

Rapport public thématique

**« Les personnels
des établissements publics de santé »**

Mai 2006

	Page
Délibéré.....	5
Introduction générale.....	7
Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels.....	11
I - Le cadre administratif.....	13
A. Les statuts et les procédures de gestion.....	13
B. L'organisation de l'administration.....	19
C. Les obligations de service du personnel.....	25
II - Le cadre financier.....	31
A. Les dépenses de personnel.....	32
B. Les rémunérations.....	42
Chapitre II – Les carences de la régulation des effectifs	61
I - Les outils de la régulation des effectifs.....	63
A. La connaissance des effectifs et la prévision.....	63
B. Les personnels médicaux et paramédicaux.....	72
II - La répartition des effectifs.....	83
A. Les constats.....	83
B. Les conséquences sur le système public de soins.	88
Conclusion générale.....	101
<i>Annexe I - Les statuts des personnels médicaux hospitaliers.....</i>	<i>103</i>
<i>Annexe II - Les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière.....</i>	<i>107</i>
<i>Annexe III - Les composants du GVT « Glissement, vieillesse, technicité ».....</i>	<i>111</i>
<i>Annexe IV - Les données de l'enquête SPE (statistique des personnels des établissements) au 31 décembre 2002.....</i>	<i>113</i>
<i>Annexe V - Les rémunérations statutaires du personnel médical...</i>	<i>127</i>
<i>Annexe VI - Les montants des honoraires de l'activité libérale à l'hôpital.....</i>	<i>133</i>
<i>Glossaire.....</i>	<i>135</i>
Réponses des administrations et des organismes intéressés.....	137

DÉLIBÉRÉ

La Cour des comptes publie, sous la forme d'un fascicule séparé, un rapport intitulé « *Les personnels des établissements publics de santé* ».

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code des juridictions financières, la Cour de comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport public.

Ce texte a été arrêté au vu du projet qui avait été communiqué au préalable, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés, et après qu'il en a tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions précitées, ces réponses sont publiées ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Etaient présents : M. Séguin, premier président, MM. Pichon, Picq, Sallois, Babusiaux, Cretin, Mme Cornette, présidents de chambre, Mme Bazy-Malaurie, président de chambre, rapporteur général, MM. Menasseyre, Carrez, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Chartier, Murret-Labarthe, Paugam, Mayaud, Hespel, Hourri, Richard, Devaux, Arnaud, Descheemaeker, Bayle, Bouquet, Rémond, Ganser, Bertrand, Monier, Hernandez, Cardon, Thérond, Mmes Froment-Meurice, Bellon, MM. Gasse, Moreau, Ritz, Duchadeuil, Moulin, Lefas, Lafaure, Mme Morell, MM. Braunstein, Brochier, Mmes Saliou, Dayries, MM. Levy, Deconfin, Phéline, Tournier, Courtois, Mmes Darragon, Seyvet, MM. Bonin, Vivet, Mme Moati, MM. Cossin, Diricq, Sabbe, Mme Aubin-Saulière, MM. Petel, Maistre, Mme Trupin, MM. Ravier, Rigaudiat, conseillers maîtres, MM. Audouin, Pascal, Gleizes, Bille, Zeller, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, procureur général de la République, assisté de M. Feller, avocat général.

Etaient présents en qualité de rapporteur et n'ont donc pas pris part aux délibérations : Mme Cordier, conseiller référendaire, Mme Prime, rapporteur, M. Contan, premier conseiller de chambre régionale des comptes.

Mme Pittet, secrétaire générale adjointe, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 2 mai 2006.

Introduction générale

L'hôpital public tient une place prépondérante dans le système de soins français. Composé d'un millier d'organismes juridiquement autonomes, dénommés « établissements publics de santé » dans le code de la santé publique, le secteur public hospitalier regroupe 65 % des lits d'hospitalisation complète et 62 % des places d'hospitalisation à temps partiel et de chirurgie ambulatoire¹.

Ces établissements publics emploient près de 860 000 personnes (765 000 en équivalent temps plein) dont environ 100 000 médecins (55 000 en équivalent temps plein). Les dépenses de personnel se sont élevées à 38 milliards d'euros en 2004, représentant 67 % des charges d'exploitation des hôpitaux et 26 % des dépenses de l'assurance maladie de l'exercice².

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des travaux engagés par la Cour depuis plusieurs années sur la fonction publique. Après les publications de 1999, 2001 et 2003 sur les agents de l'Etat, il constitue le premier rapport consacré aux agents publics travaillant à l'hôpital dont il vise à donner une vue d'ensemble.

Ce rapport s'inscrit également dans le cadre des travaux conjoints de la Cour et des chambres régionales des comptes sur l'hôpital, travaux qui ont donné lieu à une insertion relative au « pilotage de la politique hospitalière » dans le rapport de 2002 sur la sécurité sociale. Son périmètre, limité aux établissements publics de santé, ne recoupe d'ailleurs pas exactement celui de la fonction publique hospitalière : il est à la fois moins large, car il n'inclut pas les fonctionnaires employés par des établissements sociaux et médico-sociaux, et plus large, car il inclut en revanche les personnels médicaux hospitaliers, lesquels sont des agents publics non régis par le statut de la fonction publique hospitalière.

1) Au 31 décembre 2003, le secteur public offrait 299 102 lits d'hospitalisation complète sur un ensemble de 457 111 lits et 29 978 places d'hospitalisation à temps partiel sur un total de 48 303 places (Source : SAE 2003, ministère de la santé).

2) Les dépenses de l'assurance maladie de 2004 se sont élevées à 143,6 milliards € (Source : rapport de la Cour sur la sécurité sociale - septembre 2005).

L'hôpital réunissant en un même lieu une collectivité de travail diversifiée mais coopérant quotidiennement, il convenait de traiter de l'ensemble des personnels qui concourent à l'exécution des missions du service public hospitalier. Une attention plus particulière a été prêtée ici au personnel médical. Des enquêtes spécifiques à certains métiers essentiels tels que ceux d'infirmier ou d'aide-soignant pourront être entreprises ultérieurement.

Le rapport ne fait qu'aborder certaines questions qui seront examinées dans les années à venir par les juridictions financières dans le cadre de la « programmation trisannuelle » prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 et communiquée au Parlement. Ainsi en va-t-il en l'occurrence des systèmes d'information et de l'organisation des services de soins à l'hôpital. De même, la répartition des effectifs médicaux entre régions, disciplines et modes d'exercice, est traitée dans ce rapport du seul point de vue de la gestion des personnels. Cette approche ne peut à elle seule épuiser les questions relatives à l'organisation de l'offre de soins et en particulier celle des restructurations hospitalières, par ailleurs régulièrement traitées dans les rapports publiés par la Cour.

Le présent rapport est le résultat des enquêtes menées de 2002 à 2004 par les juridictions financières dans les services des ministères de la santé et de l'éducation nationale, dans les agences régionales de l'hospitalisation et dans les établissements publics de santé. Quatorze chambres régionales des comptes ont participé aux travaux sur la fonction publique hospitalière³. Par ailleurs soixante rapports d'observations définitives provenant de toutes les chambres régionales des comptes ont nourri la partie de l'enquête relative aux personnels médicaux hospitaliers. Les observations s'appuient également sur les constats établis par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche à l'issue d'enquêtes récentes sur l'hôpital.

La structure du rapport en deux chapitres reflète la double perspective retenue : d'une part une problématique centrée sur la gestion des agents publics et d'autre part une problématique hospitalière centrée sur le pilotage et la régulation des effectifs.

3) Aquitaine, Auvergne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

Le premier chapitre consacré au cadre administratif et financier de la gestion des personnels hospitaliers passe en revue la diversité des statuts, la complexité de la répartition des compétences de gestion au sein de l'administration et les causes de la croissance des dépenses de personnel.

Le second, centré sur les politiques de pilotage des effectifs, examine les outils de régulation, analyse les déséquilibres dans la répartition des personnels hospitaliers et apprécie les solutions apportées par les pouvoirs publics.

Les dysfonctionnements constatés ont conduit la Cour à formuler des recommandations en conclusion de chacun des deux chapitres.

Chapitre I

Les inadaptations du cadre de gestion des personnels

I - Le cadre administratif

La gestion des personnels hospitaliers s'exerce dans un cadre juridique complexe et cloisonné comportant de très nombreux statuts et une grande hétérogénéité de procédures. L'administration apparaît mal organisée et la répartition des compétences entre les différents échelons administratifs n'est pas adéquate. L'évolution des obligations de service des agents aggrave ces difficultés avec une réduction massive du temps de travail intervenue entre 2001 et 2004. La méconnaissance du temps de travail médical ne facilite pas par ailleurs la gestion des ressources humaines.

A - Les statuts et les procédures de gestion

1 - Les complexités du cadre statutaire à l'hôpital

Trente-six décrets statutaires régissent les personnels de l'hôpital public, dont douze pour les personnels médicaux et vingt-quatre pour les personnels de la fonction publique hospitalière.

a) La diversité statutaire des personnels médicaux

Les multiples catégories de personnels médicaux⁴ (plus d'une vingtaine mentionnées en annexe I du présent rapport) peuvent être classées en trois grands groupes : les personnels enseignants et hospitaliers, les personnels hospitaliers et les personnels en formation, soit environ 104 000 personnes selon le recensement du ministère de la santé au 31 décembre 2002⁵.

Les quelque 10 000 personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (personnels couramment dénommés « hospitalo-universitaires ») relèvent à la fois du ministère de l'éducation nationale pour leurs activités d'enseignement et de recherche et du ministère de la santé pour leur activité hospitalière. Pour ces personnels, onze catégories coexistent, réparties en titulaires permanents, titulaires temporaires et non titulaires, avec au sommet de la hiérarchie les 3 900 professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH).

4) Les personnels médicaux hospitaliers recouvrent les catégories de médecin, de biologiste, d'odontologiste et de pharmacien (article L 6152-1 du code de la santé publique).

5) Enquête « SAE » (statistique annuelle des établissements) ; ces données sont approximatives pour les raisons expliquées dans le second chapitre.

Les personnels médicaux hospitaliers, au nombre de 76 000, relèvent du seul ministère de la santé et sont pour cette raison qualifiés de « mono-appartenants » par les administrations gestionnaires. Les dix catégories recensées se répartissent en personnels titulaires - ce sont les praticiens hospitaliers, 27 000 à temps plein et 6 000 à temps partiel - et personnels temporaires aux statuts divers, à temps plein (comme généralement les médecins ayant le statut d'assistant) ou à temps partiel (comme les 34 000 praticiens attachés qui ont une activité libérale en ville et effectuent des vacations à l'hôpital). Enfin, quelque 3 000 médecins libéraux exercent à temps partiel dans les hôpitaux locaux.

Les personnels en formation, « internes » et « faisant fonction d'interne », au nombre de 18 000, suivent un troisième cycle en faculté de médecine tout en assurant des fonctions de soins à l'hôpital.

La nécessité de conserver autant de catégories différentes de personnel médical hospitalier n'apparaît pas clairement. Une simplification possible pourrait s'inspirer d'une classification en trois groupes : les hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers permanents et les médecins contractuels. C'est au sein de ce troisième groupe que les différences entre divers statuts pourraient être progressivement réduites.

b) Statut général, statuts particuliers et statuts locaux de la fonction publique hospitalière

La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière constitue le titre IV du statut général de la fonction publique. Elle forme, avec la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (titre I du statut général), le statut de la fonction publique hospitalière.

Dans ce cadre, vingt-quatre décrets statutaires, dont la liste figure en annexe II du présent rapport, régissent les différents corps de la fonction publique hospitalière.

Parmi les 751 949 personnes physiques recensées par le ministère de la santé au 31 décembre 2002⁶, 530 297 (71 %) appartiennent à la filière soignante. Les deux catégories les plus représentatives sont les aides-soignants (plus de 180 000 personnes) et les infirmiers (193 000 hors infirmiers spécialisés).

6) Enquête SPE (« statistique des personnels des établissements »).

Les parts respectives de chacune des cinq filières de la fonction publique hospitalière (administrative, soignante, socio-éducative, médico-technique et ouvrière et technique) et, en leur sein, la proportion des agents non titulaires, sont présentées dans le tableau ci-après (la répartition des effectifs par corps et grade à l'intérieur des filières est fournie en annexe III au présent rapport).

Effectifs par filière et part des agents non titulaires

(Champ : EPS France entière en 2002)

Filières *	Effectifs exprimés en		% des ETP non titulaires	% de la filière en ETP / ensemble
	personnes physiques	équivalent temps plein		
Administrative	85 064	80 144	10 %	11 %
Soignante	530 297	498 767	6 %	70 %
socio-éducative	9 534	8 795	10 %	1 %
médico-technique	37 562	35 304	5 %	5 %
Ouvrière et technique	89 492	87 350	10 %	12 %
Total	751 949	710 360	7 %	100 %

Source : DHOS – SPE 2001, redressée avec SAE 2002

La construction d'un cadre juridique national avec un si grand nombre de statuts particuliers, n'a pas empêché le maintien, dans plusieurs hôpitaux, de statuts locaux⁷, c'est-à-dire de règles propres à l'établissement fixées par délibération du conseil d'administration, en particulier pour les personnels informaticiens ou radio-physiciens.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a également des statuts spécifiques régissant plusieurs catégories de personnels⁸. A la différence des règles locales instituées par les autres établissements publics de santé, de tels statuts ont été expressément autorisés par la loi du 9 janvier 1986 sur la fonction publique hospitalière. Elle précise en effet : « par dérogation à l'article 13 du titre Ier du statut général, les corps et emplois de fonctionnaires de l'AP-HP peuvent être régis par des statuts particuliers propres à cette administration. Ces statuts sont fixés par décrets en Conseil d'Etat ». Il n'en reste pas moins que l'existence d'un corps de règles aussi diversifiées complique la gestion des personnels.

7) Ces statuts concernent, selon la DHOS, 4 000 personnes réparties dans plusieurs établissements.

8) Statuts des ouvriers, blanchisseurs et conducteurs ambulanciers, des mécaniciens-dentistes et des premiers mécaniciens-dentistes (prothésistes dentaires), des agents de service (cadre d'emploi en voie d'extinction).

Dans le cadre des directives du gouvernement en matière de gestion des ressources humaines tendant à la simplification des structures statutaires, le ministre de la fonction publique a indiqué à la Cour, au cours de l'enquête, qu'il demandait à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) d'engager une réflexion sur la fusion entre les corps de l'AP-HP et les corps homologues de la fonction publique hospitalière.

Le cas des personnels de direction est un autre exemple de complexité statutaire dont la justification n'apparaît pas pleinement. Il existe plusieurs statuts régissant trois corps de directeurs : les directeurs d'hôpital, les directeurs d'établissement sanitaire et social et les directeurs d'établissement social et médico-social. Des personnels appartenant à chacune de ces trois catégories de directeurs peuvent coexister au sein d'un même établissement public de santé.

Les directeurs d'hôpital (3 500) et les directeurs d'établissement sanitaire et social (1 200) ont vocation à exercer leurs fonctions dans les mêmes catégories d'établissements, à savoir les établissements publics de santé et les maisons de retraite publiques. Les directeurs d'établissement social et médico-social (500) ont vocation à diriger les établissements sociaux mais ils peuvent également être directeurs adjoints dans un établissement public de santé. Les fonctions de chef d'établissement sont réservées aux directeurs d'hôpital pour les hôpitaux de plus de 250 lits et aux directeurs d'établissement sanitaire et social en deçà de ce seuil. En pratique cependant, de nombreux directeurs d'hôpital (204 en décembre 2004) sont à la tête d'établissements de moins de 250 lits.

Une simplification statutaire, par fusion de deux des trois corps de direction (établissements sociaux, établissements sanitaires et médico-sociaux) est envisagée depuis 2005.

2 - L'hétérogénéité des procédures de gestion

La grande diversité statutaire va de pair avec l'extrême hétérogénéité des procédures de gestion.

S'agissant des personnels médicaux, ils peuvent être, selon leur statut, nommés par décret du Président de la République ou recrutés par contrat passé avec le directeur de l'hôpital.

- Les personnels hospitalo-universitaires sont gérés à titre principal par le ministère de l'éducation nationale. Le ministère de la santé est cependant co-signataire de tous les textes réglementaires. Les procédures de gestion sont tout à la fois entièrement centralisées (seul le niveau de l'administration centrale intervient) et partagées entre un grand nombre de structures (onze bureaux, sept sous-directions et

quatre directions relevant des deux ministères de tutelle). Les 3 900 PU-PH sont nommés par décret du Président de la République.

- Les 27 000 praticiens hospitaliers à temps plein sont gérés pour l'essentiel par l'administration centrale du ministère de la santé. Ils sont nommés par arrêté du ministre de la santé.
- Les 6 000 praticiens hospitaliers à temps partiel sont gérés en partie par l'administration centrale et en partie par les services déconcentrés du ministère de la santé. Ils sont nommés par le préfet de région.
- Les médecins relevant d'autres statuts sont gérés localement par le chef d'établissement. Ils sont recrutés par le directeur de l'hôpital.

La gestion des personnes relevant de la fonction publique hospitalière est entièrement centralisée au ministère de la santé pour les agents de direction. Elle est décentralisée pour tous les autres statuts au niveau de l'établissement avec des interventions variables des échelons départemental et régional.

Cette diversité des procédures de gestion n'est pas prise en compte dans les systèmes d'information. L'administration centrale du ministère de la santé connaît ainsi mal les effectifs de médecins recrutés localement. Par ailleurs, en l'absence de liaison de ses systèmes informatiques avec ceux du ministère de l'éducation nationale, le ministère de la santé ne dispose que de peu d'informations sur les personnels hospitalo-universitaires alors même qu'ils occupent les postes stratégiques dans les CHU. Quant aux personnels de la fonction publique hospitalière, des systèmes d'information disparates, variant d'un établissement à l'autre, empêchent toute centralisation des données et obligent à des recensements statistiques lourds menés annuellement auprès des établissements.

3 - Les inconvénients de la gestion centralisée

Au total, les administrations centrales gèrent environ 42 000 personnes : 10 000 médecins hospitalo-universitaires, 27 000 praticiens hospitaliers à temps plein et 5 000 directeurs d'établissement. Sans toujours disposer de moyens adéquats, elles sont ainsi amenées à signer et notifier chaque année des dizaines de milliers d'actes de nominations, notations, avancements d'échelon, etc.

Cette centralisation provoque un engorgement de l'administration centrale préjudiciable à l'exercice de son rôle de pilotage. Elle est contraire à l'article 2 du décret n°92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration qui énonce que « *les administrations centrales assurent au niveau national un rôle de conception, d'animation, d'orientation, d'évaluation et de contrôle* ».

En outre, la centralisation des procédures ne reflète pas la réalité du processus décisionnel. Les nominations des PU-PH et des praticiens hospitaliers, bien qu'effectuées au terme d'un concours national et prises par décret ou arrêté, entérinent en fait un recrutement local. Les candidats sont en effet le plus souvent sélectionnés avant le concours, par cooptation, en particulier pour les postes hospitalo-universitaires⁹. Le processus est décrit en ces termes dans un rapport interne de l'AP-HP : « dans la plupart des cas, une candidature unique est issue d'une sorte de consensus local entre le doyen, le président de la commission médicale d'établissement, les syndicats médicaux, conduisant à une autocensure de toute candidature externe et mettant les autorités officielles devant le fait accompli au moment où elles doivent officiellement intervenir »¹⁰. Cela contribue à expliquer que le nombre de candidats soit égal, à quelques unités près, au nombre de postes offerts au concours, lui-même à peu près égal au nombre de candidats admis. Ainsi, au concours 2004 de PU-PH, 145 candidats se sont présentés aux 142 postes offerts et 134 ont été admis.

De même, la centralisation des procédures en matière disciplinaire pour les personnels médicaux est inadéquate : le simple avertissement est du ressort du ministre de la santé qui se prononce après avis du préfet, du conseil d'administration et de la commission médicale de l'établissement. Ces avis locaux bloquent souvent l'engagement même de la procédure qui est de fait très peu souvent mise en œuvre. De 1984 à 2002, en moyenne annuelle, moins de deux procédures disciplinaires ont été ouvertes pour une population de plus de 32 000 praticiens hospitaliers et deux révocations ont été décidées. Une plus grande vigueur est toutefois à relever depuis 2002 avec une moyenne annuelle de cinq procédures disciplinaires engagées dont une a débouché en 2004 sur une révocation. S'agissant des 10 000 personnels hospitalo-universitaires, le pouvoir disciplinaire est exercé par un organe disciplinaire à caractère juridictionnel. Les procédures ouvertes et les sanctions sont aussi exceptionnelles : au cours de la période 1997-2002, sept procédures disciplinaires ont été ouvertes et deux révocations ont été décidées.

La même centralisation des procédures qui existe en matière d'insuffisance professionnelle des médecins est tout aussi inadéquate. L'insuffisance professionnelle, dénuée de toute notion de faute, est applicable à tout médecin quel que soit son statut. Elle n'est quasiment pas utilisée en dépit des enjeux en termes de sécurité dans la prise en charge des

9) Cette situation est résumée dans l'expression couramment employée de « concours national, recrutement local ».

10) Rapport de l'AP-HP « Les améliorations susceptibles d'être apportées à l'organisation hospitalo-universitaire du CHU de Paris » daté du 20 janvier 2000.

patients : quatre licenciements ont été prononcés en vingt ans (de 1984 à 2004) pour une population médicale hospitalière comptant plus de 100 000 personnes.

