

Chapitre XIV

Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

PRESENTATION

Plus d'un million de personnes⁴⁸¹ dont 100 000 médecins et 900 000 agents non médicaux travaillent dans les hôpitaux publics à la prise en charge de plus de 15 millions de séjours par an⁴⁸². Le secteur hospitalier public représente 17 % de l'emploi public et 4 % de l'emploi total en France⁴⁸³.

La Cour avait dressé en 2006⁴⁸⁴ un bilan sévère des modalités de gestion des personnels des hôpitaux publics, soulignant la fragilité des informations disponibles et des mécanismes de régulation de cette dépense, qui constitue avec un montant de 41,7 Md€⁴⁸⁵ en 2012 le premier poste de charge des établissements publics de santé⁴⁸⁶.

L'enquête menée par la Cour et les chambres régionales des comptes a mis en lumière un ralentissement fragile des dépenses de personnel dans le contexte d'une progression des effectifs qui a accompagné la hausse de l'activité hospitalière (I). Les facteurs défavorables à leur maîtrise demeurent nombreux (II). La mobilisation de gisements d'efficience est ainsi indispensable (III).

I - Un ralentissement fragile de la dépense, des effectifs en croissance

A - Un ralentissement récent et précaire

Premier poste de dépenses pour l'assurance maladie, les dépenses de personnel hospitalier représentent 57 % des montants consacrés par cette dernière aux établissements de santé, atteignant 41,7 Md€ en 2012.

481. Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), *Faits et chiffres, l'essentiel 2013*. Hôpitaux publics, hors établissements médico-sociaux. Activités sanitaires et médico-sociales rattachées à des entités sanitaires. Emplois principaux, hors contrats aidés. Médecins en formation inclus.

482. DREES, *Panorama des établissements de santé*, p. 75 et 79.

483. DGAFP, *Faits et chiffres, l'essentiel 2013*, p. 1.

484. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les personnels des établissements publics de santé*, La Documentation française, mai 2006, 154 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

485. DGFIP, titre 1 « charges de personnel », comptes de résultats principaux des établissements publics de santé.

486. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les personnels des établissements publics de santé*, La Documentation française, mai 2006, 154 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

Leur maîtrise est l'une des conditions de celle de l'ONDAM, pour lequel est désormais prévue par le programme de stabilité 2014-2017 une évolution de +2 % par an en moyenne sur la période 2015-2017, comme plus généralement de la soutenabilité des finances publiques. Le programme de stabilité prévoit ainsi que la masse salariale publique diminue en volume de 0,3 % par an pour l'ensemble des administrations publiques.

1 - Une contribution au ralentissement de la progression de l'ONDAM hospitalier

Sur la période 2007-2012, la hausse cumulée des dépenses de personnel explique près de la moitié (47 %) de la progression des dépenses des hôpitaux publics.

Après une période de fort dynamisme en 2007-2008, la croissance des dépenses de personnel a progressivement ralenti, leur progression oscillant autour de 2 % en euros courants depuis 2009. Augmentant moins rapidement que les autres charges de fonctionnement, leur poids relatif dans les charges d'exploitation a diminué depuis 2007 pour se stabiliser à moins de 64 % en 2012 contre 66 % en 2007.

Tableau n° 74 : taux de croissance comparé des charges de fonctionnement courant et des charges de personnel depuis 2007

	<i>En %</i>				
	2008	2009	2010	2011	2012
Charges de fonctionnement	5,0	2,6	2,6	3,3	2,2
Charges de personnel	3,4	1,6	2,4	1,8	2,2
Dépenses hospitalières constatées dans l'ONDAM pour les établissements publics ⁴⁸⁷	3,9	4,5	1,7	2,4	1,55

Source : DGFIP, DREES, ATIH⁴⁸⁸

En moyenne annuelle, le taux de progression des dépenses de personnel (+2,3 % pour la période 2007-2012) est inférieur à celui de l'ONDAM hospitalier public⁴⁸⁹ (+2,6 % pour la même période), dont ces dépenses constituent une part importante. Les dépenses de personnel ont

487. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

488. Direction générale des finances publiques (DGFIP) comptes de résultats principaux des EPS 2007 à 2012 ; agence technique de l'information hospitalière (ATIH) dépenses des établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif.

489. Entendu comme les dépenses hospitalières constatées dans l'ONDAM, hors FMES-PP pour les établissements publics et privés à but non lucratif.

donc contribué au ralentissement de la progression de l'ONDAM sur ces cinq années.

Tableau n° 75 : évolution des composantes des dépenses de personnel depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants ⁴⁹⁰	euros constants	euros courants	euros constants
Rémunérations	24 742	27 515	11 %	3 %	2,1 %	0,5 %
Impôts et taxes sur rémunérations	3 180	3 705	17 %	8 %	3,1 %	1,4 %
Charges sociales	9 056	10 102	11,5 %	3 %	2,2 %	0,5 %
Personnel extérieur	303	395	30 %	22 %	5,5 %	3,8 %
Dépenses de personnel	37 282	41 717	12 %	3 %	2,3 %	0,6 %

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

La prise en compte de l'inflation ramène la progression des dépenses de personnel à 3 % en euros constants sur la période 2007-2012, recouvrant une croissance des impôts et taxes sur les rémunérations de +1,4 % en moyenne annuelle et des rémunérations de +0,5 %.

2 - Une dynamique de dépense différenciée entre le personnel non médical et le corps médical

Depuis 2007, les dépenses de personnel non médical augmentent deux fois moins vite que celles de personnel médical. En euros constants, les dépenses de personnel non médical sont pratiquement stables (+0,1 % en moyenne annuelle). En revanche, les dépenses de personnel médical restent dynamiques, progressant en moyenne annuelle de 2 % en euros constants.

490. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

Tableau n° 76 : évolution des rémunérations et charges selon les catégories de personnel depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants ⁴⁹¹	euros constants	euros courants	euros constants
Charges et rémunérations, dont	33 798	37 617	11 %	3 %	2,1 %	0,5 %
Personnel non médical	27 066	29 543	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Personnel médical	6 733	8 074	20 %	11 %	3,7 %	2,0 %
Personnel extérieur ⁴⁹²	303	395	30 %	22 %	5,5 %	3,8 %

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

Pour le personnel non médical, les dépenses liées aux agents titulaires (et stagiaires) qui regroupent l'essentiel des charges diminuent en moyenne de 0,3 % par an en euros constants. Celles liées aux personnels contractuels progressent en revanche de plus de 4 % par an (moyenne en euros constants).

Tableau n° 77 : évolution des dépenses de personnel non médical par catégorie depuis 2007

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants ⁴⁹³	euros constants	euros courants	euros constants
Personnel non médical	27 066	29 543	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Charges sociales	7 512	8 200	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
Rémunérations, dont	19 554	21 344	9 %	0,5 %	1,8 %	0,1 %
<i>Personnels titulaires</i>	17 335	18 531	7 %	-2 %	1,3 %	-0,3 %
<i>Personnels contractuels</i>	1 971	2 701	37 %	28 %	6,5 %	4,8 %

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

Parmi les dépenses de personnel médical, les hausses les plus fortes concernent également les contractuels, c'est-à-dire les personnels qui ne sont pas couverts par le statut de praticien hospitalier. Bien qu'elle soit la moins dynamique, la dépense relative aux praticiens hospitaliers

491. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

492. Personnel temporaire salarié d'un tiers à l'hôpital, mis provisoirement à la disposition de ce dernier. Les dépenses de « personnel extérieur » comprennent la rémunération des personnels et de la structure tierce.

493. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

explique près de la moitié de la progression en volume, compte tenu du poids de ces derniers dans les effectifs des hôpitaux.

Tableau n° 78 : évolution des dépenses de personnel médical par catégorie depuis 2007

En M€

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants ⁴⁹⁴	euros constants	euros courants	euros constants
Personnel médical	6 733	8 074	20 %	11 %	3,7 %	2,0 %
Charges sociales	1 544	1 902	23 %	14 %	4,2 %	2,6 %
Rémunérations, dont	5 188	6 172	19 %	10 %	3,5 %	1,9 %
<i>Praticiens hospitaliers</i>	2 835	3 280	16 %	7 %	3,0 %	1,3 %
<i>Praticiens contractuels</i>	820	1 049	28 %	19 %	5,0 %	3,4 %
<i>Internes et étudiants⁴⁹⁵</i>	595	871	46 %	38 %	7,9 %	6,2 %

Source : données DGFIP, calculs Cour des comptes

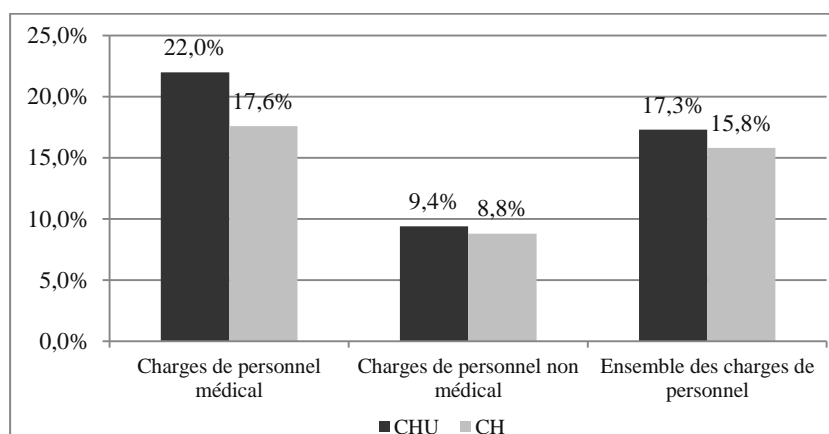
L'évolution plus forte des dépenses de personnel médical est commune à l'ensemble des établissements publics de santé. Elle est davantage marquée néanmoins dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui concentrent 38 % des dépenses de personnel, que dans les centres hospitaliers (CH⁴⁹⁶).

494. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

495. Dans le cas des internes, une partie de la progression constatée depuis 2007 pourrait cependant tenir à des changements de nomenclature comptable.

496. Ne sont pas compris les établissements publics de santé précédemment dénommés « hôpitaux locaux ».

Graphique n° 27 : évolution des dépenses de personnel médical et non médical par catégorie d'établissements de 2007 à 2012



Source : DGFIP

3 - Une relance de la dépense en 2013 qui souligne la fragilité des évolutions récentes

D'après les données provisoires communiquées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la progression des dépenses de personnel en euros courants a connu cependant une accélération en s'élevant à + 2,8 % en 2013, soit une progression supérieure de 0,4 % à l'ONDAM hospitalier prévisionnel pour cet exercice (fixé à 2,4 %). Cette évolution, qui souligne la fragilité du ralentissement constaté, serait notamment imputable selon la DGOS à l'augmentation des cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et au paiement d'une partie des heures accumulées par les agents sur les comptes épargne-temps.

De fait, une cause forte de fragilité des tendances observées pour la dépense tient aux incertitudes entourant la comptabilisation de ces derniers.

Les comptes épargne-temps du personnel hospitalier

Depuis le passage des établissements publics de santé aux 35 heures hebdomadaires, les personnels peuvent épargner sur un compte épargne temps (CET) les journées de réduction du temps de travail non prises pendant l'année. Il n'existe pas de données consolidées sur le nombre de jours dont sont crédités les CET dans l'ensemble des établissements publics de santé, mais il est vraisemblable que les jours

cumulés dépassent sensiblement les 3,6 millions de jours constatés en 2007, qui avaient alors donné lieu à un plan exceptionnel d'apurement partiel pour un montant de près de 400 M€⁴⁹⁷. Selon des données rassemblées par l'ATIH sur un champ très partiel (239 hôpitaux ayant renseigné cet élément dans leur bilan social), complétées par celles transmises par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, trois millions de jours avaient déjà en effet été épargnés sur les comptes épargne temps (CET)⁴⁹⁸ fin 2012 par les établissements de cet échantillon.

Au regard de ce stock, les provisions comptables constituées par les établissements atteignaient 1 Md€⁴⁹⁹ fin 2012, contre 447 M€ fin 2008. Depuis 2008, les établissements ont annuellement abondé les provisions pour CET de 150 M€ environ, avec une forte accélération en 2012 (275 M€)⁵⁰⁰. En l'absence de rapprochement obligatoire et systématique des jours épargnés et des provisions, globalement et par établissement, il n'est pas possible d'apprécier le caractère suffisant de ces provisions. Localement, les chambres régionales des comptes ont constaté des insuffisances de provisions et parfois des sur-provisionnements. Un rapprochement systématique entre les jours épargnés et les provisions est prévu⁵⁰¹ pour les seuls établissements de plus de 300 agents, à compter du bilan social 2013.

Les incertitudes entourant les comptes épargne temps limitent ainsi l'analyse des dépenses de personnel des hôpitaux. La certification progressive à compter de l'exercice 2014 des comptes des établissements publics de santé conduira cependant à terme désormais rapproché à fiabiliser les provisions constituées au regard de l'importance du nombre de jours épargnés.

Le gel du point d'indice de la fonction publique a fortement contribué à la modération de l'évolution de la masse salariale des hôpitaux. Après une phase de stabilisation à 0,8 % en glissement annuel de 2007 à 2009 et une hausse limitée à 0,5 % à la mi 2010, la valeur du point est en effet gelée depuis 2011. Ce gel a contribué à limiter la

497. Destinés pour un peu plus d'un tiers aux personnels médicaux et pour deux tiers aux personnels non médicaux.

498. ATIH, *février 2014, bilans sociaux 2012*, échantillon de 239 établissements, dont un tiers pour le personnel médical et deux tiers pour le personnel non médical, complété des données fournies par l'AP-HP.

499. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, programme qualité et efficacité « maladie », p. 53. Estimation de la dotation 2012 en mai 2013 pour 197,6 M€ (275 M€ en données définitives).

500. Données DGFIP : 171 M€ en 2008, 137 M€ en 2009, 142 M€ en 2010, 156 M€ en 2011.

501. Instruction DGOS/RH3/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des EPS.

progression des dépenses de personnel, le relèvement de 1 % du point d'indice représentant une dépense supplémentaire de l'ordre de 400 M€ pour les hôpitaux publics. Si comme la Cour l'a déjà souligné sa poursuite est nécessaire pour atteindre les objectifs que se sont fixés les pouvoirs publics, son rendement décroît cependant sous l'effet des mesures compensatoires de garantie du pouvoir d'achat comme de celles en faveur des bas salaires, à l'hôpital comme dans l'ensemble de la fonction publique⁵⁰².

Les départs en retraite qui ont allégé la masse salariale ont contribué à limiter sa progression alors que les effectifs continuaient d'augmenter.

B - Une croissance des effectifs qui a accompagné la hausse de l'activité

1 - Une hausse tendancielle de l'activité supérieure à celle des séjours hospitaliers

L'activité hospitalière mesurée par la somme des séjours et des séances a progressé à un rythme moyen de +1,6 % sur la période 2007-2012, cette progression étant plus marquée dans les CHU (+2,2 %) que dans les centres hospitaliers (+1,3 %).

L'évaluation de l'activité à partir du nombre de séjours et séances est cependant imparfaite, car elle ne rend pas compte des ressources mobilisées, plus ou moins importantes selon les pathologies prises en charge.

Ce défaut peut être pallié pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) par l'exploitation des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), également utilisées pour la tarification à l'activité. La croissance de l'activité ainsi mesurée relève cependant pour partie de l'amélioration du codage par les équipes médicales. En dehors de l'année 2009, au cours de laquelle a été mis en œuvre un important changement de classification (passage à la V11) entraînant une majoration de plus de 2 % de l'activité valorisée, l'impact du codage n'est cependant pas isolé en tant que tel par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Pour autant, faire abstraction des données du PMSI dans l'analyse de l'activité reviendrait à ignorer la déformation progressive de la

502. Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques 2014*, juin 2014, p. 154, disponible sur www.ccomptes.fr.

structure d'activité des hôpitaux, liée notamment au vieillissement de la population, qui constitue désormais un phénomène majeur.

L'impact du vieillissement sur l'activité hospitalière en 2012

Selon les données de l'ATIH, la hausse de l'activité liée aux patients âgés de plus de 80 ans s'est accélérée en 2012, avec une augmentation des séjours de +6,1 % et une hausse du « volume économique »⁵⁰³ de +6,9 %. Cette tranche d'âge contribue à 47 % de la croissance du volume économique total.

Avec l'arrivée des premières générations du « baby-boom » dans les tranches d'âge des plus de 65 ans, les séjours associés à ces classes d'âge deviennent très dynamiques : +4,2 % en nombre de séjours et +5,3 % en volume économique, contribuant ainsi à 75 % de la croissance du volume économique total⁵⁰⁴.

Sur la période 2007-2012, l'activité de médecine chirurgie obstétrique valorisée via le PMSI a augmenté à un rythme annuel de l'ordre de +2,7 %, abstraction faite du changement de classification intervenu en 2009. La prise en compte de la gravité des cas traités, qui comporte une part - non mesurée - d'amélioration du codage, majore l'évolution de l'activité hospitalière de près de 1 % en moyenne annuelle par rapport à celle qui ressort de la seule observation des séjours.

Tableau n° 79 : évolution 2008-2012 de l'activité MCO valorisée par le PMSI

	<i>En %</i>						
	2008	2009	2010	2011	2012	Progression 2007-2012	Moyenne annuelle
Effet séjour	2,6	1,6	1,8	2,5	1,7	10,6	2,0
Effet structure ⁵⁰⁵	0,3	-0,1	1,4	0,5	1,3	3,7	0,7
Volume économique net	2,9	1,5	3,2	3,0	3,0	14,3	2,7

Source : données ATIH, calculs Cour des comptes

503. L'évolution du volume économique traduit à la fois l'évolution du volume physique des séjours (effet séjour) et l'évolution de la structure d'activité de ces derniers (effet structure). Les évolutions des tarifs (effet prix) sont neutralisées dans les évolutions en volume.

