

Chapitre V

Le personnel non soignant

à l'hôpital public :

repenser les fonctions support

PRÉSENTATION

La question de l'importance du personnel non soignant dans les hôpitaux publics est un thème d'enquête proposé sur la plateforme citoyenne de la Cour des comptes²¹⁹. Ceci est la preuve qu'elle correspond à une interrogation forte de nos concitoyens.

Selon certains, une proportion trop élevée, comparativement aux cliniques privées ou aux établissements hospitaliers d'autres pays, serait la manifestation d'une moindre efficacité de l'hôpital public français. Un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait ainsi que « la proportion des effectifs non soignants par rapport à l'effectif total des établissements de santé ne [puisse] excéder 25 % [du personnel hospitalier] »²²⁰ alors qu'elle atteint 29,4 % en 2023.

Il n'existe pas de définition normée du personnel non soignant. La Cour a fait le choix de prendre en compte les trois catégories suivantes : le personnel administratif, dans lequel figurent les agents des secrétariats médicaux chargés de l'accueil du patient, le personnel logistique, dont les agents des services hospitaliers qualifiés qui assurent le bionettoyage ou la distribution de repas dans les services de soins, et le personnel technique (électricité, plomberie, sécurité informatique, etc.). La Cour n'a pas retenu dans sa définition le personnel médico-technique²²¹, les éducateurs et les assistantes sociales, compte tenu de leur proximité avec l'activité de soins.

L'examen des activités du personnel non soignant confirme qu'il est indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital public et les difficultés de comparaison de son importance avec le secteur privé ou avec l'étranger (I). Pour autant, des marges d'efficience doivent être recherchées dans les fonctions support auxquelles contribue le personnel non soignant (II).

²¹⁹ Cette plateforme, ouverte chaque année au mois de septembre, permet à toute personne de proposer des thèmes de contrôle et d'enquête à inscrire au programme des juridictions financières.

²²⁰ Amendement n° 2298 de M. Philippe Vigier, adopté lors de la première lecture du projet de loi à l'Assemblée nationale, abandonné du fait de la censure du Gouvernement sur ce texte. L'amendement renvoyait à un décret en Conseil d'État la fixation de la liste des professions considérées comme soignantes et non soignantes.

²²¹ Personnel concourant à la réalisation des soins pour le dépistage, le diagnostic et la thérapeutique (techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie, personnel de pharmacie, etc.).

Chiffres-clés

En 2023²²², le personnel dans les hôpitaux publics se décomposait en :

- 14 % de personnel soignant médical (médecins, internes, sages-femmes) ;
- 57 % de personnel soignant non médical (infirmiers, aides-soignants) ;
- 29 % de personnel non soignant.

En 2021, la masse salariale du personnel non soignant représentait 23 % de la masse salariale nette totale, soit environ 7 Md€.

En 2023, le montant de la sous-traitance des fonctions support dans les hôpitaux publics était de 4,7 Md€²²³, hors activités médico-techniques.

I - Le personnel non soignant, indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux

Le personnel chargé des fonctions support au sein des hôpitaux publics est souvent mal appréhendé, faute de statistiques fiables et de comparabilité des organisations. Cela s'explique aussi par l'imbrication des fonctions soignantes et non soignantes, qui constitue une caractéristique du fonctionnement des hôpitaux, et impose une étroite coordination entre les services.

A - Des fonctions diverses, des comparaisons à manier avec prudence

Les fonctions support sont indispensables au fonctionnement de l'hôpital public. Il est difficile d'en comparer le poids par rapport au secteur privé ou à d'autres pays.

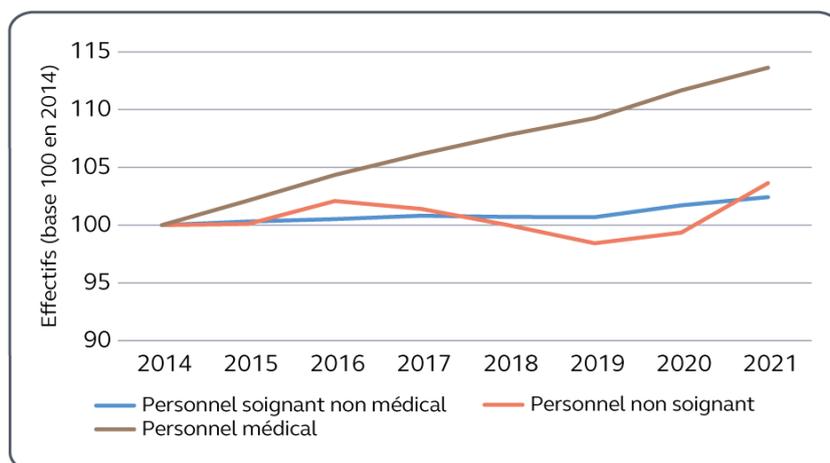
²²² Données issues de la statistique annuelle des établissements de santé, gérée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

²²³ Extraction des comptes financiers 2023, agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

1 - Des fonctions diverses, une évolution de l'effectif contenue

Les fonctions non soignantes recouvrent des métiers et des secteurs d'activité très différents. Le personnel logistique est chargé des prestations hôtelières (bionettoyage²²⁴, restauration, blanchisserie) et des approvisionnements pour la prise en charge des patients²²⁵. Le personnel administratif comprend les agents réalisant des missions concourant directement au parcours du patient (accueil, admission, secrétariat médical) et des agents nécessaires à la gestion de l'hôpital (gestion de la paie, comptabilité, etc.). Le personnel technique et ouvrier assure l'entretien et la maintenance des locaux, garantissant leur continuité d'activité la journée comme la nuit, tous les jours de la semaine, y compris les *week-ends*.

Graphique n° 22 : évolution du personnel non soignant, soignant non médical et médical en équivalents temps plein (ETP) dans les hôpitaux publics depuis 2014²²⁶ (indice 100 en 2014)



Source : Cour des comptes d'après les données issues du système d'information sur les agents des services publics (SIASP)

²²⁴ Le bionettoyage désigne l'ensemble des opérations réalisées afin d'assainir un environnement et d'éviter le risque d'infection ou de contamination.