Ces difficultés, largement ressenties, ont conduit à l'adoption d'une réforme transférant, à compter de 2007, la gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpital à un centre national de gestion¹¹. Si elle peut décharger la DHOS de la gestion, cette réforme n'est en revanche pas de nature à remédier aux inconvénients liés à l'excessive centralisation des procédures de nomination.

A cet égard, il serait logique que les décisions d'affectation des praticiens hospitaliers soient prises par les conseils d'administration des établissements où ils vont exercer. Telle est la pratique dans la plupart des pays, notamment en Grande Bretagne et en Allemagne, mais aussi en France pour les hôpitaux privés et les cliniques.

Les hôpitaux pourraient procéder en fonction de leurs ressources et de leurs besoins aux recrutements de praticiens et aux affectations nécessaires, « *sans qu'il soit toujours besoin d'en référer au plus haut sommet de l'Etat* » pour reprendre les termes utilisés dans une réponse à la Cour. L'opposition des syndicats nationaux de praticiens et de directeurs d'hôpital à une telle réforme a dissuadé le ministère de l'adopter.

Il conviendrait au moins que les décisions d'affectation des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpital soient prises par les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ce qui serait cohérent avec leurs responsabilités en matière de planification et de restructuration. Il appartiendrait ensuite à la direction de l'établissement concerné d'affecter les praticiens hospitaliers entre les pôles ou services.

B - L'organisation de l'administration

La répartition actuelle des responsabilités ne permet pas un pilotage cohérent de la gestion des différentes catégories de personnels hospitaliers. Les administrations centrales, entravées par le poids de la gestion courante de dizaines de milliers d'agents, pâtissent en outre des dysfonctionnements dans la coordination entre les ministères et les directions impliqués. Au niveau local, l'établissement public de santé jouit d'une grande autonomie mais il ne maîtrise que très partiellement le recrutement de ses personnels médicaux. Entre ces deux niveaux, l'échelon régional a un rôle réduit, en contradiction avec les missions de pilotage assignées aux agences régionales de l'hospitalisation.

11) Cette réforme, en discussion au ministère depuis 2004, a été entérinée par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 (article 5 du titre III de l'ordonnance).

1 - Les difficultés de la coordination centrale

Au sein du ministère de la santé, la DHOS « oriente et anime les politiques de ressources humaines des établissements publics de santé ; elle élabore les règles relatives à la fonction publique hospitalière et veille à leur application ; elle est chargée de la réglementation relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé (...); elle élabore des systèmes d'information sur les moyens de fonctionnement et l'activité des établissements et en organise la mise en œuvre »¹².

L'exercice de ce rôle assigné par les textes se heurte en pratique à des obstacles organisationnels. La DHOS est confrontée en effet à des difficultés dans la nécessaire coordination avec les autres ministères compétents et avec d'autres directions du ministère de la santé.

- Comme relevé supra, elle ne détient guère d'informations sur les médecins hospitalo-universitaires, gérés à titre principal par l'Education nationale.
- Elle doit par ailleurs gérer la complexité inhérente à la répartition des compétences gouvernementales en matière de fonction publique. Le ministère de la fonction publique (direction générale de l'administration et de la fonction publique - DGAFP) dispose en effet d'une compétence générale lorsqu'il s'agit de textes relatifs aux statuts des fonctionnaires. Il détient également une compétence de coordination de tous les statuts particuliers, de manière à ce que les fonctionnaires de même niveau, exerçant des fonctions comparables, bénéficient de conditions de recrutement et d'avancement et de situations indiciaires équivalentes. Il contresigne avec le ministre chargé du budget tous les statuts de la fonction publique hospitalière.
- Une certaine complexité en résulte dans le découpage des compétences. S'agissant par exemple du droit syndical, la DGAFP est compétente pour ce qui concerne la réglementation générale de son exercice, la DHOS en définit les modalités (mise à disposition nationale, crédits d'heures, autorisations d'absence), tandis que l'établissement précise, au niveau du site de travail, l'organisation et l'exercice de ce droit dans le respect du cadre national.
- Des dysfonctionnements existent également dans la coordination au sein même du ministère de la santé entre la DHOS, la direction générale de la santé (DGS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

12) Décret du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Ainsi, les fonctions d'études et de statistiques du ministère de la santé sont confiées à la DREES. Celle-ci exploite en particulier la principale source statistique nationale sur l'activité des établissements de santé, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Elle associe ou consulte la DHOS en tant que de besoin lors des évolutions du système d'information.

Cependant, parallèlement, la DHOS mène de manière autonome des enquêtes pour obtenir des informations non fournies par la DREES. Le caractère limité de ses moyens et de ses capacités d'expertise fragilise le dispositif tandis que se multiplient les remontées d'informations parfois incohérentes entre elles.

De même, la DHOS est tenue d'agir en étroite collaboration avec la DGS. Elle doit en effet, aux termes du décret du 13 juillet 2000 précité, apporter *« son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé ainsi qu'à la définition des orientations et à l'organisation des formations de professions médicales et paramédicales dont elle détermine les conditions d'exercice. »*¹³. Or, l'articulation entre les deux directions n'est guère satisfaisante.

Dans son rapport public annuel de février 2005, la Cour a relevé *« les difficultés liées à l'intervention conjointe de la DGS et de la DHOS dans le domaine de la démographie et de la formation des professionnels de santé »*. Ainsi, c'est la DGS qui fixe les quotas annuels de recrutement de ces professionnels mais c'est la DHOS qui est responsable de l'organisation de l'ensemble de l'offre de soins et du pilotage du système hospitalier. La DGS élabore les normes des politiques de santé publique mais elle n'évalue ni leurs conséquences sur l'emploi ni les difficultés de leur application à l'hôpital. Par ailleurs, comme l'a souligné la Cour dans son rapport précité, la répartition des rôles entre les deux directions *« a instauré une césure peu fonctionnelle entre la prise en charge des conditions d'exercice relevant de la DHOS et celle des questions de déontologie, demeurée à la DGS »*.

Ainsi, la répartition des compétences entre la DHOS et la DGS, complexe et confuse, ne facilite pas la gestion des personnels hospitaliers. Répondant sur ce point à la Cour, la DHOS considère que *« cette répartition issue de la réorganisation intervenue en juillet 2000, pose des problèmes de cohérence. L'enchevêtrement des missions, malgré la bonne volonté des services concernés est, en effet, source de retards ou d'incohérences qui mènent inmanquablement à des dysfonctionnements sérieux voire à des blocages sur certains sujets. C'est la raison pour laquelle cette question fait actuellement [septembre 2005] l'objet de*

13) Décret du 21 juillet 2000 précité.

discussions sous l'égide du secrétariat général des ministères des affaires sociales, qui devrait arbitrer prochainement entre les propositions de réorganisation des compétences respectives des deux directions présentées par ces dernières et lever les derniers blocages. »

2 - Le rôle restreint des services déconcentrés de l'Etat

En matière de gestion des agents de la fonction publique hospitalière, les échelons régional et départemental des services du ministère de la santé ne détiennent que des compétences résiduelles.

- Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) interviennent pour mettre en œuvre des actions de modernisation, accompagner la mise en place de la réduction et de l'aménagement du temps de travail ou encore développer la promotion professionnelle. Leur rôle dans la gestion des personnels est donc très limité. Aussi, dans la démarche de contractualisation engagée avec elles en 2004 par la DHOS, le chapitre consacré aux ressources humaines est-il succinct. Les ARH ont, en effet, refusé de s'engager à rendre des comptes sur des éléments sur lesquels elles n'ont pas de prise directe.
- Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) détiennent des compétences relatives à l'organisation des formations professionnelles des personnels paramédicaux. Ces compétences ont été limitées par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : depuis le 1^{er} janvier 2005, les conseils régionaux donnent leur avis sur le quota de formation envisagé par les DRASS et répartissent ce quota entre les établissements ; ils peuvent également créer des instituts de formation ; ils instruisent les dossiers de bourse ; ils ont la charge du fonctionnement et de l'équipement des instituts de formation publics ; ils décident de l'agrément des écoles et des directeurs.
- Les compétences des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) sont restreintes à quelques actes de gestion : avancements d'échelon, promotions, notations et organisation des concours de recrutement de certaines professions (psychologues, secrétaires médicales et adjoints des cadres hospitaliers).

La mise à l'écart de l'échelon déconcentré du ministère se lit notamment dans les circuits de remontées d'informations sociales. La DHOS collecte directement auprès des établissements les données chiffrées sur les mouvements sociaux ; elle réfléchit aujourd'hui à la mise en place d'un « baromètre social » avec l'objectif d'anticiper et de prévenir les conflits sociaux ou tout au moins de mieux les gérer. Dans le

même sens, la DHOS intervient directement en appui dans les établissements en tension sociale forte ; 242 missions ont été réalisées de 2000 à mars 2005.

En matière de personnel médical, le rôle des ARH et des services déconcentrés du ministère de la santé est encore plus restreint. S'agissant des praticiens hospitaliers, leurs compétences sont limitées aux déclarations de vacances d'emploi et à la répartition de certains postes ; les DRASS participent à l'organisation des concours et instruisent les dossiers de nomination transmis à la DHOS ; les DDASS gèrent les avancements d'échelon. S'agissant des personnels enseignants et hospitaliers, les niveaux régional et départemental ne détiennent aucune compétence de gestion.

Le rôle très réduit joué par les ARH n'est pas cohérent avec les missions qui leur ont été confiées ainsi que l'avait déjà souligné la Cour dans son rapport de septembre 2002 sur la sécurité sociale.

3 - Le morcellement de l'organisation locale

Aux termes du code de la santé publique, « *les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière (...). Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.* »¹⁴.

Le code distingue deux grandes catégories d'établissements publics : les « centres hospitaliers » et les « hôpitaux locaux ». Ces derniers ne peuvent assurer que les soins de courte durée en médecine. Au sein de la catégorie des centres hospitaliers (CH), le même article distingue les CHR et les CHU : « *les centres hospitaliers (CH) à vocation régionale sont les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les CHR ayant passé une convention avec une université sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU)* »¹⁵.

A ces catégories définies par la loi, le ministère de la santé ajoute celle des centres hospitaliers spécialisés (CHS) pour désigner les centres hospitaliers spécialisés dans les soins psychiatriques.

A la fin 2004, il existait 1 029 établissements publics de santé dont la taille est très variable puisque les plus petits emploient quelques dizaines d'agents hospitaliers alors que le plus important, l'AP-HP, en emploie près de 100 000.

14) Article L 6141-1

15) Article L 6141-2

Répartition des établissements publics de santé

centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU)	31
centres hospitaliers (CH)	558
centres hospitaliers spécialisés (CHS)	92
hôpitaux locaux (HL)	348
Total	1029

La trentaine de CHR/CHU rassemble plus du tiers (35 %) des effectifs de la fonction publique hospitalière, les CH près de la moitié (49 %) tandis que les CHS et les hôpitaux locaux ne comptent respectivement que 11% et 5 % de ces effectifs¹⁶.

Dans chacun de ces établissements, le morcellement des pouvoirs conjugué à une répartition éclatée des compétences entre le directeur et le conseil d'administration ne crée pas un cadre favorable à une gestion optimale des personnels.

- Le conseil d'administration est chargé, d'après l'article L6143-1 du code de la santé publique, de définir la politique générale de l'établissement. Il délibère sur des sujets essentiels tels que l'emploi de personnels hospitaliers. Toutefois, certaines décisions stratégiques lui échappent, comme la nomination des praticiens hospitaliers¹⁷ et des personnels de direction, qui relève du ministre chargé de la santé.
- Le directeur d'hôpital, chef d'établissement, dispose, aux termes de l'article L6143-7 du code de la santé publique, d'une « compétence générale » pour assurer la gestion et la conduite de l'établissement mais il n'a pas compétence pour la gestion des personnels enseignants et hospitaliers et celle des praticiens hospitaliers.
- La commission médicale d'établissement des CHU ne se prononce pas sur les effectifs hospitalo-universitaires et ne vote que le tableau des autres emplois médicaux.
- Le médecin chef de service est le plus souvent suivi par la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration dans le choix de ses collaborateurs médicaux, mais il est rarement maître des recrutements des personnels paramédicaux dans son service.

Les réformes en cours du plan « Hôpital 2007 » contiennent plusieurs éléments susceptibles d'améliorer la gouvernance de l'établissement : le rôle du conseil d'administration est recentré sur les fonctions d'élaboration de la stratégie, d'évaluation et de contrôle ;

16) Source : SAE 2003, ministère de la santé.

17) Les avis des conseils d'administrations sont toutefois envoyés au ministère.

un conseil exécutif dans chaque établissement, présidé par le directeur, doit associer des médecins désignés par la commission médicale d'établissement et les membres de l'équipe de direction.

C - Les obligations de service du personnel

Un des changements majeurs intervenus dans les obligations de service des agents est la réduction du temps de travail mise en place entre 2001 et 2004 au bénéfice de l'ensemble des personnels hospitaliers à la seule exception des médecins hospitalo-universitaires. En dépit des nouvelles contraintes de mesure du temps de travail, les obligations de service de certaines catégories de médecins restent floues.

1 - Une réduction massive du temps de travail

La réduction du temps de travail accordée aux personnels des établissements publics de santé en 2001 a été accompagnée par la programmation de la création de 37 500 emplois non médicaux et de 3 500 emplois médicaux. Toutefois, dans un contexte marqué par l'impréparation en matière de recrutements et de formation et la pénurie de certaines catégories de professionnels de santé, les postes annoncés, qui ne suffisaient déjà pas à compenser la baisse du temps de travail, n'ont pas tous été pourvus. La mise en place de la réduction du temps de travail a ainsi perturbé le fonctionnement des services. Certains exemples montrent cependant que des réorganisations de service ont permis des gains importants de productivité.

a) Les agents de la fonction publique hospitalière

L'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) dans les établissements publics de santé ont fait l'objet d'un protocole d'accord signé le 27 septembre 2001 par le gouvernement et quatre organisations syndicales. Les dispositions, reprises dans le décret du 4 janvier 2002, sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2002 pour le personnel de jour et le 1^{er} janvier 2004 pour le personnel de nuit. La première phase de la mise en œuvre a été analysée à la fin 2002 par une « mission nationale d'évaluation » et en 2003 par plusieurs enquêtes du ministère de la santé¹⁸.

18) « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, une enquête statistique auprès des établissements publics de santé », DREES, Etudes et résultats, n°224, mars 2003. « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », Document de travail - DREES, Série Etudes, n°35, octobre 2003. La DREES a recueilli des données statistiques sur près de 990 « entités juridiques ou établissements », représentant 92 % des structures d'hospitalisation publiques dans le champ sanitaire et couvrant 95 % des agents de la fonction publique hospitalière.

Puis la DHOS a mené au cours du second semestre 2005 une enquête auprès de l'ensemble des établissements publics de santé. Il ressort des premiers résultats provisoires que le nombre de postes finalement alloué a été de 38 800, dont 10 % n'étaient pas encore pourvus au 31 décembre 2004.

La réduction du temps de travail a été importante puisque les dispositions du décret du 4 janvier 2002 ont conduit à réduire la durée de travail des infirmiers en moyenne de 9,7 %. Etabli désormais à 1 567 heures par an pour les agents travaillant en régime de repos fixe et à 1 537 heures pour les agents soumis au régime de repos variable, le temps de travail est inférieur à la durée annuelle de 1 600 heures correspondant à 35 heures hebdomadaires. L'écart de 33 heures et 63 heures par an, respectivement, correspond à plusieurs milliers d'ETP. Selon les enquêtes précitées, dans plus de trois quarts des établissements, la réduction du temps de travail s'est traduite par l'attribution d'au moins 15 jours de « RTT ». Seuls 3 à 4 % des établissements, généralement de petite taille, ont préféré passer au nouvel horaire en réduisant exclusivement la durée quotidienne ou hebdomadaire de travail.

Aux termes du protocole précité de septembre 2001, 37 500 emplois devaient être créés entre 2002 et 2004 dans les établissements publics de santé. Les enquêtes de la DREES ont montré que les créations d'emplois représentaient 5,8 % des effectifs et ne compensaient donc pas intégralement la réduction du temps de travail de 9,7 % mentionnée ci-dessus. Toutefois, lorsque la réduction du temps de travail s'est accompagnée d'une réorganisation des services, des gains substantiels de productivité ont parfois été observés comme l'ont relevé à plusieurs reprises les chambres régionales des comptes. Ainsi au CHU de Toulouse, la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail s'est accompagnée, en 2002, d'une réduction des effectifs équivalant à 375 ETP sur un total d'environ 8 800 ETP. A l'inverse, d'autres établissements ont été contraints, faute de réorganisation, de diminuer les plages d'ouverture des services et d'en fermer certains en été.

Les chambres régionales des comptes ont par ailleurs constaté que certains accords sur la réduction du temps de travail reprenaient des dispositions locales non conformes aux textes nationaux. Ainsi, au CH de Montauban, les conditions de passage aux 35 heures ont fait l'objet d'un double accord, l'un officiellement présenté à l'ARH et conforme aux textes en vigueur, l'autre interne à l'établissement, signé entre la direction et quatre organisations syndicales et correspondant à la pratique effective, fixant une durée du travail inférieure à celle prévue par les textes. Le coût annuel des avantages consentis ou maintenus par cet établissement dans ce cadre a été estimé en 2002 à 1 623 641 €.

b) Le personnel médical « mono-appartenant »

Les dispositions arrêtées le 22 octobre 2001 et entrées en vigueur en 2002 et 2003¹⁹ ont réduit de manière très substantielle le temps de travail du personnel médical hospitalier « mono-appartenant » (les personnels hospitalo-universitaires ne sont pas concernés) sous l'effet conjugué des mesures de politique nationale de réduction du temps de travail et de celles résultant de l'application d'une directive européenne :

- vingt jours de congés supplémentaires ont été octroyés au titre de la RTT, ce qui représente 9 % des obligations annuelles de service des praticiens hospitaliers désormais ramenées à 207 jours ;
- le temps de garde (ou de « permanence des soins ») est désormais considéré comme temps de travail en vertu de la directive européenne du 23 novembre 1993 « *concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail* » dont l'applicabilité aux médecins hospitaliers a été reconnue le 3 octobre 2000 par la Cour de Justice européenne. Cette interprétation a entraîné une autre réduction massive des obligations de service puisqu'une garde hebdomadaire, comptabilisée désormais pour deux demi-journées de travail, réduit de 20 % les obligations de service (obligations fixées réglementairement à dix demi-journées par semaine).

Le nombre d'emplois nouveaux nécessaires pour compenser cette diminution très substantielle du temps de travail médical a été officiellement chiffré à 3 500 dans le protocole précité du 22 octobre 2001. Les estimations internes de l'administration faisaient état d'un nombre bien supérieur, de l'ordre de 6 200.

Le nombre de postes créés dans les hôpitaux reste inconnu au niveau national, de même que le nombre de postes pourvus par d'autres médecins que les praticiens hospitaliers, en raison de l'absence d'information nationale sur les personnels gérés localement. Les données recueillies par la Cour auprès des agences régionales de l'hospitalisation montrent une très forte proportion de postes « RTT » non pourvus : 43 % des postes créés en 2002 et 2003 en Franche-Comté et 41 % dans le Nord-Pas-de-Calais n'étaient pas pourvus en janvier 2004²⁰.

19) Le protocole de « cadrage national de l'ARTT » signé le 22 octobre 2001 par le ministre de la santé et quatre syndicats médicaux (CMH, INPH, CHG, SNAM-HP) a donné lieu en 2002 à une traduction réglementaire dans deux décrets, quatre arrêtés et deux circulaires.

20) Taux de vacance mesuré en janvier 2004 des postes ouverts en 2002 et 2003 au titre de la réduction du temps de travail.

Prenant acte de « *l'importance des recrutements à effectuer, dans un contexte de démographie médicale tendue* », le protocole passé le 13 janvier 2003 entre le ministre de la santé et des organisations syndicales de praticiens hospitaliers a mis en place des mesures visant à « *garantir le fonctionnement médical des établissements publics de santé* ».

En pratique, il a incité à un plus grand usage du compte épargne-temps, « *outil stratégique* » : au terme de dix ans, selon le protocole, « *le praticien peut bénéficier d'un droit cumulé d'un an et six mois s'il verse la totalité de ses jours épargnables pendant ces dix ans* », tandis que les praticiens âgés de 55 ans au moins en 2002 peuvent cumuler deux comptes épargne-temps successifs et bénéficier ainsi de deux ans de congés rémunérés avant la retraite. Il s'agit là d'une réduction différée du temps de travail et d'une croissance à terme des charges de personnel potentiellement considérables. La mission d'expertise et d'audit hospitalier (service d'enquêtes du ministère de la santé créé en 2003) a calculé que dans un établissement de taille moyenne (91 médecins en ETP), les jours accumulés dans les comptes épargne-temps en 2002 et 2003 représentaient au 31 décembre 2003 4 % des effectifs²¹. Ce pourcentage appliqué à un effectif d'environ 50 000 ETP de médecins salariés hospitaliers représente quelque 2 000 ETP.

L'ampleur de la réduction différée du temps médical devrait conduire à prendre la mesure nationale du phénomène et à l'intégrer dans les analyses sur la démographie médicale hospitalière.

c) Les personnels hospitalo-universitaires

Les personnels hospitalo-universitaires n'ont pas bénéficié de la réglementation sur la réduction du temps de travail.