504. ATIH (Analyse de l'activité hospitalière 2012).

505. Effet de structure après neutralisation de l'effet de classification lié au passage à la V11 en 2009, estimé à 2,2 % par l'ATIH.

2 - Une productivité médicale globalement stable

L'activité médicale est assurée par 100 000 médecins environ, principalement des spécialistes salariés des hôpitaux, à l'exception principalement des médecins libéraux exerçant en hôpital local. Ils représentent 91 000 ETP en 2012, dont près d'un quart de médecins en formation.

Sur les cinq dernières années, les effectifs médicaux ont augmenté de l'ordre de 10 000 ETP⁵⁰⁶.

Tableau n° 80 : évolution des effectifs médicaux depuis 2007⁵⁰⁷

	Effectifs en milliers		
	2007	2012	Moyenne annuelle
Centres hospitaliers universitaires	20,6	26,4	5,1 %
Centres hospitaliers	36,7	40,4	1,9 %
Hôpitaux	57,8	67,2	3,1 %

Source : données DREES SAE, calculs Cour des comptes

La hausse des effectifs (+3,1 % en moyenne annuelle) bénéficie notamment aux praticiens hospitaliers, ainsi qu'aux médecins contractuels. Elle est plus marquée dans les CHU (+4,6 %) que dans les CH (+2,2 %). Certaines spécialités, telles que l'anesthésie-réanimation ou la biologie voient néanmoins leurs effectifs diminuer dans les hôpitaux publics⁵⁰⁸.

Le nombre des médecins en formation croît pour sa part de 3,6 % en moyenne par an en raison de l'augmentation du numérus clausus destiné à pallier les départs en retraite des médecins sur les prochaines années.

Au total, sur la période 2007-2012, la hausse des effectifs médicaux est près de deux fois supérieure à celle des séjours (+3,2 % contre +1,6 %) mais l'écart est sensiblement réduit si on se réfère à

506. Ces données neutralisent l'impact de la transformation d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements pour personnes âgées dépendantes. Les CHU concentrent presque la moitié des médecins pour moins d'un tiers des capacités et des séjours.

507. Hors internes.

508. DREES SAE, de 2007 à 2011, diminution de 125 ETP dans le secteur public et hausse de 183 praticiens libéraux dans le secteur lucratif. Les effectifs de biologistes diminuent dans les EPS de 107 ETP et le secteur lucratif (223 praticiens libéraux), en cohérence avec l'automatisation des examens réalisés dans les laboratoires.

l'activité telle que valorisée par le PMSI (+2,7 %, amélioration du codage comprise).

Si la vision d'une productivité médicale décroissante au regard de la seule prise en compte de l'évolution du nombre de séjours, doit être relativisée, la productivité globale des personnels médicaux hospitaliers apparaît toutefois au mieux stable si l'on prend en considération l'alourdissement des cas traités. Ce constat ne laisse pas d'interroger, dans le contexte de resserrement de la contrainte financière pesant sur les hôpitaux.

3 - L'amorce de gains de productivité pour le personnel non médical

Les effectifs non médicaux, qui représentent 745 000 ETP, progressent en moyenne de +1 % par an sur la période 2007-2012. Les trois quarts des personnels non médicaux sont des personnels de soins, les effectifs restants se partageant pour moitié entre personnels administratifs et techniques. Si la croissance des personnels non médicaux bénéficie principalement aux effectifs soignants, les effectifs administratifs et techniques augmentent également. À l'inverse de ce qui est observé pour les personnels médicaux, la hausse des effectifs non médicaux est plus dynamique dans les centres hospitaliers que dans les CHU.

Tableau n° 81 : évolution des effectifs non médicaux de 2007 à 2012

En milliers d'ETP

	CHU		CH	
	Effectifs en milliers	Moyenne annuelle	Effectifs en milliers	Moyenne annuelle
Personnel de soins, dont				
<i>Personnels soignants</i>	181	0,6 %	290	0,7 %
<i>Personnels médico-techniques</i>	20	-0,4 %	21	1,1 %
Autres personnels, dont				
<i>Personnels administratifs</i>	34	0,5 %	60	1 %
<i>Personnels techniques</i>	36	1,2 %	57	0,4 %
Total personnel non médical	271	0,6 %	458	1,1 %

Source : DREES SAE données 2012

Les dépenses de sous-traitance logistique, à laquelle les hôpitaux publics consacrent moins de 2 % de leurs charges d'exploitation, a progressé pour sa part 2,5 fois plus vite que celles de personnel non médical, attestant de la persistance d'une dynamique d'externalisation de certaines tâches dans une optique de recherche de gains de productivité. Cette pratique reste néanmoins beaucoup moins développée que dans les cliniques privées à but lucratif, parmi lesquelles deux établissements sur

trois y recourent pour des fonctions telles que la restauration, la blanchisserie et le nettoyage, ce qui suggère des marges de progression et des gains d'efficience potentiellement importants.

Indépendamment de ce phénomène d'externalisation, le fait que les hausses d'effectifs non médicaux (+1 % en moyenne annuelle) soient sensiblement inférieures à celle de l'activité hospitalière (+1,6 % en moyenne annuelle pour les séjours⁵⁰⁹, +2,7 % pour l'activité MCO valorisée via le PMSI⁵¹⁰) reflète une amorce d'amélioration tendancielle de la productivité de ces personnels.

II - Des facteurs défavorables à la maîtrise des dépenses

A - L'impact sur l'hôpital des mesures statutaires et nationales

La croissance des dépenses de personnels est en partie soutenue par des décisions nationales dont les effets s'imposent aux hôpitaux publics.

En moyenne annuelle, l'impact des décisions nationales affectant les rémunérations et les charges afférentes aux personnels des établissements publics de santé est évalué par la direction générale de l'offre de soins sur la période 2010-2013 à 0,75 % de l'« ONDAM hôpital ».

509. En séjours. Données SAE DREES.

510. Effet codage inclus.

Tableau n° 82 : évolution du cadre d'emploi des hôpitaux, depuis 2010

En M€

	2010	2011	2012	2013	Moyenne
Mesures salariales ⁵¹¹ générales	291	99	56	431	219
Mesures concernant le personnel non médical ⁵¹²	96	144	220	114	144
Mesures concernant le personnel médical ⁵¹³	68	113	35	75	73
Total	455	356	311	620	436
Poids dans l'ONDAM	0,8 %	0,6 %	0,55 %	1,05 %	0,75 %

Source : DGOS⁵¹⁴

En 2012 la revalorisation de la catégorie C décide pour l'ensemble de la fonction publique a touché près d'un fonctionnaire hospitalier sur deux. Aux mesures d'application générale, s'ajoutent les mesures catégorielles propres à la fonction publique hospitalière, telles que le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A et la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotextiques et techniques.

Les dépenses de personnel des hôpitaux subissent par ailleurs l'impact de l'augmentation de cotisations vieillesse destinées à la CNRACL (qui a représenté près de 0,4 % de progression des dépenses hospitalières en 2013 et pèsera d'un poids équivalent sur les dépenses en 2014)⁵¹⁵. La poursuite de cette majoration, destinée à rééquilibrer le régime de retraite des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aura un impact négatif sur les dépenses de personnel hospitalier.

511. Mesures générales telles que l'augmentation de la valeur du point d'indice, les augmentations du SMIC et les mesures bas salaires, la revalorisation de la catégorie C, la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA), le relèvement du taux de cotisation à la CNRACL, l'assouplissement des conditions de départs en retraite anticipée...

512. Par exemple, reclassement d'une partie des corps infirmiers de la catégorie B vers la catégorie A, la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotextiques et techniques...

513. Par exemple, la réforme de l'IRCANTEC, l'augmentation des quotas d'internes, les indemnités et la formation des chefs de pôles...

514. Estimations réalisées dans la phase préparatoire à l'ONDAM, hors GVT qui procède en partie de décisions locales.

515. Le taux de cotisation employeur à la CNRACL est passé de 27,4 % en 2012 à 28,85 % en 2013, 30,4 % en 2014, puis augmentera à 30,45 % en 2015 et 30,5 % en 2016.

B - Les tensions sur le recrutement de certains personnels médicaux et non médicaux

Le dynamisme des rémunérations versées aux contractuels (cf. *supra*), qui peuvent bénéficier de traitements plus favorables que ceux prévus par le statut des praticiens hospitaliers, s'explique par la difficulté de recruter sur certains postes des spécialistes également attirés par une pratique en clinique privée. Cependant, cette difficulté ne concerne pas exclusivement les médecins.

1 - Les spécialités sous tension et les vacances de poste

L'appréciation des vacances de postes dans les hôpitaux publics souffre d'une absence de données consolidées et fiables, permettant d'apprécier les difficultés structurelles des établissements à recruter. L'information disponible est fragmentaire, qu'il s'agisse des tensions sur certaines spécialités déclarées par les établissements de santé dans leurs bilans sociaux ou de la statistique sur les praticiens hospitaliers établie par leur centre national de gestion (CNG)⁵¹⁶.