²²⁵ Les agents des services hospitaliers qualifiés fournissent les repas aux patients mais si une assistance à la prise de repas est nécessaire, elle est assurée par un aide-soignant.

²²⁶ Ce graphique a été établi à partir des données sociales issues de la base SIASP, disponibles jusqu'en 2021, plutôt qu'à partir des données de la SAE qui présentaient un biais. En effet, les observations de terrain réalisées dans le cadre de cette enquête ont montré que, dès lors qu'elles ont servi de référence pour l'octroi d'un complément de financement en 2020, les données ont été renseignées de manière plus exhaustive par les établissements dans la SAE, ce qui fausse l'évolution entre les deux périodes 2011-2019 et 2020-2023.

Entre 2014 et 2019, l'effectif du personnel non soignant a peu évolué sous l'effet des mesures de maîtrise des dépenses. À partir de 2020, la gestion de l'épidémie de covid 19 a nécessité des renforts pour la mise en place de flux logistiques puis pour décharger le personnel soignant d'activités annexes aux soins (approvisionnements, transports, etc.), dans un contexte de difficultés accrues de recrutement, notamment pour le personnel infirmier.

Entre 2014 et 2021, la part du personnel non soignant dans la masse salariale nette du personnel hospitalier est restée stable, à 23 %. Le montant des dépenses correspondantes est passé de 6,2 Md€ en 2014 à 7,3 Md€ en 2021. Les données d'effectif 2023 pour les hôpitaux publics sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 22 : effectif en équivalent temps plein
dans les hôpitaux publics en 2023**

<i>Catégorie de personnel</i>	ETP	Part dans les effectifs totaux
<i>Personnel administratif (dont direction)</i>	71 425	8 %
<i>Secrétaires médicales</i>	29 486	3 %
<i>Agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)</i>	62 167	7 %
<i>Personnel logistique (hors ASHQ), technique et ouvrier</i>	102 051	11 %
Total personnel non soignant	265 129	29 %
Total personnel soignant	645 418	71 %
dont personnel médical	126 118	14 %

Note : Effectif moyen annuel rémunéré

Source : Cour des comptes à partir des données de la SAE 2023

La proportion de personnel non soignant dans les hôpitaux publics varie entre 26 et 32 % selon la région²²⁷. La taille de l'établissement n'est pas un facteur explicatif de ces variations, qui tiennent à des choix d'organisation, entre régie ou externalisation.

²²⁷ À l'exception de La Réunion qui présente une proportion de personnel non soignant particulièrement basse (23 %) et de Mayotte qui présente une proportion particulièrement élevée (39 %).

2 - Des statistiques à interpréter avec prudence

Les données disponibles sont difficiles à comparer entre secteurs public et privé et entre pays, faute de connaître les modalités de construction des bases dont elles sont issues et de disposer d'une analyse des organisations existantes.

a) Des comparaisons faussées avec les établissements de santé privés

Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne sont pas établies sur les mêmes bases pour les cliniques privées à but lucratif et pour les hôpitaux publics. Dans les cliniques privées, 86 %²²⁸ des médecins exercent à titre libéral. N'étant pas salariés des établissements qui les emploient, ils ne sont pas décomptés en équivalents temps plein dans la SAE. Il en va de même du personnel des secrétariats médicaux, majoritairement salarié des médecins libéraux et non de leur établissement d'exercice²²⁹.

Par ailleurs, l'effectif des sièges ou des groupements d'intérêt économique (GIE)²³⁰ des groupes d'hospitalisation privés, qui n'a pas d'activité hospitalière, n'est pas non plus pris en compte dans la statistique annuelle des établissements de santé ou ne l'est que partiellement. Par exemple, en application des modalités de renseignement de la SAE, les groupes privés Ramsay santé et Elsan ne comptabilisent pas une partie des effectifs mutualisés, soit environ 300 équivalents temps plein chacun.

Ces différences compliquent les comparaisons entre hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif.

b) Des comparaisons internationales délicates à interpréter

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) publie des indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé de ses pays membres²³¹. Parmi ces données figure la répartition du personnel hospitalier selon cinq catégories définies par l'OCDE et renseignées par les pays eux-mêmes²³² :

²²⁸ Drees, *Panorama des établissements de santé*, 2024.

²²⁹ Cette difficulté se retrouve quelle que soit la base de données considérée, SAE ou SIASP.

²³⁰ Un GIE est un cadre juridique qui permet à ses membres de se regrouper pour faciliter ou développer leur activité économique par la mise en commun de moyens et de compétences.

²³¹ OCDE, *Panorama de la santé 2023*, décembre 2023.

²³² Pour la France, les données sont renseignées par la Drees.

« médecins », « infirmiers et sages-femmes », « aides-soignants », « autres prestataires de services de santé » et « autre personnel ». Cette dernière catégorie intègre le personnel non soignant.

Pour la France, le taux de personnel non soignant dans le personnel hospitalier ressort ainsi à 34 %, contre 21 % en Allemagne.

La comparaison de ces ratios n'est cependant pas pertinente. D'une part, les volumes et périmètres d'externalisation de chacun des pays, qui minorent par voie de conséquence les effectifs salariés, ne sont pas identifiés. D'autre part, la classification des effectifs entre pays est différente, avec des frontières entre personnel soignant et non soignant qui ne sont pas toujours précises. Pour faire face à la pénurie de personnel soignant, l'évolution convergente est de le décharger de tâches administratives ou logistiques pour le recentrer sur son cœur de mission. Dans plusieurs pays européens, le personnel polyvalent recruté dans ce but est enregistré, dans les données de l'OCDE, dans la catégorie des « autres prestataires de services de santé » et donc décompté comme du personnel soignant. À l'inverse, la France enregistre les agents de services hospitaliers qualifiés dans la catégorie « autre personnel » et les considère donc comme du personnel non soignant.

L'émergence de fonctions à la frontière du soin

En Allemagne, la fonction d'assistant médico-administratif représentait 4 % du personnel hospitalier en 2021²³³.