Pour l'heure, la durée du temps de travail des personnels enseignants et hospitaliers reste fixée « *à titre indicatif* » à onze demi-journées par une circulaire de 1962. Ce texte précise que cela correspond à « *un minimum de quarante heures* » mais que « *les gardes prises à l'hôpital* » sont « *en principe comprises dans cette durée* ». Cette dernière disposition, qui intégrait les gardes au temps de travail bien avant la directive européenne de 1993 précitée, a manifestement été perdue de vue (le temps de garde n'est pas décompté comme temps de travail) tandis que la définition d'une durée de onze demi-journées hebdomadaires a été reprise dans une circulaire du 6 mai 2003. Les

21) Rapport de 2004 de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers sur le temps de travail des médecins.

différences sont ainsi notables entre les personnels hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers. Tant la définition du temps de travail (garde comptabilisée ou non comme temps de travail) que sa durée (dix ou onze demi-journées par semaine) varient selon le statut du médecin, ce qui est source de difficultés dans les CHU.

La conférence des directeurs généraux de CHU a indiqué à ce propos que « *dans les CHU, où la majorité des chefs de service sont hospitalo-universitaires, les différentes dispositions en matière de temps de travail séparent assez radicalement deux catégories voire deux générations de praticiens, pouvant créer certaines difficultés dans la gestion des personnels médicaux* ».

2 - Les incertitudes sur le temps de travail médical

a) Le flou des obligations de service des hospitalo-universitaires

Les obligations de service des médecins hospitalo-universitaires restent encadrées, de manière floue, par un arrêté et une circulaire datés du 21 décembre 1960. La durée de leur temps de travail est définie « *à titre indicatif* » par la circulaire de 1962, citée plus haut. Ces textes considèrent que « *l'activité du médecin, comme celle du professeur, et, a fortiori, celle du chercheur, se prête mal à une réglementation rigoureuse* ».

Un arrêté ministériel aurait dû, en vertu du décret du 24 février 1984 régissant les personnels hospitalo-universitaires, déterminer les obligations de service ainsi que les conditions de leur répartition entre les fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. Or, à ce jour, il n'a pas été pris²².

En 2005, le ministère de l'éducation nationale a fait savoir à la Cour qu'il avait obtenu « *l'accord de principe de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, au ministère chargé de la santé, pour engager une réflexion et clarifier réglementairement les obligations d'enseignement, de recherche et de soins de ces personnels.* ».

22) La Cour, dans un référé de 1991 au ministre de l'Éducation nationale, avait déjà signalé l'absence d'arrêté.

Une autre piste de travail méritant d'être explorée consisterait à définir dans un contrat individuel passé entre le médecin, l'établissement public de santé et l'université, les conditions de partage du temps entre enseignement, recherche, activités de soins et autres fonctions éventuelles. La Cour, qui a défendu le principe d'un tel contrat pour les enseignants-chercheurs²³, ne méconnaît toutefois pas les difficultés accrues de l'exercice s'agissant de personnes relevant à la fois de l'université et de l'établissement public de santé.

b) La méconnaissance du temps de travail médical

Les statuts particuliers des personnels médicaux hospitaliers rendent obligatoire la tenue de tableaux de service et cette obligation a été étendue à tous les médecins hospitaliers par un arrêté du 30 avril 2003. Ces tableaux précisent les obligations de service du personnel médical et, pour les personnels hospitalo-universitaires, l'horaire hebdomadaire des activités de soins ou d'enseignement avec « *un temps libre suffisant pour la recherche* ».

Les tableaux de service devraient en conséquence permettre de connaître le temps de travail médical. Or, en pratique, ils ne sont que rarement produits à l'administration comme le montrent de manière récurrente les contrôles des chambres régionales des comptes.

La conférence nationale des directeurs de centre hospitalier a confirmé dans une réponse écrite à la Cour les difficultés rencontrées pour obtenir des tableaux de service correctement renseignés et a évoqué « *les réticences à tout contrôle du temps travaillé par les praticiens quels que soient leurs statuts* ».

La méconnaissance du temps de travail médical vaut également pour la part consacrée à l'enseignement en faculté de médecine. A l'intérieur du temps de travail des personnels enseignants et hospitaliers, la part consacrée à l'enseignement n'est pas connue. C'est par pure convention qu'un médecin hospitalo-universitaire est décompté dans les enquêtes de la SAE comme ½ ETP hospitalier, l'autre ½ ETP étant considéré comme un temps de travail consacré à l'enseignement et la recherche.

Dans leur rapport de 2004 sur les CHU, l'IGAS et l'IGAENR ont souligné les incertitudes qui en résultaient pour apprécier les besoins en personnels de formation : « *le temps réellement passé par ces personnels à former des étudiants est difficile à appréhender. D'une part, les hospitalo-universitaires se partagent entre leurs trois missions (enseignement,*

23) Rapport public particulier d'octobre 2005 « La gestion de la recherche dans les universités ».

recherche, soins) auxquelles s'ajoutent activité administrative, activité libérale ou activité d'intérêt général et expertises, d'autre part, des personnels n'ayant pas un statut d'enseignant (par exemple les praticiens hospitaliers) apportent un concours qui n'est pas mesuré. De ce fait, il est impossible de prévoir l'impact de la croissance des effectifs étudiants en santé sur les besoins en personnels de formation ».

Le simple temps de présence à l'hôpital est souvent mal connu de l'administration en raison des activités extérieures des médecins telles les expertises ou encore les participations à des congrès (autorisées, pour les personnels enseignants et hospitaliers, dans la limite de six semaines par an par un arrêté de 1960) dont elle n'est pas toujours informée. Ainsi, la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées avait établi en novembre 2000 que, au CHU de Toulouse, les participations à des congrès à l'étranger, qui pouvaient atteindre 42 jours pour certains médecins, n'étaient pas connues de l'administration dans une proportion importante : *« 70 % des congrès à l'étranger n'avaient pas été signalés à l'administration »*. La méconnaissance du temps de travail des médecins apparaît ainsi comme une conséquence de la très large autonomie dont bénéficie la hiérarchie médicale par rapport à l'autorité administrative de l'hôpital.

En l'absence d'outils de mesure et de contrôle du temps de travail des médecins, les situations peuvent varier très fortement d'un praticien à l'autre, avec parfois une charge de travail hospitalière très lourde. En sens inverse, quelques dérives, marginales certes mais révélatrices des dysfonctionnements de la gestion hospitalière, sont à relever. Ainsi, dans un établissement où des dysfonctionnements avaient été constatés, l'IGAS relevait le cas d'un chef de service dont les divers mandats et fonctions extérieures conduisaient à ce que *« très pris par d'autres activités, il ne passait dans son service qu'une ou deux demi-journées par semaine (généralement entre 10 h et 13 h) »*.

II - Le cadre financier

Les dépenses de personnel ont connu des évolutions très contrastées au cours des dix dernières années : croissance soutenue des charges relatives au personnel médical et augmentation plus modérée du coût des personnels titulaires de la fonction publique hospitalière. Ces évolutions demeurent mal expliquées en raison des lacunes des outils d'analyse alors même que les montants en jeu ont atteint 38 milliards d'euros en 2004. La gestion des évolutions salariales est très insuffisante et les protocoles de mesures catégorielles s'enchaînent sans cohérence d'ensemble.

Par ailleurs, l'examen des rémunérations met en évidence le caractère récurrent de certaines irrégularités. Enfin, les montants et la nature des rémunérations complémentaires que les médecins tirent de diverses activités demeurent très mal connus.

A - Les dépenses de personnel

1 - Les obstacles à l'analyse des charges

a) Des dépenses connues avec insuffisamment de précision

Les comptes des établissements publics de santé sont tenus par les comptes publics du réseau du Trésor et sont centralisés au ministère des finances par la direction générale de la comptabilité publique. Les montants des dépenses sont ainsi connus avec précision.

Toutefois, certaines charges de personnel ne sont pas retracées dans les comptes des hôpitaux. Par ailleurs, la ventilation des charges, insuffisamment détaillée, ne permet pas une analyse fine des dépenses de personnel.

Le périmètre des comptes hospitaliers

Les personnels enseignants et hospitaliers perçoivent d'une part une rémunération d'enseignant universitaire, imputée au budget du ministère de l'éducation nationale, et, d'autre part, des émoluments hospitaliers, financés par les budgets des hôpitaux. Les comptes des hôpitaux ne retracent de ce fait qu'une partie des dépenses des personnels hospitalo-universitaires. La convention précitée retenue pour le décompte en ETP des personnels dans les recensements statistiques se retrouve de manière approximative en matière financière : les émoluments hospitaliers représentent un peu moins de la moitié de la rémunération statutaire²⁴.

Les comptes des hôpitaux ne retracent pas non plus certaines dépenses de personnel hospitalier comme les aides individuelles au départ volontaire, à la reconversion et à la mobilité, financées par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et versées directement aux bénéficiaires par la Caisse des dépôts et consignations. Leur montant cumulé depuis la création du FMESPP en 1998 s'élevait à plus de 100 millions € au 31 décembre 2004, dont 72 millions au titre des indemnités de départ volontaire. La Cour relève au passage l'absence de bilan évaluatif de ces aides publiques.

24) Cf. en annexe n°V, les montants des rémunérations statutaires au 1er février 2005.

A l'inverse, les comptes hospitaliers enregistrent des dépenses de personnel qui ne devraient pas y être imputées. C'est le cas d'agents relevant de la fonction publique hospitalière, essentiellement des directeurs d'hôpital, mis à disposition de services de l'Etat. Le rapport public de la Cour de 1999 sur la fonction publique de l'Etat avait mentionné le phénomène en ces termes : « *la rémunération des personnels hospitaliers ainsi mis à disposition continue à être assumée par leur employeur d'origine, moyennant l'abondement des crédits budgétaires des hôpitaux par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette procédure, mise en place par la direction des hôpitaux, conduit à mettre indûment à la charge de l'assurance maladie les dépenses de rémunération de la compétence de l'Etat* ».

A la suite de ces observations, la Cour avait relevé, dans son rapport de 2002 sur la sécurité sociale, qu'une régularisation des mises à disposition avait été engagée au moyen de conventions prévoyant la prise en charge de la dépense par l'Etat et non plus par l'assurance maladie mais qu'elle était arrêtée faute de crédits. A la fin de l'année 2004, sur les 42 directeurs d'hôpital mis à disposition des administrations centrales de l'Etat (principalement de la DHOS), 24 (soit 58 %) faisaient l'objet d'un remboursement par l'Etat. La régularisation n'a donc été que partielle.

La ventilation des charges de personnel

La ventilation des dépenses de personnel, fixée par une nomenclature comptable arrêtée par le ministre du budget, n'autorise pas une connaissance détaillée des charges :

- si elle distingue les rémunérations brutes du personnel non médical (compte n° 641) et du personnel médical (compte n° 642), elle ne ventile pas toutes les charges sociales, empêchant de ce fait de connaître le coût salarial global de chacune de ces deux grandes catégories de personnel ;
- elle ne distingue pas les traitements des indemnités ;
- elle classe les dépenses du personnel médical en six catégories hétéroclites (praticiens temps plein, praticiens temps partiel, attachés, internes et étudiants en médecine, gardes et astreintes, autres rémunérations du personnel médical) qui n'autorisent une connaissance des charges ni par statut, ni par nature (traitement principal, primes).

La nomenclature comptable des établissements publics de santé mériterait d'être révisée de manière à fournir des données pertinentes pour l'analyse des charges de personnel.

b) Des évolutions contrastées mal expliquées

Les évolutions d'ensemble

En dix ans, de 1995 à 2004, l'ensemble des dépenses de personnel est passé de 27 à 38 milliards d'euros, soit une hausse de 42 % en euros courants et de 25 % en euros constants. Cette hausse globale recouvre des évolutions très contrastées selon les catégories de personnel :

- + 65 % pour le personnel médical (48% en € constants),
- + 33 % pour le personnel non médical (19% en € constants),
- + 394 % pour le personnel extérieur à l'établissement (343% en € constants).

Il est à relever que le poids de l'ensemble des dépenses de personnels dans les charges d'exploitation a très légèrement baissé, passant de 69 % à 68,3 %²⁵.

Les données sur les évolutions des différents comptes de charges de personnel de 1995 à 2004 sont détaillées dans le tableau ci-après.

25) Cette décroissance s'explique par la forte augmentation de certaines autres dépenses, notamment les achats de médicaments.

Dépenses de personnel des établissements publics de santé
(budgets principaux et budgets annexes des établissements publics de santé)

En milliers d'euros

Comptes	Libellé du compte	1995	2004	% du compte sur total dépenses de personnel en 2004	Evolution 2004/95
61681	Primes d'assurances maladie maternité et accident de travail *	36 722	67 789	0,18 %	85 %
621	Pers. extérieur. à l'établissement	55 746	275 508	0,73 %	394 %
63	Impôts, taxes et versements assimilés	2 005 198	2 986 473	7,90 %	49 %
641	Personnel non médical	15 443 873	20 497 954	54,22%	33 %
642	Personnel médical	2 776 044	4 593 375	12,15%	65 %
6451	Charges de séc. sociale du pers.non médical	5 039 681	6 986 513	18,48 %	39 %
6452	Charges de séc. sociale du pers.médical	767 174	1 330 327	3,52 %	73 %
647	Autres charges sociales	260 592	346 453	0,92 %	33 %
648	Autres charges de personnel	174 040	319 338	0,84 %	83 %
67281	Charges de personnel sur exercices antérieurs	88 591	399 463	1,06 %	351 %
TOTAL	Charges de personnel	26 647 831	37 808 220	100 %	42 %
TOTAL	Dépenses du budget d'exploitation	38 641 297	55 352 123		43 %
	<i>Pourcentage des charges de personnel sur dépenses d'exploitation</i>	<i>69,0 %</i>	<i>68,3 %</i>		

* Pour les établissements qui ne sont pas leur propre assureur

Source : direction générale de la comptabilité publique : comptes des établissements publics de santé

Le tableau montre une particularité comptable des établissements publics de santé, à savoir l'existence d'un compte de « charges de personnel sur exercices antérieurs²⁶ ». Le plan comptable des hôpitaux prévoit en effet que les charges de personnel qui n'ont pas été mandatées au cours de l'année, faute de crédits inscrits au budget, doivent être isolées, lorsque le mandat est émis l'année suivante, dans le compte spécifique précité n° 672-81. Ainsi que le montre le tableau ci-dessus, les dépenses correspondantes sont passées de 89 M€ en 1995 à 399 M€ en 2004 alors même que 500 M€ ont été alloués en 2004 aux hôpitaux pour résorber ces reports. Une telle augmentation (+351 % en dix ans) révèle les difficultés croissantes qu'ont les hôpitaux à ne pas dépasser leur budget.

26) Ce compte constitue la part essentielle des « reports de charge » souvent évoqués en matière hospitalière.

L'évolution soutenue des dépenses de personnel médical

L'examen comparé des hausses annuelles, présentées dans le tableau suivant, souligne que la croissance des dépenses de personnel médical a été constamment supérieure à celle des dépenses de personnel non médical au cours de la période sous revue.

Augmentation annuelle comparée des dépenses de personnel médical et non médical
(budgets principaux et budgets annexes des EPS)

Années	Dépenses d'exploitation	Dépenses de personnel	Personnel non médical	Personnel médical
1996	3,4 %	3,8 %	3,5 %	4,9 %
1997	1,2 %	1,7 %	1,5 %	2,7 %
1998	2,4 %	2,8 %	2,5 %	4,1 %
1999	3,7 %	3,8 %	3,2 %	4,8 %
2000	3,6 %	4,0 %	3,5 %	6,4 %
2001	4,7 %	4,2 %	3,2 %	8,7 %
2002	6,8 %	6,4 %	5,6 %	7,6 %
2003	5,7 %	5,1 %	3,8 %	9,6 %
2004	5,2 %	3,9 %	3,0 %	4,4 %

Source : direction générale de la comptabilité publique - comptes des établissements publics de santé (DGCP)

La croissance soutenue des dépenses de personnel médical à compter de 2000 est à mettre en relation avec les mesures indemnitaires accordées en 2001 et 2003 :

- indemnité de 10 000 € visant à recruter ou maintenir des médecins sur des postes qualifiés de prioritaires ;
- indemnité mensuelle de 395 € versée aux médecins exerçant dans plusieurs établissements ;
- indemnité mensuelle de 460 € d'engagement de service public exclusif versée aux médecins n'exerçant pas d'activité libérale durant leurs obligations de service ;
- temps de garde, intégré désormais dans le temps de travail et, en tant que tel, rémunéré dans le traitement principal, mais donnant également lieu au versement d'une indemnité de sujétion de 250 € par garde ;

- indemnité de temps de travail additionnel effectué au-delà des obligations de service. Cette nouvelle indemnité a été établie à un montant initial de 300€ (par plage de deux demi-journées) en 2002 puis portée à 450 € en 2005. La mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers a calculé que les dépenses indemnitaires liées au travail de nuit des médecins dans un hôpital de taille moyenne, avec 91 médecins en ETP, étaient appelées à progresser de 298 % entre 2003 et 2005, à volume de travail inchangé, du simple fait des augmentations programmées de l'indemnité pour temps de travail additionnel.

Mais l'analyse ne peut guère être poussée plus avant en raison des lacunes des systèmes d'information. Il n'est pas possible en particulier de déterminer la part des hausses de dépenses attribuable à la croissance des effectifs et celle imputable aux augmentations salariales et aux revalorisations indemnitaires.

Les évolutions contrastées entre les différentes catégories de personnel non médical

De 1995 à 2004, les dépenses de rémunération du personnel non médical (enregistrées au compte n° 641) passent de 15,4 à 20,5 milliards d'euros, augmentant de 33 % en monnaie courante, (17 % en monnaie constante). Les charges sociales identifiables (enregistrées au compte n° 645-1) augmentent de 39 % et s'élèvent à près de 7 milliards d'euros en 2004.

La décomposition des dépenses, fournie dans le tableau suivant, met en lumière des évolutions très contrastées sur la période considérée selon les catégories d'agents : les dépenses du personnel titulaire augmentent modérément (+28 %) tandis que les dépenses du personnel non titulaire connaissent de fortes hausses (+ 93 % pour le personnel de remplacement et + 109 % pour les personnels non titulaires sur emplois permanents).

Evolution des dépenses de personnel non médical

En milliers d'euros, budgets principaux et budgets annexes des EPS

Comptes	Intitulé comptes	1995	2004	Evolution 2004/1995
6411	Personnel titulaire et stagiaire	14 081 949	18 084 220	28%
6413	Personnel non titulaire sur emplois permanent	536 364	1 120 317	109%
6415	Personnel non médical de remplacement	552 679	1 067 282	93%
6416	Contrats emploi solidarité	271 671	93	
64161	Contrats emploi solidarité		84 178	
64162	Emplois jeunes		44 447	
64163	Emplois consolidés		88 859	
64168	Autres contrats particuliers		2 908	
6417	Apprentis	1 210	5 651	
641	Total personnel non médical	15 443 873	20 497 954	33 %
6451	Charges de sécurité sociale du personnel non médical	5 039 681	6 986 513	39 %

Source : direction générale de la comptabilité publique - comptes des établissements publics de santé

2 - Les déficiences dans la conduite de la politique salariale

a) Outils de prévision et de suivi

La DHOS ne dispose pas d'outils de prévision et de suivi des coûts salariaux du personnel hospitalier.

L'enquête "Coûts et carrières" comporte des éléments sur les coûts salariaux et sert de base au calcul de l'indicateur « *Glissement Vieillesse Technicité* » (GVT), essentiel en matière de pilotage salarial (il permet en effet de mesurer l'impact sur la masse salariale de la structure des effectifs et des décisions individuelles concernant les agents)²⁷. Or la fiabilité de cette enquête est très relative. Basée sur un échantillon de

27) La Cour avait décrit les composants du GVT dans son rapport public particulier de 1999 sur la fonction publique de l'Etat dans les termes repris en annexe III au présent rapport.

138 établissements publics de santé rémunérant 37 % de la fonction publique hospitalière, elle livre des données brutes, non redressées. Elle accuse par ailleurs un retard important en raison de la mise en liquidation judiciaire, en novembre 2003, du prestataire de service effectuant l'enquête pour le compte de la DHOS, puis, en 2004, de l'absence de crédits budgétaires ouverts au ministère de la santé pour lancer un nouvel appel d'offres. Il en résulte que les données disponibles en 2005 portent sur l'exercice 2001 et que la DHOS ne calcule plus depuis 2002 le GVT hospitalier, ce qui doit d'autant plus être regretté que les années récentes ont été marquées par des évolutions très importantes (RTT, protocoles hospitaliers, etc.).

Au niveau local, des outils d'aide méthodologique pour le suivi de la masse salariale ont été publiés en 2001 par la DHOS mais la diffusion a été inégale. En 2005 une nouvelle méthode de maîtrise de la masse salariale a été expérimentée dans deux établissements publics de santé, avec la participation de la commission interministérielle de coordination des salaires. Cette méthode, qui permet d'analyser finement les déterminants de l'évolution de la masse salariale, pourrait combler les lacunes actuelles si elle était généralisée.

Les prises de décision relatives aux mesures catégorielles envisagées en faveur des personnels ne sont pas toujours éclairées par des estimations des montants en jeu. De surcroît, les carences dans les outils dont dispose la DHOS peuvent conduire à des erreurs lors de la répartition régionale des crédits destinés à financer les dépenses hospitalières. Ainsi en 2001 les crédits affectés à la nouvelle indemnité pour service public exclusif en faveur des médecins ont été répartis aux ARH sur des bases régionales erronées. Les crédits distribués en surplus n'ayant pas été récupérés et des financements supplémentaires ayant dû être alloués aux régions sous-dotées, le surcoût de la mesure indemnitaire dû à une erreur de répartition de la DHOS a été de 3 M€.