Dans leurs bilans sociaux, les établissements publics de santé sont nombreux à signaler des tensions ou difficultés de recrutement concernant les masseurs-kinésithérapeutes (69 % des établissements), les infirmiers (39 %) ou les aides-soignants (21 %). En ce qui concerne les médecins, des difficultés sont notamment évoquées pour les anesthésistes-réanimateurs (55 %), les radiologues (40 %) et les psychiatres (26 %)⁵¹⁷.

Au-delà de ces éléments déclaratifs, seul est recensé, pour les praticiens hospitaliers, un taux de vacance plus théorique que réel (23,7 % en moyenne pour les temps plein⁵¹⁸), faute d'une actualisation systématique du fichier national à l'initiative des établissements et d'une connaissance des postes pourvus par des personnels non statutaires.

Les données transmises par la conférence des directeurs généraux de CHU pour une spécialité, celle des anesthésistes-réanimateurs, montrent que pour ce type d'établissements le pourcentage de postes réellement vacants et donc pourvu par des intérimaires contractuels, est plus proche de 13 %.

516. Le CNG établit les statistiques pour les catégories relevant de sa compétence, qui ne porte pas sur l'ensemble des personnels médicaux des établissements.

517. ATIH, bilans sociaux 2012.

518. CNG, données au 1^{er} janvier 2013.

D'après un chiffrage réalisé par le ministère de la santé, plus d'un poste de praticien hospitalier sur quatre ouvert en hôpital public serait vacant (27,6 % ⁵¹⁹) en anesthésie-réanimation, la situation devant s'aggraver avec le départ en retraite de plus de 1 600 praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs d'ici 2020⁵²⁰. La réalité apparaît plus contrastée au niveau des établissements, ceux-ci palliant une partie de ces vacances par des emplois contractuels et par une optimisation du temps travaillé. Ainsi, dans les CHU⁵²¹, sur 2 846 postes rémunérés d'anesthésistes-réanimateurs, trois sur quatre (73 %) sont effectivement occupés par des praticiens statutaires. Seuls 5 % des postes sont cependant réellement vacants, concentrés notamment dans sept CHU ayant des taux de vacance supérieurs à 10 %. Le recours aux plages de temps additionnel⁵²² permet d'assurer l'équivalent de 4 % des postes (soit l'équivalent de 128 ETP). En sus des praticiens associés⁵²³ (5 % des postes), près de 13 % des postes sont en définitive pourvus par des personnels non statutaires (recours à des personnels intérimaires et embauche de cliniciens contractuels).

519. Pour les praticiens temps plein, données au 1^{er} janvier 2013.

520. CNG, rapport d'activité 2012. Estimations à partir de la pyramide des âges des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs de 2013 à 2020, à partir des estimations réalisées en 2009 pour la période 2009-2020.

521. Conférence des directeurs généraux de CHU, conférence des directeurs des affaires médicales, anesthésie réanimation, personnel médical. Ensemble des CHU, sauf deux. Données 2011.

522. Temps de travail médical réalisé au-delà de 48 heures de travail hebdomadaire lissé sur quatre mois.

523. Médecins recrutés par contrat par les établissements, exerçant leur activité médicale à l'hôpital sous forme de demi-journées et placés sous la responsabilité d'un praticien de plein exercice.

Pour la radiologie et l'imagerie médicale, une vacance théorique de poste de 37 % environ est constatée pour les praticiens hospitaliers temps plein⁵²⁴ au niveau national, avec des départs en retraites d'ici 2020 estimés à plus de 220⁵²⁵. Dans les CHU⁵²⁶, 7 % des postes sont effectivement vacants, concentrés pour moitié dans trois CHU ayant plus de dix postes vacants. Les praticiens associés occupent 14 % des postes rémunérés. Le recours aux plages additionnelles et aux recrutements de médecins sous le statut de « clinicien contractuel »⁵²⁷ est limité, couvrant 1 % des postes rémunérés.

Dans certains cas, le faible empressement à pourvoir un poste peut attester de sa faible utilité, la vacance étant dès lors une source d'économie pour l'établissement. Le recours à des personnels contractuels non permanents dans des grands établissements pour couvrir plus du dixième des besoins dans certaines spécialités médicales est néanmoins révélateur des tensions qui pèsent sur l'hôpital public.

524. 48 % pour les praticiens à temps partiel. Au total, 2 664 postes de praticiens hospitaliers sont budgétés dans les EPS et 1621 sont occupés par des praticiens statutaires. Données 2012. CNG, rapport d'activité 2012.

525. CNG, rapport d'activité 2012. Sur la base de la pyramide des âges des médecins radiologues, une projection des départs en retraites a été réalisée sur la période 2009-2020.

526. Conférence des directeurs généraux de CHU, conférence des directeurs des affaires médicales, Enseignements de la monographie démographie en imagerie médicale en CHU 2013, présentation à la conférence des directeurs généraux du 13 février 2014. 25 CHU sur 29. Données 2012.

527. Pour les postes présentant « une difficulté particulière à être pourvus » et sous réserve de l'inscription de ces postes au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements peuvent recruter des « médecins cliniciens contractuels », dont la rémunération totale ne peut excéder le montant du 13^{ème} échelon du statut de praticien hospitalier majorée de 65 %.

La situation de la maternité de Montluçon

Le centre hospitalier de Montluçon connaît d'importantes difficultés pour pourvoir aux emplois de gynécologues-obstétriciens nécessaires au fonctionnement de sa maternité classée en type II b.

Le service de gynéco-obstétrique fonctionne actuellement avec trois praticiens hospitaliers dont seul le plus âgé (59 ans) dispose à la fois des compétences obstétricales et chirurgicales. Il compte également une assistante à titre étranger dont le statut et les compétences ne lui permettent pas d'assurer seule les astreintes et les interventions. Après avoir complété cet effectif avec des internes le plus souvent en début de formation et présents pour des périodes de six mois, l'établissement prévoit de recruter, à l'automne 2014, une praticienne hospitalière contractuelle et un praticien hospitalier détaché pour un an du CHU de Clermont-Ferrand.

Cette situation fragilise très gravement le fonctionnement d'une maternité qui effectue 1 300 accouchements par an et qui a vocation à prendre en charge des grossesses à risque fœtal identifié ou suspecté. L'offre de ville n'offre pas de recours. Deux des trois gynécologues obstétriciens exerçant en cabinet devraient partir à la retraite à très court terme. L'ensemble de la gynécologie obstétrique devra alors être assurée par le centre hospitalier alors même que le nombre des consultations réalisées par l'hôpital est déjà très élevé et qu'un rendez-vous avec les deux praticiens hospitaliers requiert plus de huit mois de délai.

Les sept postes de pédiatre de l'hôpital sont tous occupés. Deux praticiens ont 59 et 60 ans. Ils suppléent notamment à l'absence de toute offre libérale.

Face aux problèmes posés par les vacances de poste, le développement des coopérations hospitalières peut apporter certaines réponses : communautés de territoire permettant un exercice médical partagé (par exemple entre le CHU de Clermont-Ferrand et les CH de Riom, Issoire, le Mont-Dore et le centre de soins de suites d'Enval) ou groupements de prestations croisées avec des médecins libéraux (CH de la Côte Basque), voire mise en place d'équipes médicales territoriales inter-établissements, par exemple en imagerie entre les établissements de Fontainebleau, Montereau, Nemours et Melun, expérimenté en 2014.

L'exemple des infirmiers, pour lesquels une obligation d'exercice minimal en établissement de soins avant l'installation en ville a été introduite en 1993, montre que des solutions à la pénurie de certains personnels peuvent être trouvées au niveau national par la modification du déroulé des carrières.

2 - L'attractivité du secteur privé

Les rémunérations brutes annuelles des médecins hospitaliers se situent entre 27 908 € en moyenne pour un interne, 44 175 € pour un praticien assistant et 88 235 € pour un praticien hospitalier⁵²⁸. Selon l'ancienneté, la participation à la permanence des soins et l'attribution diverses primes ou indemnités, ces rémunérations peuvent varier de façon importante. À cela s'ajoute, pour environ 4 500 praticiens hospitaliers⁵²⁹, la pratique d'une activité libérale à l'hôpital, donnant lieu au versement d'une redevance à l'établissement⁵³⁰.

La comparaison avec les rémunérations perçues par les médecins libéraux exerçant en clinique reste défavorable aux carrières hospitalières : alors que la rémunération brute annuelle d'un anesthésiste est en moyenne de 99 002 € (hors pratique libérale) dans le secteur public, le revenu net annuel moyen atteint 256 055 € dans le secteur privé lucratif. Pour les chirurgiens, la rémunération brute annuelle s'élève en moyenne à 94 981 € (hors activité libérale) dans le secteur public et à 186 876 € en rémunération nette dans le secteur lucratif⁵³¹.

À ces différences, s'ajoutent des conditions d'exercice plus contraignantes pour les médecins hospitaliers sur lesquels reposent pour l'essentiel la permanence des soins⁵³². Cette dernière implique des sujétions plus lourdes en matière d'horaires, de souplesse d'organisation et de conditions de travail.