En Grande-Bretagne, dans un contexte de crise du *National Health Service* (NHS) et de pénurie de personnel soignant aggravée par le *Brexit*, il est envisagé d'investir davantage dans le personnel de soutien, occupant des emplois d'accompagnement dans le parcours de soin, sans diplôme répertorié ni statut réglementé. Cette catégorie compte aujourd'hui 389 000 agents représentant 28 % de l'effectif du NHS et a vocation à atteindre 662 000 professionnels d'ici 2036-2037²³⁴. Leurs conditions de reconnaissance et de formation devront être prises en compte dans la nouvelle réforme en cours du NHS²³⁵.

²³³ *Rapport hospitalier 2023*, Édition Springer, mars 2023.

²³⁴ D'après le *Long Term Workforce Plan* (plan stratégique sur les ressources humaines en santé), juin 2023.

²³⁵ King's College London, *The Cavendish Review Ten Years On : Are NHS support workers still « invisible »?*, juillet 2024.

Au Danemark, le métier polyvalent d'assistant social et sanitaire inclut des fonctions variées, allant du brancardage à l'accompagnement administratif du parcours de soin. Les agents concernés représentent 5 % du personnel hospitalier²³⁶, disposent en général d'une formation dans l'enseignement technique et professionnel et bénéficient d'une formation diplômante, une fois recrutés. Le Danemark formalise une coopération avec l'Inde et les Philippines pour recruter des ressortissants de ces deux pays.

Au Pays-Bas, la pénurie de personnel soignant amène les hôpitaux à diffuser des annonces de recrutement sur des postes hors diplômes, polyvalents et nécessitant des qualités relationnelles, en proposant une formation une fois en poste.

Afin de se rapprocher des pratiques des autres pays, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé devrait enregistrer ces agents, qui réalisent pour plus de 85 % d'entre eux des tâches logistiques au sein des services de soins²³⁷, dans la catégorie « autres prestataires de services de santé » de l'OCDE au lieu de la catégorie « autre personnel »²³⁸. Il devrait en aller de même pour le personnel médico-technique, directement impliqué dans le parcours de soin du patient. Avec ces retraitements, la proportion de personnel non soignant dans les hôpitaux publics en France serait de l'ordre de 20 %, comparable à celle de l'Allemagne.

B - Le personnel non soignant, un appui nécessaire aux fonctions soignantes

Le rôle des fonctions support dans le soutien qu'elles apportent au personnel soignant s'est accru afin de permettre à ce dernier de se recentrer sur son activité de soins, dans un contexte de complexification des normes.

1 - La coordination des fonctions soignantes et non soignantes : condition de la fluidité du parcours du patient

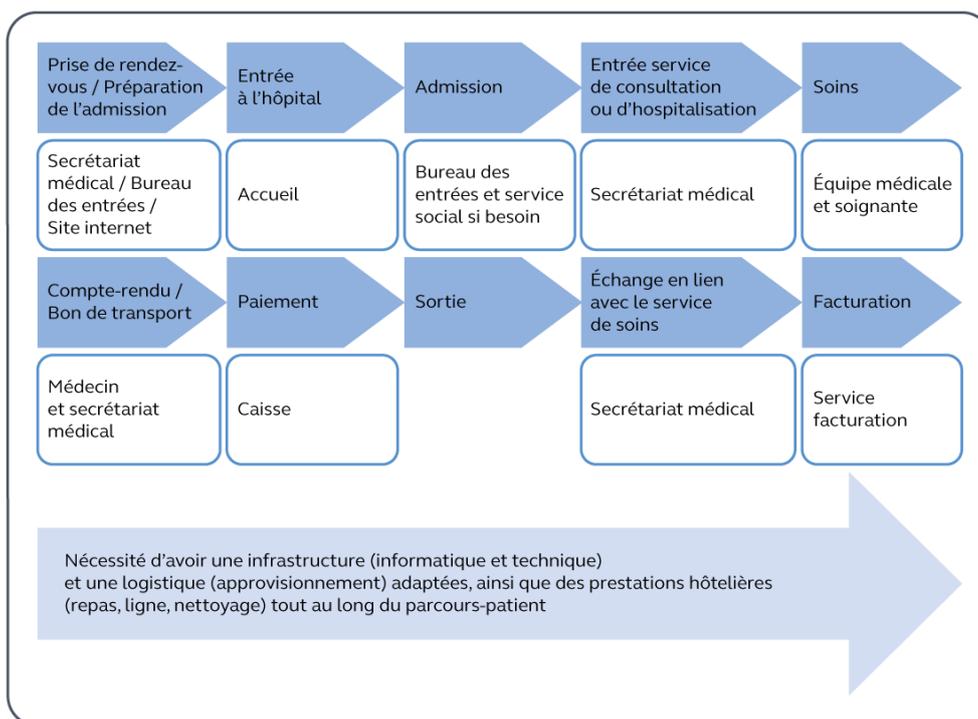
Le parcours d'un patient, tel que schématisé ci-dessous, est complexe.

²³⁶ Autorité danoise des données de santé, *Les employés des hôpitaux publics*, 2024.

²³⁷ Données 2024 de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, à partir d'extractions issues des entretiens professionnels saisis par les établissements. Cette association est l'organisme paritaire agréé, collecteur de fonds de formation de la fonction publique hospitalière.

²³⁸ Dans la SAE, la Drees classe les agents de services hospitaliers qualifiés dans le personnel soignant, à la différence des données transmises à l'OCDE.

Schéma n° 1 : parcours administratif d'un patient en hôpital



Source : Cour des comptes

Il peut se dérouler dans une dizaine d'espaces au sein de l'hôpital et, en l'absence de système d'information permettant de gérer à la fois le dossier administratif et le dossier médical, nécessiter autant d'applicatifs différents. Il peut être différent entre deux hôpitaux ou même entre deux services d'un même établissement. Dans ce contexte, la bonne articulation entre personnel soignant et personnel non soignant est essentielle à la fluidité des parcours et à leur qualité. À titre d'exemple, la fonction de secrétariat médical se situe à l'interface entre le patient et les équipes soignantes²³⁹.