A cet égard, la mise en place en 2005 du conseil de l'hospitalisation pourrait permettre d'évaluer désormais, avant la signature des protocoles d'accord avec les syndicats, l'incidence financière des mesures discutées. En effet la loi du 13 août 2004 qui crée « *auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un conseil de l'hospitalisation* » assigne à ce dernier la mission de donner « *un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire et les conséquences financières de chaque projet d'accord ou de protocole d'accord destiné à être conclu entre l'Etat et les organisations syndicales* ».

Pour l'heure, les données sur les coûts des politiques engagées à compter de 2000 avec les revalorisations salariales, l'octroi de nouvelles indemnités et les créations de postes pour compenser la réduction du temps de travail, demeurent incertaines et très approximatives comme le montrent les quelques exemples ci-après :

- selon la DHOS, 4,23 milliards € ont été réservés au titre de ces politiques dans les enveloppes de dépenses hospitalières déléguées aux ARH de 2000 à 2005. Ce montant ne constitue toutefois qu'un ordre de grandeur car les crédits délégués n'ont pas forcément tous donné lieu à des dépenses pour l'objet indiqué et, en sens inverse, certains établissements ont dû financer les mesures des protocoles par redéploiement interne de crédits. En 2004, l'AP-HP a par exemple chiffré le coût des modifications statutaires intervenues au bénéfice du personnel médical de 2000 à 2003 à 125 M€ dont seuls 62 M€ (soit 51 %) avaient été financées par le ministère de la santé dans le cadre de la dotation globale.

- le ministère des finances ne détient que peu d'informations sur le coût des mesures catégorielles qui sont financées par la sécurité sociale dans le cadre de la loi de financement. Elle a fait état d'estimations portant sur les montants à payer entre 2000 et 2006 au titre des « *principales mesures catégorielles* » accordées de 1999 à 2001 au personnel médical (614 M€), hors mesures liées à la réduction du temps de travail, et au personnel non médical (989 M€).

- les charges liées à la mise en œuvre de la RTT restent mal connues. Un bilan des dépenses encourues devrait être établi par la DHOS à l'issue de la période prévue pour la création de 37 500 emplois non médicaux (2002-2004) et de 3 500 emplois médicaux (2002-2005).

L'analyse des facteurs de la progression des dépenses se heurte ainsi aux sérieuses lacunes des informations disponibles et l'opacité entourant la hausse des charges de personnel des hôpitaux demeure réelle. Cela contribue à expliquer que seule l'évolution des charges de la fonction publique de l'Etat soit analysée dans le rapport sur « *les rémunérations et les pensions de retraite de la fonction publique* », annexé tous les deux ans au projet de loi de finances²⁸.

b) La multiplication des « protocoles »

Les mesures catégorielles en faveur des personnels hospitaliers et le calendrier de leur application sont, en règle générale, arrêtés dans un « protocole » signé par le ministre de la santé et les organisations syndicales.

28) En application de l'article 15 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

S'agissant des mesures en faveur du personnel médical, les protocoles se sont succédé à un rythme soutenu entre 1999 et 2003 (sept ont été signés en cinq ans), avec un effet d'entraînement d'une catégorie statutaire à l'autre. Ainsi l'accord de 2003 passé entre les ministres de la santé et de l'éducation nationale et les organisations syndicales des personnels enseignants et hospitaliers se présente explicitement comme une conséquence des mesures de réduction du temps de travail introduites pour les praticiens hospitaliers en 2001 et 2002.

Comme la direction du budget l'a souligné, « *les mesures prises en faveur d'une catégorie de personnel hospitalier entraînent rapidement les revendications puis des protocoles en faveur des autres personnels* ». Elle estime que « *la gestion des personnels médicaux hospitaliers relève donc davantage d'une juxtaposition de protocoles catégoriels sans réflexion d'ensemble sur les carrières, les passerelles, la mobilité, bref la gestion de ces ressources humaines au sein de l'hôpital dans un contexte financier difficile* ».

c) Des textes réglementaires ambigus et tardifs

Les textes réglementaires, qui seuls donnent une valeur exécutoire aux mesures consignées dans les protocoles, sont parfois publiés postérieurement aux dates d'entrée en vigueur de ces mesures retenues dans les protocoles. Il en résulte que ces mesures sont mises en œuvre avec un effet rétroactif. Ainsi le protocole du 16 janvier 2002 prévoit d'étendre le bénéfice de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux personnels enseignants et hospitaliers non titulaires avec entrée en vigueur au 15 mars 2002. Or l'arrêté correspondant a été publié le 22 février 2003. Dans l'entre-temps, les gestionnaires locaux restent dans l'incertitude.

Par ailleurs l'ambiguïté de certains textes réglementaires ouvre la voie à des interprétations variant d'un établissement à l'autre. Ainsi les modalités, fort complexes, du calcul des indemnités pour le temps de travail additionnel des médecins (indemnités octroyées dans le cadre de la politique de réduction du temps de travail) ont donné lieu à des pratiques très disparates. Tous les cas de figure théoriquement possibles ont été appliqués ainsi que l'a démontré une enquête menée en 2003 dans les CHU par la conférence des directeurs généraux de CHU : certains établissements ne payaient rien, d'autres payaient des indemnités au « *tarif jour* » à 300 €, d'autres au « *tarif nuit* » à 50 €, d'autres enfin pour partie au tarif jour et pour partie au tarif nuit et, dans ce dernier cas, selon des critères variables.

La DHOS a indiqué que « *de nombreux établissements, voire certaines ARH, ne semblent pas avoir compris comment calculer le taux d'intégration des permanences dans les obligations de service, en fonction des effectifs et de la ressource budgétaire disponible* ».

B - Les rémunérations

1 - Observations sur les rémunérations statutaires

a) Les personnels médicaux

Les personnels titulaires enseignants et hospitaliers perçoivent une rémunération universitaire fixée par arrêté interministériel et des émoluments hospitaliers, non soumis à retenue pour pension, également fixés par arrêté. En 2005, la rémunération brute mensuelle intégrant les deux revenus, universitaire et hospitalier, variait de 3 190 € pour un assistant hospitalo-universitaire au 1^{er} échelon à 10 705 € pour un PU-PH après douze ans. Des éléments de la grille salariale sont donnés dans l'annexe V au présent rapport.

De la même manière, le traitement des personnels médicaux hospitaliers « *mono-appartenants* » est déterminé réglementairement. En 2005, la rémunération brute mensuelle variait de 3 894 € pour un praticien hospitalier au 1^{er} échelon à 7 072 € pour un praticien hospitalier au dernier échelon (cf. annexe V).

Le statut des praticiens hospitaliers ne permettait pas jusqu'en 2005 de différencier le montant des émoluments en fonction de l'implication professionnelle du médecin. Une réforme est en cours visant à moduler le salaire selon plusieurs critères. Depuis le 1^{er} juillet 2005, suite à l'accord national du 2 septembre 2004 et du relevé de décision du 31 mars 2005 en faveur de la chirurgie et de la psychiatrie, les praticiens des disciplines concernées peuvent recevoir une part complémentaire variable individuelle égale à 5 % de leur rémunération statutaire à compter du 1^{er} juillet 2005. Cette part pourra varier dans la limite de 15 % à compter du 1^{er} juillet 2007. Il est prévu que ce dispositif sera étendu progressivement, à partir de 2006 et au plus tard en 2007, à l'ensemble des disciplines dans le cadre d'un financement mutualisé et de la mise en place de la tarification à l'activité.

Cette réforme ne peut qu'être encouragée à condition toutefois qu'elle prenne bien en compte, comme cela avait été envisagé, le volume d'activité réalisé, la participation du médecin à la vie institutionnelle de l'établissement et son engagement dans un processus d'amélioration de la qualité (évaluation des pratiques professionnelles et démarche d'accréditation individuelle).

Aux traitements calculés en fonction du grade et de l'échelon, s'ajoutent diverses indemnités dont le montant unitaire est fixé par arrêté. Les montants versés varient très fortement d'un médecin à l'autre en fonction de sa situation (par exemple l'exercice dans plusieurs établissements donne lieu à une prime spécifique) et surtout de son activité de garde (bien qu'aujourd'hui intégrée au temps de travail, une garde donne lieu, on l'a vu, au versement d'une indemnité de sujétion de 250 € ou d'une indemnité de temps additionnel de 450 €).

Le montant des rémunérations statutaires moyennes des médecins hospitaliers incluant les diverses indemnités n'est pas connu au niveau national. Il est donc malaisé d'apprécier objectivement le niveau de rémunération et cette situation autorise des opinions contrastées. Certains estiment que « *les conditions de rémunération des praticiens hospitaliers sont satisfaisantes, elles ont été nettement améliorées en 2000, notamment avec la prime de renoncement au secteur privé*²⁹ ». Dans le même sens, la fédération hospitalière de France estime que « *les médecins ont beaucoup obtenu mais que cela ne se sait pas* » et propose « *une meilleure information des jeunes internes, persuadés que l'hôpital public ne paye guère alors que le salaire d'un praticien hospitalier souffre largement la comparaison par rapport au privé dans la plupart des disciplines.* ». D'autres interlocuteurs, tel le président de la conférence des présidents de CME de CHU, ont souligné que certaines pénuries sectorielles étaient dues assez largement aux différences de revenus entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral dans certaines spécialités telle la radiologie.

b) Les agents de la fonction publique hospitalière

A l'instar des fonctionnaires de l'Etat, les agents de la fonction publique hospitalière ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, fixé en fonction du grade de l'agent et des indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire.

Les indemnités représentaient 32% du traitement de base en 2001 selon l'enquête « *coûts et carrières* », les plus importantes étant la prime de service (7% du traitement) et les heures supplémentaires (10% du traitement).

29) « *La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions* », rapport au ministre des professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli, février 2003.

Les autres indemnités se décomptent par dizaines : prime d'encadrement, indemnité allouée aux agents aidant aux autopsies, indemnité pour conduite de certains véhicules, indemnités pour les personnels effectuant les toilettes mortuaires ou les mises en bière, indemnité spéciale pour la manipulation d'argent et de valeurs, prime au personnel de laboratoire, prime de technicité à divers personnels travaillant régulièrement sur certaines machines comptables, primes pour études et projets neufs, indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires, indemnité d'exploitation agricole ou industrielle, prime forfaitaire attribuée aux aides-soignants, primes spécifiques attribuées à certains personnels soignants, indemnité forfaitaire technique des adjoints techniques, prime de technicité des ingénieurs hospitaliers, prime spéciale de sujétion attribuée aux aides-soignants, indemnité forfaitaire de risque, indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants, indemnité de chaussures ou de vêtements, indemnité pour utilisation d'outillage personnel.

Une réflexion sur la simplification du régime indemnitaire pourrait utilement être engagée.

Le ministère de la fonction publique, qui a entrepris un travail de refondation indemnitaire au sein de la fonction publique de l'Etat en liaison avec la direction du budget, a informé la Cour qu'il avait pris note de l'intérêt de mener également une réflexion sur la simplification du régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière.

c) L'octroi des logements de fonctions

Le principal avantage en nature dont bénéficient les agents de la fonction publique hospitalière est le logement de fonctions attribué à titre gratuit à certains fonctionnaires. A titre d'exemple, en 2004, selon les données recueillies par la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France, l'AP-HP logeait par nécessité absolue de service, c'est-à-dire gratuitement, un millier d'agents (dont 282 directeurs d'hôpital).

Aux termes de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière, « un décret fixe la liste des catégories de fonctionnaires astreints, du fait de leurs fonctions, à résider dans ou à proximité de l'établissement. Les établissements ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires leur versent une indemnité compensatrice. Le décret détermine les conditions dans lesquelles ces fonctionnaires peuvent bénéficier d'avantages en nature ». Le décret n'est toujours pas publié, vingt ans après la promulgation de la loi.

En l'absence de textes, les pratiques diffèrent d'un établissement à l'autre. Ainsi, aux Hospices civils de Lyon, le conseil d'administration a autorisé en 2002 le directeur général à concéder par nécessité de service, à titre gratuit, des logements du patrimoine immobilier à plusieurs catégories de personnels : cadres de direction et personnel d'encadrement assumant des fonctions de direction, directeurs de soins, ingénieurs et personnels techniques ou ouvriers ou, faute de pouvoir mettre à disposition un logement correspondant aux besoins de l'agent, à attribuer une indemnité compensatrice de logement dont le montant est arrêté à 10 % du traitement indiciaire.

S'agissant des 3 500 directeurs d'hôpital, ils sont en règle générale logés à titre gratuit ou, bénéficient d'une indemnité compensatrice. La base légale n'existe plus. Le ministère de la santé invoque l'article 72 du décret n° 831 du 17 avril 1943 pris en application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils (« *en sus du traitement, les directeurs, directeurs économes, sous-directeurs et économes ont droit au logement, au chauffage et à l'éclairage. Les établissements hospitaliers ne pouvant leur assurer ces avantages leur versent une indemnité égale à 10 % du traitement de base* »). Or le décret n° 55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements hospitaliers a expressément abrogé le titre III du décret du 17 avril 1943.

L'indemnité compensatrice, versée aux directeurs d'hôpital sur la base de ce texte de 1943, est d'un montant variable : 10 % du traitement de base, par référence audit décret de 1943, 28 % dans certains cas³⁰, établi forfaitairement ailleurs comme pour les directeurs d'hôpital mis à disposition de la DHOS (et donc n'exerçant plus de fonction dans un hôpital), avec un montant mensuel de 1 372 €.

d) Des tentatives difficiles de comparaison

Une étude de la DREES sur « *les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002* », basée sur les données des déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE, a été publiée en février 2005³¹. Les rémunérations des médecins sont comprises dans l'étude mais elles ne sont guère significatives en raison de l'importance des revenus complémentaires évoqués infra.

30) Cas de quatre directeurs d'hôpital en détachement à l'ARH de l'Ile-de-France de 1997 à 2001.

31) Cette enquête présente de « *fortes différences numériques* » comme souligné infra à propos de la connaissance des effectifs.

Pour les autres personnels, cette étude fait apparaître, pour les salariés à temps complet en 2002, une rémunération mensuelle nette, primes comprises, allant de 1 561 € pour les agents de service à 3 220 € pour les cadres de direction. Elle montre également que les rémunérations dans les établissements publics de santé sont supérieures à celles versées par les établissements de soins du secteur privé, sauf pour les médecins et les cadres de direction.

Globalement, toutes catégories de salariés confondues, l'écart est cependant relativement faible (2,7%), et il faut tenir compte des imprécisions statistiques qui affectent les données utilisées³².

Les données de l'étude sont résumées dans le tableau suivant :

Rémunérations mensuelles nettes des salariés à temps complet

En euros

Catégories	secteur public	Ensemble public et privé*
Médecins, pharmaciens	3 644	3 734
Cadres direction, administration, gestion	3 220	3 313
Personnels soignants et sociaux	2 130	2 073
Personnels administratifs et techniciens	1 971	1 894
Agents service et employés administratifs	1 561	1 491
Ouvriers	1 567	1 528
Stagiaires, apprentis	329	342
Ensemble	1 932	1 880

**Le terme « privé » recouvre ici l'ensemble des cliniques privées, à but lucratif ou non. Pour les médecins, le chiffre est peu significatif. En effet l'essentiel du personnel médical des cliniques privées intervient dans le cadre d'un exercice libéral, avec perception d'honoraires et n'est donc pas compris dans le tableau qui ne concerne que des salariés (on ne compte que 4 550 médecins et pharmaciens salariés dans les cliniques antérieurement soumises à l'objectif quantifié national et 18 325 dans les établissements privés antérieurement financés par dotation globale).*

Source : DADS 2002, INSEE, étude de la DREES de février 2005

32) Cf. notamment infra chapitre II – I – A – 1 - b

S'agissant des salaires horaires, sur la base des données des DADS, la DREES a calculé les écarts public/privé, « *toutes choses égales par ailleurs* », en excluant de la modélisation les postes de médecins et de cadres administratifs en raison d'effectifs plus faibles et de revenus plus dispersés. Ces calculs montrent que « *le secteur public offre, à caractéristiques identiques des salariés, des salaires horaires en moyenne plus élevés que dans le secteur privé. Ainsi en 2002, un salarié du secteur public percevait, toutes choses égales par ailleurs, un salaire horaire net supérieur d'environ 12 % à un salarié du secteur privé sous OQN et d'environ 9 % à un salarié du privé sous dotation globale* ». En revanche, et compte tenu de l'exercice libéral de l'activité de la plupart des praticiens exerçant en clinique, la rémunération des médecins est vraisemblablement supérieure dans le secteur privé.

2 - Les irrégularités liées aux rémunérations statutaires

a) Les personnels médicaux

Les contrôles opérés par les chambres régionales des comptes mettent régulièrement en lumière le cas des indemnités de garde (dites de « sujétion ») versées de manière forfaitaire, indépendamment du service fait, pour des montants pouvant atteindre 3 000 € par mois.

Ces indemnités correspondent de fait à des compléments de salaires, contraires aux textes, et non pas à un service fait, en l'espèce à une activité de permanence des soins. En réponse aux observations formulées par les juridictions financières, les directeurs d'hôpital font souvent valoir que les règles de rémunération ne sont pas toujours adaptées aux exigences d'un service public dont ils doivent avant tout assurer la continuité. Mais comme la Cour avait déjà eu l'occasion de le rappeler dans un référé du 9 mars 1990 aux ministres de la santé et de l'économie, « *l'autonomie de gestion des hôpitaux publics ne confère pas à leurs dirigeants la faculté de s'affranchir des prescriptions réglementaires pour résoudre des difficultés de fait. Seule l'autorité détenant le pouvoir réglementaire peut supprimer, modifier ou préciser les normes existantes.* »

b) Les agents de la fonction publique hospitalière

Les chambres régionales des comptes relèvent périodiquement des irrégularités dans la liquidation de la prime de service, le versement d'indemnités pour heures supplémentaires ou encore l'octroi de diverses primes sans base légale.

1. L'arrêté du 24 mars 1967 modifié instituant une prime de service en faveur du personnel non médical dispose que la notation et l'absentéisme doivent être pris en compte dans le calcul de la prime. Or tel n'est pas le cas dans de nombreux hôpitaux.

2. Le décret du 6 octobre 1950 prévoyait que l'indemnité horaire pour travaux supplémentaires n'était pas une indemnité forfaitaire et qu'en conséquence, elle ne pouvait être attribuée que pour compenser des heures supplémentaires réellement effectuées. Les textes postérieurs, en dernier lieu le décret du 25 avril 2002, n'ont pas remis en cause ce principe. Or, différents établissements attribuent des forfaits d'heures supplémentaires ne correspondant pas à un service effectif. Ce forfait constitue de fait un complément de rémunération, visant à favoriser le recrutement de certains personnels dans un contexte de concurrence entre les hôpitaux.

Ainsi au CHS de Ville-Evrard, une soixantaine d'agents hospitaliers ont perçu un complément de rémunération sous forme d'heures supplémentaires non effectuées pour un coût de 66 398 € en 2002 (soit plus de 1 000 € par bénéficiaire). Au CH de Pontoise, un forfait d'heures supplémentaires était octroyé jusqu'en 2004 au personnel soignant de nuit (109 agents) pour un coût de 279 470 € en 2001, soit 2 564 € par agent. Aux Hospices civils de Lyon, deux primes, la prime de nuit et la prime de transport, sont payées sous la forme d'un abondement en heures supplémentaires. Sur la base de la paie du mois d'avril 2002 le nombre total de bénéficiaires a été de 16 306 agents, son coût total annuel est de 1 227 788 € (soit 18,82 € en moyenne par trimestre et par agent) : s'agissant des heures supplémentaires de nuit (sans service fait correspondant), l'avantage ainsi consenti est plus important : le nombre de bénéficiaires a en effet été estimé à 650 personnes pour un coût total annuel de 3 430 000 €.

La DHOS a indiqué que « *les difficultés de recrutement de certaines catégories de personnels (infirmiers, manipulateurs radio) soulignées par la Cour se traduisent par la nécessité absolue, pour certains établissements, d'attribuer systématiquement à ces agents le maximum des heures supplémentaires pouvant être effectuées afin d'assurer la permanence des services de soins et d'hospitalisation.* ».

3. Des établissements instaurent des primes diverses alors que seul le pouvoir réglementaire peut instituer de telles indemnités. Ainsi, les Hospices civils de Lyon ont mis en place, au fil des ans, de 1966 à 1973, quatre primes.

- La prime d’urgence a été instituée par délibération du 20 juillet 1966 approuvée par la tutelle, pour compenser la sujétion particulière qui pèse sur les personnels affectés en service d’urgence (en 2002 elle bénéficiait à près de 2 000 agents et le coût annuel était de 326 486 €).
- La prime de transport précitée a été créée par décision de la direction générale à la suite d’un protocole d’accord conclu avec les organisations syndicales le 30 juin 1973 (16 306 agents bénéficiaires en 2002 et un coût annuel de 1 227 788 €).
- La prime d’heure supplémentaire de nuit, précitée, a été prévue par une décision de la direction générale du 20 septembre 1974 pour compenser la pénibilité du travail de nuit.
- Les primes d’éloignement ont été instituées par les délibérations du conseil d’administration dûment approuvées par la tutelle en date des 19 juillet 1967 et 21 avril 1971 pour l’hôpital R. Sabran, du 15 avril 1970 et 9 juin 1971 pour les établissements du Val d’Azergues, de la fondation Mangini Gensoul et de la fondation Bertholon Mourier.