Des rémunérations inférieures pour certaines spécialités à celles perçues dans le secteur privé lucratif et des conditions d'exercice plus exigeantes dans le secteur public peuvent nourrir localement une concurrence entre secteurs et tendre le marché de l'emploi médical.

528. CNG *Données sociales relatives aux personnels médicaux de la fonction publique hospitalière*, tous statuts confondus (fin 2011 – 61 % des effectifs). Données provisoires, février 2014. Données pour les centres hospitaliers. Les rémunérations dans les CHU sont en moyenne inférieures à celles constatées dans les CH.

529. D'après le rapport remis en mars 2013 au ministre de la santé par Mme Dominique Laurent sur « l'activité libérale dans les établissements publics de santé ».

530. En 2011, les hôpitaux ont perçu à ce titre 70 M€ de redevance. Le montant moyen perçu par praticien s'établit à 22 800 €.

531. Données CNAMTS. Cf. sur ce point Cour des comptes, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *Les relations conventionnelles entre l'assurance-maladie et les professions libérales de santé*, juin 2014, 193 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

532. Certaines cliniques participent également à la permanence des soins, mais cette dernière repose néanmoins pour l'essentiel sur les établissements publics de santé.

3 - Des réponses coûteuses

Pour recruter ou fidéliser leurs personnels, des majorations de rémunérations sont parfois pratiquées. La croissance de la part des dépenses de personnel portant sur les médecins qui n'ont pas le statut de praticiens hospitaliers - cliniciens, contractuels intérimaires - atteste de ce que l'hôpital accepte de plus en plus souvent un surcroît de dépense pour s'assurer le concours de médecins qui préfèrent cette position à celle de praticien hospitalier. Les surcoûts liés aux vacances de postes médicaux ont pu être ainsi estimés à 500 M€ par un récent rapport parlementaire⁵³³.

Pour ce qui concerne les médecins remplaçants, les coûts de remplacement relevés par les juridictions financières varient entre 550 € la journée et 1 500 € les vingt-quatre heures, selon les spécialités et établissements. Le CHU de Poitiers recourt ainsi à des anesthésistes intérimaires à un coût de 1 300 € HT les vingt-quatre heures de garde et 400 € HT le jour de repos obligatoire, auxquels s'ajoutent les frais de déplacement, d'hébergement et de repas. Le recours aux agences d'intérim s'effectue la plupart du temps sans mise en concurrence ou marché formalisé (CH de Carcassonne, CHU de Poitiers).

La souplesse offerte dans la gestion du temps de travail des intérimaires peut dans certains cas compenser partiellement le surcoût de ces formules. Les écarts de rémunérations entre ces personnels et les personnels statutaires constituent cependant un facteur de dissension au sein des communautés médicales hospitalières.

Pour les personnels soignants, le recours à l'intérim est concentré sur quelques professions. Selon une étude de l'ARS de Bretagne auprès de 21 établissements, 95 % du recours à l'intérim, estimé à 34 000 heures en 2011, est concentré sur les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et aides-soignants. Les tarifs sont variables d'une région à l'autre, avec des écarts de 11 % entre le Nord-Pas de Calais et la Lorraine pour les infirmières et 13 % pour les aides-soignants entre le Nord-Pas de Calais et la Basse-Normandie⁵³⁴. L'estimation d'un poids de 0,3 % des dépenses d'intérim dans les charges de personnel des hôpitaux, soit 105 M€⁵³⁵, ne reflète que très partiellement le poids des remplacements. Ceux-ci comportent en effet également des contrats de courte durée qui ne sont pas comptabilisés en intérim.

533. *Hôpital recherche médecins coûte que coûte* ; rapport d'information de M. Olivier Véran, député de l'Isère, décembre 2013.

534. Appel Médical (2013), 630 000 fiches de paie d'intérimaires.

535. DGFIP données 2012.

En sus de ces pratiques en matière de remplacements, des irrégularités sont parfois observées pour recruter ou conserver certains personnels médicaux ou non médicaux : recrutement de médecins sous contrat au dernier échelon de la grille des praticiens attachés (CH d'Alès-Cévennes), avancements accélérés (CH de Givors), forfaitisation d'heures supplémentaires (CH de Mende) ou d'indemnités de temps additionnel, constituant des compléments de rémunération (CH d'Alès-Cévennes, CH de Mende, CHRU de Nîmes⁵³⁶) ou encore recrutement de contractuels à des conditions favorables (CHI Les Hôpitaux du Léman).

Ces pratiques entraînent dans une spirale de surenchère certains établissements confrontés à des difficultés récurrentes et prolongées de recrutement.

C - Une gestion insuffisamment efficiente

1 - Des pratiques peu rigoureuses

Les chambres régionales des comptes ont constaté parfois une pratique généreuse de l'avancement intermédiaire. La durée maximale d'avancement, durée de principe prévue par les textes, est fréquemment remplacée par une durée intermédiaire, appliquée à plus de la moitié des agents dans certains établissements (CH d'Alès-Cévennes, de Saint-Brieuc, de Castres-Mazamet et établissement public de santé mentale de Quimper), avec des surcoûts estimés entre 100 000 et 200 000 € par établissement. Indépendamment même de leur coût, ces pratiques privent l'encadrement d'un outil de management et peuvent avoir un effet démobilisateur pour les personnels arrivés au sommet de grade.

Pratiquement tous les établissements dont la gestion a été examinée dans le cadre de l'enquête des juridictions financières présentent des durées annuelles de travail inférieures à la durée légale⁵³⁷, avec des écarts variables. Les durées annuelles effectives sont le plus souvent inférieures de sept heures à la durée annuelle légale pour les personnels en repos variables. Les écarts les plus importants, qui vont jusqu'à 25 heures, concernent les personnels en repos fixe ou de nuit (CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or). L'écart est accentué par le décompte en travail effectif des temps de pause, d'habillage, déshabillage et de repas

536. Situation régularisée en imagerie par la création d'un poste de clinicien.

537. La durée du travail effectif est fixée à 35 heures par semaine (ou 1 607 heures par an), hors heures supplémentaires, dans les établissements publics hospitaliers. Elle est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable qui travaillent au moins dix dimanches ou jours fériés par an.

(fixé à 30 minutes), pourtant parfois renégocié par certains établissements (CH Argenteuil...).

Un manque de rigueur assez général ressort des contrôles des chambres régionales des comptes, illustré par un décompte du temps de travail déclaratif dans de nombreux établissements en l'absence de dispositif de badgeage, la non systématisation des tableaux de service des médecins, le caractère déclaratif des jours portés sur les comptes épargne temps, le versement de primes ou indemnités non justifiées ou l'absence de contrôle préalable au paiement des compléments de rémunération liés à la permanence des soins.

La mobilisation de ces marges d'efficience, notamment en termes d'augmentation de la durée effective du temps de travail qui peut supposer la renégociation des accords locaux passés au moment de la mise en place de la réduction du temps de travail, s'impose pour pouvoir modérer l'évolution des dépenses de personnel dans le contexte de sensible resserrement de l'ONDAM au cours des prochaines années.

2 - Des restructurations trop limitées

Les opérations de modernisation engagées dans le cadre des plans Hôpital 2017 et Hôpital 2012 comme les regroupements hospitaliers menés depuis plusieurs années devaient contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients, tout en contribuant à une optimisation des ressources médicales et soignantes et à l'amélioration de la productivité.

Comme les juridictions financières l'ont relevé à plusieurs reprises, ces restructurations n'ont que très partiellement souvent atteints ces objectifs⁵³⁸. Certaines structures restent trop petites et isolées pour assurer un plan de charge satisfaisant pour leur personnel et leurs équipements. En obstétrique, la mise en place de seuils d'activité et de conditions techniques de fonctionnement ont conduit cependant de nombreuses petites maternités de proximité à fermer car elles étaient sous-dotées en équipements et en personnels au regard des nouvelles

538. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VIII, Les restructurations hospitalières, p. 263-304 ; *Rapport public annuel 2013*, Les restructurations hospitalières : trois exemples des difficultés rencontrées, T.I, p. 151-162 ; *Communication à la commission des finances du Sénat, Le patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins*, juillet 2013 ; *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, La dette hospitalière*, avril 2014, disponibles sur www.ccomptes.fr.

normes ⁵³⁹. En cancérologie, l'ARS d'Île-de-France a retiré 46 autorisations de traitement du cancer en 2011, les seuils d'activité réglementaires n'étant pas atteints. En revanche, l'absence de publication du décret imposant un seuil d'activité pour les autorisations de chirurgie contribue au maintien d'établissements dont les services ont un taux d'occupation très faibles, sont confrontés à des difficultés récurrentes de recrutement et dont la productivité est structurellement insuffisante.

