les régions où les taux sont les plus élevés sont la Bourgogne-Franche-Comté (73 %), la Bretagne (70 %), Grand-Est (67 %) et la Normandie (66 %).

Par ailleurs la mise en place d'une démarche visant à fixer des règles communes à l'échelle d'un territoire a permis de limiter la surenchère induite par la concurrence entre établissements. Ont été ainsi mises en œuvre, dans certaines régions :

- la mise en œuvre d'un observatoire des pratiques tarifaires ;

- la signature d'une charte régionale sur l'intérim médical ;
- la mise en œuvre d'un tarif « étalon », applicable par l'ensemble des établissements publics de santé en période dite « de tension ».

De telles « bonnes pratiques » ont pu contribuer à éviter une surenchère financière des établissements. Ces actions régionales ont cependant eu un effet considéré comme limité, la réponse à apporter aux dérives financières devant être, selon l'ensembles des interlocuteurs, du niveau national.

On note que certains établissements ont refusé de recourir à des praticiens contractuels, pour éviter d'entrer dans « le jeu de la surenchère ». Ainsi un établissement ne fait appel qu'à des médecins mis à disposition par des agences d'intérim. Il supporte ainsi un coût qu'il estime multiplié par trois par rapport à celui d'un praticien hospitalier. La direction de cet hôpital indique cependant que ce choix assumé l'a conduit à des difficultés de recrutement, qui peuvent entraîner une réduction de l'offre de soins, qui elle-même aboutit à une perte de financements du fait de la tarification à l'activité.

1.3.1.3 Au-delà des rémunérations, des charges supplémentaires

Certains établissements parmi les plus en difficulté pour recruter sont également contraints de prendre en charge l'organisation et le coût des déplacements et d'hébergement des médecins temporaires. Pour la seule période de janvier à juin 2023, un des hôpitaux de l'échantillon évalue à 230 000 € le coût des transports, de l'hébergement, de l'équipe en charge du ménage dans les logements (3 ETP), du standard (0,5 ETP) et du personnel des affaires médicales dédié à la recherche de médecin temporaire (1 ETP).

1.3.2 Une augmentation significative des dépenses

Diverses évaluations ont été fournies par les rapports en 2013 par l'Assemblée nationale (500 M€)⁴⁶ et en 2021 par le Sénat (1,4 Md€)⁴⁷. Mais elles ne précisait pas le périmètre des dépenses, en particulier s'il ne s'agissait que de l'intérim médical ou si le périmètre était plus large, ni les données sur lesquelles les évaluations ont été construites.

Or une évaluation du coût induit par les mesures mobilisées pour compenser ou atténuer une pénurie de temps médical doit englober le recours à l'intérim au sens strict, mais aussi au temps de travail additionnel et aux contractuels de remplacement (y compris les cliniciens).

- a) Le poste le plus difficile à estimer est le recours aux contractuels et cliniciens.

Méthode d'évaluation des dépenses induites par le recours aux contractuels et cliniciens

S'agissant du recours aux contractuels, les estimations sont construites selon deux hypothèses qui estiment un ordre de grandeur :

⁴⁶ O.Véran, décembre 2013, *Hôpital cherche médecin, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.*

⁴⁷ A. Milon, février 2021, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

- une borne basse :
Il est supposé que les recrutements de praticiens contractuels et cliniciens correspondent à des postes de praticiens hospitaliers laissés vacants. Le surcoût ainsi supporté par les établissements est en théorie en partie compensé par une non dépense sur la catégorie des praticiens hospitaliers. Il était donc intéressant de calculer quel aurait été le montant de la dépense, si ces contractuels avaient été rémunérés comme des praticiens hospitaliers, sur la base de la rémunération brute moyenne de cette catégorie par année. Ce calcul réduit le montant du surcoût supporté.
- une borne haute :
Le calcul consiste à évaluer l'impact des rémunérations versées au-delà des plafonds, pour le volume des effectifs (en ETPR) des contractuels. La différence entre le montant des rémunérations versées brutes⁴⁸ et celui qui aurait été versé, si les plafonds de rémunération avaient été respectés, fournit une première estimation du surcoût supporté.

Cette méthodologie permet ainsi d'approcher le montant du poids financier résultant à la fois d'un effet volume (le nombre de contractuels) et d'un effet prix (les sur-rémunérations appréciées soit par rapport à la rémunération moyenne d'un praticien hospitalier, soit à partir des plafonds réglementaires).

L'évaluation n'est pas disponible pour l'année 2022, compte tenu des changements intervenus dans le mode d'enregistrement comptable des praticiens contractuels.

Les deux méthodes d'approximation concordent en ce qu'elles montrent toutes deux une aggravation récente des dépenses supplémentaires induites, de 2017 à 2021 : de 58 à 80 M€ (+ 39 %), pour la borne basse ; et de 106 à 183 M€ (+ 72 %) pour la borne haute.

b) Il convient ensuite d'ajouter les autres dépenses :

- i) Intérim au sens strict :

Les dépenses de l'intérim médical *stricto sensu* ont augmenté de 34 %.

- ii) Les heures supplémentaires :

De 2017 à 2021, les dépenses d'heures supplémentaires ont progressé de leur côté de 50% (de 214,82 M€ à 321,43 M€), en partie en raison de la majoration exceptionnelle du montant de l'indemnisation entre mars 2020 et juillet 2022.

Outre leur incidence financière, le recours aux heures supplémentaires présente plusieurs limites. D'une part, celles-ci reposent sur les effectifs médicaux présents. Elles pourraient donc être considérées comme un facteur de pénibilité, au moins au-delà d'un certain seuil, certes contrebalancé par le niveau de rémunération complémentaire qu'elles permettent. D'autre part, elles sont étroitement dépendantes de la gestion des organisations de temps de travail des services. Or, étant une source de revenus non négligeable, le risque est que l'organisation du temps de travail mise en place ne soit pas la plus ajustée aux besoins. Enfin, les heures supplémentaires sont également dépendantes de l'organisation de la permanence des soins. Plus l'offre de soins est dispersée, plus elle induit un besoin de temps médical, donc d'heures supplémentaires TTA.

⁴⁸ Hors indemnités de sujétion et TTA. Hors charges patronales.

La gestion des organisations de temps de travail : un outil de maîtrise du temps médical

Les praticiens exercent soit en demi-journées, soit, par dérogation, en heures. Les obligations de service d'un praticien à temps plein sont fixées à hauteur de 10 demi-journées par semaine, dans la limite de 48 heures hebdomadaires et lissées au quadrimestre. Elles peuvent donc être inférieures à 48H.

Le décompte du temps de travail médical à l'hôpital influe de manière significative sur le besoin de ressources médicales en équivalent temps plein et donc par conséquent sur le recours aux emplois temporaires.

Ainsi, un décompte en demi-journées (valable pour la quasi-totalité des spécialités) est moins consommateur en ressources humaines qu'un décompte en temps continu (déployé essentiellement les spécialités soumises à la permanence des soins - secteurs urgences, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique). Un médecin travaillant dans un service en 39 heures remplira ses obligations de service de manière beaucoup plus rapide qu'un médecin travaillant en demi-journées. Cette organisation du temps de travail lui donnera, paradoxalement, plus de latitude pour exercer d'autres activités.

Rapporté à l'heure, le temps de travail annuel étant moins élevé dans un service en horaires continu que dans un service fonctionnant en demi-journées, le coût horaire d'un praticien contractuel de motif 2 en horaires continus (65 €) sera plus élevé que celui d'un médecin travaillant en demi-journées (57 €).⁴⁹

En matière de décompte horaire, rien n'interdit à un établissement de fixer un plafond inférieur à 48 heures, par exemple à 40 heures ou 39 heures ; certains établissements le font pour des spécialités à forte pénibilité, comme l'anesthésie-réanimation. Cela figure alors dans le règlement intérieur de l'établissement

- iii) Les autres dépenses

Enfin, les dépenses d'hébergement, de transports, de repas ne sont pas comprises, alors qu'elles peuvent pour certains établissements représenter une part significative de dépenses.

Le cumul, toutes dépenses évaluables confondues (intérim médical, contractuels et heures supplémentaires), pour les différents postes, fait logiquement apparaître une progression sensible, Toutes les dépenses comprises:

- hors charges patronales, le montant des dépenses supplémentaires induites pour combler le besoin de temps médical est évalué entre à 390 M€ et 439 M€ pour l'année 2017 et entre 559 M€ et 662 M€ pour 2021, selon la méthode retenue, soit une progression entre 43 % et 50,8%.
- y compris les charges patronales⁵⁰, les dépenses supplémentaires sont estimées selon la méthode retenue entre 521 M€ et 593 M€ pour l'année 2017 et entre 751 M€ et 904 M€ pour l'année 2021, soit une progression entre 44 et 52 %.

⁴⁹ Sur la base de 191 journées travaillées (365- 114 jours fériés et repos hebdomadaires -45 jours de congés annuels et RTT, - 15 jours de formation), soit 41 semaines. $41 * 48$ heures pour un médecin contractuel de motif 2 en demi-journées= 1968 heures annuelles travaillées ; $191 \text{ jours} * 10$ heures pour un médecin en 39 heures continues = 1830 heures. Coût horaire d'un praticien contractuel motif 2 en demi-journées : $119\ 130/1968 = 61€$; Coût horaire d'un praticien contractuel motif 2 en 39H00 continues : $119\ 130/1830 = 65€$.

⁵⁰ Le taux de charges appliqué est de 1,48.

Tableau n° 4 : Évaluation des dépenses supplémentaires (hors charges sociales)

	2017	2021
<i>Recours à l'intérim médical au sens strict (1)</i>	111,75 M€	157,36 M€
<i>Temps de travail additionnel (2)</i>	214,82 M€	321,43 M€
<i>Evaluation des dépenses supplémentaires du recours aux contractuels par référence à la rémunération moyenne d'un praticien hospitalier⁵¹ (3)</i>	57,53 M€	79,81 M€
<i>Total estimation basse (1+2+3)</i>	390,10 M€	558,60 M€
<i>Evaluation des dépenses supplémentaires du recours aux contractuels par référence aux plafonds réglementaires de leurs rémunération (4)</i>	106,45 M€	183,23 M€
<i>Total estimation haute (1+2+4)</i>	439,02 M€	662,02 M€

Source/note : Cour des comptes. Données DGFIP/ATIH

1.3.3 Des inégalités de rémunération qui fragilisent le statut de praticien hospitalier

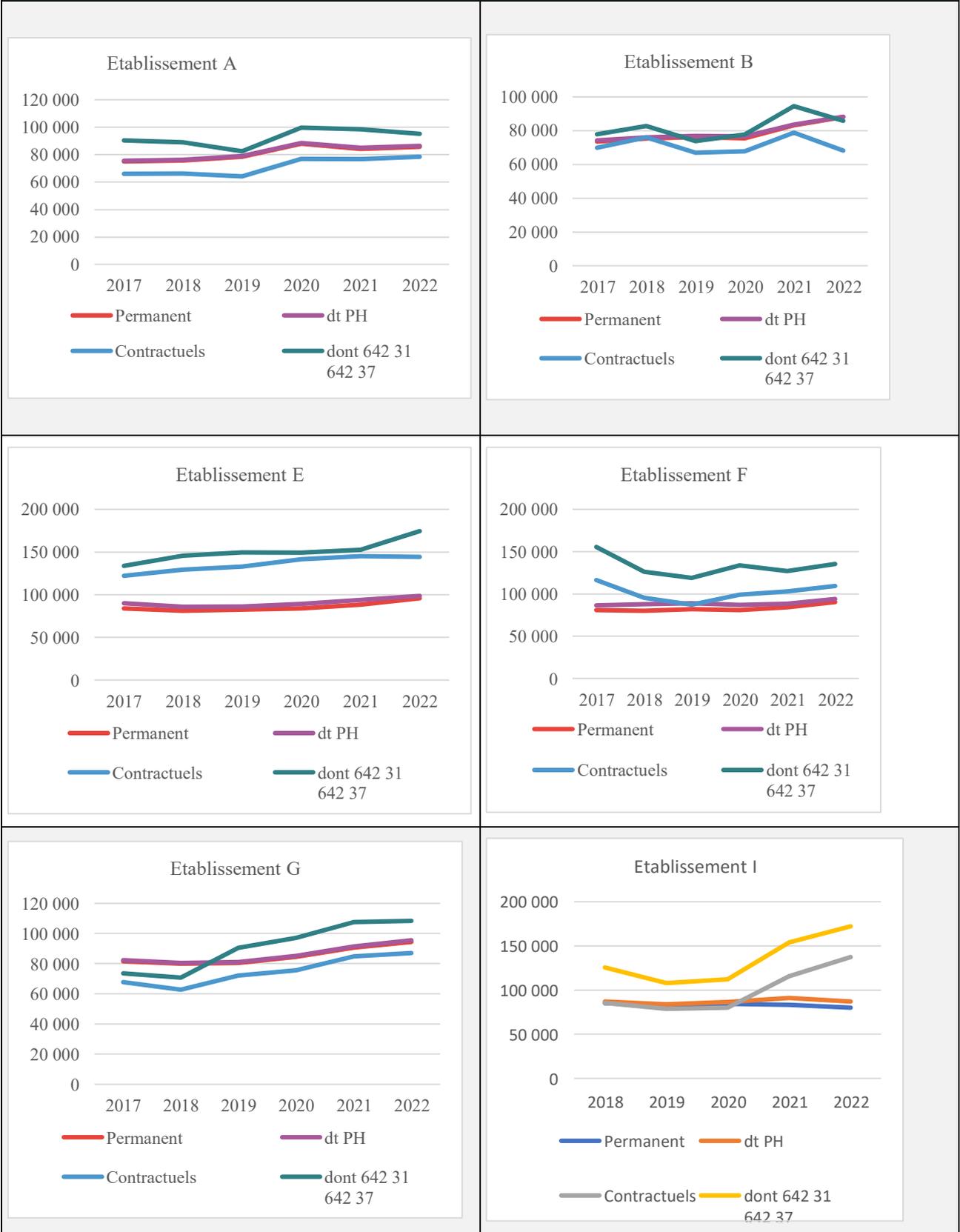
Les pratiques de rémunérations irrégulières au-delà des plafonds réglementaires creusent les écarts de rémunération entre catégories d'emploi, et en particulier entre les contractuels, les cliniciens et les praticiens hospitaliers.

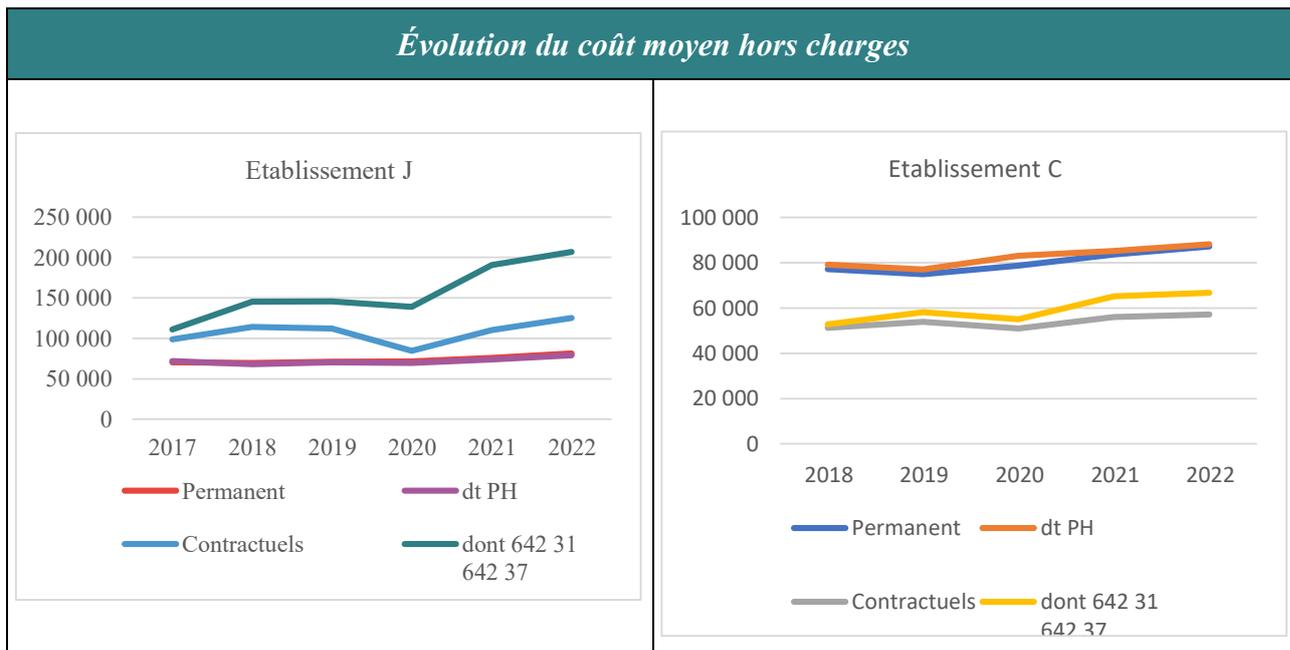
À l'échelle d'un établissement, ces pratiques se traduisent par une évolution différenciée des rémunérations moyennes brutes (hors charges et hors indemnités de sujétion et heures supplémentaires). Les écarts varient fortement d'un établissement à l'autre, comme le montre l'analyse du panel d'établissements (anonymisés dans les graphiques qui suivent) examiné par la Cour. Sont en effet mises en évidence des évolutions différenciées de la rémunération moyenne brute des médecins, médecins permanents (dont celle des praticiens hospitaliers), ou contractuels (dont celle des médecins de remplacement⁵²).

⁵¹ Rémunération brute annuelle moyenne 2017 d'un PH en 2017 : 78 164 € ; en 2021 : 88 228 €

⁵² Enregistrées sur les sous-comptes comptables 642 31 pour les praticiens contractuels en CDD et 642 37 pour les nouveaux praticiens contractuels

Évolution du coût moyen hors charges

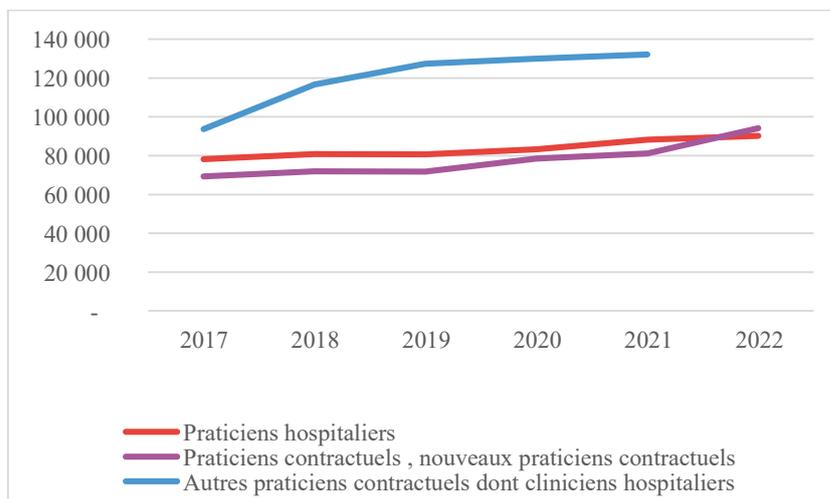




Source : Cour des comptes, données ATIH

Tout en atténuant les écarts constatés pour certains établissements, les données consolidées au plan national confirment le rapprochement des rémunérations des praticiens hospitaliers et des contractuels.

Graphique n° 4 : Évolution des rémunérations consolidées au plan national, par type d'emploi entre 2017 et 2022

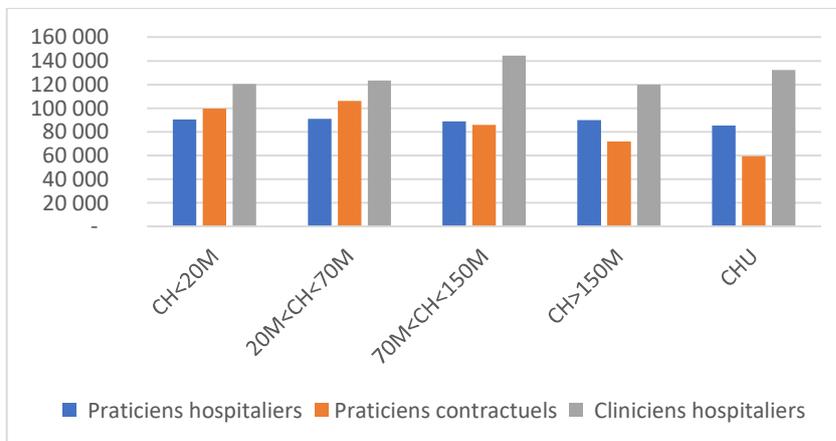


Source : Cour des comptes à partir des données ATIH

Entre 2017 et 2021, toutes les rémunérations ont augmenté, y compris celles des praticiens hospitaliers (+13 %, en raison des revalorisations négociées dans le cadre du Ségur de la santé). Néanmoins, les rémunérations des praticiens contractuels et des cliniciens ont

progressé plus fortement (respectivement de 17 % et 39 %). Les écarts se sont en outre creusés selon la taille des établissements, en particulier pour les praticiens contractuels.

Graphique n° 5 : Rémunération brute moyenne par catégorie de médecins et d'établissements - 2021

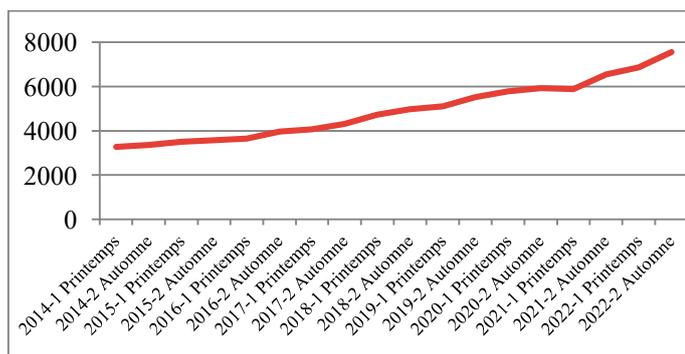


Source : Cour des comptes à partir des données DGFIP/ATIH.