En 2024, la Cour a appelé les hôpitaux à recentrer les équipes soignantes sur leur cœur de métier, soulignant que « plus de 50 % du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants » était consacré à des tâches

²³⁹ Anap, *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé*, mai 2017.

administratives ou logistiques²⁴⁰. Elle a recommandé de mieux estimer cette proportion dans un contexte de raréfaction des ressources soignantes, qui conduisait à des fermetures importantes de lits.

Pour redonner du temps au personnel soignant et garantir une affectation adaptée des moyens humains, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a élaboré en 2023 un guide sur les activités logistiques dans les étages²⁴¹. Partant du constat que les organisations étaient disparates d'un hôpital à un autre, elle a mis au point un applicatif²⁴² mesurant le temps passé par le personnel soignant à des tâches autres que du soin. Cette donnée est ensuite exprimée en équivalent temps plein pour permettre aux hôpitaux de réexaminer leur organisation en fonction de leurs besoins.

Le travail mené par la clinique Pasteur de Toulouse sur les admissions et la programmation des parcours des patients constitue un exemple de meilleure répartition des tâches entre le personnel soignant et le personnel non soignant. L'établissement a constitué deux équipes : une non soignante, qui réalise la préadmission du patient et la constitution de son dossier administratif et une seconde, soignante, responsable des démarches préhospitalières, qui vérifie la complétude du dossier médical et le parcours du patient, en amont de son admission. L'établissement a ainsi gagné du temps de personnel soignant dans les services et optimisé l'occupation de ses capacités d'accueil.

Depuis la mise en œuvre du projet en 2022, il estime avoir réalisé un gain d'environ 5 % de prises en charge complémentaires, à capacité constante. La réorganisation du parcours d'admission et de planification ne s'est néanmoins pas réalisée à effectif constant ; elle a conduit à créer des postes supplémentaires de personnel non soignant et a par ailleurs nécessité le développement d'un outil informatique adapté.

De la même manière, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est dotée en 2023 d'un plan d'action²⁴³ dont l'un des objectifs est de répondre aux besoins de soutien administratif, logistique, technique ou informatique exprimés par le personnel soignant en lui permettant de se recentrer sur son cœur de métier et ainsi d'améliorer l'accompagnement des patients. À cette fin, par redéploiement interne, la création de 600 postes d'agents non soignants auprès des services de soins a été décidée en 2023 et 2024.

²⁴⁰ Cour des comptes, *La réduction du nombre de lits à l'hôpital – Entre stratégie et contraintes*, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VIII, mai 2024.

²⁴¹ Anap, *Logistique d'étage – Libérez du temps pour les soignants*, décembre 2023.

²⁴² Cet applicatif (Effilog) doit être mis à disposition des établissements début 2025.

²⁴³ Plan d'actions *30 leviers pour agir ensemble*, janvier 2023.

2 - Des exigences administratives renforcées

Le personnel non soignant exerce également des fonctions essentielles pour permettre aux hôpitaux de faire face à des exigences administratives qui se sont renforcées ces dernières années.

La politique de qualité et de sécurité des soins fait ainsi reposer sur les hôpitaux des exigences procédurales croissantes de certification et de contractualisation²⁴⁴. Les hôpitaux doivent désormais répondre à de nombreux indicateurs destinés à mesurer et à évaluer la qualité et la sécurité des soins, qui conditionnent une partie de leur financement²⁴⁵.

La tarification à l'activité, créée en 2004, a accru la charge médico-administrative pesant sur les établissements. Dans une démarche d'enregistrement fidèle de l'activité médicale donnant lieu à remboursement de l'assurance maladie, un médecin de l'information médicale est chargé de la supervision du codage des actes médicaux²⁴⁶. Il est assisté par des techniciens de l'information médicale relevant du personnel non soignant.

Les hôpitaux doivent aussi répondre aux nouveaux enjeux de responsabilité sociale et environnementale, qui exigent le respect de normes et leur contrôle. Par exemple, la mise en œuvre d'un décret de réduction de la consommation d'énergie²⁴⁷ va nécessiter, selon l'inspection générale des affaires sociales²⁴⁸, un accompagnement renforcé des hôpitaux en ressources humaines et en investissements pour atteindre les objectifs fixés.

²⁴⁴ L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 a mis en place la procédure d'accréditation (certification aujourd'hui) et la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les agences régionales d'hospitalisation alors nouvellement créées. La loi « hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 a consacré la généralisation de cette politique d'amélioration continue.

²⁴⁵ Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité a été généralisé en 2016. Les résultats d'indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge, la prévention, l'organisation des soins, etc. permettent de déterminer pour chaque établissement un score de rémunération qui fonde le versement de subventions.

²⁴⁶ Environ 3 000 groupes homogènes de malades sont dénombrés, nécessaires pour assurer la tarification des hôpitaux.

²⁴⁷ Décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019. Son calendrier prévoit une réduction de la consommation d'énergie finale de 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 par rapport à l'année de référence choisie.

²⁴⁸ Inspection générale des affaires sociales, *La transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux*, rapport n° 2023-102R, avril 2024.

Par ailleurs la multiplication des cyberattaques dans les hôpitaux les conduit à renforcer leur niveau de sécurité avec des équipes qualifiées²⁴⁹, comme l'exige la réglementation européenne²⁵⁰.

Enfin, l'activité de recherche se développe dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), qu'il s'agisse d'études cliniques ou de gestion de projets. Elle induit d'importants besoins de soutien administratif et technique.

Dans les CHU, une activité dynamique de recherche et d'innovation

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris évalue à 2,4 % la part du personnel non soignant dans le personnel hospitalier intervenant en soutien des projets de recherche médicale. Cela représente 2 000 agents, pour moitié affectés à la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) et pour l'autre dans les groupements hospitaliers.

Pour répondre à des appels à projets sur fonds européens et nationaux et mener les travaux de recherche clinique, l'effectif de la DRCI a connu une progression de 33 % depuis 2019. Les recrutements ont concerné des emplois de chargé de mission recherche, de bio-informaticien, de biostatisticien, de *data manager*, de chef de projet d'études cliniques, de coordinateur d'études cliniques, d'ingénieur d'études hospitalier, de technicien d'études cliniques, d'administratif en support de la recherche, etc. Les groupements hospitaliers universitaires conduisent aussi des travaux de recherche clinique, financés par des appels à projets.