Le placement en recherche d'affectation

De manière à donner plus de fluidité à la gestion du corps médical et faciliter ainsi certaines restructurations, la réforme du statut des praticiens hospitaliers réalisée en 2006 a rendu possible le placement d'un médecin en recherche d'affectation⁵⁴⁰. Une fois placé dans cette position, l'intéressé, rémunéré par le Centre national de gestion sur la base de son traitement hospitalier, peut bénéficier de prestations d'accompagnement et de reconversion pendant une durée maximale de deux ans. Cette possibilité ouverte par la réforme de 2006 est peu utilisée : en 2012, elle concernait 46 praticiens hospitaliers, soit 0,11 % de leur nombre total. D'un âge moyen de 55 ans, ces praticiens ont majoritairement cessé leur activité à l'issue de la période de recherche d'affectation (en 2012, seuls deux praticiens ont repris une activité en établissement). Si le placement en recherche d'affectation peut faciliter certaines restructurations, il ne constitue pas dans son usage actuel un élément de fluidification de la gestion des ressources médicales permettant d'adapter plus rapidement les ressources aux besoins et d'accroître la productivité hospitalière.

L'insuffisance des réorganisations conduites contribue au maintien de tensions fortes dans le recrutement de certaines catégories de personnels, tout en ne permettant pas de compenser les hausses d'effectifs constatées dans les zones les plus dynamiques en termes d'activité par des diminutions dans d'autres.

539. DREES, Panorama des établissements de santé, p. 36.

540. Selon l'article R. 6152-50-1 du code de santé publique « La recherche d'affectation est la situation dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé, compte tenu des nécessités du service, auprès du Centre national de gestion, soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières. »

III - Des marges de manœuvre à mobiliser

A - Améliorer la capacité de pilotage des dépenses de personnel hospitalier

1 - Développer les capacités d'analyse et d'anticipation du niveau national

a) Améliorer la connaissance des déterminants et des évolutions de la dépense

Le ministère de la santé n'appréhende que de manière très rudimentaire les déterminants des évolutions de la masse salariale des hôpitaux, résultant de la variation des effectifs, du glissement vieillesse technicité (GVT) négatif et de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP)⁵⁴¹.

Le GVT négatif est lié à l'importance des départs en retraite, les personnels en fin de carrière étant mieux rémunérés que les agents nouvellement recrutés. Il explique en grande partie la stabilisation des dépenses de personnel. Cependant, son évaluation repose encore sur des analyses désormais anciennes⁵⁴². L'actualisation du GVT, désormais annoncée pour le second semestre 2014, sera à cet égard un réel progrès pour un pilotage moins embryonnaire de la dépense de personnel.

La connaissance des variations d'effectifs s'avère complexe car les données démographiques les plus récentes restent communes à l'ensemble de la fonction publique hospitalière⁵⁴³, dont un agent sur dix exerce non pas dans les hôpitaux mais dans des structures médico-sociales. Les projections nationales sur les départs en retraite dans les hôpitaux publics, par catégorie de personnel, spécialités⁵⁴⁴ ou professions

541 . Cour des comptes, *Rapport sur la situation et perspectives des finances publiques 2014*, p. 155, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

542. DGOS, Étude « coûts et carrières 2005-2008 ».

543 . SIASP, INSEE, DGAFP, Rapport annuel sur la fonction publique 2013, Pyramide des âges dans la FPH, pour 2011. Champ : emplois principaux médicaux et non médicaux, tous statuts. Hors personnels hospitalo-universitaires et bénéficiaires de contrats aidés. France entière (hors Com et étranger). Ensemble des EPS et des établissements médico-sociaux.

544. Projections 2009 à 2020 réalisés par le CNG par spécialités pour les praticiens hospitaliers.

reposent sur des données déjà anciennes⁵⁴⁵. Les dernières analyses démographiques publiées en 2013 concernant les personnels non médicaux et certaines professions soignantes reposent sur des données datant de 2009⁵⁴⁶. Réalisées avant les modifications des règles de retraite liées à la réforme de 2010 et le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A⁵⁴⁷, ces études ne permettent pas de disposer d'une anticipation précise des départs en retraite, qui concerneront potentiellement de l'ordre de 30 000 personnes par an dans les prochaines années et qui constituent un paramètre déterminant dans la régulation des dépenses de personnel.

Pour ce qui concerne les médecins, le ministère anticipait en 2009 un important renouvellement de la population de praticiens hospitaliers sur les dix années suivantes, sous l'effet des départs à la retraite (10 562 départs en retraite prévus jusqu'en 2020, soit 31 % du corps), les autres motifs de sortie (dont les décès et les démissions) représentant 4 005 départs, soit 12 % du corps. Une actualisation de ces projections, qui laissaient entrevoir un important renouvellement de praticiens sur la période 2010-2020, serait également souhaitable et à étendre à l'ensemble des personnels médicaux.

En matière de rémunération, l'indicateur le mieux connu, la rémunération moyenne du personnel en place (RMPP), calculé depuis 2009 dans le rapport annuel sur la fonction publique, n'est pas disponible sur une plus longue période. Il doit de plus être amélioré, affiné par catégorie de personnel ou d'établissements. À l'instar de la fonction publique d'État, il serait souhaitable de distinguer entre effets de carrière et effets de structure dans son évolution à l'hôpital⁵⁴⁸.

545. Projections de départs en retraites réalisées par la DGOS pour la période 2008 à 2017 à partir de données 2004-2007.

546. DREES, études et résultats n° 846, juillet 2013 « Établissements de santé : personnel soignant de plus en plus âgé ». Données 2009, France entière. Établissements publics et privés confondus.

547. En accédant à la catégorie A, les infirmiers perdent la possibilité d'un départ anticipé lié à la catégorie active.

548. L'effet de carrière mesure la contribution à l'évolution du salaire moyen des avancements et promotions des personnels en place. L'effet de structure mesure l'effet de la modification de la répartition entre les différents corps, grades et échelons. DGAFP, Rapport annuel 2013, définitions p. 148.

L'évolution des rémunérations dans les hôpitaux publics

En 2011, la RMPP nette a augmenté de 3,3 % en moyenne, deux fois plus vite qu'en 2009. Cette dynamique s'explique en partie par le reclassement de la moitié des infirmiers en catégorie A et la revalorisation de la catégorie B des corps administratifs, médicotextiques et techniques. La RMPP augmente plus rapidement à l'hôpital que dans la fonction publique d'État (3 %) ou la fonction publique territoriale (2,3 %). Pour autant, elle diminue légèrement, de 0,4 % en euros constants entre 2009 et 2011⁵⁴⁹.

Pour les hôpitaux, comme du reste pour les collectivités territoriales⁵⁵⁰, le niveau national n'est pas en mesure d'apprécier précisément les déterminants de l'évolution des dépenses de personnel. Leur objectivation à brève échéance est à considérer comme une priorité afin notamment d'estimer les marges de manœuvres dégagées par les départs en retraite à venir et assurer un pilotage plus efficace de la dépense de personnel des hôpitaux.

b) Porter une attention accrue aux problématiques de maîtrise de la masse salariale

Le niveau national n'assure pas directement le pilotage de la masse salariale des établissements. L'ONDAM est un outil indirect qui contribue à la maîtrise des charges de personnel des hôpitaux en régulant leurs recettes. Lors du vote de l'ONDAM, les effectifs et dépenses de personnels des hôpitaux n'apparaissent qu'à titre informatif, dans le programme qualité et efficacité « maladie », annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La régulation des dépenses et des effectifs est ainsi renvoyée au niveau des établissements.

Pour autant, la construction comme l'exécution de l'ONDAM sont affectées par certaines décisions nationales qui impactent les dépenses de personnel des hôpitaux. Leur discipline apparaît alors comme le premier levier à mobiliser pour contenir la hausse des dépenses hospitalières.

Par ailleurs, certains dossiers à enjeux particulièrement significatifs remontent désormais au niveau national. Depuis 2013, le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

549. En euros constants, la RMPP s'élève à 1,6 % en 2009 et 1,2 % en 2011 (écart de 0,4 %).

550. Cour des comptes, *Rapport public thématique*, Les finances publiques locales, octobre 2013, p. 209, disponible sur www.ccomptes.fr.

(COPERMO) traite en effet au niveau national les dossiers d'investissements importants ou de déficit élevé, qui l'amènent à connaître des ressources humaines des établissements. Le COPERMO a ainsi demandé à l'ARS d'Auvergne de signer un contrat de retour à l'équilibre financier avec un centre hospitalier, comportant le redimensionnement à la baisse des effectifs et des astreintes pour un total de 2,3 M€, par une optimisation de la gestion des lits, le développement de l'ambulatoire, la maîtrise de la durée moyenne de séjour, la réduction de certaines capacités et du nombre de salles de bloc opératoire. Les ARS sont associées aux travaux du COPERMO en amont de ses décisions et en aval puisqu'elles contractualisent les plans d'action.

2 - Une action régionale à renforcer

Aux moyens de pilotage mis en place au niveau national devrait répondre une intervention des agences régionales de santé visant à rendre plus fluide la gestion des effectifs hospitaliers au plan territorial. Pour ce faire, les ARS doivent non seulement s'appuyer sur le dialogue contractuel engagé avec les établissements, mais également ne pas hésiter à faire usage des compétences réglementaires qui leur sont conférées en matière de fermeture et de restructuration d'établissements publics de santé.

a) Un recours privilégié des ARS aux outils contractuels

Au niveau régional, les ARS disposent de compétences limitées sur la régulation des dépenses de personnel. Elles peuvent s'opposer à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)⁵⁵¹ fixant les prévisions de dépenses de personnel, sous condition de délai et pour des motifs limitativement fixés⁵⁵². Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés qui leur est transmis n'a qu'une valeur informative.