1.3.3.1 Un statut de praticien hospitalier fragilisé

Même s'il convient de prendre en compte l'augmentation du nombre de postes de praticiens hospitaliers créés, le nombre de postes restés vacants à l'issue des tours de recrutement est un indicateur de mesure de la perte d'attractivité du statut de praticien hospitalier. Il a été multiplié par 2,3 passant de 3 271 au printemps 2014 à 7 541 à l'automne 2022.

Graphique n° 6 : Évolution du nombre de postes restés vacants à l'issue des tours de recrutement 2014 à 2022

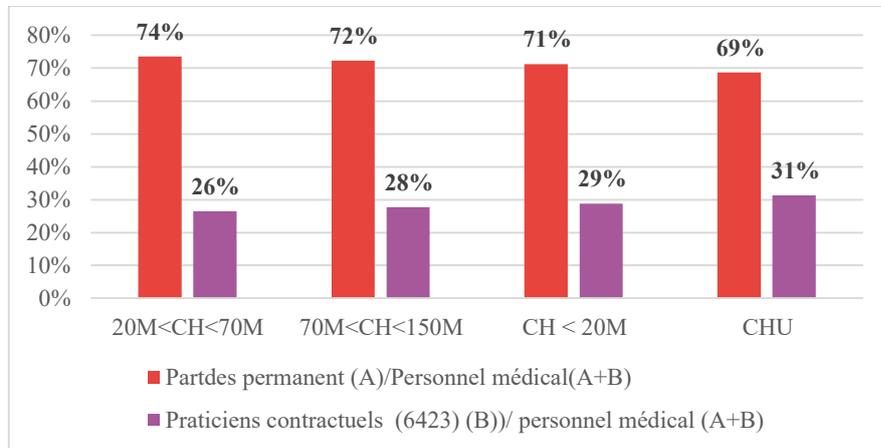


Source : CNG

La structure des emplois des établissements hospitaliers s'est progressivement transformée au cours des dernières années. Le nombre de contractuels en ETP pour compenser ou atténuer une pénurie de temps médical a en effet augmenté de manière constante sur la

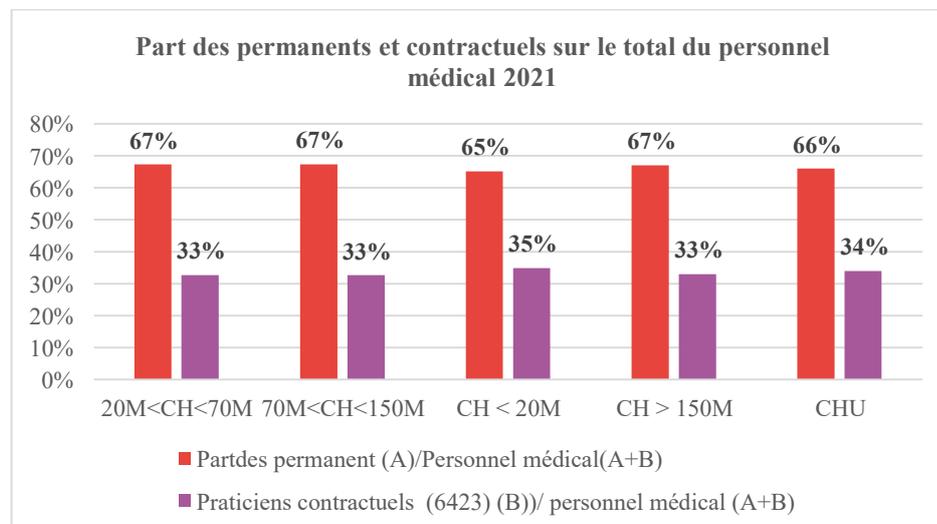
période. Quelle que soit la taille des hôpitaux, la part des médecins permanents diminue entre les deux années, illustrées par les deux graphiques ci-dessous, pour 2017 puis 2021.

Graphique n° 7 : Part des permanents et des contractuels sur la totalité du personnel médical 2017



Source : données ATIH

Graphique n° 8 : Part des permanents et des contractuels sur la totalité du personnel médical 2021



Source : données ATIH

D'autres raisons que la rémunération, telles que les conditions de travail, le souhait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, la volonté de ne pas se projeter dans la durée sur un même poste, pousseraient les médecins, en particulier des jeunes générations, à ne pas choisir d'emblée le statut de praticiens hospitaliers. Toutefois, les écarts significatifs de rémunération constatés au sein de certains établissements sont de nature à générer un sentiment d'iniquité, voire de ressentiment, chez les praticiens hospitaliers, qui doivent pallier en outre l'absence d'engagement dans la durée et au service du fonctionnement institutionnel des praticiens contractuels. Plusieurs directeurs d'hôpitaux ont aussi souligné les difficultés de construction des plannings, construits sous la contrainte d'assurer la continuité des soins en

tenant compte des disponibilités des contractuels. Les praticiens permanents sont ainsi positionnés sur les jours non comblés par les médecins temporaires, ce qui constitue une inversion pernicieuse de la logique habituelle qui devrait prévaloir (le recours aux contrats permettant de pourvoir aux périodes moins bien couvertes par les titulaires).

Les différences de rémunération et de contraintes fragilisent la cohésion du collectif médical et engendrent un découragement, une perte de sens et par ricochet, une moindre participation aux instances. L'ARS du Centre-Val-de-Loire souligne en particulier que certains établissements trouvent difficilement des volontaires pour les chefferies de service ou la présidence des commissions médicales d'établissement (CME). L'analyse des paies du panel d'établissements sélectionnés montre en effet que certains chefs de service sont recrutés en tant que contractuels.

Indicateur de cette perte d'attractivité, le nombre de praticiens hospitaliers en disponibilité est passé de 1 291 en 2012 à 5 561 en 2022, soit une augmentation de 330,8 % avec 15,7 % de croissance annuelle moyenne, même si le suivi des demandes de disponibilités pour convenance personnelle (92,1 % des disponibilités) est peu informatif sur le choix de carrière fait par les praticiens hospitaliers.

Par ailleurs, le nombre de détachements a progressé de 18,6% depuis 2013 (1 203 praticiens hospitaliers au 1er janvier 2013). Près de la moitié (41,4 % des détachements) concernait un détachement auprès d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif et 21,6 % des PH étaient détachés sur contrat dans le même établissement ou dans un autre établissement public de santé, en ayant choisi d'être recrutés sur un contrat de clinicien.

Les démissions constituaient le deuxième motif de sortie définitive des praticiens hospitaliers temps plein, hormis pour les biologistes. En 2021, la part des démissions (292, soit 15,8 %) était en augmentation de 2,3 points par rapport 2020.

La progression des emplois non pérennes engendre des équipes médicales non stabilisées et fragilise le fonctionnement des services, voire de l'établissement.

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

Le collectif de travail et la qualité du fonctionnement institutionnel souffrent de la réduction des effectifs permanents. Par définition, 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 ici de gestion des risques de long terme. Or, le travail en équipe est efficace pour améliorer les processus de soins et leurs résultats⁵³. La Haute autorité de santé (HAS) a ainsi intégré dans son référentiel de certification des établissements de santé plusieurs critères visant à mesurer la culture du travail en équipe⁵⁴.

Comme le souligne la HAS, dans les établissements ayant régulièrement recours à des emplois temporaires, les experts-visiteurs font état, via les visites de certification, de la difficulté à intégrer dans des démarches qualité et de gestion des risques de long terme, des

⁵³ HAS, *Programme d'amélioration continue en équipe (PACTE)*. Démarches engagées en mars 2014.

⁵⁴ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé, V 2023*. Chapitre 3 – Objectif 3.4 : l'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences.

professionnels qui n'interviennent que ponctuellement. Toutefois, ces constats n'ont pas encore fait l'objet de travaux particuliers.

Par ailleurs, 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 soins (EIGS). L'analyse du bilan des EIGS pour l'année 2021⁵⁵ signale l'exemple de la prise en charge des parturientes. Parmi les facteurs liés aux professionnels, la survenue des événements est explicitement en lien, 42 fois sur 133 événements déclarés, avec les personnels non habituels que sont les intérimaires, qui ne connaissent pas le personnel et les habitudes du service et de l'établissement, ou les étudiants ou professionnels juniors qui peuvent manquer d'expérience et de réactivité.

L'analyse des causes profondes des EIGS déclarés pendant la crise sanitaire met également en évidence les difficultés de gestion des ressources humaines et plus particulièrement des personnels non habituels, qu'ils soient personnels intérimaires ou remplaçants, étudiants ou professionnels nouvellement diplômés⁵⁶.

Enfin, les organismes agréés pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales analysent également les événements indésirables associés aux soins,⁵⁷ déclarés par les médecins et équipes médicales engagés dans le dispositif. L'analyse des causes profondes fait très nettement ressortir la forte récurrence du recours à l'intérim ou à un remplaçant parmi les facteurs liés à l'organisation, ce qui a conduit par exemple l'organisme agréé Plastirisq⁵⁸ à identifier l'intérim/remplacement comme une situation à risque et à engager des solutions pour la sécurité du patient (SSP)⁵⁹.

Un rappel des responsabilités éthiques et déontologiques par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

Le conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé à trois reprises.

En juin 2018, à la suite de l'annonce par un collectif de médecins d'un mouvement de grève, il s'est positionné en rappelant par communiqué de presse les responsabilités éthiques et déontologiques de la profession.

De même, en dénonçant le « mercenariat » dans ses observations annexées au Ségur de la santé, il en a appelé à l'éthique des professions médicales.

En mars 2023, enfin, en amont de la mise en œuvre de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021, il a dénoncé à nouveau « certaines pratiques excessives dans un contexte de fortes disparités territoriales d'attractivité et de concurrence entre établissements de santé ».

⁵⁵ HAS, *Retour d'expérience nationale – Les événements indésirables associés à des soins (EIGS)- 2021*.

⁵⁶ Pour maîtriser les risques associés, les mesures barrière visent à renforcer l'accueil et l'encadrement de ces personnels, à systématiser les formations, et à améliorer les modalités de diffusion ou de communication des protocoles destinés à ces publics.

⁵⁷ HAS, *Rapport d'activité 2020-2022 des organismes agréés. Pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales*

⁵⁸ Platisriq : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

⁵⁹ Les solutions pour la sécurité du patient (SSP) sont élaborées par les organismes agréés et leur qualité méthodologique est évaluée par la HAS, puis validé par le collège de la HAS. Les SSP de type 3 sont des coproductions entre la HAS et plusieurs organismes agréés concernés par le thème.

Dès lors, compte tenu de la forte progression de l'emploi temporaire, et afin de dépasser les retours empiriques, la mesure de son impact devrait faire l'objet de travaux par les organismes agréés. La HAS pourrait être chargée de produire un bilan annuel tirés de ces travaux, complétés des principaux enseignements extraits de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins.

Projet de recommandation n° 1. (DGOS, HAS) : Définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires. (recommandation de gestion).

2 UNE REGLEMENTATION A VISEE CORRECTIVE MAIS QUI A MANQUE SA CIBLE

Afin de corriger l'effet inflationniste de la pénurie de candidatures sur les rémunérations, les pouvoirs publics ont rehaussé les plafonds réglementaires de rémunération, et renforcé leur contrôle. Mais, dans un contexte de concurrence entre établissements et types d'emploi, ces mesures ont créé des effets d'aubaine non maîtrisés et délétères. La seule régulation par les tarifs ne suffit pas à résoudre les conséquences d'une pénurie durable de médecins.

2.1 Une mise en œuvre hésitante

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

2.1.1 En 2017, une première tentative sur le seul périmètre des intérimaires mise en échec

Pour la première fois, la loi de modernisation de notre système de santé⁶⁰ a introduit un plafond de rémunération pour un praticien mis à disposition dans un établissement public de santé, plafond fixé par voie réglementaire. Le salaire brut maximal pour une journée de 24 heures de travail effectif a été précisé par décret⁶¹. À compter du 1^{er} janvier 2018, le salaire brut

⁶⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁶¹ Décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé, dont les conditions d'application ont ensuite été précisées par l'instruction n° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017, notamment la liste des attestations que l'entreprise de travail temporaire doit fournir à l'établissement.

maximum pour une journée de 24 heures de travail effectif était fixé à deux périodes de temps additionnel, soit 1 170,04 €⁶² auxquels s'ajoutaient : la rémunération des congés annuels et des jours dits de « réduction du temps de travail », le remboursement des frais professionnels, enfin, l'indemnité de frais de mission (prévue de 10 % de la rémunération totale brute due au salarié).

En ciblant les seuls médecins mis à disposition par une entreprise de travail temporaire, le décret visait d'une part à rendre l'intérim médical moins attractif que l'exercice sous statut, d'autre part à limiter la surenchère *via* le respect du code de la commande publique, les contrats signés avec une entreprise de travail temporaire rentrant dans son champ d'application.

Mais l'effet vertueux attendu d'une mise en concurrence dans le cadre de l'application du code de la commande publique a été limité. En effet, malgré la passation de marchés de prestations intérimaires par les établissements, voire par l'ARS⁶³, de nombreuses factures restent en procédure hors marché, en raison d'une part de la non réponse fréquente des sociétés attributaires du marché, d'autre part du caractère prioritaire de la continuité des soins qui justifie le recours hors marché à d'autres entreprises de travail temporaire.

En pratique, en ne ciblant que les mises à disposition par des entreprises de travail temporaire, la réglementation édictée ne prenait pas en compte le développement des contrats de gré à gré, à des tarifs négociés par les médecins qui dépassaient les limites fixées par la réglementation, avant même la parution du décret. Non seulement, la réglementation ainsi édictée n'a pas été respectée du fait du recours à des procédures motivées par l'urgence. Mais en outre, indirectement, elle a induit un recours accru par les établissements aux contrats de gré à gré.

La mise en œuvre de cette première tentative de régulation a ainsi été mise en échec.

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

2.1.2.1 Un encadrement des rémunérations élargi aux contrats de gré à gré

Tirant les conséquences de cet échec, l'article 33 de la loi du 26 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » (dite « loi Rist ») a élargi le périmètre de la régulation aux contrats signés entre un établissement et un praticien (avec ou sans intermédiation par une agence de recrutement). La loi a également renforcé la maîtrise du dispositif en confiant au comptable public un contrôle de légalité interne, au-delà de celui de régularité qui lui incombe. Il doit désormais s'assurer que la rémunération versée au praticien respecte les plafonds réglementaires prévus. Le dispositif investit en effet les comptables publics d'une nouvelle mission de vérification du respect des plafonds réglementaires⁶⁴,

⁶² L'entrée en vigueur a été progressive puisqu'à titre transitoire, le montant a été majoré de 20 % au titre de l'année 2018, soit 1 404,05 € et 10 % au titre de l'année 2019 soit 1 287,05 €.

⁶³ Certaines ARS, comme par exemple en Bretagne, ont en effet pris l'initiative de passer un marché public régional.

⁶⁴ En cas de dépassement du seuil autorisé, le comptable a l'obligation de procéder au rejet du paiement du mandat de dépense. Il doit alors en informer le directeur de l'établissement qui doit procéder à une régularisation. Dans

dérogatoire par rapport aux contrôles dont ils ont la responsabilité dans le cadre du décret de 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP)⁶⁵..

2.1.2.2 Un report de la mise en œuvre nécessité par des travaux complémentaires

Un délai de six mois était initialement prévu pour l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions. Alors que l'entrée en vigueur de ce texte était prévue pour le 27 octobre 2021, plusieurs députés ont cependant interpellé le gouvernement pour signaler l'impossibilité pour certains hôpitaux de continuer à assurer la permanence des soins sans accepter les conditions financières imposées par les médecins. De nombreux directeurs d'hôpitaux, syndicats de personnels médicaux, ou représentants professionnels ont également alerté sur les difficultés d'application du texte.

Le ministre de la santé a alors décidé que la mise en œuvre de la réforme se ferait en deux étapes : tout d'abord, par le renforcement des travaux préparatoires avec notamment la réalisation d'une cartographie précise de la situation actuelle de l'intérim médical sur le territoire ; ensuite, par la mise en œuvre dans les territoires de modalités d'accompagnement des acteurs, sous l'égide des directeurs généraux d'ARS afin de préparer l'application stricte de la réforme en 2022.

Intervenu certes dans un contexte de sortie de gestion de la crise sanitaire du Covid 19, ce report d'application de la loi, annoncé par un simple communiqué de presse du 21 octobre 2021, a mis en lumière la fragilité d'un pilotage, réalisé sans données suffisantes s'agissant du recours aux intérimaires et aux contrats courts, et aussi l'ampleur des risques de rupture de soins. Par ailleurs, devaient être finalisées la refonte des statuts ainsi que d'autres mesures d'accompagnement.

2.1.2.3 La mise en œuvre concomitante de mesures en faveur d'une attractivité renforcée

Depuis plusieurs années, le ministère de la santé a pris des mesures visant à la fois à rééquilibrer l'offre et la demande de médecins et à renforcer l'attractivité du statut des praticiens hospitaliers. S'agissant de l'offre de médecins, depuis la mise en place des 35 heures à l'hôpital, ces mesures ont ciblé les deux facteurs de régulation que sont d'une part la recherche d'une augmentation du nombre de médecins (avec la réforme du *numerus clausus*, la refonte des maquettes de spécialités, un recours accru aux médecins à diplôme étranger, l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite, ...) et d'autre part celui de leur niveau de rémunération (revalorisation des traitements et du régime indemnitaire, etc.).

l'hypothèse où celle-ci n'interviendrait pas dans le délai d'un mois, il doit saisir le directeur général de l'ARS qui est tenu de déférer les actes litigieux au tribunal administratif compétent.

⁶⁵ Décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

2.1.2.3.1 Un statut de praticien hospitalier rénové ouvrant de nouvelles modalités d'exercice

Dans la continuité de la loi de 2019⁶⁶ relative à l'organisation et la transformation du système de santé, la loi du 26 avril 2021 s'insère dans un ensemble plus vaste de textes⁶⁷, traduisant sur un plan législatif et réglementaire les conclusions du « Ségur de la santé », dont l'objectif était de renforcer l'attractivité des emplois. Outre l'effort réalisé en matière de revalorisation salariale, d'un montant de 526,4 M€ pour l'année 2021⁶⁸, il s'agissait d'assouplir et de simplifier les conditions de recrutement et d'exercice à l'hôpital, tout en facilitant la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral (dans les établissements ou non). Par décret, ont ainsi été définies des nouvelles règles de recrutement et d'exercice pour les praticiens hospitaliers⁶⁹ et pour les praticiens contractuels⁷⁰.

Dans un souci de modernisation et de simplification, il s'agissait d'accroître l'attractivité des hôpitaux publics par des mesures qui répondent aux évolutions attendues par les professionnels : reconnaissance du temps dédié aux activités non cliniques, réduction d'activité, encouragement à la mixité d'exercice, ce qui n'est d'ailleurs pas sans porter une certaine ambivalence, puisque la préservation recherchée de l'emploi permanent se conjugue avec des mesures qui peuvent aboutir à réduire le temps de travail clinique.

Ainsi, afin de favoriser l'exercice mixte public-privé et par dérogation aux règles de droit commun, les praticiens hospitaliers et les praticiens recrutés par contrat, dont la quotité de temps de travail est inférieure ou égale à 90 % des obligations de service d'un praticien exerçant à temps plein, peuvent exercer une activité privée lucrative. L'activité d'intérêt général, qui donnait la possibilité pour les PH à temps plein de se consacrer à des activités extérieures à leur établissement d'affectation, a été élargie d'une demi-journée à deux demi-journées pour les personnels à temps plein et étendue, à hauteur d'une demi-journée, pour les praticiens exerçant entre huit et neuf demi-journées. Associées à l'allègement des règles en matière de modification de la quotité de temps de travail, ces mesures peuvent se traduire par la progression des temps partiels à l'hôpital et, ce faisant, à une moindre quotité de temps travaillé, ce dont il faudra tenir compte dans l'évaluation des besoins de recrutements futurs.

D'autres mesures semblent également porter une forme de contradiction. Ainsi, la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), indemnité qui a pour but d'inciter les praticiens hospitaliers titulaires à concentrer leur activité à l'hôpital public, s'accompagne de l'ouverture concomitante de l'activité libérale intra-hospitalière aux praticiens hospitaliers en période probatoire, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers exerçant entre

⁶⁶ Article 13 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dite OTSS, traduction du plan « Ma santé 2022 ».

⁶⁷ Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ; ordonnance n°2021-292 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières.

⁶⁸ Mesures résultant de la loi OTSS : suppression des trois échelons de début de grille des praticiens hospitaliers (coût estimé pour l'année 2021 : 23,4 M€) ; versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif ((coût estimé pour l'année 2021 : 49,1 M€). Mesure résultant des accords issus du Ségur de la santé : création de trois nouveaux échelons pour les fins de carrière (coût estimé pour l'année 2021 : 63,2 M€) ; revalorisation de l'IESPE à 1 010 € (coût estimé pour l'année 2021 : 390,6 M€).

⁶⁹ Décret n°2022 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier

⁷⁰ Décret n°2022 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels.

80 et 100 %, depuis le 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, la revalorisation du statut de praticien hospitalier⁷¹ est engagée en même temps qu'est accordée une liberté accrue dans la détermination de la rémunération des contractuels⁷². De fait, la revalorisation concomitante des conditions de rémunération des contractuels amoindrit l'effet attendu de ces évolutions pour les praticiens hospitaliers.