Comme l’a indiqué le ministère de la fonction publique, l’exigence d’un arrêté, rappelée en 1999 par une circulaire interministérielle concernant les règles de publicité des textes indemnitaires³³, s’applique à la fonction publique hospitalière.

c) Les logements de fonctions

Outre l’irrégularité déjà constatée, puisque les textes sur lequel est basé le versement d’une indemnité compensatoire est abrogé, on constate des abus manifestes en matière de logements de fonctions. Ainsi un ancien directeur d’hôpital en poste à l’AP-HP, muté en juin 2002 dans un autre établissement public de santé, a continué d’occuper après sa mutation et jusqu’à la fin février 2004 le logement de 185 m² dans le 5^{ème} arrdt de Paris qui lui avait été concédé par nécessité absolue de service à titre gratuit. Il a laissé ce logement suite à une mise en demeure de la direction de l’AP-HP alertée à plusieurs reprises par le contrôleur financier. Dans le même temps, ce directeur bénéficiait, dans le lieu de sa nouvelle affectation, d’un autre logement également accordé par nécessité

33) Circulaire conjointe fonction publique FP/7 n ° 1960 – budget 2 B n°99-846 en date du 1er octobre 1999.

absolue de service à titre gratuit. Il aura ainsi bénéficié pendant deux ans de deux logements à titre gratuit dont un lui était accordé irrégulièrement. L'AP-HP a émis en mars 2004 à l'encontre de ce directeur un titre de recette de 11 844 €, ce qui représente une redevance d'occupation mensuelle de 592 € durant les vingt mois allant de la mutation de l'agent en juin 2002 au déménagement en février 2004. Le directeur a réglé sa dette par paiements échelonnés dont le dernier est intervenu en août 2005.

d) Deux particularités de l'AP-HP

Il convient enfin de signaler que l'AP-HP s'écarte des textes dans deux domaines.

En premier lieu, une partie de la cotisation sociale ouvrière est prise en charge par l'employeur, pour un coût estimé à 52 M€ en 2002 selon les chiffres fournis dans le bilan social de l'établissement. Cet avantage consenti au personnel de l'AP-HP trouve son origine dans l'arrêté préfectoral du 8 juillet 1955 instituant la prise en charge par l'employeur de la moitié de la cotisation ouvrière des personnels de la Préfecture de la Seine.

Le second écart par rapport aux textes concerne les dirigeants de l'AP-HP. Ils appartiennent à un cadre d'emploi spécifique qui comprend sept postes dont les emplois de directeur général et de secrétaire général et cinq emplois de directeurs fonctionnels. Des hausses de salaires substantielles ont été décidées en 2003 au bénéfice des personnes occupant ces emplois. Le ministre du budget, dans sa lettre du 16 juin 2003, a constaté que « *ces rémunérations sont très supérieures aux rémunérations statutaires liées aux emplois de directeurs de l'AP-HP et ce dans un contexte budgétaire et financier difficile* ». Il a cependant donné son accord « *à titre tout à fait exceptionnel au vu des fonctions précédemment exercées par les intéressés* ».

3 - L'opacité des rémunérations complémentaires des médecins

Les décrets statutaires de 1984 régissant le personnel médical hospitalier posent le principe d'une interdiction de cumul des activités pour les médecins salariés à plein temps : les praticiens hospitaliers « *consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital* » et les personnels enseignants et hospitaliers « *consacrent aux fonctions universitaires et hospitalières la totalité de leur activité* ».

Toutefois, les mêmes décrets aménagent des dérogations substantielles en autorisant des activités d'expertise et, dans la limite de 20 % des obligations de service du médecin, l'exercice d'une activité dite

d'intérêt général et/ou d'une activité libérale (consultations et soins exercés à titre privé par le médecin hospitalier dans l'établissement public). Il faut aussi mentionner le cas des essais menés pour le compte de l'industrie pharmaceutique. Ces activités parallèles sont source de revenus complémentaires, le plus souvent sous forme d'honoraires.

Ces revenus ne sont en règle générale pas connus de l'administration hospitalière. Le chef d'établissement n'est d'ailleurs même pas toujours tenu informé des activités du personnel médical, comme l'ont relevé les chambres régionales des comptes à propos, notamment, des conventions d'honoraires passées entre les médecins et les industries pharmaceutiques.

Ainsi dans le rapport d'observations définitives de la CRC de Midi-Pyrénées de novembre 2000 sur le CHU de Toulouse, il est fait observer : *« conformément à l'article L 365-1 du code de la santé, les médecins qui perçoivent des honoraires pour les essais qu'ils conduisent doivent conclure une convention avec l'industriel promoteur »*. Cette convention d'honoraires doit être transmise au directeur d'hôpital pour information mais *« cette obligation est très rarement remplie (...) alors que le CHU conclut environ 200 conventions par an avec des industriels, (...) l'administration ne reçoit environ qu'une dizaine de conventions d'honoraires chaque année »*. Le rapport d'observations définitives mentionne aussi les autres activités donnant lieu à rémunération (prestations de service telles que rédaction d'articles, études cliniques, actions de formation, expertises, invitations à des congrès etc.) en indiquant que *« pour certains PU-PH, les honoraires tirés des différents contrats avec l'industrie pharmaceutique procurent un revenu d'appoint non négligeable »*.

En définitive, les seuls revenus complémentaires connus de l'administration hospitalière sont les honoraires de l'activité libérale, du moins pour leur montant déclaré aux caisses primaires d'assurance maladie (les honoraires encaissés mais non déclarés ne sont pas, par construction, enregistrés dans les comptes de l'assurance maladie).

En 2004, selon les données de la CNAMTS, 4 212 médecins hospitaliers pratiquaient une activité libérale à l'hôpital. Le montant d'honoraires déclarés s'est élevé à 257 M€, ce qui équivaut à une rémunération annuelle moyenne brute de 60 980 € par médecin. Par spécialité, les montants bruts vont de 27 884 € pour les endocrinologues à 96 815 € en ophtalmologie. Les cinq montants individuels les plus élevés vont de 429 539 € en cardiologie à 1 019 675 € en chirurgie³⁴.

34) L'annexe V au présent rapport donne le détail des montants moyens et maximums des honoraires déclarés en 2004 pour chacune des spécialités.

Ces revenus sont à comparer au montant de l'indemnité de service public exclusif (5 520 € par an) versé aux médecins s'engageant à ne pas avoir une activité libérale à l'hôpital. Il est peu probable que cette indemnité suffise à dissuader les médecins d'exercer une telle activité. L'option alternative, consistant à rémunérer à 80 % les praticiens exerçant une activité libérale durant 20 % de leur temps de travail, aurait gagné à être étudiée.

La loi du 27 juillet 1999 a fixé une triple condition à l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital : les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public, la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Or, le contrôle de ces critères est très malaisé, de nombreux praticiens ne fournissant pas les informations nécessaires, alors même qu'il s'agit d'une activité exercée à l'hôpital et à l'intérieur de leurs obligations de service. La conférence des directeurs généraux de CHU, dans une lettre du 18 mai 2001 à la DHOS, faisait part de « *ses graves préoccupations* » au sujet de textes qui « *imposent aux établissements des vérifications qui, en pratique, ne pourront pas être réalisées* ».

- En ce qui concerne le temps consacré à l'activité libérale, la méconnaissance de la durée du service des médecins rend difficile le contrôle du respect de la règle de 20 %.
- Pour ce qui est de l'équilibre entre activité privée et activité publique, il est fréquent, comme le relèvent de manière récurrente les chambres régionales des comptes, que l'activité publique soit mesurée par service et non par praticien, de sorte que le respect de ce critère est lui aussi difficile à contrôler. Lorsque l'activité est mesurée par praticien, les données peuvent montrer une activité libérale plus importantes que l'activité publique, comme l'a récemment mis en évidence le contrôle par la Cour du centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts ; la direction cet établissement explique la différence entre « *activité publique déclarée* » et « *activité publique recensée* » par l'imperfection du système d'information de l'hôpital, notamment au centre du glaucome, où l'activité est comptabilisée par structure et non par praticien.

L'existence de dérives, régulièrement relevées par les chambres régionales et la Cour³⁵, rend d'autant plus regrettable les difficultés du contrôle.

Au CH de Mulhouse, à propos de l'activité libérale dans les services de radiologie, la chambre régionale des comptes d'Alsace a relevé : « *La commission d'activité libérale a enregistré, de la part de certains services cliniques, des réclamations quant aux conditions d'accès aux équipements lourds par les patients hospitalisés. (...) Les statistiques de l'année 2000 font apparaître que la situation ne semble pas complètement rétablie malgré l'intervention de la direction. En radiologie, la prééminence de l'activité libérale conduit à privilégier l'accès des patients aux équipements lourds en fonction de leur choix du secteur d'exercice, privé ou public, au détriment de l'urgence ou de la gravité de leur affection, en méconnaissance de la mission de service public de l'établissement.* »³⁶ Or, la loi dispose que les praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale « *dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle* »³⁷. En réponse aux observations des juridictions financières, l'établissement a rappelé que depuis plusieurs années, ce secteur faisait l'objet d'une attention particulière, non sans résultats, et que cette tendance se poursuivait aujourd'hui³⁸. La juridiction prend acte de cette évolution, mais observe qu'en 2005, les actes "privés" représentaient encore une part significative.

La DHOS a indiqué que le contrôle de l'équilibre entre l'activité publique et l'activité libérale était mieux assuré depuis l'ordonnance de 2003³⁹ qui donne compétence aux ARH en matière d'autorisation et de suspension de l'activité libérale : les mesures de suspension sont plus fréquentes et ont donné lieu à plusieurs consultations de la commission nationale. Cette dernière a formulé des préconisations visant à améliorer la comptabilisation de l'activité publique et privée qui devraient être intégrées dans une circulaire à paraître.

35) Cf. rapport 1997 de la Cour sur la sécurité sociale.

36) Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes d'Alsace du 10 juillet 2002.

37) Article L 6154-1 du code de la santé publique.

38) En ce qui concerne l'activité de scanographie, le rapport de gestion 2000 avait fait apparaître au niveau des examens pratiqués sur des consultants externes 3 281 actes "libéraux" et seulement 3 266 actes "publics". En 2001, on assistait au retour à une situation plus satisfaisante : 4 513 actes "publics" et 3 343 actes "libéraux" ; en IRM, les actes externes pratiqués en public représentent plus du double des actes pratiqués en libéral (1 721 contre 755 en 2001). En 2005, en scanographie, la part "publique" de l'activité externe est passée à 5 719 actes pour 4 164 actes "privés" et en IRM à 2 604 actes "publics" pour 799 actes "privés".

39) Modification introduite par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 3 III.

4 - Le coût de certains dysfonctionnements

a) Le coût de l'absentéisme

Selon les données nationales disponibles⁴⁰, le taux global de présence, qui rapporte le nombre de journées travaillées au nombre théorique de journées travaillées, diminue, passant de 90 % en 1999, à 89 % en 2001 et 88 % en 2002. La même année, le nombre de jours d'absence par agent en France, hors DOM, a été de 25,1 jours. Sur les 20,1 jours d'absence pour motif médical, 8,8 jours correspondent à des maladies de courte durée. Sur les 5 jours d'absence pour motif non médical, 3,3 sont des jours de formation.

Des données plus fines sont parfois disponibles régionalement. Ainsi l'ARH de Haute-Normandie, qui a exploité les bilans sociaux des établissements publics de santé de la région dressés pour les années 2001 à 2003, a pu établir que l'absentéisme lié à la maladie, aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et aux congés maternité du personnel non médical correspondait à 10 % des effectifs ETP des établissements. L'ARH souligne que le nombre de jours d'absence (22,5 jours en 2003) atteint un niveau préoccupant dans les hôpitaux locaux (33,3 jours en 2003) et dans les CHS (26,3 jours en 2003)⁴¹.

Le coût de l'absentéisme n'est pas évalué nationalement. Il est parfois évalué localement. La chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées s'était essayée à un chiffrage sur la base des données 2001 et 2003 ; le coût a alors été évalué, au CHU de Toulouse, à 35,5 M€ en 2002, dont 29,9 M€ pour la maladie, les accidents du travail et la maternité, le reste relevant de la formation (5,3 M€) et des absences pour motif syndical. Au CH de Rodez, il a été estimé à 1,3 M€ en 2001 et 1,5 M€ en 2002. A l'AP de Marseille, le coût de l'absentéisme pour maladie ordinaire a été estimé à 14,8 M€ en 2001 et 14,5 M€ en 2002.

Réagissant devant des coûts élevés, certains établissements ont fait de la lutte contre l'absentéisme l'un des thèmes de leur projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation. Des actions ont ainsi été mises en place au CHU de Toulouse (mesures de contrôle des absences, modulation de la prime de service, possibilité de demander un contrôle au domicile de

40) La synthèse annuelle des données sociales hospitalières constitue la seule source statistique nationale sur l'absentéisme ; établie par la DHOS à partir d'un échantillon de 145 bilans sociaux d'établissements, elle fournit des informations avec un délai de deux à trois ans et n'inclut pas les personnels médicaux.

41) Bulletin de liaison de la mission ARH du service du contrôle d'Etat (mars 2005).

l'agent en cas d'absences répétées et jugées abusives). Au CH de Sarreguemines, un système d'expertises médicales régulières a été confié à un praticien indépendant rémunéré à l'acte (25 cas ont été examinés en 2002, ce qui a conduit à la reprise du travail pour 5 agents avant la date initialement prévue) et la prime de service est modulée en fonction de la présence des agents.

S'agissant du cadre réglementaire de l'ARTT, la Fédération hospitalière de France (FHF) a signalé l'ambiguïté du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 précité relatif à la nature du jour de « ARTT », simple jour de congé supplémentaire ou véritable journée de récupération du temps de travail. Or, souligne la FHF, « *la question de savoir, dans un contexte d'absentéisme élevé, si un agent en arrêt de maladie peut bénéficier ou non de ses jours ARTT, n'est pas sans incidence sur le niveau des ressources en personnels des établissements.* ». Les textes réglementaires auraient dû en effet indiquer clairement que seul donnait droit à RTT le temps de travail réellement effectué, sans laisser place aux interprétations locales. Selon la FHF, le flou juridique a privé en partie les établissements des moyens qui auraient pu être tirés d'une gestion exigeante du temps de travail.

b) La gestion disciplinaire

Les défaillances de la gestion disciplinaire ont un coût lorsqu'elles aboutissent à maintenir à leur poste et à rémunérer des agents qui auraient dû faire l'objet de sanctions, voire être révoqués. Tel était le cas, en 2004, de quatre directeurs d'hôpital affectés à un même CHU.

Les informations disponibles sur la gestion disciplinaire ne concernent que les personnels gérés par l'administration centrale : praticiens hospitaliers et directeurs d'hôpital. Le cas des praticiens hospitaliers a été examiné plus haut. Celui des directeurs d'hôpital appelle plusieurs observations.

La procédure disciplinaire n'est appliquée qu'exceptionnellement : en 2004, deux sanctions, mineures, ont été prononcées (un blâme et une suspension de 15 jours avec sursis). La procédure de l'insuffisance professionnelle n'a jamais été mise en œuvre, la raison invoquée étant l'absence de dossiers probants sur les agents et le risque subséquent de perdre en cas de contentieux. Lorsqu'une procédure judiciaire est en cours, la DHOS a pour doctrine de ne jamais lancer une procédure disciplinaire même lorsque l'IGAS le recommande suite à une enquête administrative. Cette ligne de conduite a pour conséquence de différer la prise de sanction durant de longues années, lorsque le contentieux va jusqu'au juge de cassation. Pourtant, aux termes de l'article 29 du statut

général (loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires), « toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale ».

L'administration utilise la procédure de « mutation dans l'intérêt du service » lorsqu'elle considère qu'un directeur d'hôpital ne peut être maintenu dans son établissement, y compris lorsque les raisons d'une telle décision relèvent de la gestion disciplinaire (absences répétées, manquements au devoir de réserve, cumul d'une activité privée et de l'activité de directeur d'hôpital, etc.). La mutation est prononcée par le directeur de la DHOS, après avis de la commission administrative paritaire nationale et après accord du cabinet du ministre.

Parallèlement au lancement de la procédure de mutation dans l'intérêt du service, l'agent est en règle générale suspendu de ses fonctions par arrêté. En vertu des textes, la durée de la suspension ne peut excéder quatre mois.

L'article 30 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires régit en ces termes la suspension de fonctions : « en cas de faute grave commise par un fonctionnaire, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, l'auteur de cette faute peut être suspendu par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire qui saisit, sans délai, le conseil de discipline. Le fonctionnaire suspendu conserve son traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et les prestations familiales obligatoires. Sa situation doit être définitivement réglée dans le délai de quatre mois. Si, à l'expiration de ce délai, aucune décision n'a été prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire, l'intéressé, sauf s'il est l'objet de poursuites pénales, est rétabli dans ses fonctions. Le fonctionnaire qui, en raison de poursuites pénales n'est pas rétabli dans ses fonctions peut subir une retenue qui ne peut être supérieure à la moitié de la rémunération mentionnée à l'alinéa précédent. Il continue, néanmoins, à percevoir la totalité des suppléments pour charges de famille. »

Or, ce délai réglementaire est souvent dépassé et parfois très largement. La recherche d'un établissement d'accueil pour un directeur muté dans l'intérêt du service peut être longue, dépassant fréquemment une année, en raison de la difficulté à trouver un établissement acceptant le directeur et accepté par celui-ci (lorsqu'il n'y a pas accord de l'intéressé, l'administration perd parfois au contentieux au vu des lacunes de ses dossiers – ce fut le cas à deux reprises en 2004). La plupart des suspensions ont dépassé douze mois dans les 21 mutations dans l'intérêt du service prononcées entre début 2001 et fin 2004. Le délai de suspension a pu dépasser sept ans dans deux cas (de 1997 à 2004 dans un

cas et à compter de 1998 pour un autre directeur toujours suspendu en décembre 2004) et les directeurs ont conservé l'intégralité de leur traitement durant leur suspension. Sur la base du traitement moyen annuel, primes comprises, d'un directeur de 1^{ère} classe en 2004 (69 229 €), le montant des rémunérations versées sans service fait peut être estimé à 1 M€ pour ces deux cas qui au 31 décembre 2004 cumulaient quinze ans de suspension de fonctions.

Ainsi la DHOS utilise la suspension pour un objectif et dans des conditions autres que ceux prévus par le législateur, ce qui a un coût élevé.

Le cas particulier d'un directeur d'hôpital, muté dans l'intérêt du service à l'AP-HP le 31 décembre 1996, mérite d'être détaillé. Le directeur a été suspendu de ses fonctions de mars 1997 à 2004, condamné par le juge pénal pour délit de corruption en 2000, jugement confirmé en appel en 2002 et par la Cour de cassation en mai 2003. Il a été également condamné en 2005 par la Cour de discipline budgétaire et financière.

L'administration n'a pas exécuté la peine d'interdiction d'exercer l'activité de directeur d'hôpital prononcée par le juge pénal. Elle n'a pris aucune mesure disciplinaire. Par arrêté du 21 octobre 2004 du directeur de la DHOS, le directeur d'hôpital a été admis à faire valoir ses droits à la retraite avec jouissance différée au 9 décembre 2004 (jour anniversaire de ses 60 ans). Il a bénéficié de l'intégralité de son traitement depuis sa suspension jusqu'à sa mise à la retraite, soit entre 1997 et 2004, un montant de 405 117 € de rémunération nette. Il a bénéficié également de 1997 à 2005 d'un logement de fonctions de 151 m² à titre gratuit à Paris, jusqu'à sa radiation des cadres.

Cette affaire particulière, de même que les cas des agents suspendus de fonctions durant plusieurs années, révèle des dysfonctionnements sérieux et coûteux dans la gestion contentieuse du corps des directeurs d'hôpital. Ceux-ci s'ajoutent aux dysfonctionnements tout aussi sérieux et coûteux résultant des carences dans la gestion disciplinaire du personnel médical pour produire une situation qui n'est tolérable ni sur le plan financier ni sur le plan médical.

RECOMMANDATIONS

Le cadre administratif actuel est inadapté à une gestion efficace des ressources humaines.

Simplifier le cadre statutaire

- Le cadre statutaire gagnerait à être simplifié par la suppression de certaines complexités inutiles telles l'existence de trois corps de direction dans les établissements publics de santé ou le maintien de statuts locaux aux côtés des statuts particuliers. S'agissant des médecins, la simplification pourrait s'inspirer d'une classification en trois groupes : les personnels hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers permanents et les médecins contractuels. Au sein de ce troisième groupe, les différences entre divers statuts devraient être progressivement réduites.

Modifier les répartitions de compétence

- La répartition des compétences devrait être revue pour une plus grande efficacité de la gestion. Un meilleur partage et une meilleure coordination doivent être établis entre les différentes directions concernées, en particulier, au ministère de la santé, entre la DHOS, la DREES et la DGS.

- Aux termes du décret du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration, l'administration centrale doit se concentrer sur ses missions de conception, de pilotage et d'évaluation.

- En conséquence, l'affectation des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpital dans un établissement ou un groupe d'établissements devrait relever des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation. Il appartiendrait ensuite au conseil exécutif de l'établissement concerné de décider de l'affectation des praticiens hospitaliers à des postes relevant d'un pôle ou d'un service.