Les actions des ARS en matière de dépenses de personnel s'inscrivent dans une démarche graduée, allant de la prévention des situations à risques à la conclusion de plans de retour à l'équilibre contractualisés avec les établissements. Ces derniers peuvent comporter des actions directes sur les dépenses de personnel ou des mesures ayant

551. Le plan global pluriannuel de financement (PGFP) comportant les prévisions de dépenses de personnel, annexé annuellement à l'EPRD, est soumis au même régime de non opposition.

552. Articles L. 6143-4 et R. 6145-31 du code de santé publique (déséquilibre financier, non-respect du contrat d'objectif et de moyens, mesures de redressement inadaptées).

sur elles une incidence indirecte, (telles que par exemple le redimensionnement du pool de remplacement au CH de Roubaix). Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui comportent un volet « ressources humaines », contribuent également à la régulation et l'optimisation des dépenses de personnel.

Alors qu'il serait nécessaire pour les agences de disposer au niveau territorial d'une vision agrégée des besoins en personnel des établissements de santé, leur action régulatrice reste en tout état de cause limitée par l'absence de volet « ressources humaines » en appui à la mise en œuvre du programme régional de santé⁵⁵³.

b) Une compétence de validation des évolutions des effectifs médicaux

Les ARS disposent d'un champ d'intervention large sur les ressources médicales des hôpitaux. La validation de la liste de postes de praticien hospitalier pour publication nationale leur ouvre les moyens d'une régulation des effectifs médicaux.

Un exemple de régulation territoriale

En Pays de la Loire, l'ARS a ainsi refusé de publier un poste d'urgentiste non conforme à l'organisation territoriale des urgences figurant dans le SROS. Deux postes de pédopsychiatres demandés par un établissement orienté en MCO ont finalement été ouverts dans un établissement spécialisé en psychiatrie situé à proximité afin d'améliorer l'attractivité des postes et mutualiser les ressources. Des demandes de publication de postes de médecins généralistes ont été refusées, par souci d'articulation avec la médecine de ville.

Les agences régionales de santé valident également le recrutement des médecins contractuels embauchés pour plus de trois mois⁵⁵⁴, décident de l'affectation des médecins en formation et organisent la permanence des soins. Ces compétences constituent également des outils pour une meilleure régulation des effectifs médicaux.

Les ARS disposent également d'une palette d'outils visant à pourvoir les postes vacants nécessaires à la mise en œuvre des schémas régionaux de l'offre de soins. Ces dispositifs incitatifs reposent essentiellement sur le versement d'une prime en contrepartie d'un engagement à servir sur une certaine durée. Ils se sont enrichis récemment de nouvelles modalités, tels que le contrat d'engagement de

553. Une mission est cependant en cours à ce sujet.

554. Article R. 6152-411 du code santé publique.

service public⁵⁵⁵ destiné aux étudiants en médecine ou le contrat de clinicien dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens passés avec les établissements. La multiplication de ces dispositifs sans vision d'ensemble et sans évaluation régulière nuit cependant à leur efficacité.

c) La nécessité d'une action plus énergique

La persistance de difficultés de recrutement peut parfois mettre en cause les conditions techniques de fonctionnement requises pour l'exercice d'une activité. Il appartient dans ce cas à l'ARS de constater plus systématiquement la non-conformité du fonctionnement et de procéder à des restructurations.

Les dispositifs incitatifs ne peuvent par ailleurs venir qu'en complément d'une action plus forte et plus large de recomposition de l'offre hospitalière, indispensable à l'optimisation des ressources, au dégagement de gains de productivité et à la maîtrise de la dépense. Si les efforts consentis ont été importants, ils sont à intensifier pour atteindre les objectifs ambitieux affichés à cet égard par les pouvoirs publics.

B - Renforcer l'efficience dans les établissements de santé

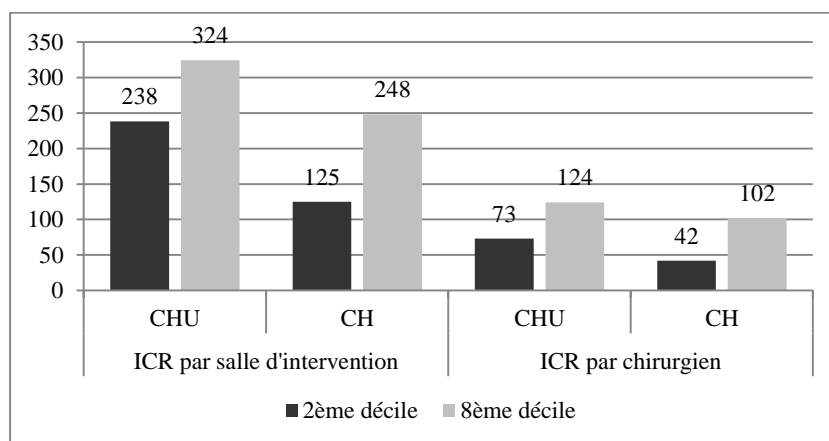
1 - Repenser les organisations internes

La performance des organisations est variable d'un établissement à l'autre, révélant des marges de progression significatives. À titre d'exemple, la production par salle et chirurgien dans les blocs opératoires, estimée au moyen d'un indicateur qui pondère les interventions chirurgicales par leur complexité (indice de complexité relative ou ICR), varie du simple au double selon les établissements.

555. 548 contrats signés pour 1 229 contrats proposés.

Graphique n° 28 : ICR par salle d'opération, chirurgien et établissement

En milliers



Source : ATIH, hospidiag 2011

Les différences de performance peuvent tenir au maintien d'établissements dans des zones à faible patientèle, ainsi qu'aux difficultés de recrutement de certains personnels, dont les anesthésistes-indispensables au fonctionnement des blocs opératoires. Les performances des centres hospitaliers, moins spécialisés en chirurgie et plus nombreux à se situer dans des zones isolées, apparaissent de ce fait moins élevées que celles des centres hospitaliers universitaires. Le fait que les écarts entre les performances les plus fortes et les plus faibles soient plus accentués pour les chirurgiens que pour les salles d'intervention (pour les CHU, l'indice du 8^{ème} décile des chirurgiens les plus productifs est supérieur de 70 % à celui du 2^{ème} décile des chirurgiens les moins productifs, alors que l'écart n'est que de 36 % pour les salles d'intervention) montre que le facteur personnel joue un rôle aussi important que les facteurs environnementaux.

Cherchant à aller plus loin dans l'identification des causes de non performance, l'ARS Languedoc-Roussillon⁵⁵⁶ a réalisé en janvier 2013 une étude mettant en évidence les délais d'attente en amont et en aval des interventions, les délais entre chaque tâche, un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à l'activité sur certaines plages horaires, des amplitudes d'ouverture limitées ou des dysfonctionnements de la programmation. Ces dernières renvoient à l'organisation du travail et à la mise en cohérence des temps soignants et médicaux.

556. L'étude a été menée par l'ARS Languedoc-Roussillon du 1^{er} octobre au 28 octobre 2012.

2 - Optimiser le temps travaillé

a) La mise en cohérence des temps soignants et médicaux

La mise en cohérence des temps soignants et médicaux constitue une source encore trop peu analysée d'optimisation des ressources des hôpitaux. Les conséquences concrètes de la désynchronisation des temps sont nombreuses : temps d'attente pour les patients, report d'activités ou plages restreintes d'utilisation des salles de bloc opératoire ou d'imagerie. Elle est également source de tensions pour les personnels et de coûts pour les établissements. Elle résulte notamment d'une organisation médicale insuffisamment formalisée au travers de tableaux de services ou de programmation des activités, rendant parfois difficile la nécessaire coordination avec les plannings des personnels soignants. Différents outils nécessaires à l'amélioration de la concordance des temps médicaux et soignants ont été élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière. L'absence d'estimation nationale du potentiel de gain et de repères de positionnement pour les établissements conduit cependant à négliger ce gisement, pourtant majeur.

Un programme national d'efficacité portant sur l'optimisation de l'organisation, la gestion des effectifs et du temps de travail à l'hôpital est ainsi à mettre en œuvre de manière prioritaire.

b) L'augmentation du temps de présence à l'hôpital

L'analyse des évolutions et les comparaisons en matière d'absentéisme sont limitées par des questions de méthode, tenant notamment aux définitions différentes ou au caractère ancien ou partiel des statistiques. Ainsi, portant sur un nombre limité d'établissements ou de personnels, les études nationales réalisées sur l'impact de la journée de carence obligatoire instaurée en 2012 puis supprimée en 2013 ne permettent pas de conclure sur son incidence sur l'absentéisme des personnels hospitaliers⁵⁵⁷.