In fine, ces différentes mesures successives et dont la communication semble avoir été insuffisamment accompagnée sur le terrain, révèlent la recherche d'un équilibre difficile entre la préservation d'un statut déjà fragilisé et son adaptation, nécessaire pour tenir compte de nouvelles aspirations en termes de rémunération et de conditions d'exercice.

Les ARS soulignent qu'en dépit d'un effort significatif de 450 M€ de revalorisation salariale, il est encore trop tôt pour réaliser un bilan de la mise en œuvre de la refonte des statuts. Mais toutes relèvent les effets déceptifs d'une revalorisation salariale qui a réévalué le début et la fin de carrière et a été perçue dès lors comme inéquitable par les praticiens n'en ayant pas bénéficié, et qui n'a pas revalorisé les indemnités de sujétion versées en contrepartie des gardes et astreinte, même si celles-ci ont fait l'objet de revalorisations exceptionnelles depuis juillet 2022.

La mise en œuvre de l'article 33 de la loi du 21 juillet 2021 s'inscrit donc dans ce cadre renouvelé, destiné à favoriser l'attractivité de l'emploi médical à l'hôpital, mais dont les effets, à ce stade, restent incertains.

2.1.2.3.2 Un statut de praticien contractuel simplifié et revalorisé

Le nouveau statut de contractuel, qui regroupe les anciens statuts de praticien contractuel, de clinicien et d'attaché, offre un cadre plus lisible pour les praticiens, assorti de droits améliorés en matière de protection sociale. La rémunération des praticiens recrutés sur ce nouveau statut est encadrée par un plancher (fixé au quatrième échelon des praticiens attachés) et un plafond (fixé au sixième échelon de praticien hospitalier⁷³), avec des possibilités de dérogation⁷⁴.

Parmi les quatre motifs de recrutement que distingue le nouveau statut de praticien contractuel, les deux premiers autorisent les directions hospitalières à recruter des praticiens via des contrats à durée déterminée, pour faire face à une pénurie de temps médical.

Le premier motif vise à répondre à des besoins ponctuels, pour assurer le remplacement d'un médecin en cas d'absence ou pour 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. Le contrat initial est au maximum de six mois, renouvelable pour une période maximale de six

⁷¹ Pourvu par la voie d'un concours national simplifié qui assure la qualité du recrutement

⁷² Le nouveau statut de praticien contractuel abandonne en effet la référence à une grille de rémunération construite en fonction de l'ancienneté. La rémunération est donc librement négociée à l'intérieur d'une fourchette.

⁷³ Traitement d'un praticien hospitalier de 6^{ème} échelon, soit 70 111,16 € depuis juillet 2022

⁷⁴ Pour les praticiens en attente d'inscription sur la liste d'aptitude de praticiens hospitaliers (contrats de motif 3) : échelon qui serait détenu en cas de recrutement en vue de pourvoir à une vacance de poste de praticien hospitalier ; échelon précédemment retenu en cas de recrutement en cumul emploi retraite (motif 1) ; en cas de difficulté particulière de recrutement attestée par l'ARS (motif 2).

mois, sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein d'un même établissement puisse excéder deux ans.

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. Il est conclu pour au maximum de trois ans, sans que la période totale d'exercice au sein d'un même établissement puisse excéder six ans. Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'hôpital, validé par le directeur général de l'ARS. Les émoluments des praticiens, recrutés en cas de difficultés particulières de recrutement, peuvent comprendre une part variable, subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. Le montant ne peut excéder 119 130 €, montant qui correspond au dernier échelon de la nouvelle grille indiciaire des praticiens hospitaliers, et de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) perçue pour un temps plein⁷⁵.

Le motif 2 a été conçu dans la continuité du contrat de clinicien hospitalier, mis en extinction au 31 décembre 2021 et dont la rémunération maximale était plus importante (148 515,74 €). Il est cependant plus avantageux car il autorise, outre les jours de réduction du temps de travail (RTT), la réalisation de TTA et offre une protection sociale améliorée.

2.1.2.3.3 La prime de solidarité territoriale, un levier financier particulièrement attractif

Les rémunérations pour ces deux motifs de contrat peuvent être également complétées par la prime de solidarité territoriale (PST), créée en 2021⁷⁶ et conçue comme un substitut au recours à des emplois temporaires irréguliers et à l'intérim *stricto sensu*. Pour les professionnels, le montant de la prime se veut en effet attractif et concurrentiel, au regard des montants des indemnités versées pour une garde classique ou par comparaison aux tarifs d'une mission intérimaire⁷⁷.

Elle vise donc à inciter les praticiens exerçant à temps plein (qu'ils soient titulaires ou contractuels) à réaliser, sur la base du volontariat, une activité de remplacement au-delà de leurs obligations de service dans plusieurs établissements de santé. La création de cette prime fait suite à des expérimentations conduites au niveau régional, visant à développer les collaborations au sein des territoires pour assurer la continuité des soins. Une convention-cadre doit être signée dans chaque région entre les établissements publics partenaires et le directeur général de l'ARS. Elle est complétée par des conventions nominatives, signées par le praticien volontaire et les établissements concernés pour chaque mission.

⁷⁵ Avant la revalorisation intervenue au 1er juillet 2023 suivant le point d'indice de la fonction publique

⁷⁶ Décret n°2021-1654 et arrêté du 15 décembre 2021 relatifs au dispositif de solidarité territoriale entre les établissements publics de santé relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

⁷⁷ Compte tenu de l'application d'un coefficient multiplicateur au titre des frais de gestion, de la TVA, et de la marge de la société, l'intérim demeure plus coûteux pour les établissements.

Tableau n° 5 : Comparaison des montants de la PST et de l'intérim

		Rémunération brute pour 24H	Avec frais de gestion ⁷⁸
PST	<i>du lundi au vendredi</i>	1 441,00 €	
	<i>samedi</i>	1 575,00 €	
	<i>dimanche ou jours fériés</i>	1 709,00 €	
Intérim	<i>à compter du 1er janvier 2020</i>	1 170,04 €	2 340,08 €
	<i>Du 29 mars au 31 décembre 2023⁷⁹</i>	1 389,83 €	2 779,66 €

Source : Cour des comptes

En créant la PST les pouvoirs publics ont souhaité ainsi inciter à la mutualisation des ressources médicales à l'échelle des territoires, escomptant que les établissements les plus dotés ou les moins dépendants du recours aux emplois temporaires seraient en mesure de venir en appui, de manière ponctuelle, aux hôpitaux les plus en difficulté. Cette approche comptait sur le volontariat des médecins pour travailler au-delà de leurs obligations de service. Elle supposait de « récupérer » une partie des médecins qui jusque-là intervenaient dans le cadre de missions d'intérim au sens strict ou de contrats de gré à gré, de manière illégale pour certains.

2.1.3 En 2023, une mise en œuvre sur un périmètre encore limité

Les modalités et la date d'application de l'article 33 de la loi Rist précitée n'ont été communiquées qu'au cours de la deuxième quinzaine du mois de mars 2023⁸⁰. Jusqu'au dernier moment les acteurs hospitaliers ont pensé que sa mise en œuvre serait reportée.

Dans un contexte de refonte du régime de responsabilité financière des gestionnaires publics⁸¹, le contrôle de légalité interne, confié de manière dérogatoire au trésor public, a d'abord suscité de nombreuses craintes. Après hésitation, *in fine*, les pouvoirs publics ont desserré la contrainte qui pesait sur les hôpitaux et les trésoreries en décidant que seuls les prestations intérimaires et contrats conclus à compter du 3 avril seraient contrôlés.

Pour accompagner ce changement important, une « boîte à outils » a été diffusée aux ARS, aux établissements, ainsi qu'au réseau des comptables publics pour les aider dans l'appropriation des mesures d'accompagnement.⁸² Bien qu'ayant regretté leur transmission

⁷⁸ Hypothèse d'un coefficient multiplicateur de 2, correspondant à la facturation des charges, frais de gestion, TVA, marge.

⁷⁹ De manière dérogatoire. Le montant initialement prévu était de 1 210,99 € ; 1410,69€ à compter du 1er janvier 2024.

⁸⁰ Instruction interministérielle n°2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé.

⁸¹ Ordonnance n°2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics.

⁸² Fiches techniques sur les contrats de notif 2, sur la prime de solidarité territoriale, sur la facturation des frais professionnels, simulateur de contrôle des plafonds de rémunération.

tardive, les EPS interrogés utilisent tous ces outils qui répondaient à un vrai besoin, tant la gestion technique de la paie d'un médecin est complexe.

La mise en place et le suivi du contrôle renforcé sont copilotés par la DGOS et la DGFIP. Les établissements comme les ARS soulignent que le travail mené avec les directions d'établissement et les comptables publics a permis la mise en place d'une organisation et d'échanges jugés opérationnels.

Tableau n° 6 : Évolution des dépenses d'emplois temporaires en 2023

	Mois	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Contrats de gré à gré	Nombre	2 481	5 373	5 647	4 678	4 748
	Montant en M€	8,33	15,50	15,54	15,66	16,87
	Rejet	10	52	44	21	34
	% de rejets	0,40 %	0,97 %	0,78 %	0,45 %	0,72 %
Contrats avec une entreprise de travail temporaire	Nombre	163	459	1 298	2 142	2 682
	Montant en M€	0,55	3,94	7,50	11,64	15,50
	Rejet	1	45	82	70	155
	% de rejets	0,61 %	9,80 %	6,32 %	3,27 %	5,78 %

Source : DGFIP

Comme le montre le tableau ci-dessus, le nombre de contrats de gré à gré contrôlés a été multiplié par deux entre avril et mai pour rediminuer en juillet et août. Celui des factures de missions intérimaires reste en progression constante et a été multiplié par un peu plus de 16. En dépenses, les missions intérimaires rattrapent le montant des dépenses de gré à gré. Le nombre de rejets⁸³ des contrats de gré à gré oscille, de 0,40 % en avril à 0,97 % en mai. Celui des factures d'entreprises de travail temporaire est plus élevé (jusqu'à 9,80 % en mai), notamment pour dépassement du plafond journalier et absence de contrat. La DGFIP constate ainsi une augmentation des rejets des factures d'entreprises de travail temporaire (d'environ 76 %) entre juillet et août. Le contrôle de légalité ainsi confié aux comptables publics paraît donc opérant. Toutefois, le nombre de contrats soumis au contrôle reste très limité, pour deux raisons principales.

D'une part, en ayant défini que le contrôle ne s'appliquerait qu'aux contrats signés à compter du 3 avril 2023, y compris pour les prestations de service intérimaire, les pouvoirs publics ont sorti du champ de contrôle tout l'historique de contrats signés avant cette date. Or, comme indiqué, nombreux sont ceux qui se sont empressés de signer des contrats aux anciennes conditions.

D'autre part, le système d'information issue de la paie ne permet pas de cerner aisément les contrats de motif 1 et de motif 2. En effet, depuis février 2022, les nouveaux contrats de praticiens contractuels sont regroupés au sein d'un même sous-compte de la nomenclature comptable M21 ce qui ne permet plus de les distinguer. (cf. annexe 3) Le comptable public reste

⁸³ Selon la DGFIP, les suspensions portent principalement sur deux motifs : absence de contrats ou de PJ obligatoires, informations trop imprécises de l'ordonnateur. Les rejets reposent sur trois motifs : dépassement du plafond annuel, absence de contrats ou de PJ obligatoires et dépassement du plafond journalier.

donc dépendant de la bonne transmission par les services de l'ordonnateur d'une liste des seuls contrats entrant dans le champ du contrôle et des pièces justificatives, notamment pour les contrats de gré à gré (tableau de service, contrats, liste des médecins soumis au dispositif de contrôle). En outre s'agissant des factures d'entreprise de travail temporaire, des mauvaises imputations ont été signalées par les comptables publics.

Même si les risques encourus en matière de responsabilité financière⁸⁴ devraient conduire les ordonnateurs à respecter la réglementation, les pratiques de contournement demeurent possibles, dès lors que le contrôle repose sur une liste déclarative. La disposition législative risque d'être inopérante compte tenu de leur volume, s'il n'y a pas une modalité de repérage des contrats à contrôler, *via* une adaptation de la nomenclature comptable

La DGOS et la DGFIP pourraient également préparer un guide permettant d'harmoniser des règles de saisie des informations administratives et de paie, d'enregistrement comptable des dépenses, ainsi que des modalités de transmission des pièces justificatives.

2.2 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.

2.2.1 Une prime de solidarité territoriale mobilisée pour répondre à l'urgence

Afin d'accompagner la mise en œuvre de l'article 33, les conditions d'application de la PST ont été assouplies. Ainsi, le directeur général de l'ARS peut majorer les montants de PST de 30% et non plus seulement de 20% et il peut autoriser l'octroi de cette prime à un praticien qui exerce une activité partagée entre plusieurs sites d'un même établissement.

Les ARS font observer qu'après un recours limité à la PST en 2022, sa promotion comme outil alternatif au recours aux contrats temporaires (car fortement incitatif financièrement) a abouti à une forte progression globale du recours à la PST à compter du mois d'avril 2023, de manière contrastée toutefois selon les régions, tant en nombre de conventions et de missions signées que dans les conditions de déploiement.

Un premier bilan établi après l'été 2023 par la DGOS révèle que la prime est très utilisée dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne Rhône-Alpes, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté et Grand-Est. À l'inverse, en Ile-de-France, comme en Corse, ou en Nouvelle-Aquitaine, ce recours demeure limité.

Les spécialités sur lesquelles la PST est mobilisée sont celles soumises à la permanence des soins et à des tensions démographiques : l'anesthésie-réanimation, les urgences, la gynécologie-obstétrique puis la pédiatrie, l'imagerie et la médecine générale.

⁸⁴ Les dépenses irrégulières, au-delà des plafonds, seront analysées au regard de la notion de préjudice financier significatif et la faute de gestion pourrait être retenue.

Dans la plupart des régions, un taux entre 20 % et 30 % de majoration est appliqué, soit sur la base du seul critère de spécialités (Normandie, Occitanie Centre-Val-de-Loire, Bretagne), soit en combinant les spécialités avec les établissements (Nouvelle-Aquitaine, la Réunion), ou les territoires (Grand-Est, Provence-Alpes-Côte-d'Azur), soit en mélangeant ces trois critères (Bourgogne-France-Comté). La région Ile-de-France a choisi de n'appliquer aucune majoration.

Le bilan de la prime est toutefois mitigé. Tout d'abord, il est présupposé que certains établissements, mieux dotés, sont en mesure de venir en appui à d'autres, plus en difficulté. Or, l'ARS Ile-de-France souligne que la mise en œuvre s'avère compliquée, les tensions sur les spécialités à garde étant généralisées. L'ARS Grand-Est relève elle aussi par exemple, dans une enquête spécifique, que seuls deux établissements spécialisés en psychiatrie ont signé une convention. D'autres ARS relèvent que ce levier n'est pas adapté à une implication dans la durée, dont ils ont besoin.

La prime est décomptée au-delà de 48 heures par semaine⁸⁵, au risque d'une charge de travail non soutenable. De plus, ces heures supplémentaires sont plus rémunératrices que celles réalisées dans l'hôpital de rattachement⁸⁶. Pour cette raison, ce dispositif n'a pas été bien perçu par certains chefs de service ou de pôle et directeurs, qui l'ont refusé afin d'éviter l'incongruité d'avoir des praticiens qui vont aider d'autres établissements alors que le leur est en difficulté. Par ailleurs, elle pourrait très vite être perçue comme la contribution normale à un exercice dans un hôpital autre que celui d'affectation, devenant à son tour un élément variable de paie.

En outre, la PST a des effets contreproductifs en matière de réorganisation territoriale de l'offre de soins. car elle concurrence la prime d'exercice territorial (PET), instaurée en 2017 et qui visait à encourager un exercice multisite⁸⁷, dans le cadre de projets médicaux partagés.

Enfin, si les possibilités de dérogation données aux ARS permettent de répondre avec souplesse à des situations spécifiques de tension, elles créent des effets concurrentiels dans les zones frontières régionales, sources d'iniquité. Les dérogations au critère de temps plein⁸⁸ peuvent également susciter le passage d'un exercice à temps plein à temps partiel pour bénéficier plus rapidement du dispositif, ce qui a conduit certains directeurs d'ARS à refuser les dérogations.

L'analyse précitée de la PST réalisée par la DGOS ne comporte pas de volet financier. Contrairement aux heures supplémentaires ou aux indemnités de permanence des soins, les

⁸⁵ Après lissage sur un quadrimestre.

⁸⁶ Indemnité de sujétion versée pour une nuit, un dimanche ou un jour férié pour un PH : 277,19 € (138,59 € pour une demi-nuit ou un samedi après-midi), à laquelle peut s'ajouter peut s'ajouter une indemnité de TTA de 330,64 € (165,31 € pour une demi-période de TTA) si la période de travail en question donne lieu à un dépassement du seuil hebdomadaire de 48h en moyenne sur le quadrimestre concerné. PST : 250 € pour une demi-journée, 450 € entre une et trois demi-journées, 700 € entre trois et quatre demi-journées, 1 000 € pour quatre demi-journées sur au moins deux sites différents du site principal ou plus de quatre demi-journées.

⁸⁷ Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière. Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnes médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

⁸⁸ L'autorisation d'une convention de PST à un médecin n'exerçant pas à temps plein est dérogatoire.

dépenses induites par la PST ne sont pas en effet individualisées dans un compte spécifique de la nomenclature comptable⁸⁹. Il n'est donc pas aisé de les identifier.

La DGOS a considéré au moment de la création du dispositif que le financement de la PST serait compensé par les économies réalisées grâce au dispositif de lutte contre l'intérim médical. La dépense brute a été estimée⁹⁰ à un coût annuel de près de 66,5 M€.

2.2.2 Une réforme dévoyée par un recours massif au contrat de motif 2 :

Les contrats de motif 2, désormais proposés par les hôpitaux en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice, 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.

Le bilan établi par la DGOS à l'été 2023 résulte d'une nouvelle enquête diffusée auprès des ARS⁹¹. Depuis le 3 avril 2023, le nombre de contrats de motif 2 signés a augmenté de manière significative, en particulier 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 Ile-de-France, à 97 % en Corse⁹².

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

Les spécialités les plus concernées sont l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence, la médecine générale, la psychiatrie, la pédiatrie, la gériatrie, l'imagerie et la gynécologie-obstétrique. Sont également concernées les spécialités en tension : les soins médicaux et de réadaptation, la réanimation et soins critiques, la chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique, les urgences psychiatriques et la pédopsychiatrie.

Les ARS regrettent toutes que les conditions de recours aux contrats de motif 2 n'aient pas été plus précises. Le décret ne fixe pas en effet de durée minimale. Dans la « foire aux questions » diffusée par la DGOS, la durée minimale a été fixée à 48 heures, de manière contradictoire avec l'objectif du contrat de motif 2, qui dans la continuité de l'ancien statut de clinicien visait à encourager un engagement professionnel sur les spécialités les plus en tension et sur une durée (qui motive la part variable) justifiant le contrat d'objectifs. Or la durée du contrat a tendance à se raccourcir ; les contrats s'apparentent à de l'intérim déguisé. Certains contrats ont pu être signés pour une durée de trois ans mais pour des quotités de travail très réduites (24 heures par mois).

Un plafond élevé ainsi que des règles laissées à la négociation des établissements peuvent aboutir à recruter des praticiens tout juste sortis de formation, ou des médecins à

⁸⁹ La PST est versée au praticien par l'établissement dans lequel il est nommé ou recruté qui se fait rembourser par l'établissement dans lequel le praticien est intervenu.

⁹⁰ Sur une hypothèse de travail qui prend en compte : 3 500 praticiens éligibles, dont 2 500 qui font une garde de nuit par mois, et 1 000 qui font une garde de week-end par mois.

⁹¹ Le bilan n'est pas totalement exhaustif.

⁹² Le nombre de contrats de motif 2 représente 31 % en Bourgogne-Franche-Comté. Les régions Normandie, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine entre 13 % et 16 %.

diplôme hors Union européenne (PADHUE), aussitôt leur autorisation d'exercice obtenue. Dans ces conditions, la comparaison avec les grilles de rémunération des praticiens hospitaliers titulaires moins bien rémunérés, pour une expérience professionnelle plus importante, ne peut qu'être décourageante, voire démotivante et inciter ceux-ci à démissionner ou prendre une disponibilité pour être recrutés sur un contrat de motif 2. Même si celui-ci est, par définition limité dans le temps, on imagine difficilement un médecin rejoindre une fois son contrat terminé le statut de praticien hospitalier, pour un cadre de travail qui demande plus d'engagement dans le fonctionnement en équipe et la vie institutionnelle. Autre effet de bord, ces conditions peuvent encourager indirectement le développement des temps partiels dans une recherche d'un meilleur équilibre vie professionnelle et vie personnelle, réduisant *de facto* le temps médical disponible.

L'absence d'harmonisation des règles d'autorisation des contrats de motif 2 peut créer également des effets concurrentiels sur les zones géographiques frontalières. Certaines ARS ont pris l'initiative de rédiger une charte de bonnes pratiques,⁹³ qui définit des règles de recours et encourage des pratiques collaboratives au sein des GHT. À noter enfin que les processus de validation par les ARS sont très hétérogènes et ne garantissent pas un pilotage effectif.⁹⁴

In fine, le recours au contrat de motif 2 est un levier efficace pour répondre aux urgences de court terme. À moyen et long terme, ses effets secondaires sont préoccupants. En outre, s'il est financé par un transfert du financement des contrats irréguliers avant la mise en œuvre de l'article 33, il aboutira à une probable hausse des dépenses de rémunération du personnel médical qu'il sera utile d'évaluer. Il conviendrait donc que les règles de recours au contrat de motif 2 (durée minimale du contrat, quotité de temps de travail, expérience et ancienneté des candidats, modalités de définition de la part variable) soient définies plus restrictivement.