- Les réformes en cours sur la gouvernance doivent être poursuivies et approfondies pour remédier au fractionnement actuel des pouvoirs au sein de l'hôpital, préjudiciable à la bonne gestion des personnels.

Gérer le temps de travail et définir les obligations de service

- Le bilan de la mise en place de la réduction du temps de travail doit être l'occasion de mettre un terme aux dispositions locales non conformes à la réglementation nationale. Les exemples de réorganisations de service effectuées avec succès dans certains établissements à l'occasion de l'introduction de la RTT devraient être largement diffusés.

- *L'ampleur de la réduction différée du temps médical, consécutive à l'introduction d'un compte épargne temps particulièrement attractif pour les médecins, doit conduire à prendre la mesure nationale d'un phénomène dont les conséquences se feront brutalement sentir dans quelques années et à l'intégrer dans les analyses sur la démographie médicale hospitalière.*

- *Les obligations de service des personnels hospitalo-universitaires doivent être définies. Un contrat individuel précisant les conditions de partage du temps de travail entre enseignement, recherche, activités de soins et autres fonctions éventuelles, pourrait être envisagé. La Cour, qui a recommandé la mise en place d'un tel contrat pour les enseignants-chercheurs dans son rapport public particulier de 2005 sur la gestion de la recherche dans les universités, ne sous-estime pas les difficultés de l'exercice, s'agissant ici d'un contrat tripartite, entre le médecin, l'établissement public de santé et l'université. Le principe pourrait toutefois être mis à l'étude.*

- *Les tableaux de service constituent l'outil essentiel de la gestion du temps de travail des personnels médicaux et de l'organisation des services de permanence des soins. La réglementation rendant obligatoire leur production à la direction de l'hôpital doit être appliquée.*

Maîtriser les dépenses de personnel

- *La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie passe, entre autres facteurs, par la mise en place d'outils d'analyse et de suivi des charges de personnel des établissements publics de santé. Le gouvernement doit se donner les moyens de rendre compte au Parlement des évolutions des charges de la fonction publique hospitalière comme l'exige d'ailleurs l'article 15 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.*

- *Les dépenses peuvent être parfaitement justifiées mais l'opacité des données et, en particulier, l'impossibilité de déterminer la part imputable à la croissance des effectifs et celle due aux hausses salariales ne sont pas acceptables s'agissant de charges qui représentent plus du quart (26 % en 2004) des dépenses de l'assurance maladie.*

- *La nomenclature comptable applicable aux dépenses de personnel doit, notamment, être précisée afin d'identifier les charges par nature de dépenses et par catégorie de personnel.*

- Une véritable politique salariale doit être élaborée avec une mise à plat des régimes indemnitaires, une remise en question de certains avantages spécifiques consentis localement au fil des décennies, une transparence des rémunérations complémentaires perçues par le personnel médical hospitalier et des contrôles plus stricts afin d'endiguer pour l'avenir certaines des dérives coûteuses mentionnées au rapport.

- Les difficultés de contrôle de l'activité libérale des médecins hospitaliers plaident pour une modification des textes régissant la matière.

- Les conditions d'attribution des logements de fonction aux agents de la fonction publique hospitalière doivent être précisées et fermement respectées.

- Le nouveau régime de primes envisagé sous la dénomination de « part complémentaire variable » au profit des praticiens hospitaliers est en cohérence avec la mise en place de la tarification à l'activité. Il conviendrait cependant qu'il prenne bien en compte le volume d'activité effectivement assuré, la participation du médecin à la vie institutionnelle de l'établissement et son engagement dans un processus d'amélioration de la qualité. Les modalités de mise en place de cette réforme seront essentielles pour assurer son efficacité.

- Plusieurs sources d'économie dans la gestion des ressources humaines, de nature et d'importance diverses, ne devraient pas être négligées. A cet égard, une plus grande rigueur dans la gestion disciplinaire des agents et une lutte active contre l'absentéisme injustifié et ses causes représentent autant d'enjeux budgétairement significatifs. De la même manière, il conviendrait de préciser clairement dans les textes réglementaires que seul le temps de travail réellement effectué donne droit à l'attribution de jours de « RTT ».

Chapitre II

Les carences de la régulation des effectifs

I - Les outils de la régulation des effectifs

Les imprécisions sur le nombre des personnels, les insuffisances de la gestion prévisionnelle des emplois et les limites des outils de régulation des effectifs, sont autant d'obstacles à une allocation des personnels répondant aux besoins de santé de la population.

A - La connaissance des effectifs et la prévision

1 - Les incertitudes sur les effectifs

a) Les sources de données

Les données sur les effectifs hospitaliers manquent de précision car elles proviennent de sources diverses, parfois peu fiables, et dont les périmètres variables ne recourent pas toujours celui des établissements publics de santé.

La source la plus complète, la statistique annuelle des établissements (SAE) déjà citée, est la seule à fournir des données sur l'ensemble des personnels hospitaliers. Portant sur l'activité et les moyens de production des établissements de santé, publics et privés, elle a pour objectif de décrire l'offre de soins hospitaliers sous un angle médico-économique et non de fournir des données de gestion sur les personnels.

Basée sur les réponses des établissements à un questionnaire annuel comportant plusieurs dizaines de pages, la SAE peut avoir une fiabilité relative en dépit des validations des données effectuées par les DRASS. Par ailleurs si les délais de mise à disposition des données statistiques ont fortement progressé depuis la rénovation en 2000 de la SAE, ils dépassent encore deux ans. En 2005, les données de 2002 n'avaient pas encore été redressées par la DREES et n'avaient donc pas acquis un caractère définitif ; les données disponibles les plus récentes étaient celles de 2003, mais elles sont encore provisoires⁴².

42) La DREES a précisé que deux types de résultats de la SAE devaient être distingués : les données dites administratives, provisoires, et les données statistiques, définitives. Les premières données, validées par les DRASS ou CRAM, permettent d'analyser les résultats de la SAE par établissement. Elles sont mises à disposition en interne au ministère dès la fin de l'année de collecte et sont diffusées au public l'année suivante (sous forme d'un cédérom). Ainsi, en mars 2005, a été diffusée la SAE recueillant les informations au 31 décembre 2003. Les données administratives ont fait l'objet d'une première publication, « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », diffusée par la DREES en février 2005. Les données dites statistiques sont pour leur part redressées afin de les corriger des non-réponses de quelques établissements, ainsi que de certaines incohérences internes aux déclarations. Ces redressements statistiques sont destinés à fournir des exploitations cohérentes et complètes au niveau national ou régional.

Le raccourcissement des délais de mise à disposition, l'amélioration de la lisibilité des statistiques et la simplification du contenu des données collectées dans la SAE ont fait partie des objectifs du programme de travail 2005 de la DREES.

L'enquête « statistique des personnels des établissements » (SPE) est gérée par la DHOS. Elle recense le personnel non médical par corps, grade, échelon et âge à partir d'une extraction des fichiers de paye d'un échantillon d'établissements publics de santé dont les résultats sont ensuite redressés avec la SAE. Fournissant une vision détaillée des effectifs de la fonction publique hospitalière, elle présente toutefois l'inconvénient majeur de n'être effectuée que tous les trois ans. La dernière ayant eu lieu en 2002 et une autre étant en cours en 2005, les données disponibles en 2005 remontaient à 2001. Dans l'entre-temps, les données peuvent être actualisées au vu des résultats de la SAE. En septembre 2005, la DHOS n'a été en mesure de communiquer que les résultats de la SPE 2001 actualisés au 31 décembre 2002 (voir annexe n° IV).

Au sein d'un hôpital, les données proviennent également de plusieurs sources. Outre la déclinaison locale de certaines enquêtes nationales comme la SAE, nombre d'établissements ont créé leurs propres bases d'information en raison, a expliqué la conférence des directeurs généraux de CHU, de l'absence de bases de données nationales fiables. Les chiffres peuvent varier sensiblement selon le document retenu (bilan social, tableau des emplois permanents, comptes administratifs, rapports d'activité, SAE, etc.).

D'autres sources de données concernent les professionnels de santé, hospitaliers et non hospitaliers, mais ne recourent pas le périmètre des établissements publics de santé.

C'est le cas d'ADELI (Automatisation DEs LIstes), un répertoire géré par la DREES. Tous les professionnels de santé dont le diplôme est réglementé par le code de la santé publique doivent s'y inscrire, obligation qui n'est pas toujours respectée.

C'est le cas également des données rassemblées et analysées par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), institué par un décret du 19 juin 2003. Ces informations, très précieuses, portent sur les professions de santé, quel que soit le mode d'exercice (salarié du public ou du privé ou libéral), en raison de l'objet même de l'observatoire : rassembler et diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé.

b) Les incertitudes qui subsistent sur les effectifs

La diversité des objectifs des utilisateurs des données sur les personnels (pilotage national de l'offre de soins, gestion courante des personnels, connaissance des coûts salariaux, etc.) explique la variété des sources d'information et les différences de concepts, de champs ou encore de dates de relevé de l'information. Si les discordances sont de ce fait inévitables, elles devraient pouvoir être justifiées et expliquées. Or tel n'est pas toujours le cas.

A titre d'exemple, une étude de la DREES publiée en février 2005 sur les rémunérations, basée sur les données des déclarations annuelles de données sociales (DADS) de l'INSEE, fait apparaître pour 2002 un total de 1 090 688 personnes dont 944 413 personnels non médicaux et 146 275 personnels médicaux alors que la SAE de 2002 recense 856 000 personnes dont 752 000 agents non médicaux et 104 000 personnels médicaux. La DREES explique ces « *fortes différences numériques* » par les différences des méthodes de recensement : postes de travail sur toute l'année pour la DADS, salariés en activité au mois de décembre et décomptés en ETP pour la SAE. L'ampleur de l'écart reste cependant surprenante.

Les effectifs des personnels médicaux hospitaliers, méconnus au niveau national, restent également assez mal appréhendés au niveau régional, les ARH n'étant pas compétentes comme on l'a vu plus haut pour la gestion et ne disposant pas de systèmes d'information partagés avec les autres échelons de l'administration, à l'exception de SIGMED, application informatique de la DHOS pour la gestion des praticiens hospitaliers.

Aussi n'est-il guère étonnant qu'au terme de sa première année de travaux, en 2004, l'ONDPS n'ait pu faire la lumière sur les effectifs de personnels médicaux hospitaliers. Dans son rapport de novembre 2004, il constate que la connaissance en la matière reste « *imparfaite* » en raison de « *recrutements locaux qui ne sont pas recensés au niveau national ni parfois même déclarés par les établissements auprès de la DRASS ou de l'ARH* ». Il souligne « *combien l'absence de données fiables dans ce domaine limite le diagnostic de l'offre de soins. En effet, outre l'impossibilité d'un recensement quantitatif, l'absence de données chiffrées sur le secteur hospitalier précisant les qualifications et les statuts des professionnels de santé qui exercent dans ce cadre rend très difficile une appréciation de la nature et de la pérennité de la prise en charge hospitalière des patients* ».

Les imprécisions affectant le recensement des personnels médicaux s'ajoutent à la méconnaissance de leur temps de travail pour rendre très difficile la mesure de l'offre de soins hospitaliers.

Il s'agit là d'un obstacle important à la définition d'une politique en matière d'effectifs hospitaliers.

c) Les travaux engagés ou projetés

Plusieurs travaux d'amélioration de la connaissance des effectifs sont en cours ou projetés.

La DREES a recruté en septembre 2004 un directeur d'hôpital chargé de réaliser pour la fin 2005 un état des lieux des données statistiques sur les établissements publics de santé et de faire des propositions afin de compléter et d'améliorer l'appareil de suivi. La DREES compte ensuite entreprendre en 2006 avec l'INSEE une réflexion sur le système statistique cible à mettre en place sur les effectifs des établissements de santé, en tenant compte des sources spécifiques au ministère de la santé mais aussi des outils généraux de la statistique publique (INSEE en particulier) qui permettent les comparaisons avec les autres secteurs d'activités. Cette étape d'expertise et de préconisation devrait aboutir au premier semestre 2006.

La DREES travaille par ailleurs à la refonte du répertoire ADELI appelé à devenir le répertoire partagé pour les professionnels de santé (RPPS). L'organisation du projet repose sur la formalisation d'un partenariat entre les différents acteurs concernés (Etat, organismes d'assurance maladie, ordres professionnels, observatoire national de la démographie des professions de santé, etc.).

Selon le président de l'ONDPS, ce nouveau répertoire «*contiendra pour chaque professionnel de santé un identifiant unique et pérenne. Actuellement les professionnels de santé s'inscrivent selon des procédures parallèles et sous un numéro différent, à l'ordre pour les professions à ordre, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales pour toutes les professions de santé réglementées, à la CNAMTS pour les libéraux et au GIP CPS pour les professionnels équipés de carte CPS (carte professionnelle de santé). Les données actuellement recueillies supposent donc des démarches multiples pour les professionnels de santé. Elles ne sont, de ce fait, pas toujours cohérentes entre elles. (...) Cet outil doit permettre de mettre fin à des recensements parallèles, dont les logiques restent peu lisibles pour ceux qui ne les exploitent pas. C'est le cas des professionnels qui, sans doute pour cette raison, renseignent et actualisent de façon imparfaite ces systèmes.*»⁴³

43) Rapport de mai 2005 sur la démographie médicale.

La DHOS de son côté poursuit les travaux du projet PARHTAGE, système d'information commun aux ARH, à l'Etat, à l'assurance maladie et aux établissements de santé publics et privés. Les retards de ce projet prévu par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, relevés par la Cour à plusieurs reprises⁴⁴, s'accumulent. Les travaux portant sur une première version n'ont débuté qu'en octobre 2004 et sont limités au champ financier. En outre, le domaine des ressources humaines, pourtant essentiel en matière hospitalière, en est pour l'instant exclu.

Dans l'attente d'un système d'information opérationnel, la DHOS a demandé en 2004 aux ARH de transmettre à un rythme infra annuel des informations sur le personnel à travers dix indicateurs relatifs à la gestion prévisionnelle des emplois, à la gestion du climat social et aux progrès sociaux. Tout en étant consciente que cette demande ajoute à la complexité actuelle liée à la multiplicité des sources évoquée supra, elle considère que ces remontées lui permettront de disposer rapidement de données essentielles, qui font défaut aujourd'hui, tout en impliquant davantage les ARH en matière de ressources humaines.

Les travaux de l'ONDPS, consacrés entre autres sujets, aux analyses des différences d'effectifs entre les sources d'information, constituent une avancée majeure vers la transparence des données sur les professionnels de santé dont les effectifs hospitaliers constituent une large part. L'étude programmée en 2005, à savoir un état des lieux des effectifs médicaux hospitaliers, devrait apporter un éclairage indispensable aux pouvoirs publics.

2 - L'insuffisance des analyses prospectives

a) Les projections démographiques des personnels hospitaliers

Il n'existe pas de projections démographiques centrées sur les effectifs des établissements publics de santé. Les études disponibles à la fin de l'année 2005 portent sur les seuls personnels gérés par l'administration centrale du ministère de la santé (praticiens hospitaliers et directeurs d'hôpital) ou sur la fonction publique hospitalière au sens statutaire du terme (c'est-à-dire y compris les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux et non compris le personnel médical) ou encore sur les professions de santé, sans distinction entre les modes d'exercice hospitalier et libéral.

44) Rapports sur l'application des lois de financement de sécurité sociale 2000 et 2002.

Ce n'est que de manière incidente que ces études s'intéressent aux personnels des établissements publics de santé. Ainsi une publication de la DREES de novembre 2004 sur « la démographie médicale à l'horizon 2025 » comporte des projections relatives aux 59 000 médecins recensés comme salariés hospitaliers dans ADELI (c'est-à-dire non compris, notamment, les praticiens attachés, l'ensemble des personnels médicaux représentant fin 2002, on l'a vu, 104 000 personnes). Bâtie sur l'hypothèse d'un *numerus clausus* relevé à 7 000 à compter de l'année 2006 et maintenu à ce niveau jusqu'en 2025, l'étude de la DREES montre une diminution de 9 % du nombre total de médecins (tous modes d'exercice confondus) entre 2002 et 2025, avec des effectifs passant de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, entraînant une baisse corrélative de la densité médicale de 335 médecins pour 100 000 habitants à 283 en 2025. Dans le même temps, à comportements inchangés, le nombre de médecins salariés hospitaliers resterait stable entre 2002 et 2025. Il s'agit là d'un des très rares éléments disponibles en matière de projections relatives au personnel médical hospitalier.

Les travaux engagés en 2005 par l'ONDPS devraient permettre de combler les lacunes. La DREES a en effet indiqué qu'elle produirait, dans ce cadre, une ventilation des projections démographiques des effectifs médicaux entre médecins libéraux, salariés hospitaliers et salariés non hospitaliers. Des recensements complémentaires portant sur différentes catégories de médecins hospitaliers sont également prévus. Ces études devraient fournir aux pouvoirs publics les éléments d'information indispensables au pilotage du personnel médical hospitalier.

En raison de l'amplitude des inégalités des effectifs médicaux entre les régions, une bonne articulation entre les projections nationales et leurs déclinaisons régionales sera déterminante. Les comités régionaux de l'ONDPS devraient avoir à cet égard un apport fondamental.

b) Les études prospectives sur les besoins en matière de santé

Les estimations des besoins en professionnels de santé et les fixations subséquentes, par les pouvoirs publics, du *numerus clausus* médical et des quotas paramédicaux ne s'appuient pas sur des analyses prospectives des besoins en matière de santé. Il est vrai que l'exercice est difficile en raison du nombre de paramètres, de la complexité et des incertitudes entourant les variables à prendre en compte (évolution des pathologies et des modes de traitement, organisation du système de santé, modes d'accès aux soins, déterminants géographiques et sociaux, partage des tâches entre praticiens et professionnels de santé, etc.).

L'exercice est aussi incertain du fait de l'absence de critères ou de normes sur les personnels requis dans les services de soins. Quelques standards ont toutefois été établis sur la base de recommandations de sociétés savantes et ont débouché sur la définition réglementaire de normes sanitaires dans trois types de service : les urgences, les maternités et la réanimation⁴⁵. Ainsi le décret du 9 octobre 1998 impose aux maternités la permanence médicale d'un gynécologue, d'un anesthésiste et d'un pédiatre vingt-quatre heures sur vingt quatre, en astreinte à domicile ou sur place, en fonction du volume d'accouchements. Traitant de la politique périnatale, la Cour a souligné dans son rapport public annuel de 2005 les difficultés d'application de cette réglementation⁴⁶. Il semble peu probable aujourd'hui que des normes en personnel s'étendent à d'autres disciplines, en raison notamment de leurs effets inflationnistes.

En pratique, faute d'indicateurs et de prospective, les estimations des besoins ont tendance à se fonder sur l'offre existante. Elles ne prennent même pas toujours en compte les conséquences sur l'emploi des politiques de santé publique. Le seul contre-exemple, à ce jour, est une étude réalisée par la DHOS en 2003 sur l'impact des politiques de santé publique sur la démographie des infirmiers. Cette étude avait alors chiffré à 8 000 ETP les besoins en infirmiers liés à différents plans gouvernementaux (périnatalité, insuffisance rénale chronique, vieillissement et solidarité, consolidation des SAMU).

45) Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 et décret no 97-616 du 30 mai 1997 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé autorisés à traiter les urgences.

Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

Décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation.

46) Cour des comptes - rapport public annuel février 2006 : « Issues de propositions d'experts et reposant sur un consensus médico-scientifique, les normes ont été arrêtées en 1998 sans tenir compte des moyens humains disponibles, de la situation démographique des professions médicales concernées ou de la réorganisation de leurs pratiques. Elles n'ont pas davantage été accompagnées d'orientations claires sur le resserrement de l'offre souhaité par l'Etat. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'elles ne sont pas respectées. »

c) La gestion prévisionnelle des emplois hospitaliers

La démarche de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences, introduite dans les établissements publics de santé par une circulaire de 1997⁴⁷, se met en place avec lenteur comme le montrent les contrôles des chambres régionales des comptes. Ainsi l'Assistance Publique de Marseille a ignoré la gestion prévisionnelle des emplois jusqu'en 2004. En particulier, elle n'a pas anticipé les difficultés démographiques liées au vieillissement de ses personnels ni procédé aux transformations d'emplois rendues nécessaires par l'évolution des technologies.

La mise en œuvre de politiques prévisionnelles à l'hôpital pourrait être facilitée par la création de nouveaux instruments tel l'observatoire national des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière (ONMEFPH), créé par le décret du 28 décembre 2001. Cet observatoire a en effet pour mission de suivre l'évolution des emplois, de contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et de recenser les métiers nouveaux. Il a publié en décembre 2004 un « répertoire des métiers hospitaliers ».

La DHOS, en s'appuyant sur la campagne active qu'elle a menée dans les régions en 2005 pour la diffusion de ce répertoire, escompte une « *prise de conscience progressive* » par les établissements de la nécessité de mettre en place une gestion prévisionnelle.

Il est en effet devenu impératif et urgent de développer la prévision, alors que, depuis plusieurs années, certains métiers hospitaliers connaissent des difficultés de recrutement préoccupantes dues, en partie, à une absence de gestion prévisionnelle. L'ONDPS a par exemple mis en avant, dans son rapport de 2004, les difficultés de recrutement de manipulateurs en radiologie résultant, notamment, de l'augmentation du parc d'équipements lourds qui n'avait pas été correctement anticipée et prise en compte. L'observatoire considère que la concurrence entre établissements pour recruter des manipulateurs risque de s'accroître dans les années à venir, avec des départs à la retraite importants au cours des prochaines années, alors même que les besoins vont croissant. Ces tensions à venir pourraient empêcher ou limiter la mise en service de certains équipements dans les établissements publics de santé.