Les directions recherche et appui recherche des Hospices civils de Lyon comptaient 513 ETP en 2023. 127 ETP (principalement assistants de recherche clinique, chefs de projet recherche clinique, coordinateurs d'études cliniques) ont été recrutés entre 2019 et 2023, dont environ 20 % financés par France 2030 et par l'Union européenne.

²⁴⁹ Cour des comptes, *La sécurité informatique des établissements de santé*, observations définitives, janvier 2025.

²⁵⁰ Directives UE 2016/1148, dite NIS 1 et 2022/2555, dite NIS 2.

II - Des pistes d'efficience à rechercher

La recherche d'une efficience accrue des fonctions support des hôpitaux repose sur des choix d'organisation interne. Quelle que soit l'organisation retenue, les hôpitaux doivent aussi moderniser leurs fonctions support afin de soutenir plus efficacement les missions de soins.

A - Des choix d'organisation des fonctions support à mieux piloter

Les données relatives aux coûts des unités d'œuvre²⁵¹, qui permettraient de comparer l'efficience de la gestion des fonctions support entre hôpitaux, sont exploitées de façon inégale, en fonction de leur disponibilité. Elles sont pourtant essentielles pour déterminer les choix d'organisation entre le maintien en interne, l'externalisation ou la mutualisation avec d'autres hôpitaux de tout ou partie des fonctions exercées par le personnel non soignant.

1 - Une amélioration de la connaissance des coûts, indispensable à la transformation des fonctions support

Pour aider à la transformation des fonctions support et prendre des décisions éclairées sur leur organisation, les hôpitaux doivent disposer d'unités d'œuvre comparables, partagées par le plus grand nombre.

Deux bases de recensement des unités d'œuvre existent aujourd'hui : la base d'Angers²⁵² et celle issue du retraitement comptable (base RTC), suivie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La base d'Angers est renseignée annuellement par les hôpitaux publics volontaires²⁵³. Seuls 80 des 1 100 hôpitaux publics l'alimentent, ce qui est insuffisamment représentatif pour obtenir des éléments de comparaison pertinents. La base RTC est une enquête annuelle et nationale, obligatoire pour les établissements publics et privés non lucratifs, qui permet de mener

²⁵¹ Une unité d'œuvre est une mesure comptable qui permet de répartir les charges sur chaque service pour en calculer les coûts, par exemple le coût du mètre carré nettoyé, le coût de la tonne de linge lavé ou le coût d'un repas.

²⁵² La « base d'Angers » est un référentiel de coûts pour les activités non cliniques d'un hôpital (plus d'une trentaine d'activités analysées). Ce référentiel est suivi par le centre hospitalier universitaire d'Angers.

²⁵³ 20 % des comptes ne sont pas retraités de la même façon dans ces deux bases.

des analyses en fonction du mode de gestion. Cependant, les établissements ne la renseignent pas avec le même niveau de détail, ce qui rend difficile la comparaison pour certaines unités d'œuvre.

La Cour a relevé en 2023²⁵⁴ que les comptes des établissements de santé publics et privés ne sont ni structurés de la même manière ni transmis automatiquement à l'ATIH, du fait de l'absence de décret d'application de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique²⁵⁵. En effet, de manière générale, les établissements privés ne transmettent pas systématiquement leurs comptes aux agences régionales de santé (ARS)²⁵⁶ et ces dernières ne les exigent que ponctuellement quand un établissement exprime une demande d'aide pour assurer son équilibre budgétaire.

Pour ces raisons, les calculs de coûts standard pour des prestations telles que le mètre carré nettoyé, la tonne de linge lavé ou la prestation de repas, ne peuvent être établis avec une précision suffisante pour permettre des comparaisons fiables entre les établissements.

2 - Des fonctions support à rationaliser

La recherche d'efficacité amène les hôpitaux à externaliser leurs fonctions support ou à les mutualiser avec d'autres établissements. Les externalisations ont été historiquement décidées par les hôpitaux sans pilotage national alors que les mutualisations, pourtant encouragées, ne font l'objet d'aucun suivi.

²⁵⁴ Cour des comptes, *La tarification à l'activité*, observations définitives, juillet 2023. *Recommandation n°2 : Harmoniser dès 2024, pour l'ensemble des établissements publics et privés, les règles de la comptabilité analytique hospitalière et les rendre obligatoires, afin de permettre, d'une part, à chaque établissement de comparer ses coûts aux tarifs et, d'autre part, de favoriser les comparaisons des coûts entre les établissements de santé.*

²⁵⁵ Article L. 6161-3 du code de la santé publique : « *Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé ainsi qu'aux services d'inspection et de contrôle dans le cadre de leurs contrôles, dans des conditions fixées par voie réglementaire [...]* ».

²⁵⁶ L'ARS Bretagne est celle qui déclare recevoir le plus de comptes des établissements privés (70 %).

a) Un degré d'externalisation souhaitable des fonctions logistique et technique à mieux apprécier au cas par cas

Dans le secteur hospitalier, des externalisations ont été conduites depuis les années 2000 pour améliorer l'efficacité de la gestion de certaines activités ou pour permettre aux établissements de se concentrer sur leur activité soignante, en valorisant au mieux leurs ressources et compétences. Elles ont été encouragées par les agences régionales de santé dans les plans de retour à l'équilibre des hôpitaux déficitaires²⁵⁷.

Un exemple d'externalisation est donné par le groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille, qui a transféré toute sa restauration à un prestataire avec reprise du personnel. Il attend une économie de 500 000 € par an de cette opération mise en œuvre depuis décembre 2024.

Au sein du groupe Ramsay, 68 % des cliniques (soit 84 établissements) ont externalisé leur bionettoyage auprès de deux prestataires. Dans deux cas, toutefois, le périmètre initialement défini pour cette sous-traitance était trop restreint, ce qui a entraîné une désorganisation des équipes et conduit l'entreprise à procéder à une ré-internalisation du bionettoyage.