Projet de recommandation n° 2. (DGOS) : Définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires (contrats de motif 2) (recommandation de gestion).

2.2.3 Un recours au travail intérimaire indirectement encouragé

En amont de la mise en œuvre de la loi du 26 avril 2021, en fin d'année 2022 ou au début d'année 2023, les établissements ont dans leur majorité contacté l'ensemble de leurs médecins contractuels pour leur proposer des solutions, afin de s'assurer de la poursuite de leurs interventions : PST pour les praticiens hospitaliers employés par un autre établissement, contrat de motif 1 ou 2 avec ou sans PST, cumul emploi-retraite pour les praticiens concernés par la limite d'âge.

⁹³ L'ARS Pays-de-la-Loire a ainsi été parmi les premières à adopter une charte fixant les conditions de recours au contrat de motif 2 (durée minimale de six mois et quotité de travail d'au moins 40%). L'ARS Centre-Val-de-Loire a adopté les mêmes règles, tout comme la Nouvelle-Aquitaine ou Auvergne-Rhône-Alpes par exemple. L'ARS Grand-Est a elle aussi défini une charte fixant les niveaux de rémunération.

⁹⁴ La validation de l'ARS est parfois introduite *a posteriori* dans le CPOM. Une fois l'autorisation accordée, les avenants aux contrats sont signés sans être 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

Le recours massif au contrat de motif 2 a pour conséquence de détourner les médecins candidats du contrat 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 ainsi paradoxalement à augmenter les dépenses d'intérim, ce que confirme le suivi des contrôles exercés par le comptable public, marqué par une très forte progression de ces dépenses d'intérimaires (15,5 M€ en août 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.

Plusieurs établissements soulignent ainsi le paradoxe de la situation : à défaut d'un recrutement *via* un contrat, ils sont conduits à mettre en relation les entreprises de travail temporaire et les médecins qui intervenaient jusque-là dans des conditions irrégulières, afin de maintenir leur intervention dans un cadre sécurisé, sans pour autant que l'entreprise de travail temporaire réduise le montant de ses coûts de gestion. En effet, ceux-ci se traduisent par l'application au tarif plafonné d'un coefficient multiplicateur qui varie, pour le panel d'établissements sélectionnés, de 1,8 à 2,5.⁹⁵

Lorsque les établissements peuvent recourir à un marché, ils maîtrisent davantage le surcoût induit par la hausse des coefficients multiplicateurs constatée par la quasi-totalité des établissements depuis le 3 avril 2023, laissant à penser qu'il s'agit pour les entreprises de travail temporaire d'un mode de compensation de la baisse de la rémunération résultant de l'encadrement des tarifs.

Un des établissements a ainsi évalué le surcoût induit par l'effet combiné du recours plus important aux entreprises de travail temporaire et l'application du coefficient multiplicateur à 290 500 € par an, pour 1 350 journées⁹⁶ couvertes par des médecins mis à disposition par une entreprises de travail temporaire, ou 2,5 équivalents temps plein de praticien titulaire.

Enfin, ces coûts élevés ne garantissent pas une totale fiabilité de l'engagement du médecin mis à disposition par l'entreprises de travail temporaire. Les établissements font face à des désistements de dernière minute, sans solution de rechange proposée.

2.3 Une forte instabilité et une fragilité persistante

Les moyens mobilisés ne suffisent pas à éviter la concurrence entre établissements, dont se nourrit la spirale inflationniste, ni à desserrer les contraintes persistantes du marché de l'emploi médical.

2.3.1 Une priorité accordée au maintien de l'offre de soins

L'objectif pour le ministère comme pour les ARS ou les établissements était d'encadrer les pratiques, sans mettre à mal le système de santé. La DGOS a ainsi engagé avec les ARS et

⁹⁵ Une part de ce coefficient s'explique par les charges patronales (estimé à 1,5). La rémunération de service représente 50% de la rémunération brute.

⁹⁶ Correspondant à 14,7 postes vacants.

les hôpitaux publics l'élaboration de diagnostics territoriaux, visant à identifier les zones de tensions et les situations problématiques et a demandé à ce que soient mises en œuvre des organisations alternatives ou dégradées, via la définition de plans de continuité d'activité territoriale⁹⁷. Une première cartographie a été réalisée en décembre 2022 et a été mise à jour régulièrement.

Au sein des régions, des organisations *ad hoc* ont été mises en place, la plupart du temps via des comités de pilotage régionaux, en informant régulièrement les conseils territoriaux de santé (CTS). Les fédérations hospitalières, les ordres, les représentants des professionnels ont été impliqués, les élus régulièrement consultés. Les comptes-rendus des commissions régionales font état de points de situation très régulièrement partagés. Les organisations de gestion de crise, mises en place pendant la crise sanitaire induite par la pandémie de la Covid 19, ont été déclenchées afin de gérer les situations les plus tendues.

2.3.2 Des fermetures récurrentes, de durée variable

Les diagnostics territoriaux établi par la DGOS recensent les risques de rupture de l'accès aux soins, par territoire et par établissement. Le nombre de risques de fermetures totales de services était de 31 lors de la première quinzaine d'avril 2023 à 39 en août ; 111 fermetures partielles étaient anticipées en avril 2023, 261 en août, soit presque deux fois et demi de plus.

Tableau n° 7 : Recensement des risques de fermetures totales ou partielles en 2023

2023	1ère quinzaine d'avril		2ème quinzaine d'avril		Août	
	Fermetures totales	Fermetures partielles	Fermetures totales	Fermetures partielles	Fermetures totales	Fermetures partielles
Régions						
Auvergne-Rhône-Alpes	8	1	1	11	1	27
Bourgogne-Franche-Comté	7	2		5	4	7
Bretagne	0	4		7		26
Centre-Val de Loire	4	7	2	3	3	17
Corse	0	7		2		8
Grand-Est	2	8	2	16	7	23
Hauts-de-France	1	5	1	5		23
Ile-de-France	0	3		1	3	9
Normandie	nr	nr	4	12	nr	nr
Nouvelle Aquitaine	3	41	5	32	9	53
Occitanie	4	17	2	27	7	30
Pays de la Loire	2	13	3	10	3	17
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0	3	1	8	2	21

⁹⁷ Les établissements titulaires d'autorisation sont responsables d'organiser la continuité des soins au sein des services. A ce titre, ils ont la responsabilité d'anticiper les difficultés et de déployer des solutions adaptées, notamment d'organiser les orientations et transferts de patients vers d'autres structures du territoire. Ces plans transmis aux ARS détaillent les mesures mises en place pour assurer l'activité de la structure en période de tensions.

Total du nombre de services	31	111	21	139	39	261
------------------------------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Sources : enquête de la DGOS auprès des ARS

Les difficultés se concentrent plus massivement sur les centres hospitaliers généraux (11 fermetures totales et 104 fermetures partielles lors de l'enquête sur la deuxième quinzaine d'avril).

Tableau n° 8 : Services concernés par un risque de fermeture complète ou partielle

Services	Fermeture complète d'un service ou suspension complète de la PDSSES	Fermeture certains jours dans le mois / Suspension de lignes de PDSSES
SAU-SMUR	12	94
Anesthésie-Réa(Bloc opératoire)		23
Réa-USC	4	21
Médecine	1	20
Gynéco obst.		18
Pédiatrie	4	16
Autres	4	16
Psy		13
Anesthésie-Réa(Maternité)	1	10
SSR	4	10

Sources : enquête de la DGOS auprès des ARS Août 2023

Sur les 18 spécialités différentes recensées, les services les plus touchés sont les urgences et les maternités, comme celle de Sarlat dont l'activité a été suspendue en avril et octobre, ou celle de Guingamp⁹⁸ avec des patientes réorientées vers d'autres structures.

Des services d'urgence particulièrement concernés

Une enquête en ligne menée par Samu-Urgences de France (SUDF)⁹⁹ indique qu'entre le 1^{er} juillet et le 31 août, 57 % des services sondés signalent la fermeture d'au moins une ligne médicale et parmi eux, 41 % l'ont fait sur plusieurs lignes, de manière continue pour 44 % d'entre eux, fréquentes pour 41 % et ponctuelles pour 15 %.

⁹⁸ Intervenue au printemps et prolongée jusqu'en octobre.

⁹⁹ Entre le 21 août et le 2 septembre. Les répondants couvrent 57 % des services d'urgences, 54 % des Smur et 92% des Samu.

La régulation de l'accès par le Samu a concerné 117 services, et ceci de jour comme de nuit dans 60 % des cas et uniquement de nuit pour 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 urgences.

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

Les bilans sont également très contrastés selon les régions, les territoires, d'un établissement à l'autre. L'organisation de la permanence des soins serait devenue plus difficile. Les plannings de présence médicale restent très instables. Certains médecins peuvent se désister ou s'engager à la dernière minute. Ce fonctionnement très itératif est complexe à gérer et tend le climat social.

Les équipes des services vers qui les réorientations sont adressées peuvent peiner à percevoir la cohérence des actions engagées et l'organisation cible recherchée par les pouvoirs publics, puisqu'elles doivent assumer une charge de travail supplémentaire, induite par les reports d'activité, tout en étant amputées des ressources mobilisées *via* la PST ou le motif 2, au profit des services qui réduisent leur capacité d'accueil.

Ces décisions de réduction ou de suspension d'activité sont prises face à la contrainte et dans l'urgence. Elles ne répondent pas à une réorganisation anticipée et préparée de l'offre de soins et ne résultent pas d'une réflexion stratégique fondée sur la recherche d'une juste adéquation entre offre et besoins, pour permettre à la fois un accès à des soins de qualité, soutenable dans la durée pour les équipes soignantes.

Cette importante mobilisation de ressources maintient de manière paradoxale les établissements dans une situation instable et de grande fragilité. Le pilotage est ainsi mobilisé sur une gestion de la pénurie, au détriment d'une approche plus stratégique visant à agir sur l'ensemble des leviers possibles.

2.3.3 Des mesures qui ne réduisent pas la pénurie de médecins

Le déséquilibre entre le nombre de médecins disponibles et les besoins en matière de recrutement est durable. Bien que le nombre total de médecins ait augmenté de 6,6 % entre le 1^{er} janvier 2012 et le 1^{er} janvier 2023¹⁰⁰, et singulièrement de 20 % pour les médecins salariés hospitaliers, leur répartition par spécialité et sur le territoire ne répond pas aux besoins. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 », qui vise à mieux ajuster au sein de chaque région le nombre d'étudiants admis, les besoins de santé et les capacités de formation des professionnels de chaque territoire, le desserrement d'abord, puis de la suppression en 2018 du

¹⁰⁰ Données ASIP-RPPS, retraitements Drees. 1^{er} janvier 2012 : 215 930 médecins (tous modes d'exercice confondus) ; 1^{er} janvier 2023 : 230 143. 1^{er} janvier 2022 : 60 817 salariés hospitaliers exclusifs ; 1^{er} janvier 2023 : 72 976, soit

numerus clausus, ne produiront pas leurs effets avant 2030, voire 2035, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050¹⁰¹.

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. Selon de nombreux témoignages, les nouvelles générations aspirent à mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle. Elles émettent le souhait de s'aligner sur les temps de travail communs et de bénéficier de plus de latitude dans l'exercice de leur profession. L'exercice isolé est délaissé au profit de l'exercice salarié, afin de travailler en plus grande concertation avec d'autres professionnels de santé. Exercer des remplacements fournit cette liberté de choisir la durée et la quotité du temps travaillé.

Les tensions constatées sur le marché de l'emploi médical sont ainsi durables. En ne touchant que marginalement à l'offre de soins, les mesures prises ne sont pas encore suffisantes pour endiguer le phénomène du développement des emplois temporaires. Elles ne résolvent pas la pénurie et accroissent les phénomènes concurrentiels, que ce soit entre statuts au sein d'un même établissement, entre établissements publics et établissements privés au sein d'un même territoire, laissant le champ libre aux surenchères qui, si elles ne portent plus sur le plafond de rémunération, se traduiront par des exigences renforcées sur le temps de travail et les lieux d'exercice. Ainsi, il est observé par de nombreux acteurs que les médecins remplaçants sélectionnent les services dans lesquels ils interviennent, en fonction du niveau d'activité ou des exigences. Par exemple, des maternités de taille importante peuvent être en plus grande difficulté que des petites. Cela pourrait même être l'un des effets paradoxaux de la mise en œuvre de l'article 33 de la loi : le médecin arbitre ainsi différemment temps de travail et rémunération. Pour le même montant, il peut préférer intervenir dans des services où l'activité sera moins importante ou moins complexe et exigeante.

3 ADOSSER LES EVOLUTIONS NECESSAIRES A UNE REORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

Une régulation efficace de l'emploi médical est essentielle pour répondre aux besoins de santé de la population et accompagner la transformation du système de santé. Or jusqu'ici les pouvoirs publics n'ont pas suffisamment 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. Les actions engagées via l'article 33 de la loi du 26 avril 2021, bien que nécessaires, ne suffisent pas à contrecarrer les mécanismes de concurrence salariale qui pénalisent le système de santé.

La révision prochaine des schémas régionaux d'organisation de la permanence de soins peut conduire dès lors à réduire la dispersion de l'offre de soins. À cet effet, il convient de donner aux GHT les outils pour leur permettre d'exercer leurs missions au sein des territoires. Pour conduire ces évolutions, la connaissance du taux de recours aux emplois temporaires et de ses conséquences sur la sécurité des soins doit être mieux assurée.

¹⁰¹ En 2010, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine était de 7 403 ; en 2023, de 15 000.

3.1 Mieux organiser le déploiement de l'offre hospitalière

Il convient d'organiser une répartition graduée de l'offre de soins, dans le but de la densifier et de reconstituer des équipes médicales de taille suffisante, afin de rendre plus supportables les contraintes associées à la permanence des soins en établissement de santé et d'améliorer leur sécurité.

3.1.1 Une offre de soins encore insuffisamment pilotée

L'offre de soins reste encore guidée par un objectif de maintien d'un maillage territorial important, qui, comme l'a relevé la Cour dans son rapport de 2017¹⁰², 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 Cour a rappelé à plusieurs reprises que la réorganisation des activités s'appuie insuffisamment sur la définition des seuils d'activité. Une vingtaine de maternités est ainsi toujours en-deçà du seuil de 300 accouchements annuels, par dérogation au régime d'autorisation d'activité d'obstétrique¹⁰³. Au sein de chaque région, les échanges avec les établissements et les ARS confirment la persistance de situations identifiées comme particulièrement fragiles. L'exemple des deux maternités de Saint-Affrique et de Millau, distantes l'une de l'autre à moins de dix minutes et qui présentent chacune une activité de moins de 500 accouchements est emblématique¹⁰⁴.

Or, le nouveau régime d'autorisations des activités de soins¹⁰⁵, défini par ordonnance en 2021, ne lie seuil d'activité et autorisation que de manière encore limitée, hormis pour des activités ciblées¹⁰⁶ comme la neuroradiologie ou la chirurgie de l'ovaire. Le choix des pouvoirs publics a été en effet de privilégier un dialogue de gestion renforcé 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.

Par ailleurs, l'examen des réponses des ARS montre que la part relative des emplois temporaires n'était pas prise en compte par celles-ci dans les autorisations de soins. Les PRS restent plutôt construits sur une politique optimiste de croissance de l'offre de soins.

¹⁰² *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge.* Cour des comptes, chapitre Ralfss, septembre 2017

¹⁰³ A partir de l'exploitation des données du PMSI l'ATIH, estime que près de 20 maternités ont enregistré en 2022 moins de 300 accouchements.

¹⁰⁴ Relevé dans les rapports de la CRTC.

¹⁰⁵ Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds. Prise en application de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, « Ma santé 2022 ».

¹⁰⁶ Cancérologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire, d'imagerie diagnostique, de neuroradiologie interventionnelle, chirurgie bariatrique et chirurgie cardiaque.

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 la voie réglementaire des seuils d’activité par site géographique d’établissement.

La mise en œuvre des projets régionaux de santé de troisième génération devrait donc intégrer l’objectif d’accélérer la concentration des activités, d’assurer une juste répartition des activités en fonction des besoins et d’organiser les filières de soins, *via* des consultations avancées, l’usage de la télémédecine et de la télé-expertise, et de structurer des parcours de prises en charge organisés pour que le patient soit soigné au bon endroit, par les bons professionnels, au bon moment et au juste coût.

3.1.2 Définir une stratégie territoriale

Une connaissance plus transparente et mieux partagée des fragilités des établissements 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.

Les élus locaux défendent le maintien de l’offre au sein de leur territoire, faute de propositions convaincantes en matière d’accès aux soins et de sécurisation des parcours de santé. Or, la fermeture d’un service ou d’une activité nécessite une préparation attentive. En ce sens, la préparation des plans de continuités d’activité territoriale, dans le cadre de la mise en œuvre de l’article 33 précité, a permis de préparer et d’organiser des solutions alternatives. Ce travail préalable peut permettre de préparer la définition par territoire d’une stratégie de regroupement de l’offre de soins et de programmer sa mise en œuvre, si les plans sont construits à l’échelle des territoires et pas uniquement à l’échelle des établissements. Comme la Cour le recommandait en 2018 s’agissant des filières cardio-neurovasculaires¹⁰⁷, 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.

3.1.3 Actionner le levier de la réorganisation de la permanence de soins en établissements de santé

A l’appui des projets régionaux de santé (PRS) et comme le suggère l’Igas, la révision des schémas régionaux de la permanence des soins constitue une opportunité à saisir pour réorganiser en profondeur le dispositif et ajuster le nombre de lignes d’astreintes et de gardes, de la manière la plus ajustée possible aux besoins du territoire.

L’examen des schémas régionaux de santé montre que peu de lignes d’astreintes ou de gardes ont été remises en cause par la réfaction de médecins. Le nombre de lignes d’astreinte ou de garde mutualisées est très hétérogène d’une région à l’autre mais reste faible. Les organisations en place sont plus le fruit de reconductions historiques que d’une approche de collaboration ou de coopération territoriale.

¹⁰⁷ [Cour des comptes, La lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, Ralfss, octobre 2018](#)

Les ARS devraient davantage s'appuyer sur la planification prévisionnelle des ressources, ainsi que sur la mise en relation des niveaux de financement et d'activité, afin de déterminer le cadre d'évolution des lignes d'astreinte et de garde. Les préconisations en ce sens sont concordantes. En 2023, la Cour recommandait en particulier d'organiser la mutualisation territoriale des ressources en personnel soignant¹⁰⁸. L'Igas et la Cour ont 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 la recherche d'une plus forte répartition des efforts, via un processus d'appel à candidatures lancé par les ARS. L'Igas par ailleurs a souligné les enjeux associés à la revalorisation financière des indemnités de permanence de soins.

Celle-ci est en particulier revendiquée et attendue par les acteurs qui la jugent incontournable pour renforcer l'attractivité de l'emploi médical hospitalier. Elle est préconisée par l'Igas¹⁰⁹, par une révision des conditions de rémunération des astreintes, dans un objectif de convergence avec celles des praticiens libéraux, destinée à mieux reconnaître les sujétions de garde. La revalorisation indemnitaire pourrait toutefois être conditionnée par la mise en œuvre effective des nouvelles organisations, et en particulier par la réduction du nombre de lieux de réalisation de la permanence des soins et par la reconstitution d'équipes médicales de taille suffisante. Comme le rapport Igas le suggèrerait, le respect d'un nombre maximum de gardes et d'astreinte par médecin compléterait ces évolutions.

Projet de recommandation n° 3. (DGOS, SGMAS au titre des ARS) : Faire dépendre la revalorisation des indemnités de sujétion des gardes et astreintes de la mutualisation des ressources médicales au sein du territoire (recommandation de gestion).

3.2 Renforcer la territorialisation de l'offre de soins

Le regroupement des centres hospitaliers en groupements hospitaliers de territoire (GHT)¹¹⁰ 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* »¹¹¹. Les GHT manquent toutefois d'outils juridiques pour contribuer à la recomposition de l'offre territoriale

3.2.1 Encourager le déploiement des pôles territoriaux et des équipes partagées dans les GHT

La création de pôles territoriaux est très structurante, comme le montre l'exemple du centre hospitalier de Verdun. Celui-ci a construit un projet médical fondé sur la création de

¹⁰⁸ [Cour des comptes, Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, septembre 2023.](#)

¹⁰⁹ *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance.* Igas. Juin 2023. Recommandations 25 et 27.

¹¹⁰ Article 107 de la loi modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

¹¹¹ Article 107 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

pôles territoriaux qui couvrent tous les segments d'activité des établissements. Adossé à une gouvernance territoriale collaborative et « concertée », qui s'appuie en particulier sur les directions et l'élaboration d'un projet médical pour chaque site, cette construction des pôles territoriaux a porté ses fruits, notamment pour déterminer les solutions d'organisation de l'offre de soins nécessaires pour accompagner la fermeture de la maternité de Bar-le-Duc.

Quelques exemples, encore limités, confirment tout l'intérêt du déploiement de l'exercice territorial partagé. Ainsi, le GHT de Loire-Atlantique a mis en place des temps partagés qui ont permis de créer 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 CHU ; et à ceux du CHU d'avoir un exercice plus serein 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 pôles territoriaux est conditionnée par la constitution d'équipes médicales de taille significative, qui apportent aux professionnels dans l'ensemble des conditions de travail améliorées. Le développement des équipes territoriales qui devrait découler de la mise en place des pôles d'activité territoriaux pourrait se traduire par l'inscription systématique d'un exercice territorial dans les contrats de travail, dès l'embauche.