557. Certaines études concluent à une réduction de l'absentéisme de courte durée et d'autres à la stabilité de l'absentéisme de moins de 6 jours voire une légère progression de l'absentéisme global. Ces études n'établissent pas clairement en tout état de cause le lien entre les évolutions constatées et la journée de carence.

Selon les données issues des bilans sociaux rassemblées par l'ATIH, les absences⁵⁵⁸ atteignent 7 % dans les hôpitaux publics, essentiellement liées à celles de plus de six jours. Elles sont plus fréquentes parmi les personnels de soins (8,1 %) et le personnel non médical (7,4 %) que chez le personnel médical (2,8 %). Au sein d'une même catégorie d'établissement, l'absentéisme varie du simple (CHU de Nîmes) au double (CHU de Poitiers). La diversité des situations souligne les marges de progrès à mobiliser par une politique active de lutte contre l'absentéisme. Ces perspectives doivent inciter les établissements à en analyser les causes et à formaliser un plan d'actions détaillé, visant notamment, parmi les personnels soignants, les métiers à forte pénibilité, qui se distinguent aussi par l'importance des absences et surtout en fin de carrière.

3 - Développer la gestion prévisionnelle des ressources humaines

Les incitations à la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences n'ont pas permis sa généralisation. L'extension de ces démarches doit conduire à des projections systématiques à moyen terme d'effectifs-cible par métiers, qu'il conviendra de rapprocher des départs en retraite prévus pour déterminer les recrutements pertinents à opérer. La mise en place de cette gestion doit faciliter une gestion plus rigoureuse des recrutements, dont la rationalité économique n'est pas toujours établie. Le centre hospitalier de Perpignan, par exemple, a renforcé ses effectifs médicaux pour développer de nouvelles activités, sans étude préalable, alors que la productivité des personnels en place était faible en médecine, chirurgie et obstétrique au regard des comparaisons réalisées par l'ARS.

C - Donner plus de souplesse à la gestion du corps médical

1 - Mettre en œuvre une véritable modulation des rémunérations en fonction de l'activité

Alors que la tarification à l'activité (T2A) devait introduire une nouvelle culture de gestion dans l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique et responsabiliser les personnels dans le cadre d'une

558. ATIH, bilan social 2012. Nombre de jours d'absences pour motif médical et non médical rapporté aux ETP moyen sur l'année X 365 jours, p. 19 et 20. Base de 239 établissements, soit un effectif de 327 416 personnes, dont 27 006 médecins. Le taux d'absentéisme comprend les arrêts pour maternité.

organisation par pôles, elle ne peut par elle-même garantir l'adhésion de l'ensemble des praticiens au projet médical de leur établissement. L'intéressement pratiqué dans certaines structures, consistant à rétrocéder aux pôles une partie de leur résultat de manière à accroître leurs moyens, peut renforcer cette adhésion, sans avoir cependant le même effet qu'un intéressement individuel.

En 2006 a été introduite dans le statut des praticiens hospitaliers une disposition permettant de moduler les rémunérations en fonction de l'activité et de la performance⁵⁵⁹. Seuls 2 % des praticiens hospitaliers exerçant en chirurgie percevaient cette part complémentaire variable en 2011, pour un montant moyen de 8 987 €, Le décret qui l'institue ne porte au demeurant que sur les seules activités chirurgicales, l'indemnité qui permet de mettre en œuvre cette modulation ne pouvant dépasser 15 % des émoluments versés aux praticiens concernés. Dans le même temps se sont développées à l'hôpital des pratiques salariales à l'égard des contractuels se traduisant par des écarts de rémunération importants avec les personnels statutaires.

L'appropriation par le corps médical des mécanismes de la tarification à l'activité, dont le caractère potentiellement inflationniste est contré par les réajustements tarifaires annuels, pourrait faciliter le passage à une rémunération en partie assise sur la performance. La part modulable pourrait représenter jusqu'à 30 % des rémunérations totales, comme cela avait été suggéré en 2011 par la mission ministérielle sur l'exercice médical à l'hôpital et accepté en 2012 par plusieurs syndicats de praticiens hospitaliers. De manière à assurer la neutralité budgétaire de ce mécanisme, cette part modulable pourrait être gérée dans le cadre d'une enveloppe par pôle ou par établissement.

2 - Rendre possible une gestion locale plus active de la ressource médicale

Une plus grande modulation des rémunérations médicales nécessiterait l'instauration d'un dialogue au plan local entre la commission médicale d'établissement et la direction de l'établissement, permettant de déterminer les critères d'appréciation de la performance.

Une telle évolution renforcerait la gestion locale du corps médical, qui n'est aujourd'hui que subsidiaire, alors que le pilotage par l'échelon national montre depuis longtemps ses limites : mauvaise connaissance des

⁵⁵⁹. Décret n° 2006-1222 du 5 octobre 2006 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et ontologiques hospitaliers et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

vacances de poste⁵⁶⁰, mauvaise anticipation des évolutions et surtout quasi absence de mobilité. Les établissements gagneraient ainsi un moyen d'agir sur la ressource médicale, qui détermine en grande partie leur activité et leurs résultats.

Les directeurs d'établissement devraient par ailleurs exercer pleinement les attributions qui sont les leurs aux termes de la loi Hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009. Le placement en recherche d'affectation de certains médecins auprès du centre national de gestion, introduit en 2009 dans le statut des praticiens hospitaliers, devrait être facilité, de manière à sortir de certaines situations de blocage qui nuisent à la performance hospitalière.

En donnant plus de fluidité à la gestion du corps médical hospitalier, il serait possible de rendre la carrière hospitalière plus attractive pour les praticiens désireux de s'impliquer pleinement dans l'activité de leur établissement et de résorber progressivement certains écarts de productivité.

560. Dans le contrat d'objectifs et de performance 2014/2016 du Centre national de gestion, celui-ci se voit fixer comme objectif de suivre, en lien avec les ARS, les effectifs de praticiens titulaires et non titulaires (praticiens attachés, praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens adjoints contractuels,...) et d'identifier notamment les emplois statutaires pourvus par des praticiens non titulaires ainsi que les postes durablement vacants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les dépenses de personnel hospitalier doivent nécessairement contribuer à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, dont elles constituent le premier poste.

Si dans la période récente la masse salariale des établissements publics de santé a pu voir son augmentation se ralentir sensiblement (0,6 % par an en moyenne en euros constants) malgré une progression des effectifs hospitaliers dans un contexte de croissance et d'alourdissement de l'activité, grâce en particulier au gel du point d'indice et à l'importance des départs en retraite, cette situation apparaît fragile et précaire. De premiers signes de relance de la dépense sont apparues en 2013 et de nombreux facteurs exercent une pression pour une hausse tendancielle de celle-ci, qu'il s'agisse de l'impact sur les comptes hospitaliers des décisions salariales nationales touchant la fonction publique, des tensions affectant le recrutement de certains spécialistes et de l'attrait exercé par le secteur privé sur certaines catégories de personnels.

Dans le cadre d'un ONDAM plus fortement contraint dans les années qui viennent, les établissements doivent ainsi accroître très substantiellement leurs efforts de maîtrise de leur masse salariale.

Dans un contexte, marqué également par l'impact du vieillissement de la population sur le dynamisme de l'activité, la régulation des dépenses de personnel doit résulter d'une action nettement plus résolue pour dégager des gains de productivité contribuant à l'amélioration de la performance hospitalière globale.

La responsabilité d'un pilotage plus ferme incombe aux administrations de tutelle, notamment au regard du développement indispensable des outils de prévision et d'analyse de la masse salariale et de ses déterminants, mais plus encore en termes de recomposition plus active de l'offre hospitalière.

Mais ce sont au premier chef aux communautés hospitalières de mobiliser les marges de manœuvre nécessaires par une implication accrue dans la recherche d'une meilleure efficacité globale de leurs établissements, qu'il s'agisse des réorganisations internes, des actions à conduire en matière de durée et de meilleure organisation du temps de travail et de la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La Cour formule les recommandations suivantes :

69. se doter des outils nécessaires à un suivi précis et régulier de l'évolution de la masse salariale et de ses déterminants et en particulier des effectifs médicaux et non médicaux, appuyé sur une connaissance précise des données et projections démographiques ;

70. identifier en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences sur l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie de toute décision impactant les dépenses de personnel des hôpitaux publics ;

71. élaborer un programme national d'efficacité destiné à optimiser l'organisation et la gestion des effectifs et des temps de travail, incluant un objectif pluriannuel d'économies et s'appuyant sur un dispositif d'accompagnement des établissements ;

72. inciter les hôpitaux à la renégociation des accords locaux sur le temps de travail pour mettre en conformité la durée effective du temps de travail avec la durée légale ;

73. donner instruction aux agences régionales de santé d'exercer un rôle beaucoup plus actif en matière de suivi et de régulation des dépenses de personnel des hôpitaux de leur ressort, en utilisant à cette fin l'ensemble des leviers juridiques et financiers dont elles disposent et en intensifiant les restructurations porteuses de réels gains de productivité ;

74. mettre en œuvre une modulation, neutre sur le plan budgétaire, des rémunérations des médecins en fonction de la performance.