De la même façon, le CHU de Montpellier a partiellement réinternalisé cette fonction (huit secteurs concernés) en 2023 pour améliorer la qualité des prestations fournies.

Le degré d'externalisation des fonctions logistiques devrait faire l'objet d'une analyse périodique dans les hôpitaux, selon une démarche structurée, afin d'être adapté à chaque situation particulière pour en maximiser les effets positifs et en minimiser les inconvénients.

Afin d'assister les hôpitaux dans leurs démarches d'externalisation du bionettoyage, le ministère chargé de la santé a, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare), mis en place un outil d'aide à la décision²⁵⁸, qui pourrait être transposé à d'autres fonctions.

²⁵⁷ Un plan de retour à l'équilibre est un document stratégique visant à rétablir l'équilibre financier d'un hôpital en situation de déficit. Il s'agit d'un ensemble de mesures et d'actions concrètes élaborées par l'hôpital, généralement sur demande de l'ARS, pour redresser sa situation financière.

²⁵⁸ Direction générale de l'offre de soins, *Méthodologie d'aide au choix du meilleur modèle entre internalisation et externalisation*, 2023.

Le volume financier des externalisations conduites dans les hôpitaux par type d'activité n'est aujourd'hui pas connu. En 2022, dans le cadre de la collecte des données de la SAE, la Drees avait cherché à recenser le personnel intermédiaire, employé par des tiers (groupements, prestataires externes, etc.) et réalisant des missions pour un hôpital. Face aux difficultés rencontrées en termes d'exhaustivité et de fiabilité des données collectées, elle n'a pas reconduit leur recueil.

b) Des mutualisations à encourager

Les mutualisations entre hôpitaux ont été encouragées dès la loi du 21 juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé et territoires » par une simplification de la réglementation en vigueur concernant la constitution de groupements de coopération sanitaire (GCS)²⁵⁹. Début 2023, sur 700 GCS publics, seuls 300 avaient pour objet de mutualiser les fonctions support et les investissements immobiliers. Les 400 autres avaient pour finalité le partage d'équipements médicaux et d'activités de soins.

En 2009, le groupement audois de prestations mutualisées médico-logistiques, plateforme logistique regroupant des activités de restauration, blanchisserie, approvisionnement non médical et médical, pharmacie, a été créé sous la forme d'un GCS de moyens, porté principalement par le centre hospitalier de Carcassonne²⁶⁰. Après avoir connu d'importantes difficultés financières en raison du coût du loyer prévu dans le contrat de partenariat public-privé²⁶¹, que son directeur est parvenu à résilier, le GCS fait aujourd'hui figure de modèle organisationnel. Ses bénéficiaires, établissements de santé, publics et privés, médico-sociaux et scolaires, dont le nombre progresse, se déclarent satisfaits de la qualité et du prix des prestations délivrées.

La possibilité de créer des groupements hospitaliers de territoire (GHT), prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a eu pour objectif d'encourager la définition de projets médicaux partagés entre hôpitaux publics d'un même territoire et, pour les mettre en œuvre, la mutualisation de fonctions²⁶². Les effets de la création des GHT sur la réduction de la masse salariale des fonctions support ne sont cependant pas perceptibles dans les données statistiques disponibles.

²⁵⁹ Le GCS peut être de droit public ou de droit privé, en fonction de la nature juridique de ses membres majoritaires, ce qui détermine les règles budgétaires et comptables qui lui sont appliquées. Les GCS de moyens ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

²⁶⁰ À sa création, ce GCS comprenait 6 hôpitaux ; il compte dorénavant 34 membres, dont 12 hôpitaux et 9 établissements médico-sociaux.

²⁶¹ Chambre régionale des comptes Occitanie, *Groupement de coopération sanitaire « Groupement audois de prestations mutualisées médico-logistiques »*, 2019.

²⁶² L'article L. 6132-3 du code de la santé publique inclut dans les fonctions devant être obligatoirement assurées par l'établissement support la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier commun et la fonction achats et, dans les fonctions pouvant être facultativement mutualisées, le groupement d'activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Aucun suivi des mutualisations des fonctions support n'a ainsi véritablement été établi, comme la Cour l'avait déjà constaté en 2020²⁶³. La direction générale de l'offre de soins ne dispose pas d'une vue d'ensemble sur leur mise en œuvre et les ARS y portent une attention variable²⁶⁴. En dehors de la fonction achats²⁶⁵ ou des systèmes d'information, les rapprochements s'effectuent au gré de la situation spécifique de chaque GHT et sans impulsion nationale.

Depuis 2011, les recompositions de l'offre hospitalière auraient dû faire l'objet d'un rapport annuel contenant un bilan détaillé des coopérations mises en œuvre²⁶⁶. Ce rapport n'a été produit qu'une seule année et l'observatoire qui devait être mis en place par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation se résume à une déclaration par les ARS des GCS approuvés par leurs soins, sans analyse ni précision sur leur objet ou sur leur effectif.

Il serait opportun de mettre en place un suivi consolidé des mutualisations de fonctions support réalisées dans le cadre de groupements de coopération sanitaire, incluant une analyse des difficultés rencontrées par ces structures et de leur situation financière. Ce suivi permettrait d'identifier les bonnes pratiques dont pourraient s'inspirer les hôpitaux.

3 - Une association plus étendue des services de soins à la gestion de l'hôpital

Le constat d'une certaine pesanteur du cadre administratif de l'hôpital public a récemment été posé²⁶⁷. Des mesures d'assouplissement et de rénovation de la gouvernance hospitalière ont été engagées²⁶⁸ pour inciter à la délégation des responsabilités au sein des services de soins.

²⁶³ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.

²⁶⁴ L'ARS Occitanie a réalisé une enquête approfondie en 2022 sur l'état des mutualisations auprès des 14 GHT de la région. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes suit la mise en œuvre des mutualisations prévues dans les conventions constitutives des GHT et l'ARS Grand-Est produit un tableau des mutualisations en cours.

²⁶⁵ La direction générale de l'offre de soins admet que la mutualisation de la fonction achats, pourtant obligatoire, n'a pas encore abouti.