47) Circulaire DH/EO n° 97-22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements publics de santé.

La conférence des directeurs généraux de CHU, à propos des difficultés de recrutement, « *réelles dans plusieurs métiers* », évoque l'augmentation des besoins liée à plusieurs facteurs (réduction du temps de travail, règles normatives plus élevées, exigences de qualification plus fortes) mais également l'absence d'une « *réelle prospective démographique* ». Elle estime « *impératif de lier les évolutions réglementaires, technologiques, de sécurité sanitaire avec la politique de l'emploi* ».

La gestion prévisionnelle des directeurs d'hôpital tarde également à être mise en œuvre par l'administration centrale. Ainsi ses estimations de besoins de cadres de direction des hôpitaux restent imprécises, faute d'outils prospectifs et faute également d'un « référentiel métier ». Le processus ayant conduit à arrêter les effectifs futurs du corps des directeurs d'hôpital à l'horizon 2015 a été sommaire : dans une note du 1^{er} août 2003 au cabinet du ministre, le directeur de la DHOS a fourni les projections démographiques des effectifs entre 2003 et 2015 et a proposé de retenir un objectif de 2 000 directeurs en 2015, hypothèse qualifiée « d'acceptable » au regard du nombre de recrutements annuels à l'Ecole nationale de santé publique. La diminution des effectifs de directeurs de 3 500 en 2003 à 2 000 en 2015 devrait être compensée à due concurrence par une augmentation du nombre d'attachés d'administration hospitalière (appelés à remplir les fonctions d'adjoints de direction). L'accord sur cette hypothèse a été donné de manière informelle. Il a été appliqué en 2004 et 2005.

La DHOS a précisé à la Cour que « *les travaux amorcés en 2003 sur l'évolution des effectifs (2 000 directeurs en 2015) et sur ses conséquences se poursuivent*. ». Elle a aussi indiqué que le transfert en 2007 de la gestion des personnels de direction à un établissement public national (cf. supra) devrait favoriser le développement de la prévision des emplois et des compétences et permettre ainsi à l'administration centrale d'assurer un pilotage stratégique en la matière.

B - Les personnels médicaux et paramédicaux

1 - Les limites de la régulation quantitative

La régulation du nombre total de médecins en France est opérée par la fixation annuelle du nombre d'étudiants admis en seconde année de médecine (le « numerus clausus » selon la terminologie d'usage). Celle de plusieurs professions paramédicales s'appuie sur la détermination de quotas d'étudiants admis dans les écoles de formation.

a) Le numerus clausus en faculté de médecine

Le numerus clausus, institué en 1971, a obéi à des préoccupations changeant au fil du temps. Lors de son instauration, il s'agissait de limiter « un afflux incontrôlé d'étudiants » dans les facultés de médecine⁴⁸. A compter des années 80, la politique a été de maîtriser la croissance des charges de l'assurance maladie par une limitation du nombre de médecins. Depuis la fin des années 90, il s'agit à l'inverse d'augmenter les effectifs de médecins afin de répondre à des situations locales de pénurie, de faire face au grand nombre de départs à la retraite attendus dans les prochaines années et donc aux besoins à venir.

Aussi l'évolution des effectifs d'étudiants a-t-elle été très contrastée, avec un numerus clausus diminuant de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993, soit une baisse de 59%, avant de remonter à partir de la fin des années 1990 pour atteindre 6 200 en 2005, soit une augmentation de 77%.

Ainsi que l'a souligné le Conseil économique et social dans son rapport sur l'hôpital publié en juin 2005, « *il est surprenant de constater que cette brutale augmentation intervient après une réduction drastique et constante dudit numerus clausus les années précédentes, alors que les projections pouvaient être faites de la même manière et que les hypothèses démographiques de la population française n'ont pas fondamentalement varié.* »

Le tableau ci-après, qui retrace l'évolution du numerus clausus de 1971 à 2005, illustre l'ampleur des variations intervenues.

48) Termes utilisés dans la note du 21 août 1997 du directeur général de la santé au directeur de cabinet du secrétaire d'Etat à la santé, rappelant l'historique du numerus clausus.

Numerus clausus des étudiants en médecine de 1971 à 2005

Année	Nombre d'étudiants admis en 2 ^{ème} année	Année	Nombre d'étudiants admis en 2 ^{ème} année
1971-1972	8 588	1988-1989	4 100
1972-1973	8 571	1989-1990	4 000
1973-1974	8 564	1990-1991	4 000
1974-1975	8 607	1991-1992	3 750
1975-1976	8 669	1992-1993	3 500
1976-1977	8 671	1993-1994	3 570
1977-1978	8 281	1994-1995	3 576
1978-1979	7 913	1995-1996	3 576
1979-1980	7 121	1996-1997	3 576
1980-1981	6 409	1997-1998	3 583
1981-1982	6 409	1998-1999	3 700
1982-1983	5 900	1999-2000	3 850
1983-1984	5 000	2000-2001	4 100
1984-1985	4 754	2001-2002	4 700
1985-1986	4 754	2002-2003	5 100
1986-1987	4 460	2003-2004	5 550
1987-1988	4 100	2004-2005	6 200

Source : DGS

En 2004, l'ONDPS a recommandé aux pouvoirs publics une augmentation progressive du numerus clausus jusqu'à 7 000 étudiants sous certaines conditions : que ce relèvement soit inscrit dans un plan pluriannuel et effectué de manière progressive afin d'éviter les à-coups qui altèrent le bon fonctionnement du système, interdisent les évaluations prospectives et ne permettent pas aux établissements de formation de mettre en place les conditions d'un accueil satisfaisant des étudiants.

b) Les quotas des professions paramédicales

Les effectifs de cinq professions paramédicales (infirmier, psychomotricien, orthophoniste, sage-femme, masseur-kinésithérapeute) sont régulés par quotas. Ceux-ci sont fixés par la direction générale de la santé au vu des rapports des préfets de région et après consultation du conseil supérieur des professions paramédicales.

Du fait des lacunes mentionnées plus haut dans les analyses prospectives et des incertitudes qui en résultent en matière de détermination des besoins, les quotas ont connu, à l'instar du numerus clausus médical, des évolutions saccadées. Le quota d'infirmiers, par exemple, établi à 18 000 en moyenne depuis 1993, est passé à 26 000 en 2000, puis à 30 000 en 2003, soit une hausse de 66 % en dix ans.

2 - Les failles de la répartition des effectifs entre les différentes disciplines de médecine

a) L'examen national classant

L'examen national classant, qui a succédé en 2004 au concours de l'internat, vise à répartir les étudiants de troisième cycle de médecine (les "internes") entre vingt-sept subdivisions géographiques et onze "disciplines", dont la médecine généraliste, devenue discipline depuis 2004.

Chaque année un nombre de postes est arrêté par région et par discipline. S'agissant de la répartition par discipline, l'arrêté interministériel du 25 mai 2005 a ouvert 4 803 postes d'internes répartis de la manière suivante : médecine générale (2 400), spécialités médicales (760), spécialités chirurgicales (550), anesthésie-réanimation (243), biologie médicale (58), gynécologie médicale (20), gynécologie-obstétrique (150), médecine du travail (56), pédiatrie (196), psychiatrie (300), santé publique (70).

Selon le constat dressé par la commission sur la démographie médicale dans son rapport remis au ministre de la santé en mai 2005⁴⁹, la fixation du nombre et la répartition des postes par discipline et par région « ne s'appuie pas de manière évidente sur des critères qui tiennent compte à la fois des besoins de santé publique et des données démographiques. Elle est plus une réponse aux lobbies qui fondent leur argumentation sur des données partiales et non pas sur des données objectives et stabilisées ». Ce constat rejoint celui formulé par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) selon lequel le gouvernement ne dispose pas des outils pour prévoir une répartition pertinente entre les spécialités. Comme le recommande le Conseil économique et social dans un rapport de 2004⁵⁰, la répartition des postes d'internes devrait être effectuée en fonction des besoins de santé de la population et non sous la pression « des réseaux d'influence ».

49) Commission présidée par le Professeur Berland, président de l'ONDPS

50) Michel Picard, « Aménagement du territoire et établissements de santé » - Conseil économique et social - 12 mai 2004.

Le mode actuel de répartition des internes entre disciplines présente un autre inconvénient majeur : il ne permet pas de maîtriser la ventilation des futurs médecins spécialistes. En effet, à la discipline d'internat dénommée « spécialités médicales » et à celle dénommée « spécialités chirurgicales » correspondent respectivement dix-neuf et sept spécialités, de la cardiologie à l'oncologie pour la première discipline et de l'orthopédie à la neurochirurgie pour la seconde.

A l'intérieur de ces disciplines d'internat couvrant plusieurs spécialités, la répartition des étudiants est fonction du rang de classement et des postes de stage proposés par chaque DRASS lors du choix semestriel. Or, le nombre de postes est, dans la plupart des régions, supérieur à celui des internes. Cette marge de manœuvre de 10 à 15 % donne de la souplesse aux internes dans leur choix de postes mais empêche toute régulation fine. Il en résulte que certaines spécialités peuvent être complètement délaissées par les étudiants. Au cours des années 1990 ce fut le cas, à l'intérieur de la discipline « spécialités médicales », des spécialités d'anesthésie-réanimation, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale. C'est pourquoi ces quatre spécialités ont été extraites en 1999 et en 2000 de la discipline « spécialités médicales » pour être érigées en disciplines séparées, ce qui permet désormais de continger le nombre de ces futurs spécialistes. Mais le problème demeure entier pour certaines spécialités chirurgicales : en Ile-de-France, pour le premier semestre de 2003, sur 463 internes inscrits en « spécialités chirurgicales », aucun n'a choisi la chirurgie générale viscérale.

Les failles du système de répartition des médecins spécialistes ont été soulignées par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) dans leur rapport de 2004 sur les CHU : *« le troisième cycle des études médicales a la particularité de représenter presque la moitié des étudiants inscrits, sans que l'on sache clairement où et comment se font les flux de sortie et quelle est la destination des étudiants formés. D'ores et déjà, compte tenu du nombre de DES (diplômes d'études spécialisées) en formation et des évolutions démographiques des praticiens, certaines spécialités sont menacées : hématologie, stomatologie, oncologie, rééducation et réadaptation fonctionnelle et neurochirurgie. S'agissant des diplômes d'études spécialisées complémentaires, peuvent être ajoutées la gériatrie, la chirurgie maxillo-faciale et, vraisemblablement, la chirurgie infantile ».*

b) Sur les rapports entre disciplines, spécialités et médecins spécialistes

Le système des disciplines et spécialités, complexe et confus, se prête mal au pilotage des effectifs des médecins spécialistes.

La logique voudrait que pour un médecin exerçant une spécialité donnée, ladite spécialité corresponde 1°) à la discipline suivie en troisième cycle, normalement commune à l'Union européenne, et sanctionnée par le diplôme délivré par le ministère de l'Éducation nationale, 2°) à la discipline dans laquelle le médecin est recruté ou passe un concours et 3°) à la spécialité reconnue par l'ordre des médecins lors de son inscription. Or tel n'est pas le cas. Il n'existe en effet pas de concordance stricte entre :

- les 11 disciplines enseignées en troisième cycle de médecine,
- les 30 diplômes d'études spécialisées (DES) et les 30 diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) décernés par la faculté de médecine⁵¹,
- les 51 disciplines d'enseignement correspondant aux sous-sections médicales du conseil national de l'université (CNU)⁵²,
- les 58 spécialités médicales ouvertes au concours de praticien hospitalier,
- les qualifications et compétences données par le conseil de l'ordre des médecins jusqu'à la mise en place effective en septembre 2005 des nouvelles commissions de qualification⁵³.

Ces différentes listes subissent régulièrement des évolutions, selon des rythmes différents, non coordonnés et en réponse à des besoins propres à chaque organisme, créant inévitablement une absence de cohérence de l'ensemble du système des disciplines et spécialités.

Ces découpages non concordants expliquent que des tableaux de correspondance doivent être établis, par voie d'arrêté, pour les vacances d'emploi de personnel hospitalier. Ainsi, les arrêtés portant déclaration de vacances d'emplois de PU-PH indiquent la discipline universitaire de concours et ajoutent la discipline hospitalière lorsque celle-ci diffère de la première. De la même manière, des arrêtés donnent la correspondance

51) Arrêtés du 22 septembre 2004 modifiés par l'arrêté du 24 mai 2005.

52) Arrêté du 9 juillet 2003 fixant la composition des 51 sous-sections médicales du CNU auxquelles s'ajoutent les 9 sous-sections odontologiques.

53) Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins.

entre la discipline du concours de praticien hospitalier et celle de la section du CNU appelée à participer au jury⁵⁴.

Les réflexions entreprises en 2003 par le ministère de la santé sur la nécessité de procéder à une « *harmonisation entre les disciplines et spécialités en conciliant la réglementation européenne, les qualifications ordinaires, les nomenclatures universitaires et hospitalières* » n'ont à ce jour pas abouti. Pour l'heure, la répartition des futurs médecins spécialistes n'est pas maîtrisée et leur nombre dans les années à venir est difficile à prévoir. De telles imprécisions sont préoccupantes pour l'avenir du système de santé.

3 - L'absence de régulation géographique

A l'issue de leur formation, les professionnels de santé ont le libre choix de leur lieu géographique d'exercice.

S'agissant des médecins, tous modes d'exercice confondus, cette liberté a conduit à de forts déséquilibres dans leur répartition géographique. Ainsi en 2003 la densité médicale, mesurée en nombre de médecins pour 100 000 habitants, allait de 204 en Mayenne à 851 à Paris. La densité des médecins spécialistes dans les départements allait de 2 dans le Cantal à 65 à Paris pour les psychiatres et de 3 dans la Creuse à 28 à Paris pour les gynécologues.

Ces déséquilibres sont connus, étudiés et signalés aux pouvoirs publics depuis plusieurs années⁵⁵. Ainsi que l'a indiqué en 2004 l'ONDPS, « *le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France (...) Le problème n'est donc pas tant le nombre que la répartition des médecins* ».

Il apparaît ainsi que le système actuel d'orientation des effectifs médicaux connaît de nombreuses failles en cumulant une évolution erratique du *numerus clausus*, une grande imprécision dans la répartition des médecins spécialistes et une absence de régulation géographique.

54) Par exemple, pour le concours « médecine d'urgence », trois sections du CNU sont requises, l'anesthésiologie et réanimation, la réanimation médicale et la médecine interne. A l'inverse à la section du CNU intitulée « médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement » correspondent trois spécialités du concours de praticien hospitalier : "médecine générale", "médecine générale et gériatrique", "médecine interne".

55) Cf. par exemple le rapport remis au ministre de la santé en 1998 sur l'inadéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie (rapport du Professeur Guy Nicolas et de Michèle Duret).

Son échec a été résumé en ces termes par l'IGAS et l'IGAENR dans leur rapport de 2004 sur les CHU : « *le système de formation produit - pour un coût plus élevé que pour les autres formations - des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin, pour s'installer là où ils seraient indispensables* ».

4 - La répartition déséquilibrée entre modes d'exercice

A l'issue de leur formation, les professionnels de santé choisissent librement le mode d'exercice de leur activité en fonction de divers critères personnels (rémunération, pénibilité du travail, qualité du cadre de vie, etc.).

Dans ce contexte, les établissements publics de santé se trouvent en position défavorable pour certaines spécialités de médecine, en raison des écarts entre les rémunérations statutaires hospitalières (abstraction faite des revenus complémentaires) et les honoraires en exercice libéral. Des différences particulièrement accusées en radiologie et en psychiatrie expliquent, en partie, les déséquilibres marqués entre médecine de ville et médecine hospitalière alors même que l'Etat fixe à la fois les rémunérations des praticiens hospitaliers et, du moins pour les médecins conventionnés, la tarification des actes exécutés en ville.

Dès lors, en psychiatrie, une densité médicale parmi les plus élevées au monde, 23 médecins pour 100 000 habitants, peut très bien aller de pair avec un taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers de 23 % à la fin 2003 dans les établissements publics de santé. Tant que des écarts très accusés de rémunération subsisteront entre les modes d'exercice, il sera difficile de procéder à des rééquilibrages.

Les personnels médicaux ne sont pas les seuls concernés. A titre d'exemple, l'ONDPS a mis en avant, dans son rapport de 2004, la concurrence du secteur libéral pour expliquer les difficultés de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes par les établissements publics de santé. Au 1^{er} janvier 2002, 78 % des masseurs-kinésithérapeutes exerçaient en secteur libéral, 11 % en établissements publics de santé, 4 % en établissements privés participant au service public hospitalier, 3 % dans le secteur privé lucratif, et 2 % dans les établissements pour handicapés. Le coût des études de formation initiale peut atteindre 7 500 € dans les instituts de formation privés qui, en 2000 rassemblaient

64 % des élèves⁵⁶. Ce coût est un des éléments incitant les jeunes diplômés à exercer en secteur libéral, plus rémunérateur. L'ONDPS souligne que la tension sur le marché du travail est susceptible de s'accroître dans les années à venir avec le départ à la retraite de 47 % des masseurs-kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière entre 1999 et 2015. Il suggère d'étendre aux masseurs-kinésithérapeutes la législation en vigueur pour les infirmiers, c'est-à-dire de prendre en charge tout ou partie du coût de leurs études, en contrepartie d'une interdiction d'exercer en secteur libéral durant une période à déterminer.

Les données de la commission de déontologie⁵⁷ fournissent un aperçu des flux annuels vers le secteur privé des agents de la fonction publique hospitalière : près de 2 500 dossiers ont été enregistrés en 2004 dont 90 % de personnels soignants; 44 % de ces personnels envisageant d'exercer en libéral et 23 % dans des établissements privés.

Les flux dans le sens inverse, du privé vers le public, ne sont pas connus à l'exception de ceux résultant de la fermeture d'établissements privés et donnant lieu à intégration des agents concernés dans la fonction publique hospitalière ; ils sont minimes avec un total de 2 912 agents du secteur privé intégrés dans le secteur public en 15 ans, entre novembre 1989 et mars 2005, soit moins de 0,5 % des effectifs de la fonction publique hospitalière.

5 - Des mesures spécifiques et limitées

Pour faire face aux difficultés de recrutement issues des failles du système de régulation globale des professionnels de santé, des mesures, essentiellement sous forme d'incitation financière pour les médecins et plus diverses pour les personnels paramédicaux, ont été mises en œuvre. Leur portée apparaît limitée.

56) Source : DREES, La formation aux professions de santé en 2000-2001, Série statistique, document de travail, n° 37, juin 2002.

57) La commission de déontologie est chargée en vertu de la loi du 28 juin 1994 d'apprécier la compatibilité avec leurs fonctions précédentes des activités privées que souhaitent exercer des agents de la fonction publique hospitalière cessant temporairement ou définitivement leurs fonctions.

a) *Les incitations financières accordées aux médecins hospitaliers*

Des incitations ont été mises en place sous forme de primes spéciales octroyées sous conditions aux médecins : une indemnité de poste prioritaire de 10 000 €, instituée en 2002, est versée aux praticiens hospitaliers s'engageant à rester ou à venir sur des postes à « maintien ou recrutement prioritaires » ; une indemnité de 5 000 € ou 10 000 € est accordée aux médecins sous statut d'assistant contre un engagement de rester deux ou quatre ans à l'hôpital.

L'efficacité de telles mesures semble plutôt limitée comme en témoigne la persistance d'inégalités dans la répartition des effectifs. Plusieurs agences régionales d'hospitalisation considèrent la prime de poste prioritaire « inopérante ». Certes, comme l'a souligné la DHOS, on ne peut « vérifier l'hypothèse selon laquelle le taux d'attractivité de ces postes prioritaires aurait été encore plus bas si le dispositif n'avait pas été mis en œuvre ». On peut cependant remarquer que, au terme de la première année de cette mise en œuvre, selon un bilan dressé par la DHOS, les postes prioritaires représentaient 16 % des postes vacants mais seulement 9 % de l'ensemble des nominations, le taux d'attractivité des postes prioritaires étant donc « nettement inférieur » à celui des autres postes (le taux d'attractivité rapporte le nombre de praticiens nommés au nombre de postes vacants publiés).

La faible efficacité du dispositif indemnitaire a été imputée en partie aux carences de la diffusion de l'information. Dans son rapport de mai 2005, la commission de la démographie médicale signale que « ces mesures sont totalement inconnues des médecins et encore plus des étudiants qui sont pourtant ceux qui devraient être les plus concernés. Les raisons de cet état de fait sont doubles. D'une part, leur parution successive dans des lois ou décrets différents rend absolument illisibles ces mesures dans leur globalité. D'autre part, il y a un manque de communication de l'Etat qui est tout à fait préjudiciable à l'application des lois et mesures qu'il prend. »

Selon le même rapport, les mesures incitatives devraient être davantage centrées sur l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé que sur l'aide strictement financière : « pour rendre attractif l'exercice en zone déficitaire, l'ensemble des dispositions à prendre doit être fondé sur quelques grands principes : écarter l'exercice isolé et favoriser l'exercice collectif et en réseaux, entre médecins mais également partagé avec d'autres professionnels de santé ; favoriser un exercice diversifié ; répondre aux aspirations d'une pratique compatible avec une vie familiale et sociale normale ».