3.2.2 Intégrer dans les GHT la gestion des ressources médicales :

Le législateur a rendu obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2022 la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales¹¹² au sein des GHT. La réglementation prévoit toutefois des orientations communes stratégiques sur ces sujets et non une coordination des recrutements par l'établissement de santé au profit des établissements parties.

Or, les réponses par les établissements et les ARS confirment que rares sont les GHT ayant mis en place une direction des affaires médicales de territoire. La fonction mutualisée de gestion des affaires médicales conférée à l'établissement support du GHT n'en est pas vraiment une. Les actions engagées au sein des GHT abordent par exemple les questions de répartition des Dr Junior, de construction de parcours de formation, sans permettre de prendre les décisions qui devraient être utilisées à des fins stratégiques de réorganisation de l'offre de soins, comme les recrutements de médecins, la répartition des internes et des PADHUE, le recours au contrat de motif 2, la majoration de la PST.

En pratique, la loi n'a pas imposé de mode opératoire précis, chaque GHT ayant le choix de déterminer le niveau d'intégration qu'il souhaite. À nouveau, les établissements sont libres de choisir un modèle très intégratif, favorisant la mise en place d'une direction des affaires médicales commune au sein de l'établissement support et des référents dans chaque établissement partie ; ou un modèle coopératif, fondé sur l'animation du réseau des directeurs d'affaires médicales des établissements et une harmonisation, voire à défaut, une simple mise en cohérence des processus de ressources humaines.

¹¹² En cohérence avec la définition d'une stratégie médicale du groupement et la création de commissions médicales de groupement (CMG). Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Or la création d'une direction des affaires médicales de territoire répond souvent à un enjeu technique, de montée en compétences et de fiabilisation d'une fonction, certes éminemment fragile, alors qu'elle est hautement stratégique. Les échanges avec les établissements ont relevé qu'au sein des structures de petite taille, les professionnels sont souvent mis en difficulté par la complexité technique de la gestion des emplois médicaux hospitaliers résultant de la diversité des statuts, des éléments constitutifs de la rémunération et des règles de décompte du temps de travail. La démultiplication des contrats temporaires a en outre accru de manière significative le temps passé à la gestion administrative, au détriment d'un travail de fond de construction d'une gestion prévisionnelle des emplois. La constitution d'une direction des affaires médicales au sein du GHT doit donc permettre de renforcer l'expertise de ces services.

En complément de la définition au plan national de règles de recours au contrat de motif 2, et afin d'engager une approche plus territoriale des besoins de recrutement, devrait être donnée aux GHT la possibilité et donc la compétence de répartir au sein de leurs établissements membres les contrats de motif 2, motivés par les difficultés particulières de recrutement non liées à la conjoncture (qui seraient notifiés par spécialité pour chaque territoire au sein des régions) ; ainsi que les décisions en matière de mobilisation de la PST.

Il convient de rappeler, à cette occasion, que le GHT ne représente pas toujours le meilleur périmètre pour travailler sur les conditions de recrutement, comme le montre le taux de recours aux emplois temporaires. La Cour a signalé que la révision des découpages des GHT leur permettrait de mieux contribuer à la constitution d'une offre publique cohérente et minimale.

Projet de recommandation n° 4. (DGOS, SGMAS au titre des ARS) : Faire établir par l'agence régionale de santé, pour chaque groupement hospitalier de territoire, un contingent des contrats de recrutement temporaire de médecins passés sur le fondement de difficultés particulières de recrutement non liées à la conjoncture (motif 2) et confier aux GHT leur gestion ainsi que celle de la prime de solidarité territoriale ; (recommandation de politique publique).

3.2.3 Faciliter l'obtention d'une personnalité juridique pour simplifier le portage des projets territoriaux

Plus généralement, les hôpitaux qui ont fusionné juridiquement ont davantage développé de projets structurants à l'échelle des territoires.

À l'inverse, la majorité des projets médicaux partagés a eu peu d'effet sur la reconfiguration de l'offre de soins. L'ensemble des décisions et projets stratégiques continuent en effet de se décliner au sein de chaque établissement et non du territoire, en particulier s'agissant des autorisations sanitaires ou du recrutement et de l'affectation des praticiens hospitaliers. Les échanges avec les établissements laissent à penser que les commissions médicales de groupement (CMG) ont encore peu travaillé sur les problèmes de fond, en termes d'organisation de la répartition de l'offre de soins au sein des territoires, ainsi que sur des orientations communes stratégiques en matière de recrutement.

3.3 Améliorer la connaissance des emplois et des établissements les plus vulnérables

L'élaboration territoire par territoire d'une organisation sécurisée des soins nécessite de repérer les priorités et au préalable d'améliorer la connaissance des établissements, pour ce qui concerne le recours aux emplois temporaires et ses conséquences sur la sécurité des soins.

3.3.1 Améliorer la connaissance de la structure des emplois médicaux

3.3.1.1 Des données fragmentées et incomplètes

Les données disponibles au plan national sont fragmentées et le plus souvent lacunaires, en raison de l'absence d'un système d'information unifié mais aussi de remontées partielles des informations saisies à la source. La dispersion des données relatives à la gestion des praticiens des établissements publics de santé ne permet pas à l'État ou aux ARS de connaître l'état des effectifs médicaux en temps réel, ni de disposer des informations nécessaires pour piloter la gestion des ressources humaines à l'échelle nationale et locale.

Les seules informations disponibles et qui puissent être agrégées sont fournies par les comptes de gestion et financiers transmis aux autorités de tutelle.

Pour être analysées, les dépenses enregistrées sur ces comptes¹¹³ doivent être rapprochées des effectifs. Seuls les tableaux des comptes financiers déposés par les hôpitaux fournissent l'information des équivalents temps plein. Or, les évolutions de la nomenclature comptable, comme des cadres de présentation financiers, ne permettent pas une continuité dans le suivi des données. Jusqu'à la refonte du statut de praticien contractuel, la nomenclature comptable M21 distinguait en effet les différentes situations de contractuels, en particulier les praticiens recrutés pour faire face aux difficultés à une pénurie de temps médical¹¹⁴, ainsi que, jusque fin 2021, les praticiens cliniciens.¹¹⁵ Les contrats signés depuis la mise en œuvre du nouveau statut de contractuel, depuis début 2022, sont désormais regroupés au sein d'un même compte, qu'il s'agisse de médecins recrutés pour remplacement, pour faire face à des difficultés de recrutement, dans l'attente de la nomination sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier, ou pour compléter l'offre de soins, ce qui ne permet plus de calculer le taux de recours aux emplois temporaires pour combler un manque d'effectifs ni d'analyser les niveaux de rémunération.

La catégorisation des informations délivrées par la statistique d'activité des établissements (SAE) ainsi que celle contenue dans les bilans sociaux ne permettent pas non plus de rapprocher emplois et rémunérations. Ces données sont déclaratives, mises à disposition entre six et neuf mois après la fin de l'année et, s'agissant des bilans sociaux, non disponibles pour les établissements de moins de 300 lits.

¹¹³ Les dépenses enregistrées correspondent aux rémunérations brutes versées aux praticiens.

¹¹⁴ Compte 642 31 « praticiens contractuels en CDD ».

¹¹⁵ Article L6152-3 (création par la loi n°2009-879 du 21/07/2009 ; supprimé à compter du 1^{er}/01/2022 par l'ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales.

In fine, seuls les systèmes d'information de ressources humaines médicales fournissent les informations nécessaires à une analyse consolidée pertinente, mais avec difficultés. En effet, malgré une définition statutaire de chaque catégorie de médecins, la saisie des informations administratives et de paie relatives aux médecins 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 non plus systématiquement saisies. L'exploitation des données de paie ne permet donc ni d'extraire toutes les informations nécessaires à l'analyse des rémunérations, ni de consolider les informations des différents établissements.

3.3.1.2 L'absence d'un système d'information unifié

S'agissant des emplois médicaux exerçant à l'hôpital, le centre national de gestion (CNG) ne gère que les praticiens hospitaliers titulaires¹¹⁶. Son système d'information ne délivre donc que des informations relatives à ces deux catégories.

Le projet Logimedh, une démarche projet qui ne se situe pas à la hauteur de ses ambitions

En 2013, dans le cadre d'un partenariat noué entre l'ARS Rhône-Alpes, la fédération hospitalière de France (FHF) et le CNG, a été engagée la construction de l'outil Logimedh. Il vise à dématérialiser les échanges relatifs à la gestion des personnes médicales et au-delà, à faciliter le suivi des effectifs médicaux, tous statuts confondus, via un import de données des établissements, relatives à tous leurs praticiens, quels que soient les statuts. Logimedh doit permettre d'agrèger des données issues de différentes sources et d'analyser de manière précise les différentes modalités d'exercice des praticiens, notamment l'activité libérale, les indemnités associées à la permanence des soins, les expériences, les compétences, L'objectif serait qu'il génère un tableau des emplois ainsi qu'une cartographie des effectifs présents et de leurs statuts.

Initié à titre expérimental en 2015, le déploiement national de l'infocentre Logimedh a commencé en 2021 et devrait être terminé en 2024. Mais son déploiement se heurte à l'absence d'uniformisation des nomenclatures d'emplois médicaux dans les systèmes d'informations des ressources humaines médicales. Les établissements doivent en effet au préalable mettre en conformité la catégorisation des informations saisies avec celle de Logimedh, *faisant référence aux statuts prévus par le code de la santé publique*, ce qui représente un travail préliminaire chronophage. Outre les difficultés à mobiliser les ressources nécessaires, il semble que les hôpitaux soient frileux à partager leurs données, arguant qu'ils souhaitent en conserver la propriété.

Selon les données du CNG, à fin juin 2023, entre 100 et 200 établissements sont entrés dans l'interface. Aucune région n'a menée de manière exhaustive ce déploiement. Le volet lié à la dématérialisation du processus de gestion et de publication des postes médicaux des praticiens hospitaliers semble le plus avancé, bien que certaines ARS relèvent l'absence de valeur ajoutée de la validation qui leur est demandée.

Pour les autres fonctions, l'analyse des réponses des ARS, questionnées sur l'état d'avancement du projet Logimedh, met en évidence des interrogations nombreuses sur l'opérationnalité du projet.

Il conviendrait d'établir un bilan exhaustif à ce stade d'avancement du projet. Sans que cela résolve toutes les difficultés à surmonter, rendre obligatoire la participation des établissements permettrait sans doute de mieux affirmer la volonté de construire un outil au service de la gestion et du suivi des effectifs

¹¹⁶ Praticiens hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers.

médicaux dans les établissements. On relève d'ailleurs que l'engagement des établissements dans la démarche de déploiement de Logimedh n'était jusqu'alors pas formalisé. Des conventions ont été préparées en ce sens cependant et devraient être bientôt signées.

En l'absence de données consolidées, la DGOS et les ARS doivent procéder par des enquêtes auprès des établissements. Or, l'exhaustivité et la qualité de la saisie sont très hétérogènes d'une région à l'autre, comme le montrent les résultats des enquêtes engagées dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre des mesures d'encadrement des dépenses d'intérim.

Le déploiement des déclarations sociales nominatives (DSN) au sein des hôpitaux publics, achevé au 1^{er} janvier 2022, devrait permettre la production de données statistiques en matière d'emploi, comme elle le permet déjà s'agissant des contrats de travail signés par les entreprises de travail temporaire, celles-ci étant soumises à l'obligation de transmission des DSN depuis janvier 2017. Toutefois, leur exploitation statistique nécessite des travaux préalables, en particulier en raison des modes de saisie et de gestion des emplois médicaux, insuffisamment normés. La Drees précise ainsi que les premières études statistiques ne seront pas disponibles avant 2024.

Enfin, l'enregistrement des autorisations d'exercer, délivrées par le conseil de l'ordre des médecins, source des informations enregistrées au répertoire partagé professionnels de santé (RPPS), ne fournit pas non plus d'information exhaustive sur le développement des emplois temporaires. En effet, si tout médecin a l'obligation de transmettre son contrat de travail au conseil départemental de l'ordre dont ressort son lieu d'exercice professionnel, cette obligation ne vaut que pour le département dans lequel il veut établir sa résidence professionnelle¹¹⁷. Or l'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national¹¹⁸. Si un médecin hospitalier réalise une activité de remplacement dans un autre établissement du même département, il n'est pas tenu de le signaler auprès du conseil. Et contrairement à la médecine de ville¹¹⁹, les changements de situation (d'établissement ou de statut) dans les hôpitaux publics semblent ne pas faire l'objet d'une mise à jour.

Ces limites importantes ne permettent pas aux pouvoirs publics de disposer de données robustes et aisément mobilisables et les privent ainsi d'outils de pilotage précis, tant pour la préparation et la mise en œuvre des actions que pour les évaluations nécessaires pour engager des mesures correctives.

La connaissance du taux d'emplois temporaires constituant 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 par la DGOS.

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

¹¹⁷ Article 54112-1 du CSP.

¹¹⁸ Article L4112-5 du CSP.

¹¹⁹ Tout remplacement d'un médecin libéral doit donner lieu à un contrat de remplacement, le plus souvent transmis par le médecin remplacé au conseil départemental

qui incombe au comptable dépend donc de la bonne transmission par l'ordonnateur de l'exhaustivité des contrats concernés. (*cf. supra*).

Projet de recommandation n° 5. (DGFIP, DGOS) : Afin de suivre pour chaque établissement. le recours aux emplois temporaires, organiser un double recueil obligatoire - extra-comptable et comptable - du taux de recours aux emplois temporaires ; (recommandation de politique publique).

3.3.2 Repérer et soutenir les établissements dont l'offre de soins est à maintenir en priorité

Un recours important aux emplois temporaires est souvent le symptôme de difficultés plus générales. L'analyse du recours à ces emplois doit s'intégrer à des diagnostics plus complets sur les causes de ces vulnérabilités, afin de pouvoir y apporter des solutions adéquates.

Le taux de recours aux emplois temporaires pourrait ainsi compléter les indicateurs de vigilance prévus par le nouveau régime d'autorisation des activités des soins¹²⁰. Lorsque ces indicateurs feraient apparaître « un niveau d'alerte à analyser », le maintien ou le renouvellement de l'autorisation pourrait être en effet subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'ARS, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices.

En matière de qualité et de sécurité des soins, la HAS a été alertée par la forte progression des demandes de report de visites de certification¹²¹, motivées par un contexte trop tendu en personnel ou de fermeture d'unités¹²². La HAS prend alors l'initiative de décaler la visite, dans l'attente d'un retour à une situation plus normale, si les difficultés de ressources humaines amènent à réduire l'offre de soin, afin d'éviter que la visite de certification ne porte sur un périmètre trop restreint et décalé par rapport aux activités habituelles de l'établissement. En revanche, si des difficultés de ressources sont décrites sans être accompagnées d'une adaptation de l'offre de soins (réduction du capacitaire), la HAS maintient la visite, considérant qu'il existe un risque pour la sécurité des soins ; si tel est effectivement le cas, elle peut alerter l'ARS pendant la visite et ne pas prononcer la certification.

Les rapports de certification ne permettent pas cependant en l'état de mesurer l'impact sur la qualité des soins d'un recours important aux emplois temporaires. Les experts-visiteurs vérifient que l'établissement a défini et mis en place les moyens prévus dans le cas où les ressources sont insuffisantes, en nombre ou en compétences, et la manière dont il adapte ses

¹²⁰ Décret n°2021-974 du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités des soins et des équipements lourds.

¹²¹ Depuis septembre 2021, la HAS a lancé la nouvelle campagne de visites de certification des établissements de santé, sur le fondement d'un nouveau référentiel.

¹²² 242 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.

activités, de façon préventive ou réactive, en mesurant les risques et les délais de retour à la normale¹²³. Il s'agit à ce stade de constats sur une organisation mise en place, mais qui ne conduit pas à vérifier par exemple la proportion des emplois temporaires au sein d'une équipe. Les constats posés ne permettent pas de remonter aux causes. La lecture des rapports de certification permet de repérer des signaux faibles, sans aller jusqu'à constituer une alerte sur un risque de fragilité qui, de ponctuelle, pourrait devenir structurelle. En outre, la visite de certification fournit une évaluation périodique et non en continu.

A minima, la connaissance du taux d'emplois temporaires et du taux de renouvellement des effectifs devrait être prise en compte par la HAS pour identifier les services les plus en difficulté et vérifier, notamment par l'analyse des fiches de signalements d'évènements indésirables, par l'examen des planning de soins et par des entretiens avec les professionnels de santé permanents, si les risques sont réellement maîtrisés. Le guide de certification pourrait donc être adapté dans ce sens. Par ailleurs, la HAS pourrait étudier les moyens d'inclure davantage les élus de la commission de surveillance et les représentants des usagers dans les visites, afin de les impliquer davantage sur les sujets de sécurité des soins.

Comme le souligne l'ARS Grand-Est, les établissements présentant des tensions locales cumulent les difficultés, au-delà de la dépendance au recours à l'emploi temporaire. Mais la connaissance objectivée de cette donnée est déterminante pour compléter les diagnostics des situations. Cette connaissance des services fragiles, mais à soutenir, parce que répondant aux besoins de santé d'un territoire, devrait aboutir à l'élaboration d'un plan d'accompagnement des établissements concernés.

3.3.3 Partager ces informations avec les élus et les représentants des usagers

Les décisions de fermeture ou de réorientation en matière d'activité ne peuvent se faire que dans le cadre d'un travail d'information et de concertation, en particulier auprès des élus locaux et des représentants des usagers, pour accompagner en proximité la nécessaire réforme de l'offre de soins. Le devoir de transparence des informations en santé auprès des citoyens exige que soit communiquées les conditions en matière de sécurité sanitaire et de soutenabilité financière de fonctionnement des services de soins. La proximité ne garantit pas en effet la sécurité des soins, faute d'une activité suffisante et d'une organisation adaptée. Un taux de renouvellement important de médecins et plus globalement, une forte dépendance aux emplois temporaires, constituent un élément supplémentaire de fragilisation.

Pour cette raison, à l'occasion de l'adaptation du référentiel de la visite de certification, la HAS pourrait étudier les conditions qui permettraient de mieux informer les élus des

¹²³ Il s'agit du critère 3.3-03 « La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge ». En pratique, durant l'audit, les experts-visiteurs évaluent cinq points par une réponse positive ou négative : l'établissement est doté d'un dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins associant tous les acteurs ; la gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement ; pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources ponctuel des dispositions transitoires sont mobilisables ; les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité ; le dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins de l'établissement et le circuit de signalement de dysfonctionnement sont connus.

commissions de surveillance, les représentants des usagers et les ARS sur l'impact sur la sécurité d'un recours important aux emplois temporaires.

Projet de recommandation n° 6. (DGOS, HAS,) : Compléter les éléments d'évaluation du référentiel de certification par une analyse approfondie du fonctionnement des services présentant les taux de recours aux emplois temporaires les plus élevés (recommandation de gestion).

MENTION

CONCLUSION

La mise en œuvre en avril 2023 de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021 dans les hôpitaux publics traduit la volonté de limiter les dérives constatées en matière de rémunération des emplois temporaires, recrutés pour pallier une insuffisance de temps médical. La démarche adoptée a tiré les enseignements d'une première tentative de régulation en 2017, mise en échec. Elle tient compte de la progression constante depuis 2017 du nombre de contrats de gré à gré ne respectant pas le cadre réglementaire.

Le report de 17 mois de son entrée en vigueur a permis de compléter le dispositif par la refonte des statuts de praticien hospitalier et de praticien contractuel, et de promouvoir le recours à la prime de solidarité territoriale, conçue comme un substitutif à l'intérim médical et aux contrats de gré à gré. La meilleure maîtrise du respect des plafonds de rémunération réglementaires repose en effet sur un contrôle renforcé confié au comptable public, mais surtout sur des leviers financiers : une revalorisation des montants-plafond autorisés pour les contractuels et la rémunération des heures supplémentaires en dehors de leur établissement, afin de développer la solidarité entre établissements.

Cette seule régulation par les tarifs a toutefois introduit des effets d'aubaine. Le marché de l'emploi tendu confère aux professionnels de santé un pouvoir qu'il convient de réguler. Les conséquences sont préoccupantes, sur le plan financier, sur le plan de l'attractivité des emplois permanents ou sur le travail en équipe dont dépend la qualité et la sécurité des soins.

La mobilisation des moyens, notamment financiers, n'empêche pas des fermetures ou réductions d'activité ponctuelles ou récurrentes. Une réorganisation assumée et volontariste de l'offre de soins permettrait, en densifiant les activités, de reconstituer des équipes médicales de taille suffisante et d'organiser des parcours de soins sécurisés.