²⁶⁶ Article n° 17 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶⁷ Professeur Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, juin 2020.

²⁶⁸ Circulaire du 6 août 2021 de la direction générale de l'offre de soins relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le professeur Olivier Claris. Professeur Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, juin 2020.

Dès 2007, le centre hospitalier de Valenciennes a mis en place un large périmètre de délégation au profit des pôles²⁶⁹, qui concerne 90 % des prérogatives de sa direction générale, dans les domaines budgétaires et des ressources humaines médicales et non médicales. Cette délégation visait à responsabiliser les acteurs par la signature de contrats en leur accordant davantage d'autonomie pour l'atteinte des objectifs assignés. Elle a permis à l'ensemble du personnel de s'impliquer davantage dans la gestion de leur pôle d'activité. Avec cette nouvelle gouvernance, l'hôpital a enregistré une croissance d'activité de 45 % en cumul entre 2008 et 2024. Sur la même période, le personnel a augmenté de 26 %, dont 19 % pour le personnel non soignant. Sa situation financière est excédentaire²⁷⁰.

Malgré son intérêt et son bilan positif, et la volonté de développer au niveau national des délégations de gestion aux responsables médicaux et non médicaux²⁷¹, cette innovation du centre hospitalier de Valenciennes n'a pas été reproduite, sauf par le centre hospitalier universitaire de Nice, qui l'a mise en place en 2023²⁷². D'autres hôpitaux pourraient s'approprier cette démarche.

B - Moderniser les fonctions support pour en améliorer la performance

L'amélioration de la contribution des services support au parcours du patient passe par diverses mesures de modernisation, notamment une réforme des processus de facturation et de recouvrement, un recours accru au numérique et une adaptation des formations dispensées aux nouveaux besoins de compétences des personnels non soignants.

²⁶⁹ Les 60 services de l'hôpital ont été regroupés en 15 pôles hospitaliers : deux administratifs, trois médico-techniques (imagerie, biologie, pharmacie) et 10 cliniques (chirurgie, urgences-réanimation-anesthésie, médecine interne, etc.).

²⁷⁰ Dans son rapport de 2022, la chambre régionale et territoriale des comptes des Hauts-de-France notait l'organisation originale mise en place tout en relevant la nécessité d'une meilleure supervision de certaines fonctions par la direction générale et le pôle chargé des moyens. Elle qualifiait la situation financière de satisfaisante.

²⁷¹ Circulaire du 6 août 2021 de la direction générale de l'offre de soins déjà citée.

²⁷² Le directeur général du centre hospitalier universitaire de Nice, en poste depuis janvier 2023, est l'ancien directeur du centre hospitalier de Valenciennes.

1 - Réformer les processus de facturation et de recouvrement

La mise en place de la tarification à l'activité a imposé une transformation de la chaîne de facturation. Il a fallu s'assurer de l'exhaustivité des données recueillies, de la justesse du codage de l'activité, de la fluidité des échanges financiers avec l'assurance maladie, les assureurs complémentaires et les patients, et de l'efficacité du recouvrement avec le comptable public.

Le parcours financier du patient a été rendu plus complexe et la multiplicité des intervenants crée des surcoûts²⁷³. Ce circuit a été identifié par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) comme présentant des marges d'amélioration du fait d'un fort cloisonnement entre les différents professionnels de la chaîne de facturation et de l'absence d'un système d'information permettant un pilotage d'ensemble.

En 2016, partant du constat que près de la moitié du reste à charge des patients n'était pas recouvrée au bout d'un an (soit environ 550 M€ par an²⁷⁴), le ministère chargé de la santé a lancé un programme de simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées.

Depuis près de dix ans, les hôpitaux s'efforcent ainsi d'améliorer leur facturation et le processus de recouvrement des restes à charge, avec encore des marges de progrès.

Le recouvrement serait amélioré par l'accélération du déploiement du « protocole d'échanges standard des avis des sommes à payer », proposé par la direction générale des finances publiques (DGFIP) depuis 2019. Cette application permet à la DGFIP d'éditer, pour le compte des hôpitaux publics, les avis des sommes à payer et de les adresser directement aux débiteurs. L'application traite de manière centralisée et automatisée la mise sous pli, l'affranchissement et l'envoi des avis. Elle utilise un modèle unique d'édition, permettant une harmonisation des pratiques et la centralisation du traitement des chèques et des titres interbancaires de paiement dans les centres d'encaissement.

Selon la DGFIP, cinq ans après son lancement, le taux de déploiement de ce dispositif ne dépasse pas 30 %. Par défaut, les hôpitaux publics continuent d'imprimer les titres, remis à la DGFIP pour mise sous

²⁷³ Drees, *Les dépenses de santé 2022*, édition 2023.

²⁷⁴ Instruction du 18 mars 2016 relative au programme *Simphonie*, aux trois projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016.

pli et envoi postal. Certains hôpitaux sous-traitent cette opération à un syndicat inter-hospitalier, rémunéré pour cette prestation.

Un autre dispositif vise à simplifier et à sécuriser le tiers-payant sur la part complémentaire en remplaçant l'ensemble des échanges papiers ou dématérialisés existants avec les organismes complémentaires par un format national unique d'échanges en temps réel. Selon la DGFIP, fin 2023, ce dispositif était utilisé par 300 établissements, soit moins de 23 % du total des hôpitaux publics. 137 virements ont été effectués en novembre 2023 par le canal de cet outil, soit seulement 0,007 % des flux.

2 - Transformer les fonctions support grâce au numérique

Le ministère chargé de la santé a établi une carte du numérique en santé qui détaille les potentialités de l'intelligence artificielle, dont l'impact devrait être plus significatif pour le parcours de soins des patients que la seule robotisation ne l'a été jusqu'à présent.

L'usage de l'intelligence artificielle en santé a d'abord été conçu pour améliorer la prévention, le diagnostic et le suivi des patients. Elle constitue aussi un levier de la transformation des fonctions support.