ANNEXES

Annexe n° 1.	Liste des sigles utilisés	66
Annexe n° 2.	Note méthodologique	68
Annexe n° 3.	Plafonds réglementaires de rémunération	73
Annexe n° 4.	Données issues de l'échantillon d'établissements interrogés – évolution des emplois et des rémunérations.....	75

Annexe n° 1. Liste des sigles utilisés

Destiné à la contradiction

ARS : agence régionale de santé
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé
CHU : centre hospitalo-universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CMG : commission médicale de groupement
CNG : centre national de gestion
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRTC : chambres régionales et territoriales des comptes
CTS : comités territoriaux de santé
DGFIP : direction générale des finances publiques
DGOS : direction générale de l'hospitalisation
DNS : déclaration sociale nominative
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIAS : événement indésirable associé aux soins
EIGS : événement indésirable grave associé aux soins
EPS : établissement public de santé
ETP : équivalent temps plein
ETPR : équivalent temps plein rémunéré
ETT : entreprise de travail temporaire
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF : fédération hospitalière de France
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAS : haute autorité de santé
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
IFAQ : incitation financière à la qualité
ISPE : indemnité de service public exclusif
IGAS : inspection générale des affaires sociales

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

PADHUE : praticien à diplôme hors Union Européenne

PDSES : permanence des soins des établissements de santé

PET : prime d'exercice territorial

PH : praticien hospitalier

PRS : projet régional de santé

PST : prime de solidarité territoriale

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

RALFSS : rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

RTT : réduction du temps de travail

SAMU : service d'aide médicale d'urgence

SUDF : Samu urgences de France

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

SNMRH : syndicat national des médecins remplaçants hospitaliers

SROS : schéma régional de l'organisation des soins

TTA : temps de travail additionnel

Annexe n° 2. Note méthodologique

Le travail a porté sur les données des établissements de France métropolitaine de 2017 à 2022

1- Les données issues de la balance des comptes (DGFIP)

Le périmètre des données recherchées correspond à la définition de l'emploi temporaire fixée par l'instruction interministérielle DGOS/DGFIP du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé, qui vise trois situations :

- la mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire (article L. 1251-1 du code du travail) ; **(dépenses retracées au compte 62113)**
- la conclusion d'un contrat de gré à gré ou contrat de vacation, entre un établissement public de santé et un praticien, par le biais d'une entreprise de travail temporaire dans le cadre d'une prestation de placement (l'article L. 1251-4 du code du travail) ;
- la conclusion d'un contrat, dit de gré à gré ou de vacation, entre un établissement public de santé et un praticien, sans intervention d'un tiers (article L. 6152-1-2° du code de la santé publique).

Les contrats de gré à gré correspondant au champ de l'enquête sont ceux qui concernent l'emploi pour un remplacement, une vacance, une hausse d'activité ou une spécialité particulièrement difficile à pourvoir (contrat de cliniciens). Les dépenses ont été retracées :

→de 2017 à 2021, au compte **64231** (praticiens contractuels en CDD) et au compte **64234** (cliniciens hospitaliers). Le compte 64231 comprend également les praticiens hospitaliers en attente de titularisation, et le compte 64234 peut également enregistrer les dépenses liées au praticiens adjoints contractuels (corps en extinction). Ce découpage n'est donc pas complètement rigoureux. Cependant, concernant le calcul de la sur-rémunération, les échanges avec les établissements de santé indiquent que ceux-ci respectent les montants fixés pour les différents échelons de praticiens hospitaliers.

→depuis 2022, en lien avec la réforme des statuts, les catégories de contractuels sont regroupées en quatre motifs, dont deux seulement concernent l'enquête (motif 1 : remplacement, accroissement temporaire d'activité) et motif 2 (difficulté particulière de recrutement) à la différence des deux autres motifs (attente de l'inscription au concours-motif 3- et participation de la médecine de ville ou établissements privés -motif 4) qui font partie intégrante de la construction des parcours professionnels proposés aux médecins hospitaliers.

Un seul compte « nouveaux praticiens contractuels » (**64237**) regroupe les dépenses des quatre motifs de contrat. Il n'est donc plus possible d'isoler les dépenses des deux motifs intéressant l'enquête. Si les contrats en cours continuent à être enregistrés aux anciens comptes, le nouveau compte recueille dès 2022 24 % des rémunérations des contractuels.

En raison de l'impossibilité d'isoler les contrats de motifs 1 et 2 dans les comptes, le calcul du taux de recours aux praticiens contractuels temporaires et le calcul du montant de la sur-rémunération des praticiens contractuels n'ont été réalisés que sur les exercices 2017 à 2021.

Évolution de la M21 à la suite de la réforme du statut de contractuel

2021	Réforme du statut de praticien contractuel -2022
Compte 64231 « Praticiens contractuels en CDD » R6152-402 du csp Pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité; Pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, lors de leurs absences ou congés statutaires; Pour occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement en application des dispositions statutaires en vigueur, un poste de praticien à temps plein ou à temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement. Pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées.	Maintien du compte en attendant l'extinction des contrats
Compte 64232 « Assistants et assistants associés »	Compte 64232 « Assistants et assistants associés »
Compte 64233 « Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires »	temporaires »
Compte 64234 « Autres praticiens à recrutement contractuel » sur lequel sont imputés les praticiens adjoints contractuels et les praticiens cliniciens (article R. 6152-709 du code de la santé publique)	Suppression du compte au 1/01/2022
Compte 64235 « Attachés et attachés associés en CDD »	Maintien du compte en attendant l'extinction des contrats, le statut d'attaché est abrogé.
Compte 64236 « Praticiens associés»	Compte 64236 « Praticiens associés»
	Compte 64237: Nouveaux praticiens contractuels R6152-338 CSP: 1° Pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité ; 2° En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ; 3° Dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé ; le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ; 4° Pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés mentionnés à l'article L. 6111-1 ;

Source : Cour des comptes. Extrait de la nomenclature comptable M 21 et des tableaux de présentation des comptes financiers.

2- Données issues du « tableau des ETP moyens rémunérés » des comptes financiers des hôpitaux publics (ATIH)

Les hôpitaux publics déposent sur la plateforme ANCRE de l'ATIH leur compte financier annuel. Un des états du compte « tableau des ETP moyens rémunérés » (Ai3h pour le budget principal), reproduit ci-dessous, met en regard les dépenses de personnel médical (rémunération principale + indemnité hors gardes et astreintes+ prime d'engagement collectif) et les ETP moyens rémunérés correspondant.

L'ATIH a consolidé au niveau national le tableau des ETP moyens rémunérés de l'ensemble des EPS. L'extraction pour 2022 date du 6 novembre 2023. Le taux d'établissement ayant déposé leur compte sur la plateforme ANCRE apparaît suffisamment élevé pour l'enquête : pour 2017 : CH/CHU : 749 sur 827 (91 %) ; pour 2018 : CH/CHU : 751 sur 812 (92 %) ; pour 2019 CH/CHU : 775 sur 812 (95 %) ; pour 2020- CH/CHU : 732 sur 800 (92 %) ; pour 2021 : CH/CHU : 742 sur 794 (93 %) ; pour 2022 : CH/CHU : 750 sur 785 (96 %) (selon une extraction du 6 novembre 2023).

3- Les données comptables DGFIP ramenées au périmètre ATIH

Le périmètre des établissements de l'ATIH étant plus resserré, le même périmètre a été appliqué aux données comptables DGFIP, afin de pouvoir apprécier la part des dépenses liées aux emplois temporaires par rapport à l'ensemble des rémunérations ou autres composantes de la paye.

Tableau de rapprochement des données ATIH et DGFIP

Exercices	Nombre EPS	Solde compte 642 (en Md€)	Nombre EPS	Nombre EPS	Solde compte 642 en Md€	Écart sur 642
	DGFIP	DGFIP	ATIH	ATIH-DGFIP	ATIH-DGFIP	
2017	815	6,886	727	716	6,646	-3%
2018	806	7,117	729	724	6,947	-2%
2019	805	7,264	752	747	7,174	-1%
2020	786	7,804	709	705	7,528	-4%
2021	780	8,339	721	716	8,047	-4%
2022	772	8,881	729	726	8,681	-2%

Source : Cour des comptes. Note de lecture : En 2022, le montant total des dépenses du compte 642 « rémunération du personnel médical » selon le périmètre de l'ATIH (729 établissements) est inférieur de 2% à celui de la DGFIP (772 établissements).

4- Principales utilisations des données :

A partir de ces données recoupées, on peut estimer :

a. Un **taux de recours** de 2017 à 2021 :

- i. Au numérateur, on fait la somme des comptes suivants : intérimaire (compte 62113), contractuels en CDD (compte 64231), cliniciens (compte 64234)
- ii. Au dénominateur, on fait la somme des des rémunérations du personnel médical (hors PDSSES) et des intérimaires (compte 642+compte 62113-compte 6425)

Approximation : « le tableau des ETP moyens rémunérés », opère une distinction entre les contrats supérieurs et inférieurs à 3 mois, ce qui conduit à regrouper les ETPR de plusieurs comptes (64231/2/3/4 et7) pour les contrats inférieurs à 3 mois.

Cette ligne n'est pas servie par une part importante des établissements (80% à 82% des établissements n'ont pas renseigné cette ligne entre 2017-2021) Le nombre d'ETPR représente 3 à 4 % des ETPR contractuels et 7 % à 8 % des rémunérations des contractuels.

À partir des établissements interrogés, il est apparu que les sommes inscrites sur la ligne des contrats inférieurs à trois mois correspondaient à des contrats relevant du compte 64231. Il a donc été décidé de regrouper la ligne des contrats inférieurs à 3 mois avec la ligne des contractuels en CDD (compte 64231).

b. La sur-rémunération des praticiens contractuels de 2017 à 2021.

À partir des ETP des comptes 64231 et 64234 transmis par l'ATIH pour chaque établissement public de santé, le montant qui aurait dû être versé en application de la réglementation (cf. annexe sur le détail des rémunérations réglementaires) a été calculé pour chaque établissement ainsi que l'écart entre la rémunération réglementaire et la rémunération réellement versée.

Le calcul de la sur-rémunération des praticiens contractuels a également été réalisé en comparaison du coût moyen d'un ETP de praticien hospitalier sur chaque exercice, à partir de des données de l'ATIH.

NB : par approximation, les ETPR sont rapprochés des dépenses totales de personnel médical (rémunération principale + indemnité hors gardes et astreintes+ prime d'engagement collectif) alors que les références à des plafonds ne portent que sur la rémunération principale.

Pour ne tenir compte que de la rémunération principale, le montant total de rémunération issue des données ATIH a donc été minoré de la part que représentent les primes et indemnités dans la rémunération. Par exemple en 2022, la rémunération principale représente 90% de la rémunération totale (principal+ prime+ indemnité) des CDD (Compte 64231) dans la balance. Le montant correspondant au solde de ce compte pour l'ATIH a été réduit de 10%.

Pour rendre plus claire la disponibilité des données, on a reproduit une maquette de l'état AI3 du compte financier des EPS, relatif aux ETP moyens rémunérés (source ATIH).

TABLEAU DES ETP MOYENS REMUNERES
Compte de résultat principal

			ETP moyens rémunérés	Rémunérations (hors charges)
		Comptes	Exercice N	Exercice N
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	64211		
	Personnels enseignants et hospitaliers titulaires	64212		
	Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	64221		
	Praticiens contractuels et nouveaux praticiens contractuels en CDI	64222 & 64223		
	TOTAL 1 - PERMANENTS	TOTAL 1 - PERMANENTS		
	Praticiens contractuels et nouveaux praticiens contractuels en CDD	64231 & 64237 (contrat > 3 mois)		
	Assistants et assistants associés	64232 (contrat > 3 mois)		
	Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires	64233 (contrat > 3 mois)		

INTERIM MEDICAL ET PERMANENCE DES SOINS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

Autres praticiens à recrutement contractuel	64234 (contrat > 3 mois)		
Praticiens à recrutement contractuel et nouveaux praticiens contractuels sans renouvellement de droit (pour les contrats < 3 mois)	64231/2/3/4&7 (contrat < 3 mois)		
Attachés et attachés associés en CDD	64235		
Praticiens associés	64236		
Sous-total (1)	sous-total c/6423		
Internes + FFI	64241&64242		
Etudiants	64243&64244		
Docteurs juniors	64245&64246		
Sous-total (2)	sous-total c/6424		
Intérim médical	62113 & 62182		
TOTAL 2 - NON PERMANENTS	sous-total non permanents		
Personnel médical affecté à l'établissement	62152		
TOTAL 3 - PERSONNEL EXTERIEUR MEDICAL (hors interim et vacations)	sous-total personnel extérieur		
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1+2+3)	TOTAL PM		

Source : ATIH, tableau de présentation des comptes financiers

Annexe n° 3. Plafonds réglementaires de rémunération

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
cas 1 : contractuels sur des postes avec difficultés de recrutement : contrats de cliniciens hospitaliers				jusqu'au 31/10/2020	extinction au 31/12/2021	NPC au 05/2022	
part fixe : rémunération possible au dernier échelon du statut de PH soit au maximum échelon 10 au 1/10/2020	89 473,05 €	89 473,05 €	89 473,05 €	90 009,89 €	90 009,89 €		
part variable : 65% de la part fixe maximum soit	58 157,48 €	58 157,48 €	58 157,48 €	58 505,85 €	58 505,85 €		
total annuel brut maximum <i>sans cumul possible avec des gardes/astreintes/TTA</i>	147 630,53 €	147 630,53 €	147 630,53 €	148 515,74 €	148 515,74 €		
NPC : création motif 2 montant maximum de 119 130 € incluant une part variable <i>sans cumul possible avec des gardes/astreintes/TTA</i>						119 130,00 €	119 130,00 €
cas 2 : contractuels de remplacement				arrêté du 28/09/2020 (1)		NPC au 05/2022	
4ème échelon du statut de PH majorable de +10%	52 617,62 €	52 617,62 €	52 617,62 €	52 933,33 €	52 933,33 €		
	5 261,76 €	5 261,76 €	5 261,76 €	5 293,33 €	5 293,33 €		
total annuel brut maximum	57 879,38 €	57 879,38 €	57 879,38 €	58 226,66 €	58 226,66 €	arrêté du 08/07 (2)	

INTERIM MEDICAL ET PERMANENCE DES SOINS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

NPC : création motif 1 minimum : 40774,86 € maximum : 70 111,16 € 67 740,25€ jusqu'en 07/22 total annuel brut maximum						70 111,16 €	70 111,16 €
cas 3 : intérimaires <i>sans cumul possible avec des gardes/astreintes/TTA</i>							
Décret du 24/11/2017 pour 24H00 : 1170,04 € (=2 périodes de temps additionnel)	1 404,05 €	1 404,05 €	1 287,05 €	1 170,04 €	1 170,04 €	1 170,04 €	
<i>Montant annuel</i>	146 021,20 €	146 021,20 €	133 853,20 €	121 684,16 €	121 684,16 €	121 684,16 €	
	A/C du 24/11/2017	majoré de 20% en 2018	majoré de 10% en 2019				
Loi Rist 26/04/2021 et instruction de mars 2023 pour 24h00 : 1210,99 €							A/C du 3/04/2023 jusqu'au 31/12/2023
<i>Montant annuel</i>							1 389,83 €
							144 542,32 €

Source : Cour des comptes à partir des arrêtés de définition des montants des émoluments.

Annexe n° 4. Données issues de l'échantillon d'établissements interrogés – évolution des emplois et des rémunérations

Dix établissements ont fait l'objet d'une analyse particulière par catégorie d'emploi médical..

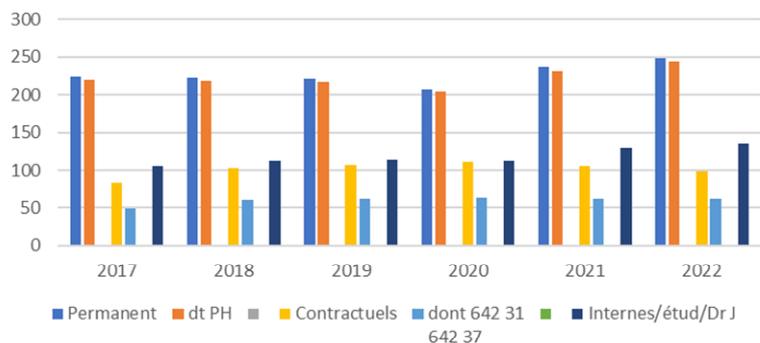
Tableau n° 1 : Établissements de l'enquête

Repère	Catégorie	Établissement support de GHT
D	CHU	oui
E	20M<CH<70M	oui
I	70M<CH<150M	oui
F	20M<CH<70M	non
G	70M<CH<150M	oui
B	20M<CH<70M	non
C	70M<CH<150M	oui
A	CH>150M	oui
H	20M<CH<70M	non
J	20M<CH<70M	non

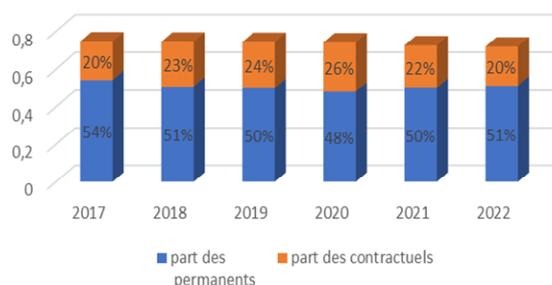
Les encadrés qui suivent résument les évolutions enregistrées de 2017 à 2022, quant aux niveaux de rémunération de chaque catégorie d'emploi, à la répartition entre permanents et contractuels, enfin au niveau de dépassement estimé par référence aux seuils réglementaires. Pour chaque établissement, un bref commentaire vise à mettre en évidence les points saillants.

Evolutions des emplois médicaux de l'établissement A

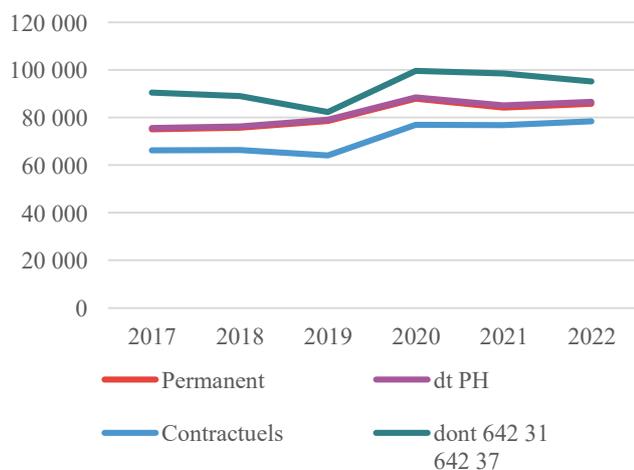
Evolution des ETP moyens rémunérés
Etablissement A



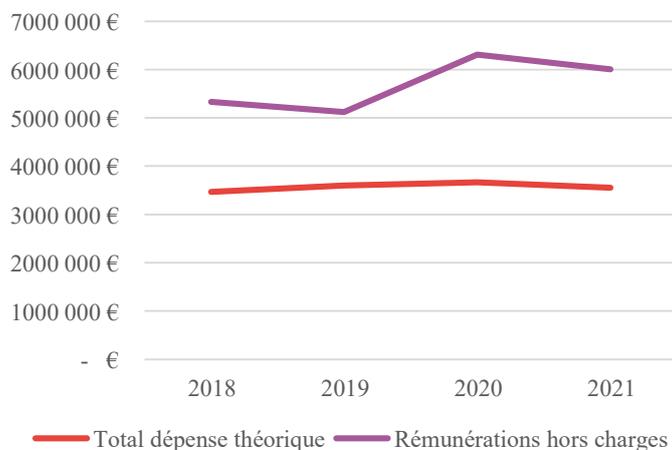
Evolution de la répartition entre permanents et contractuels
Etablissement A



Evolution du coût moyen hors charges
Etablissement A



Comparaison coût théorique et rémunérations brutes
Etablissement A



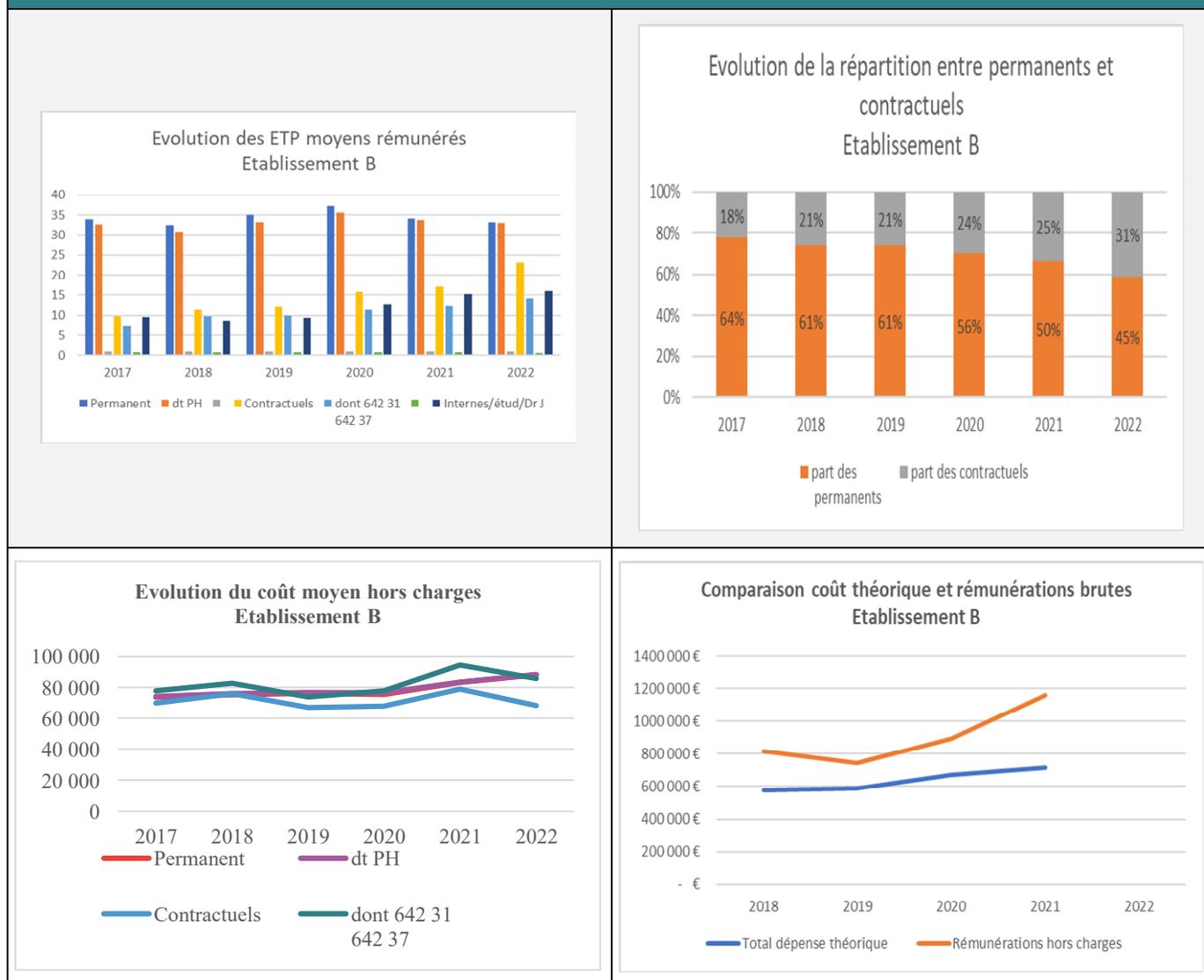
Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents (51%) et contractuels (20%) est assez stable¹²⁴ sur la période. La part des contractuels a augmenté en 2020, pour rediminuer à 20% en 2022.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a augmenté de +10,8%, celle des contractuels de 18,7% (avec une augmentation de 26,4% des effectifs inscrits aux comptes 642-31 et 37).
- La catégorie des PH représente 98% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2018 et 2022. Les PH ont progressé entre 2017 et 2022 (+10,8%).

¹²⁴ Le solde correspond à la catégorie des étudiants, internes et Dr Junior.

- La catégorie 642 31+ 642 37 représente les 2/3 des médecins non permanents, les ETPR de contractuels ont progressé de 18,7% entre 2017 et 2022 l'effectif du 642 31 et 642 37 a progressé de 26,4%).
- Le coût moyen des médecins non-permanents a progressé plus fortement que celui des PH (18,5% pour 14,3%), avec une progression de 5,2% pour les 642 31 et 37. L'évolution de la rémunération moyenne des assistants et assistants associés a progressé de 46%, ce qui révèle peut-être des pratiques dérogatoires en matière de rémunération sur cette catégorie de médecins.
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31+37 est plus élevée que celle d'un PH. L'écart fluctue d'une année à l'autre sur la période observée mais la tendance est une diminution de l'écart en faveur des PH (en 2017 : la rémunération d'un contractuel était plus élevée de 20% ; en 2022 de 10%).

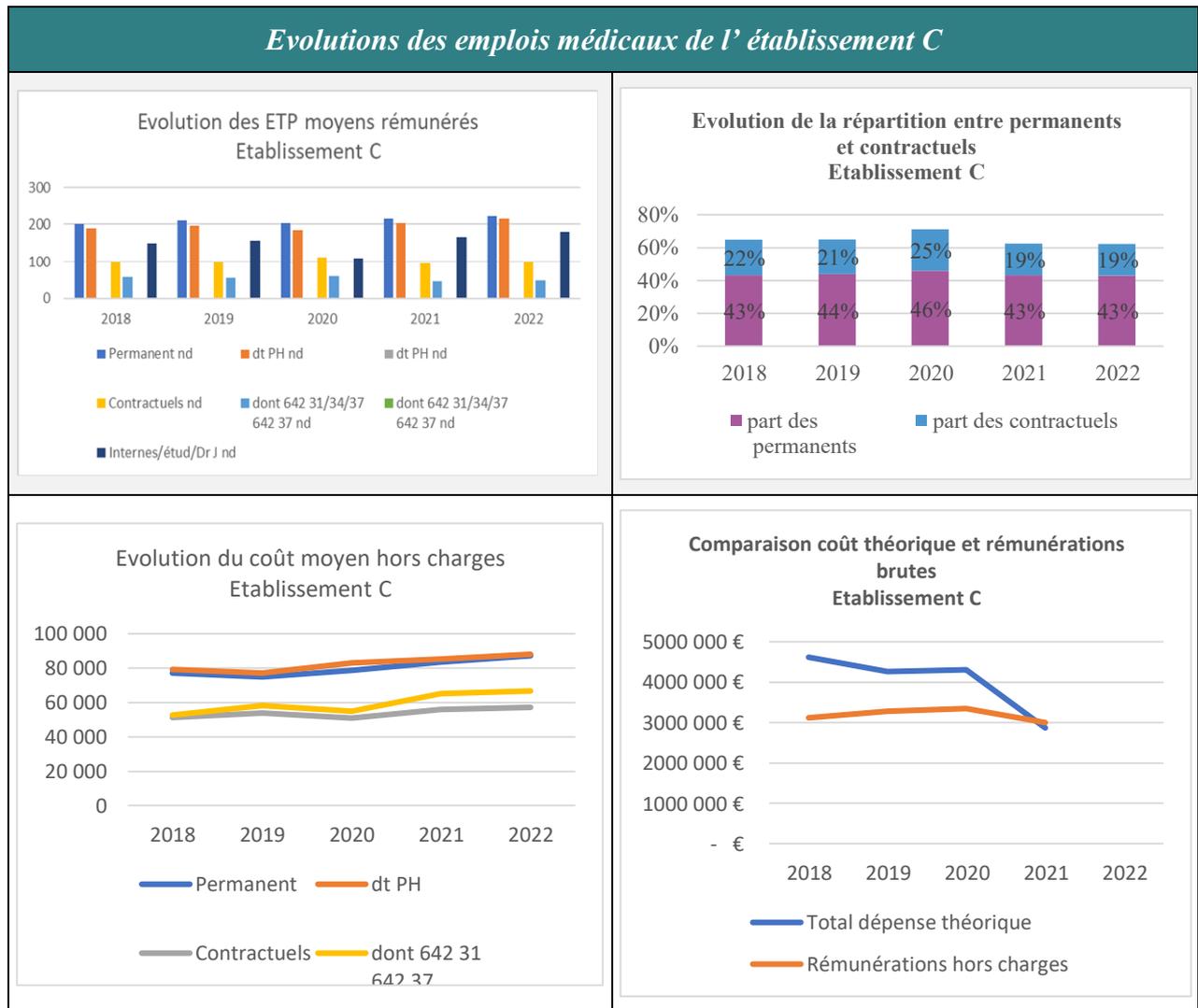
Evolutions des emplois médicaux de l'établissement B



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents et contractuels a évolué sur la période : de respectivement 64% et 18% en 2017. Les effectifs des permanents représentaient en 2022 45% ; ceux des contractuels 31%. La part des contractuels a presque été multipliée par deux entre 2017 et 2022.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a diminué de 1,9%, celui des contractuels a progressé de 139% (avec une augmentation de 97,2% des effectifs inscrits aux comptes 642-31 et 37). Le CH B a augmenté ses effectifs de la catégorie des attachés et attachés associés (de 1 ETP en 2018 à 8,69 ETP en 2022).
- La catégorie des PH représente presque 99% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2018 et 2022. L'effectif des PH est stable.
- La part relative de la catégorie 642 31+ 642 37 sur la totalité des médecins non permanents diminue entre 2018 et 2022, en raison de la progression des effectifs d'attachés et attachés associés : de 74% en 2017 à 61% en 2022.

- Le coût moyen des médecins des PH a progressé de 18,9% sur la période alors que celui des contractuels a diminué (-2,5%). Le coût moyen de la catégorie des 642 31/34 et 37 a progressé de 10,2%.
- La rémunération des contractuels de la catégorie 641 34/34/37 est proche de celle des PH sur l'ensemble de la période (hormis 2021, écart de 10 000€).

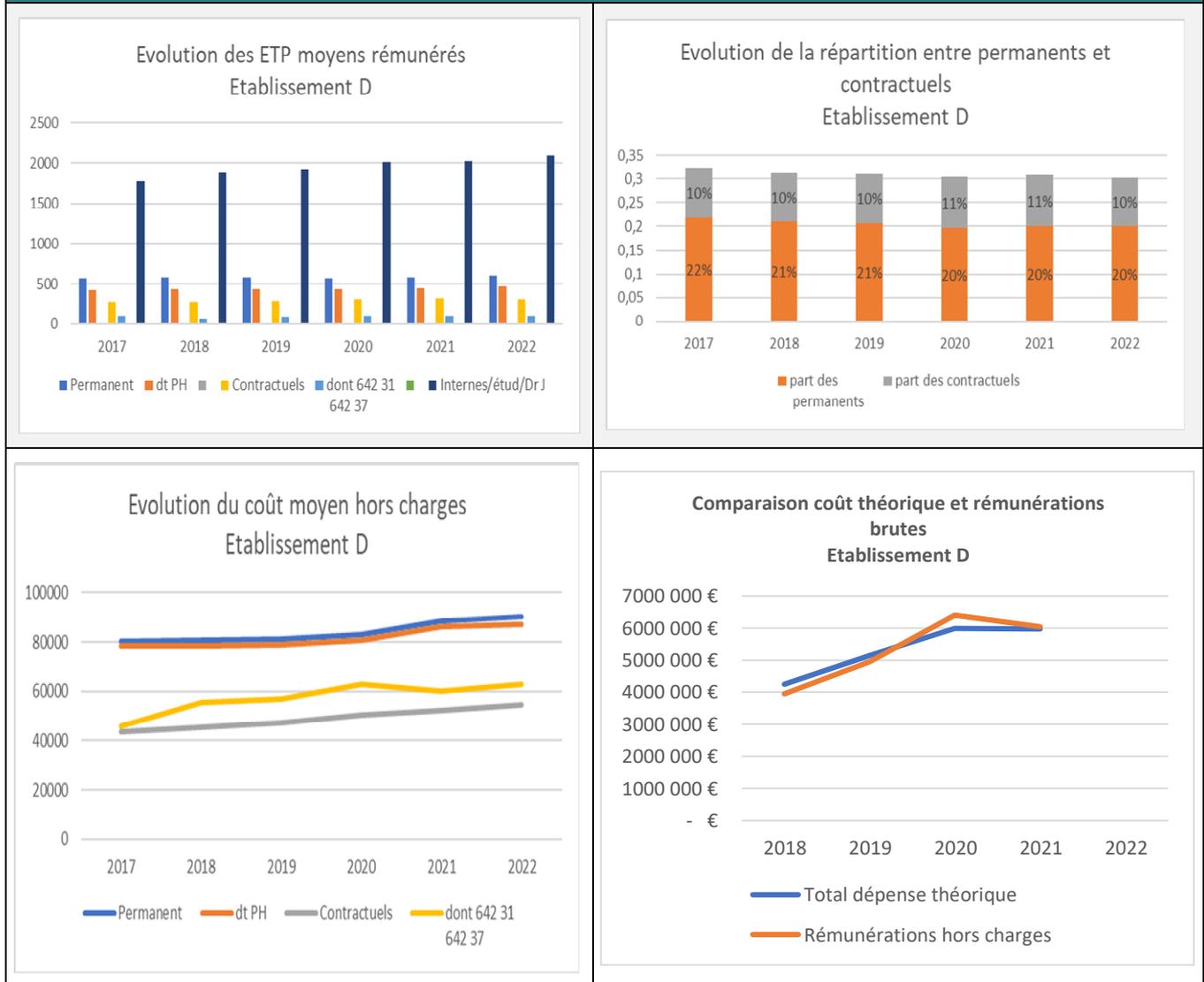


Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents (46%) et contractuels (20%) est assez stable sur la période.
- Entre 2018 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a augmenté de +11,5%, celle des contractuels a globalement diminué de 1,2% (avec une forte diminution des effectifs inscrits aux comptes 642-31/37).
- La catégorie des PH représente entre 91% et 96% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2018 et 2022. Les PH ont progressé entre 2018 et 2022 (+13,5%).
- La catégorie 642 31+ 642 37 représente la moitié des médecins non permanents, les ETPR de contractuels ayant baissé de 1,2% entre 2018 et 2022 (avec une très forte diminution de l'effectif du 642 31 et 642 37 de 19%). À noter la forte progression des attachés et attachés associés, avec peut-être une non fiabilité des données d'ETP saisies puisqu'elles progressent de manière non cohérente avec les dépenses qui ont augmenté de 48% sur la période.

- La progression du coût moyen des médecins non-permanents est proche de celle des PH (11,4% pour 12,8%), avec une progression de 26,5% pour les 642 31 et 37.
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31+37 est plus élevée que celle d'un contractuel mais moins élevée que celle d'un PH.
- **Le CH C ne recourt pas aux contrats de gré à gré et présente en revanche un haut niveau de dépenses de prestations intérimaires.**
- Sa structure d'emploi et l'évolution des niveaux moyens de rémunération sont maîtrisés, en particulier s'agissant des cliniciens. L'application des plafonds de rémunération à sa structure d'emploi montre qu'il dépense moins que le plafond théorique.

Evolutions des emplois médicaux de l' établissement D



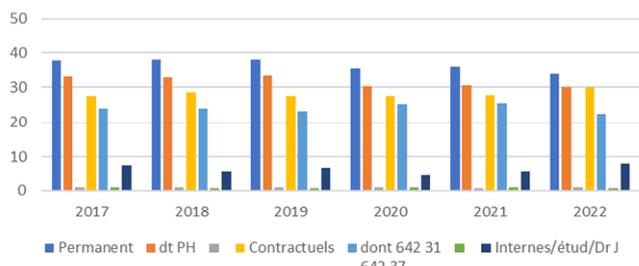
Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition des effectifs entre permanents et contractuels est stable sur la période : respectivement 20% et 10%.
- La catégorie des PH représente un peu moins de 80% des médecins permanents. Cette proportion a légèrement augmenté entre 2018 et 2022. Les PH en ETP ont progressé plus rapidement entre 2018 et 2022 (+11,8%) que la totalité des médecins permanents (+6,3%).
- La catégorie 642 31 représente un bon tiers des médecins non permanents. Elle représentait 37% des ETP en 2017 à 32% en 2022. Entre 2017 et 2022, les effectifs en ETP des comptes 642 31 et 37 ont diminué de 3%
- À noter que la progression de la dépense moyenne des contractuels (25,6 %) est plus élevée que celle des permanents (12,1%). Au sein des contractuels, la dépense moyenne des 64231/34/37 a progressé de 37,1%.

- Le rémunération moyenne hors charges d'un contractuel est moins élevée que celui d'un permanent. La rémunération moyenne d'un 64231 est toutefois moindre que celle d'un PH. Elle a progressé de 37,1% entre 2017 et 2022.
- À noter : aucun effectif sur le compte 642 37 "nouveaux contractuels" crée en 2022.
- Le CHU D maîtrise ainsi l'évolution de sa masse salariale avec des coûts moyens des contractuels inférieurs aux PH.

Evolutions des emplois médicaux de l'établissement E

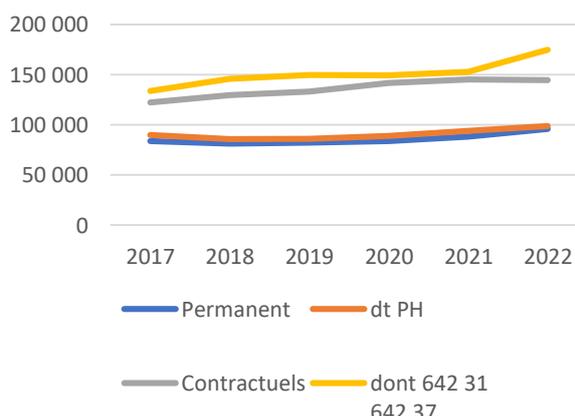
**Evolution des ETP moyens rémunérés
Etablissement E**



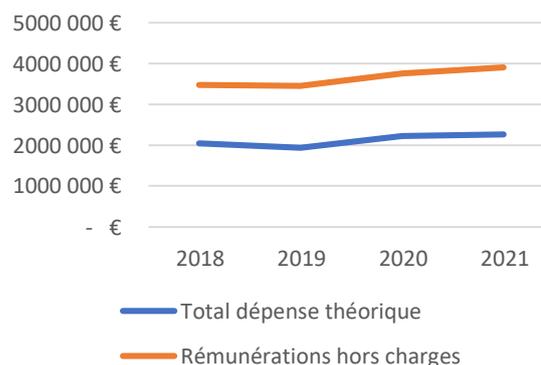
**Evolution de la répartition entre permanents et contractuels
Etablissement E**



**Evolution du coût moyen hors charges
Etablissement E**



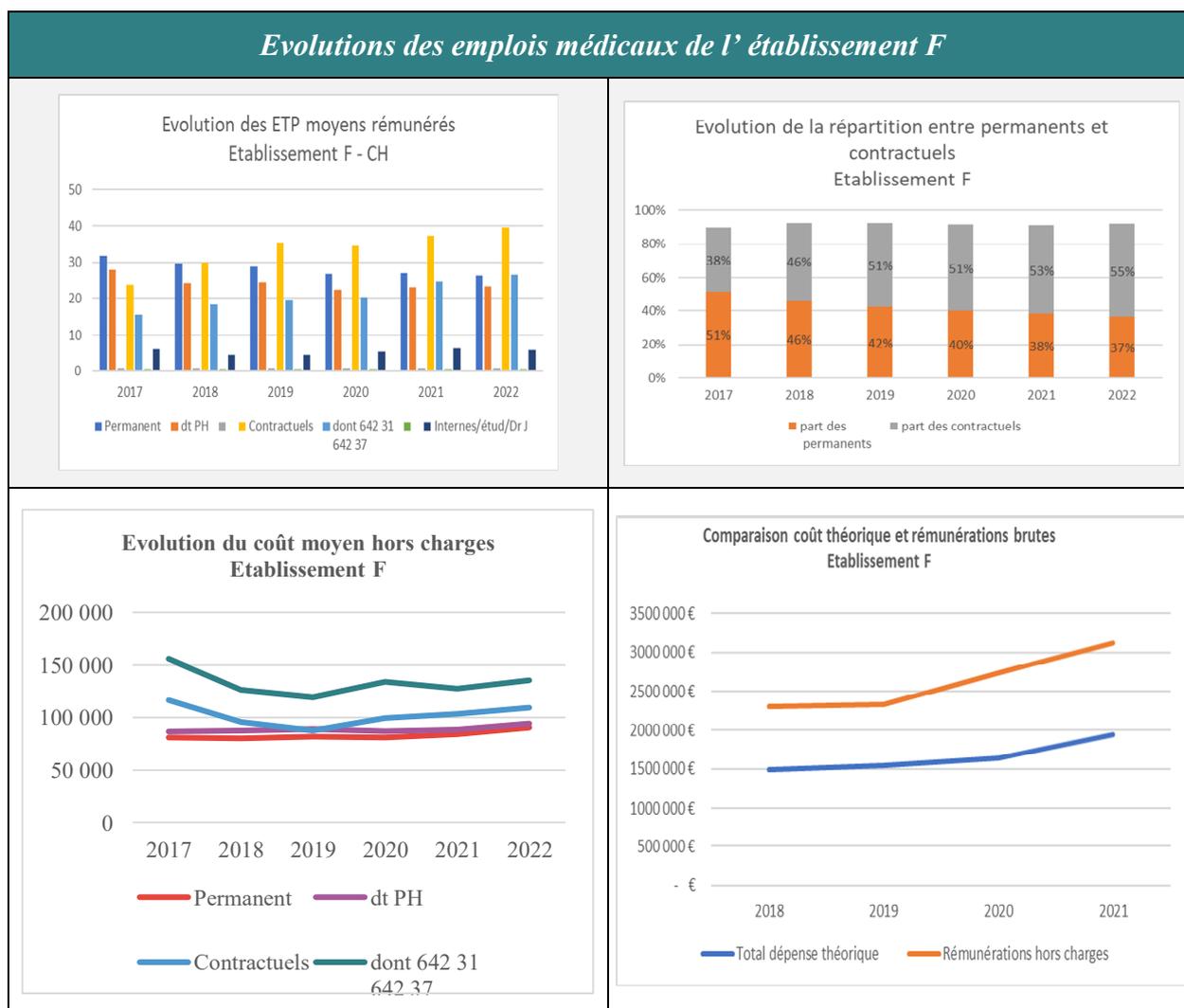
**Comparaison coût théorique et rémunérations brutes
Etablissement E**



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La part des permanents dans le total des effectifs diminue sur la période de 52% à 47%. La part des contractuels est passée de 38% à 42%.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a diminué de 10%, celle des contractuels a augmenté de 10% (avec une diminution de 6,7% des effectifs inscrits aux comptes 642-31/34/37).
- La catégorie des PH représente 88% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2018 et 2022. Les PH ont diminué entre 2018 et 2022 (-9,7%).
- La part de la catégorie 642 31/34/37 varie d'une année à l'autre (entre 74 et 92 % des contractuels). Les ETPR de contractuels ayant progressé de 10% entre 2017 et 2022 (mais l'effectif du 642 31/34/35 642 37 a diminué de 6,7%). Le CH E a doublé son effectif d'attachés et d'attachés associés et multiplié par 2,5 leur rémunération ce qui appelle vérification du respect du cadre réglementaire.

- Le coût moyen des médecins non-permanents a progressé plus fortement que celui des PH (18,3% pour 14,3%), avec une progression de 30,7% pour les 642 31/34/37.
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31+37 est plus élevée que celle d'un PH, et l'écart a progressé de 49% en 2017 à 77 en 2022.
- Le montant du surcoût par année à E représente environ 40% du montant total des rémunérations entre 2018 et 2021. Cette part est assez stable d'une année sur l'autre.