Le premier cas d'usage porte sur les tâches administratives répétitives et lourdes, consommatrices de temps et exposées à l'erreur humaine, telles que les saisies d'identité et d'adresse, la rédaction de comptes rendus, l'envoi des courriers et l'intégration des différents documents nécessaires dans le dossier patient, quel que soit leur support. Le recours à l'intelligence artificielle permet également de franchir une étape supplémentaire dans l'automatisation de la logistique avec une gestion prédictive des stocks et de la pharmacie en matière d'analyse et de suivi des ordonnances²⁷⁵.

Toutefois, aucun financement spécifique n'a été prévu dans le cadre du Ségur du numérique en santé alors même que le déploiement de l'intelligence artificielle dans les établissements concourt au partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et autour du patient. Le CHU de Montpellier a donc dû proposer, *via* une réponse à un appel à projets dans le cadre de France 2030, de développer l'usage de l'intelligence artificielle sur un champ très large : optimisation des flux, planification des ressources humaines, gestion des stocks médicaux, maintenance prédictive des équipements et simulation d'infrastructures hospitalières.

²⁷⁵ Anap, *Panorama des métiers en émergence à l'international*, janvier 2025, et Haute autorité de santé, *Sixième version du référentiel de certification des établissements de santé*, janvier 2025, applicable à partir de septembre 2025.

L'intégration de l'intelligence artificielle suppose par ailleurs sa bonne appropriation par le personnel. Le CHU de Montpellier mobilise à cette fin son école de la transformation hospitalière. Dans le même but, le centre hospitalier de Lens a conclu un partenariat avec l'université de l'Artois, dont la première étude de recherche appliquée concerne l'aide au codage avec la recherche automatisée au sein des comptes rendus opératoires.

3 - Adapter les formations aux nouveaux besoins de compétences du personnel non soignant

L'évolution rapide des compétences attendues des agents exerçant des fonctions non soignantes et l'émergence de nouveaux métiers nécessitent un investissement en formation au sein des hôpitaux, qui doit être encouragé au niveau national pour gagner en efficacité.

En 2021, les équipes administratives et techniques des hôpitaux publics étaient majoritairement constituées d'agents de catégorie C, payés entre 1,2 et 1,4 fois le Smic, dont un tiers a le statut de contractuel. Ces agents sont à plus de 90 % des femmes dans les secteurs administratif et logistique et à plus de 90 % des hommes dans le secteur technique. Les différences salariales varient entre 2 et 10 %, à fonction et ancienneté équivalentes, en défaveur des femmes²⁷⁶.

Récemment, des mesures sectorielles ont été prises pour améliorer l'attractivité de certains métiers relevant de la fonction publique hospitalière. Les ingénieurs hospitaliers ont bénéficié d'une revalorisation pour converger vers le statut des ingénieurs territoriaux. Cette mesure d'accompagnement du volet numérique du Ségur de la santé a été prise pour permettre aux hôpitaux de progresser en matière de cybersécurité. Une réflexion est menée sur les conditions de travail des acheteurs dans le cadre du programme Phare, avec pour but de limiter leur forte rotation. Ces mesures ponctuelles concernent toutefois des cadres et ne répondent pas aux enjeux de transformation des métiers du personnel non soignant.

L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier a créé un outil de cartographie permettant aux établissements adhérents de mieux connaître leur effectif par métier et d'anticiper les effets de ces transformations. Au niveau national, la commission des emplois et des métiers du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière²⁷⁷, qui a pour mission d'assurer le suivi de l'évolution qualitative et quantitative des emplois et des métiers de la fonction

²⁷⁶ Cour des comptes d'après les données issues du SIASP 2021.

²⁷⁷ Créée en 2017 en remplacement de l'observatoire national des emplois et des métiers.

publique hospitalière, s'est limitée jusqu'à présent à l'actualisation du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. Seules une quinzaine de fiches ont été créées depuis 2021²⁷⁸ et le répertoire n'est pas considéré comme exhaustif par la direction générale de l'offre de soins.

Une démarche plus analytique et plus prospective de l'évolution des métiers non soignants doit être engagée afin de promouvoir des axes de formation adaptés.

Une question devra faire l'objet d'un examen attentif : dans le cas d'une formation longue, et notamment pour les congés de formation professionnelle, les agents perdent une part significative de leur régime indemnitaire²⁷⁹, ce qui peut constituer un frein financier²⁸⁰.

²⁷⁸ Les archives du répertoire des métiers ne sont pas accessibles avant cette date.

²⁷⁹ Pour le personnel soignant, des compléments de traitement indiciaire sont versés pour les études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social, ou en cas de préparation à un reclassement sur des fonctions non soignantes.

L'article 42 de la loi n° 2021-1754, qui a complété l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, prévoit ces compléments, qui ne concernent pas le personnel non soignant.

²⁸⁰ Inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, *La formation continue dans la fonction publique hospitalière*, décembre 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le nombre et le rôle du personnel non soignant dans les hôpitaux publics suscitent l'intérêt des citoyens. L'absence de cadre fiable de comparaison des données ne permet pas d'objectiver leur éventuelle trop forte proportion dans le personnel hospitalier, par rapport aux établissements privés ou à l'Allemagne, souvent citée.

L'enjeu principal est la qualité de l'apport du personnel non soignant au personnel soignant pour l'exercice de missions toujours plus complexes, en le déchargeant de tâches qui ne relèvent pas du soin.

Pour autant, une plus grande performance doit être recherchée dans l'organisation des fonctions support en facilitant les comparaisons d'efficacité entre les hôpitaux, en déterminant le degré adéquat d'externalisation et de mutualisation des compétences pour chaque établissement, et en augmentant l'investissement dans les outils numériques et dans l'évolution des métiers.

La Cour formule les recommandations suivantes :

13. *rendre obligatoire une méthode commune aux hôpitaux publics et privés de calcul du coût des unités d'œuvre des principales fonctions support (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 14. *assurer un suivi des mutualisations des fonctions support afin d'identifier les bonnes pratiques (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 15. *accélérer dans tous les hôpitaux publics le déploiement des applicatifs de facturation et de recouvrement auprès des assurances complémentaires (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
 16. *ouvrir les appels à projets financés dans le cadre du numérique en santé à des applications relatives aux fonctions support (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
-