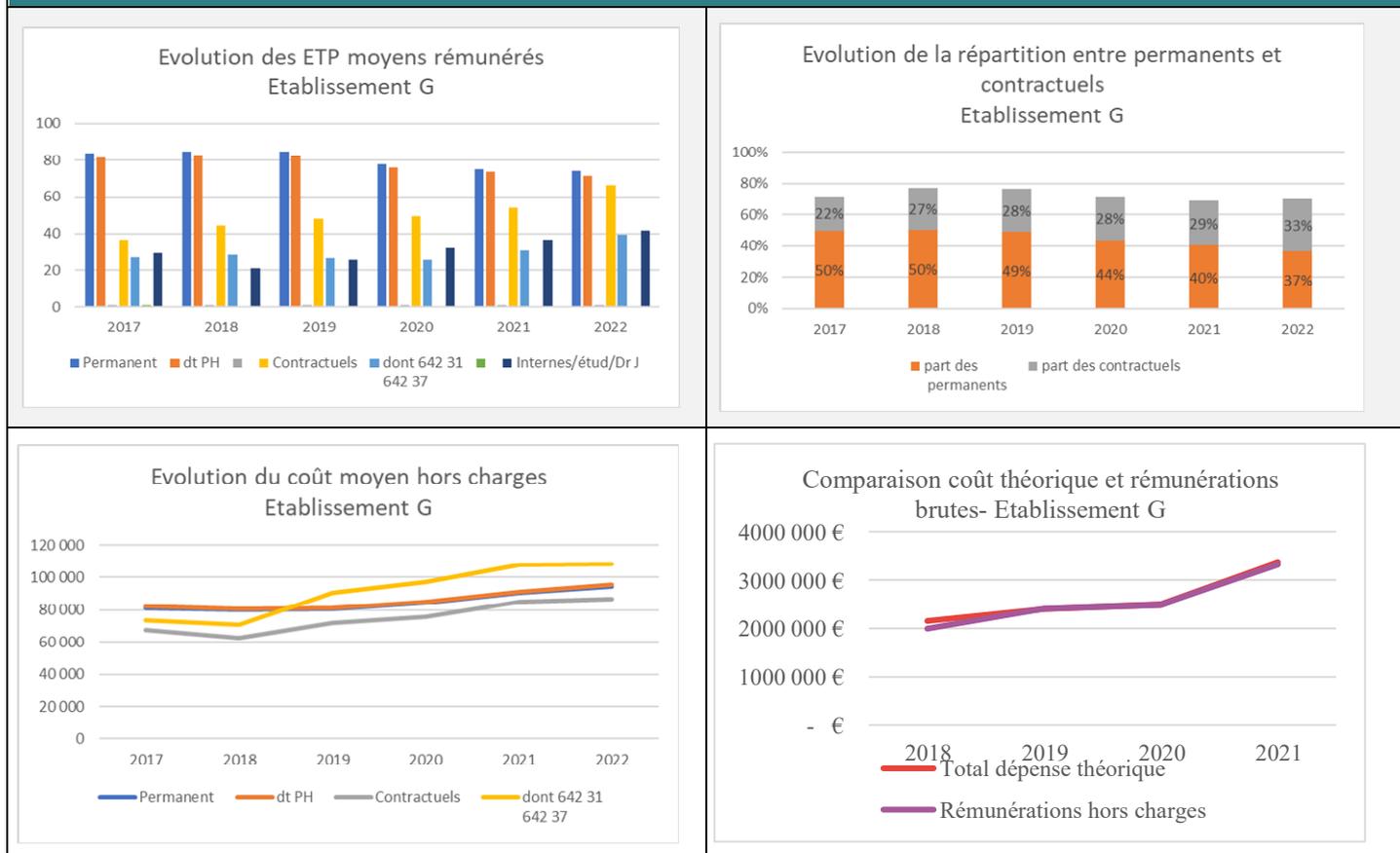
Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- Si en 2017, la part des permanents (51%) était plus importante que celle des contractuels (38%) était équilibrée, le rapport est désormais inversé : les contractuels représentent 55% du nombre total de médecins et les permanents 37%.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a diminué de 17,1%, celui des contractuels a globalement progressé de 66,3% (avec une augmentation de 69,3 % des effectifs inscrits aux comptes 642-31/34/37).
- La catégorie des PH représente presque 90% des médecins permanents. Cette proportion a progressé. Les PH ont diminué entre 2018 et 2022 (-16,7%).
- La catégorie 642 31/34/37 représente presque les 2/3 des médecins non permanents. Cette part est en augmentation.
- Le coût moyen des médecins non-permanents a diminué (-6%); celui des permanents a progressé de 11,8%. La rémunération moyenne des 642 31/34/37 a chuté de 13% entre 2017 et 2022. À noter que la rémunération moyenne était

déjà très élevée en 2017. Comme le coût moyen des PH a progressé (+11,8%), l'écart de rémunération entre les deux catégories a diminué de 80% à 40%.

- De 2017 à 2021, l'évaluation du surcoût est assez stable. La part du surcoût représente entre 35% et 40% du total des rémunérations.
- Comme l'établissement recourt à une indemnité différentielle pour dépasser le seuil de réglementation, il est assez aisé d'identifier le surcoût pour l'établissement, par addition du montant de ces indemnités différentielles :
 - indemnités sur le 64231 de 2017 à 2021 : 4 786 405 € ;
 - indemnités s sur le compte 642 34 de 2017 à 2021 : 1 372 073 € ;
 - Total : 6 158 478 € sur la période.

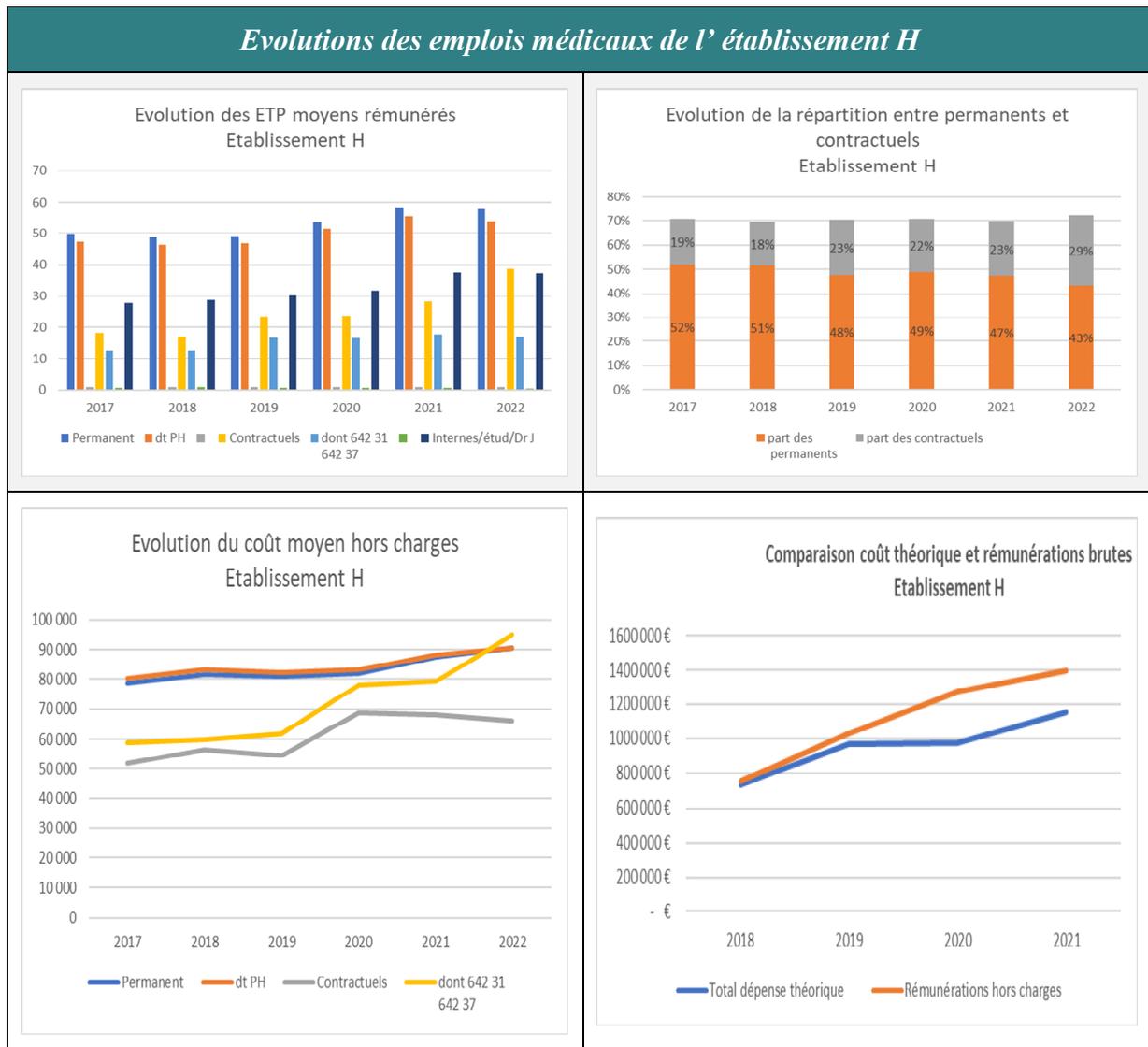
Evolutions des emplois médicaux de l'établissement G



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents et contractuels a fortement évolué. De respectivement 50% et 22% en 2017, elle est passée à 37% (permanents) et 33% (contractuels) en 2022.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a diminué de 11,4%, celle des contractuels a augmenté de 82,5% (avec une augmentation de 46,8% des effectifs inscrits aux comptes 642-31/34/37).
- La catégorie des PH représente entre 96% et 98% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2017 et 2022. Les PH ont diminué entre 2017 et 2022 (-12,4%).
- La catégorie 642 31+ 642 37 représente un peu plus d'un tiers des médecins non permanents. Les ETPR de contractuels ont progressé de 82,5% entre 2017 et 2022 (mais l'effectif du 642 31 et 642 37 a progressé de 46,8%). À noter la progression des effectifs d'attachés et attachés associés de 7,26 en 2018 à 19,14 en 2022.
- Le coût moyen des médecins non-permanents a progressé plus fortement que celui des PH (38,7% pour 18,1%), avec une progression de 53,3% pour les 642 31/34/ 37.
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 3/34/37 est plus élevée que celle d'un PH. L'écart évolue entre 10% et 18% selon l'année sur la période observée.

- L'évaluation du surcoût par la structure des emplois de contractuels n'est pas pertinente pour le CH G parce que les contrats de remplacement sont en partie enregistrés sur le statut de PH lorsque le remplaçant est PH dans un autre établissement.

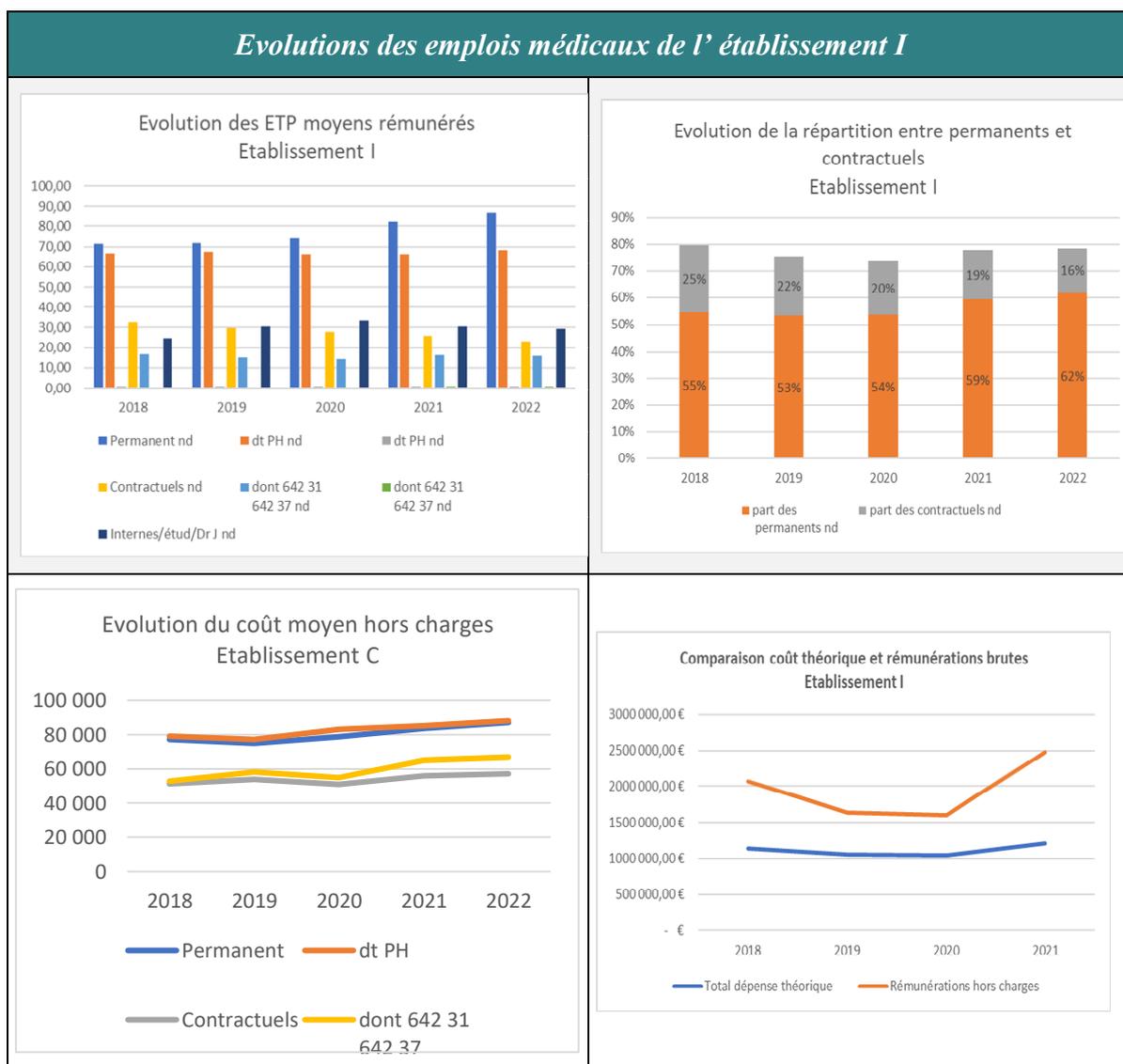


Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents et contractuels a évolué sur la période : en 2017, 52% des ETP médicaux étaient des PH, 19% des contractuels. En 2022, 43% des ETP sont permanents et 29% sont des contractuels. Les deux catégories ont donc diminué.
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a augmenté de +17%, celle des contractuels a augmenté de 112,2% (avec une augmentation de 34,9% des effectifs inscrits aux comptes 642-31/34/37). On observe une forte progression de la catégorie des attachés et attachés associés (compte 642 35)
- La catégorie des PH représente presque 93% des médecins permanents. Cette proportion a très légèrement diminué entre 2018 et 2022. Les PH ont progressé entre 2018 et 2022 (+14%).
- La catégorie 642 31/34/37 représentait 69% des médecins non permanents en 2017. Elle ne représente plus que 44% des effectifs contractuels, les effectifs de

la catégorie des attachés et attachés associés ayant beaucoup progressé entre 2021 (6,46 ETP) et 2022 (17,57 ETP). Les ETPR de contractuels ont progressé de 112,2% entre 2018 et 2022 (mais l'effectif du 642 31/34/ 37 a progressé de 34,3% et celui des attachés et attachés associés de 172%).

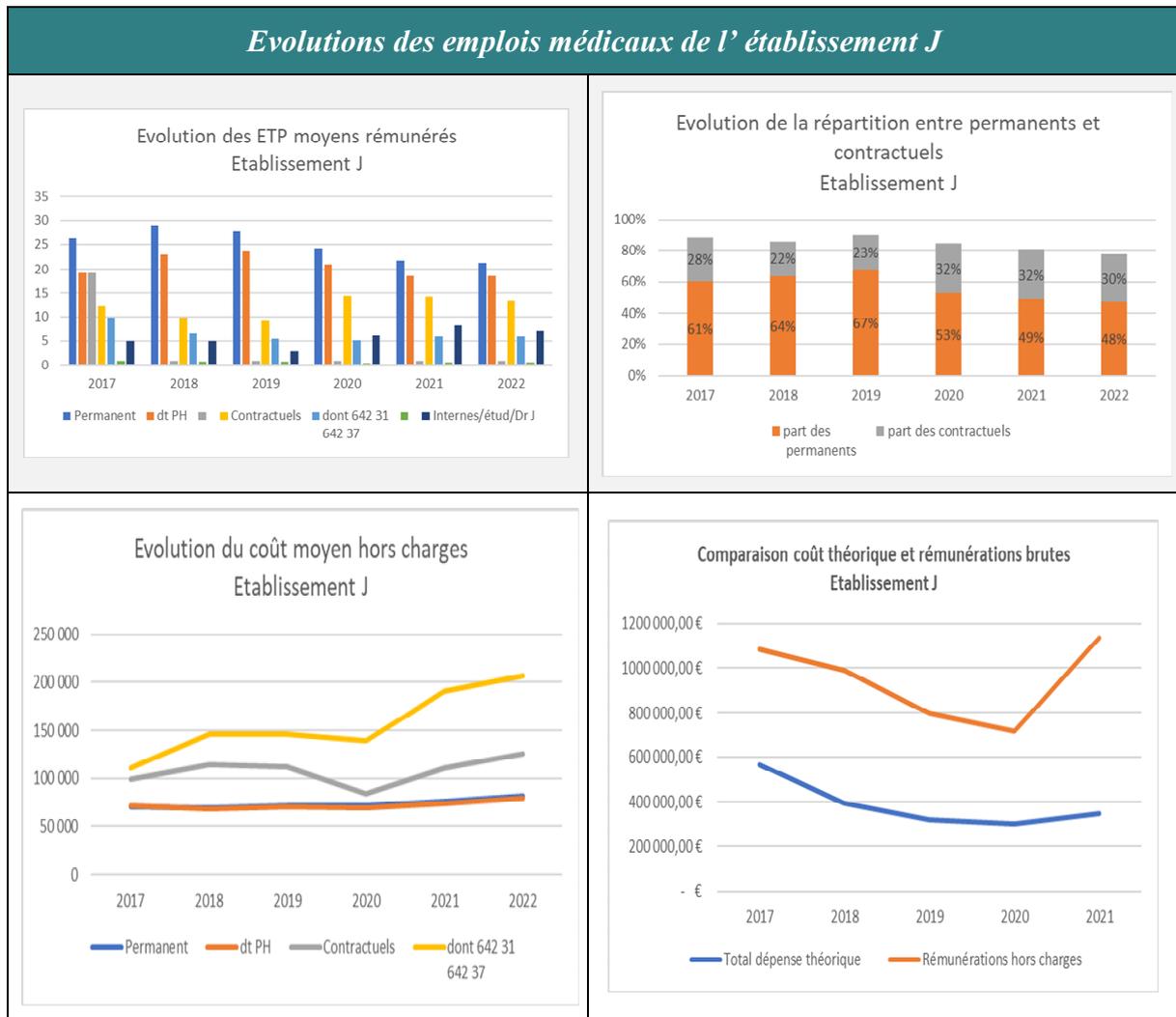
- Le coût moyen des médecins non-permanents a progressé plus fortement que celui des PH (27,4% pour 14,7%), avec une progression de 61,4% pour les 642 31/34 37. La rémunération moyenne des attachés et attachés associés a diminué entre 2018 (66 535 €) et 2022 (42 700 €).
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31/34/37 était moins élevée que celle d'un PH entre 2017 et 2022, et la dépasse de 4000€ en 2022.



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents et contractuels a évolué sur la période : en 2018, les permanents représentaient 55% et les contractuels 25%. En 2022, ils représentent respectivement 62% et 16%.
- Entre 2018 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a augmenté de +21,6%, celle des contractuels a globalement diminué de 28% (avec une diminution de 4,7% des effectifs inscrits aux comptes 642-31/34/37).
- La part des PH sur le total des médecins permanents a diminué entre 2018 (93%) et 2022 (79%). Les attachés ont fortement augmenté (de 3,73 ETP en 2018 à 17,46 ETP en 2022).
- La part de la catégorie 642 31/34/37 au sein des contractuels a progressé de 50% en 2018 à 68% en 2022. Les ETPR de contractuels ont baissé de 28,9% entre 2018 et 2022 (et l'effectif du 642 31 et 642 37 de 4,7%).

- Le coût moyen des médecins non-permanents a progressé plus fortement que celui des PH (60,9% pour -5,8%), avec une progression de 37,1% pour les 642 31/34/37. L'évolution de la rémunération moyenne des attachés et attachés associés a progressé de 24%
- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31/34/37 est plus élevée que celle d'un PH. L'écart s'est creusé entre 2018 (+45%) et 2022 (+98%).



Source : Cour des comptes à partir des données ATIH.

- La répartition entre permanents et contractuels a évolué sur la période : en 2017 respectivement de 61% et 28% ; en 2022, 48% et 30%. La part des permanents a diminué de 61% à 48% ; celle des contractuels a progressé de 28% à 30%
- Entre 2017 et 2022, l'effectif de la catégorie des permanents a diminué de 19,3%, celui des contractuels a augmenté de 10,7% (avec une diminution de 38,7% des effectifs inscrits aux comptes 642-31 et 37).
- La catégorie des PH représente plus de 80% des médecins permanents. Cette proportion est stable entre 2018 et 2022. Les PH ont diminué entre 2017 et 2022 (-2,7%).
- La part de catégorie 642 31+ 642 37 au sein des contractuels a diminué sur la période de 80% à 44%. L'effectif des attachés et attachés associés a progressé de 2 ETP à 8,25 ETP entre 2018 et 2021. Le CH a multiplié par 4 son effectif d'attachés et attachés associés.
- Le coût moyen des médecins non-permanents a augmenté par rapport à celui des PH (+26,8% pour 15,5%), avec une progression de 86,1% pour les 642 31 et 37.

Le coût moyen de la rémunération d'un attaché et attaché associé a augmenté de 9% entre 2018 et 2021.

- La rémunération moyenne d'un contractuel de la catégorie 642 31+37 est plus élevée que celle d'un PH. L'écart a beaucoup progressé entre 2017 et 2021 : respectivement + 54% et 161%.