Toutefois, la persistance d'inégalités géographiques plaide pour que des mesures contraignantes soient en parallèle mises à l'étude.

b) Des mesures diverses pour les personnels paramédicaux

Le recours à des non nationaux

Un dispositif de recrutement de professionnels de santé espagnols, mis en œuvre en France entre 2002 et 2004 au bénéfice de l'ensemble des établissements de soins (publics et privés), a été évalué en décembre 2004 par la DHOS. Le bilan dressé apparaît positif mais d'une ampleur limitée : au total, 848 agents ont été recrutés dont 643 infirmiers, 200 masseurs kinésithérapeutes et 5 manipulateurs radio. Rapporté aux 1 043 offres d'emploi, ce chiffre représente 81 % des recrutements souhaités. Le taux d'échec des recrutements (retour en Espagne dans les deux ans après la prise de fonctions) a été évalué fin 2003 à 8 %, ce qui est comparable, selon la DHOS, au taux de départ des jeunes professionnels français recrutés à la sortie des écoles par les établissements. D'autres retours ont eu lieu après fin 2003.

Le ministère de la santé a noté « *que malgré un contexte de forte tension sur le marché de l'emploi soignant (2001/2003) le niveau d'offres d'emploi proposées par les établissements a toujours été relativement bas et n'a pas permis de répondre aux nombreuses demandes d'emploi (infirmiers, kinésithérapeutes) qui se manifestaient côté espagnol. C'est d'ailleurs la raréfaction spectaculaire des offres d'emploi françaises au premier semestre 2004 qui a conduit à mettre fin au dispositif en décembre 2004* »⁵⁸.

Le dispositif de « retour à l'emploi »

Le dispositif de retour à l'emploi d'infirmiers ayant arrêté prématurément leur carrière, mis en œuvre en septembre 2001 dans 6 régions, a eu une portée très restreinte : il ne concernait une année plus tard, à la fin 2002, que 70 recrutements. Cet échec s'explique en partie par l'inadéquation entre les profils de postes proposés et les desiderata des personnes ciblées, qui avaient souvent cessé leur activité pour des raisons personnelles et familiales (horaires aménagés, repos le week-end...).

58) Réponse de la DHOS du 6 avril 2005 à l'enquête de la Cour sur la fonction publique hospitalière.

La DREES a précisé qu'un bilan et une évaluation par l'IRDES des mesures nationales et locales mises en œuvre – dont le dispositif espagnol – étaient en cours en 2005 et que les résultats devraient être publiés par l'ONDPS.

Le recours insuffisant à la promotion des agents

Alors que, dans la fonction publique de l'Etat, des concours internes pour l'ensemble des corps, des examens professionnels ou des concours spécifiques permettant l'accès à un grade supérieur, sont organisés systématiquement, de tels dispositifs font défaut dans la fonction publique hospitalière pour des corps comme celui des infirmiers qui connaissent des difficultés notables de recrutement. Le fait qu'il s'agit d'une profession réglementée ne devrait pourtant pas faire obstacle à un tel système de promotion, les jurys étant souverains pour établir la liste des personnes recrutées, admises ou promues.

Le caractère très académique des concours d'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers pose aussi question et contraste là encore avec la fonction publique de l'Etat où nombre de concours externes ont été professionnalisés. L'emploi en France d'infirmières françaises formées en Belgique selon des modalités très professionnalisées montre bien que ce type de formation n'est aucunement contraire à la notion de sécurité indispensable dans l'exercice de ce métier.

Les mêmes obstacles sont constatés en matière d'obtention des diplômes nécessaires pour passer les concours d'infirmiers. Le dispositif de la validation des acquis de l'expérience (VAE), institué par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, repose sur le principe que toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience en vue de l'acquisition d'un diplôme.

Alors que cette nouvelle voie d'accès aux diplômes peut constituer un mode de résorption des pénuries locales de certaines catégories de personnels, la mise en place de la VAE pour les professions de santé est particulièrement lente. En octobre 2005 et en janvier 2006, deux arrêtés d'application ont été pris, relatifs aux aides-soignants et aux auxiliaires de puériculture, ces catégories représentant le quart des effectifs de la fonction publique hospitalière.

L'utilisation optimale de ces voies promotionnelles paraît, plus que le recours aux non nationaux et au dispositif de « retour à l'emploi », adaptée aux problèmes de recrutement de la profession infirmière pour peu que le ministère se saisisse de la question et ait la volonté d'aboutir et de coordonner l'action des directions concernées.

II - La répartition des effectifs

A - Les constats

1 - Des constats entachés d'incertitude

Les lacunes des systèmes d'information et les imprécisions conceptuelles ne facilitent pas l'appréciation de l'adéquation de la répartition des effectifs à l'activité et aux besoins de santé de la population alors qu'il s'agit bien évidemment d'un sujet majeur.

Les éléments de constat disponibles montrent de multiples déséquilibres dans la répartition des personnels. Cette situation devrait inciter les pouvoirs publics à se doter des outils de connaissance et d'analyse indispensables à une conduite cohérente de la politique hospitalière.

2 - Les évolutions divergentes des effectifs et de l'activité

De 1997 à 2003, les données de la SAE mettent en évidence les évolutions divergentes des effectifs hospitaliers, qui augmentent, et de l'activité, qui diminue.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des effectifs en France métropolitaine (soit 98 % des effectifs totaux). De 1997 à 2003, la progression globale a été de 10,1 %, avec de fortes différences entre l'augmentation des effectifs de personnel médical (+17,2 %) et celle des effectifs de personnel non médical (+ 9,6 %). En valeur absolue, au cours de la période les effectifs de médecins augmentent de 3 340 ETP et les effectifs non médicaux de 61 857 ETP.

La forte progression des effectifs médicaux s'explique, en partie (pour plus d'un tiers), par le recrutement de médecins « seniors »⁵⁹ pour compenser la baisse du nombre d'internes jusqu'en 2001 (18 447 en 1997, 17 237 en 2001 et 17 611 en 2003).

59) Sont appelés ainsi les médecins titulaires de l'autorisation d'exercer la médecine en France.

Evolution des effectifs médicaux et non médicaux en ETP

Effectifs au 31 décembre toutes filières confondues (France métropolitaine)

Années	Personnel	CHR - CHRU	CH	CHS	HL	Autres	TOTAL
1997	non médical	227 775	305 334	77 493	29 859	3 743	644 204
	médical	18 345	22 527	4 132	333	171	45 508
	Total	246 120	327 861	81 625	30 192	3 914	689 712
2001	non médical	234 245	320 594	77 542	32 972	1 486	666 839
	médical	20 261	25 323	4 319	445	116	50 464
	Total	254 506	345 917	81 861	33 417	1 602	717 303
2003	non médical	245 425	341 551	79 569	36 030	3 486	706 061
	médical	21 098	27 045	4 504	452	241	53 340
	Total	266 523	368 596	84 073	36 482	3 727	759 401
Variation entre 2001 et 2003	non médical	4,8%	6,5%	2,6%	9,3%	134,6%	5,9%
	médical	4,1%	6,8%	4,3%	1,6%	107,8%	5,7%
	Total	4,7%	6,6%	2,7%	9,2%	132,6%	5,9%
Variation entre 1997 et 2003	non médical	7,7%	11,9%	2,7%	20,7%	-6,9%	9,6%
	médical	15,0%	20,1%	9,0%	35,7%	40,9%	17,2%
	Total	8,3%	12,4%	3,0%	20,8%	-4,8%	10,1%

* *Personnel médical hors internes et faisant fonction d'internes*

** *la catégorie « Autres » (21 établissements en 2003) recouvre essentiellement des établissements de repos et de convalescence et des syndicats interhospitaliers.*

Source : DREES SAE – France métropolitaine

La baisse de l'activité est mise en évidence par plusieurs indicateurs : entre 1997 et 2003, les entrées, toutes disciplines confondues, ont diminué de 3,3 %, les journées de 2,6 %, le nombre de lits et places installés de 6,2 %.

Ces évolutions comparées des effectifs et de l'activité ne semblent guère être étudiées de manière approfondie par le ministère de la santé. Elles mériteraient pourtant d'être soigneusement analysées pour fonder une interprétation opérationnelle. Ainsi dans un contexte de forte réduction du temps de travail, il serait plus significatif de rapprocher l'activité du nombre théorique d'heures travaillées que du nombre d'agents⁶⁰. Il faudrait également compléter et affiner les critères utilisés pour mesurer l'activité

60) Pour le personnel non médical, la RTT a entraîné une baisse du temps de travail de 9,7% (cf. supra) et l'effectif a augmenté de 9,6% entre 1997 et 2003.

des établissements publics de santé qui reste encore mal connue. Dans son rapport de 2003 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour avait ainsi noté qu'il n'existait pas d'indice d'évolution en volume de l'activité de l'hôpital.

3 - Les différences de productivité

Les enquêtes des chambres régionales des comptes ont révélé que la répartition des effectifs était très inégale au regard de la charge de travail, d'un établissement à l'autre, voire entre services d'un même établissement.

Les comparaisons effectuées en 2002 en rapportant le nombre d'agents à l'activité mesurée en points ISA (indice synthétique d'activité), montrent des écarts très sensibles dans l'efficacité de l'organisation des soins selon les établissements et les services. Le point ISA est une unité de compte de l'activité de soins de médecine, chirurgie et obstétrique qui représente, ainsi que le définit le Haut conseil de l'assurance maladie, « *une forme de standardisation de l'activité de production de soins* ». A chaque acte médical est associé un nombre de points ISA déterminé par l'application d'un barème national. Cette unité de mesure permet d'établir des ratios, tels que le nombre d'agents ou de médecins nécessaires pour produire 100 000 points ISA. Plus le ratio est faible, meilleure est l'efficacité de l'administration des soins.

Ainsi, en CHU, dans les services de dermatologie, le ratio peut varier de 1,69 agent pour 100 000 points ISA à l'AP de Marseille à 3,4 au CHU de Nancy ; selon cet établissement, le niveau élevé de ce ratio s'explique en partie par les activités particulières développées par le service de dermatologie peu ou pas présentes dans d'autres CHU, à savoir la prise en charge des plaies chroniques et les bilans allergologiques très spécifiques des toxidermies (allergies médicamenteuses). En chirurgie cardio-vasculaire, deux services d'un même établissement, l'AP de Marseille, ont respectivement des ratios de 0,8 à 2,2 agents pour 100 000 points ISA. Dans les centres hospitaliers, les ratios par service accusent aussi des différences significatives : en cardiologie, le ratio est de 1,39 au CH de Dax et de 2,44 au CH de Cambrai.

Réagissant à la communication de ces chiffres, la conférence des directeurs généraux de CHU a considéré que « *la disparité en termes de productivité renvoie à l'inégalité historique des ressources entre les établissements* ».

Ces écarts ne traduisent pas nécessairement des différences équivalentes de productivité, compte tenu des approximations qui subsistent dans la mesure de l'activité des établissements par les points ISA. Ils sont cependant si marqués qu'ils devraient entraîner de la part des établissements et de la tutelle un examen méthodique.

4 - Les déséquilibres géographiques et sectoriels

a) Les personnels médicaux

Les déséquilibres de la répartition géographique et sectorielle des effectifs médicaux hospitaliers sont appréhendés au plan national par l'indicateur du taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers, fourni par SIGMED, système informatique de gestion des praticiens hospitaliers exploité par la DHOS.

Cet indicateur a des limites et ne peut être interprété hâtivement comme une mesure correcte de la pénurie de médecins à l'hôpital.

Dans le principe tout d'abord, il fournit les données sur les postes non pourvus. Pour en tirer le constat d'une pénurie équivalente de médecins hospitaliers, il faudrait admettre l'hypothèse que les postes correspondent aux besoins. Or, rien n'est moins sûr en raison des lacunes de la connaissance des besoins de santé, dans un contexte où, de surcroît, les restructurations hospitalières ne sont pas achevées.

Par ailleurs cet indicateur est circonscrit aux praticiens hospitaliers, c'est-à-dire à environ 60 % des effectifs en équivalent temps plein du personnel médical hospitalier. Il connaît d'autres limites : il n'est pas avéré que toutes les vacances de postes soient bien prises en compte dans le système SIGMED car certains postes vacants ne sont pas publiés. Enfin les postes vacants peuvent être pourvus par des remplaçants mais ces derniers ne sont pas reconnus par SIGMED sauf s'il s'agit de « praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire » par le préfet.

Une fois reconnues les limites de cet indicateur, il n'en reste pas moins que certains taux de vacance sont très élevés. Les données disponibles indiquent qu'au 31 décembre 2003 6 023 postes de praticiens hospitaliers à plein temps étaient vacants sur 33 042 postes budgétés, soit un taux de vacance de 18,2 %. Ce taux atteignait 33 % pour les postes de praticiens hospitaliers à temps partiel (2 840 postes vacants sur 8 636 budgétés). Les disparités territoriales sont très marquées avec, pour les praticiens à plein temps, des taux allant de 9 % en Aquitaine à 28 % en Champagne-Ardenne et 42 % en Guyane. Les inégalités sont aussi fortes entre les spécialités, les taux de vacance allant de 7 % en biologie à 23 % en psychiatrie et radiologie.

Les mêmes données au 31 décembre 2004 font apparaître un taux de vacance légèrement inférieur avec 5 731 postes de praticiens hospitaliers à plein temps vacants sur 35 122 postes budgétés, soit un taux de vacance de 16,3 %. Ce taux était de 30,1 % pour les postes de

praticiens hospitaliers à temps partiel (2 593 postes vacants sur 8 627 budgétés). Pour les praticiens à plein temps, les écarts entre les régions restent pratiquement inchangés, avec des taux allant de 10 % en Aquitaine à 25 % en Basse-Normandie et 41 % en Guyane. Entre les spécialités, les écarts se creusent légèrement avec des taux de vacance allant de 6 % en biologie à 21,5 % en psychiatrie, 23,2 % en médecine d'urgence et 24,1 % en radiologie.

Il peut exister, au plan régional, des indicateurs beaucoup plus significatifs. Certaines agences régionales d'hospitalisation suivent en effet, outre les taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers, les postes de médecins gérés localement par l'établissement (assistants et praticiens adjoints contractuels) et la présence de remplaçants, quel que soit leur statut.

Ainsi, d'après les données de l'ARH de Franche-Comté, au 31 mars 2004, 32 % des postes n'étaient pas pourvus par des titulaires et 24 % ne l'étaient pas du tout (absence de remplaçants). Dans le Nord-Pas-de-Calais, ces deux taux étaient respectivement de 27 % et de 15 %. A l'intérieur d'une région, les disparités peuvent être très marquées avec des taux de vacances élevés dans les établissements de petite taille et dans les services de psychiatrie, réanimation médicale, oncologie et radiologie.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux théorique de vacances dépassait 40 % dans certains centres hospitaliers et montait jusqu'à 70 %. Au CH d'Avesnes, il s'élevait, au 31 mars 2004, à 72 % (3,2 postes équivalent temps plein occupés par des titulaires parmi les 11,4 ouverts), tandis que le taux réel était de 9 %, compte tenu du recrutement de 7,2 praticiens contractuels ; selon l'établissement, ce taux théorique s'élevait en février 2006 à 54 % alors que le taux réel était de 31 %. Au CH de Fourmies, selon les données communiquées par cet établissement, 13,5 postes équivalent temps plein sur les 30,5 ouverts dans l'établissement au 1^{er} janvier 2006 étaient occupés par des praticiens titulaires, ce rapport étant d'un sur six pour le service des urgences.

Plusieurs ARH, qualifiant ces taux « d'*extrêmement préoccupants* », estiment que le système va « à la *dérive* », les vacances de poste créant « un *cercle vicieux* » en *dissuadant les médecins de venir* » (ces derniers sachant notamment qu'ils seront de garde très fréquemment). La conférence des directeurs de centres hospitaliers a également mis en avant que les disparités dans les répartitions par région entraînaient « des *situations dramatiques dans l'offre de soins sur certains territoires* ».

b) Les professions paramédicales

Les difficultés de recrutement du personnel paramédical hospitalier sont difficiles à appréhender nationalement faute d'indicateurs : ainsi les taux de vacance de postes d'infirmier dans les établissements publics de santé ne sont pas connus au niveau national. Les données régionales disponibles montrent des taux très élevés de vacance de postes pour certaines professions dans certaines régions. Ainsi, en 2003, le taux de vacance des postes d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat atteignait 20 % en Auvergne et 35 % en Bourgogne⁶¹.

B - Les conséquences sur le système public de soins

1 - Le glissement vers des pratiques contestables

Les inégalités de répartition des médecins sur le territoire ont conduit les établissements publics de santé à avoir recours, dans des conditions souvent irrégulières, à des médecins temporaires ou à des titulaires de diplôme obtenus hors de l'Union européenne ou encore à des médecins généralistes pour des emplois de spécialistes.

En principe, les postes permanents ouverts au tableau des emplois médicaux de l'établissement public sont occupés par des praticiens titulaires. Les postes laissés vacants peuvent donner lieu au recrutement de praticiens contractuels, dans des conditions limitatives prévues par le décret n°93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé. Ce texte prévoit que la rémunération des ces praticiens ne peut dépasser les émoluments des praticiens hospitaliers parvenus au 4^e échelon majorés de 10 % ce qui, rapporté au nombre de jours travaillés en 2004, équivaut à un plafond de 219 € par jour (net payé).

Dans plusieurs régions, la pénurie de médecins dans certaines spécialités a rendu difficile le respect de la réglementation et se trouve à l'origine d'irrégularités relevées par les chambres régionales des comptes.

La chambre régionale des comptes des Pays de la Loire a établi en janvier 2005 que le CH de Laval recrutait des médecins remplaçants depuis 1997, conformément à des délibérations du conseil d'administration, dans le souci de garantir la continuité du service public hospitalier. « *A titre d'exemple, en 2001, pour 9,5 postes ouverts d'anesthésistes-réanimateurs, seulement 5,8 ETP étaient pourvus*

61) Source : rapport de 2004 de l'ONDPS.

statutairement, rendant nécessaire le recours à des médecins remplaçants. Le centre hospitalier a ainsi été amené progressivement à recruter certains de ses médecins sur le fondement de contrats prévoyant des rémunérations de 610 € par jour (net payé). Le recrutement des médecins sous cette forme a représenté une dépense approximative de 300 000 € par praticien et par an, en incluant les frais de déplacement également pris en charge par l'établissement. Pour les médecins recrutés pour une courte durée, des honoraires d'agence ont aussi souvent été payés par l'établissement.

(...) Les surcoûts, calculés par comparaison avec le coût des créations de postes par l'ARH, ont été chiffrés par l'établissement à 0,48 M€ en 2001, 0,73 M€ en 2002 et 0,9 M€ en 2003. Le coût exorbitant de ces recrutements a beaucoup fragilisé le centre hospitalier au plan financier, même s'ils ont été financés en partie par l'ARH.

Les pratiques les plus singulières sont celles des médecins remplaçants employés à temps plein en qualité de contractuel tout en bénéficiant d'une rémunération de prestataire extérieur alors même que leurs diplômes leur permettraient d'accéder par concours sur titres et épreuves au statut de praticien hospitalier. Ces recrutements de médecins remplaçants sur des postes permanents constituent un contournement des voies réglementaires de recrutement et de rémunération. Ils induisent de fortes disparités de rémunération entre les praticiens et un phénomène manifeste de dérive. ».

En novembre 2003, la chambre régionale des comptes de Corse a établi que le CH de Bastia recrutait des médecins remplaçants via « une société qui le mettait en relation avec des praticiens moyennant une commission de 12 % assise sur les rémunérations brutes du médecin remplaçant.

Il ne s'agit pas d'une société d'intérim car l'établissement signe avec chaque praticien un contrat pour une durée qui varie entre 5 et 15 jours. Le contrat, dénommé convention générale d'assistance, passé à chaque fois avec la société, qui joue le rôle d'un intermédiaire, définit les conditions d'embauche et surtout de rémunération du médecin qui prend le statut de praticien contractuel pour la durée de son remplacement. A cet effet, il reçoit du centre hospitalier un salaire net de toute charge.

Concrètement, le médecin perçoit un salaire journalier net de charge qui varie en fonction de la spécialité entre 504 € pour les urgentistes et 687 € pour les anesthésistes (tarifs de la fin 2001). Par ailleurs l'établissement s'engage à prendre en charge l'hébergement et la nourriture ainsi que les frais de déplacement domicile-lieu de travail. »

La chambre régionale des comptes de Rhône-Alpes a mentionné en juin 2004 que le CH de Bourg-Saint-Maurice avait recours, dans des conditions non conformes à la réglementation, à des médecins remplaçants pour les services de radiologie, de gynécologie ou d'anesthésie en raison de l'absence temporaire de médecins titulaires. Elle a souligné qu'il s'agissait d'une pratique coûteuse. *« L'hôpital s'est adressé, soit directement à des médecins dont il connaissait leur disponibilité pour être remplaçant, soit en dernier recours à une société qui le mettait en relation avec des praticiens moyennant une commission de 12 % assise sur les rémunérations brutes du médecin remplaçant. Dans le cas du recours direct à des médecins, l'hôpital leur a servi une rémunération nette quotidienne qui a pu aller jusqu'à 610 € et il a par ailleurs pris en charge l'hébergement et la nourriture pendant toute la durée du remplacement ainsi que les frais de déplacement domicile-lieu de travail et retour. »*

La chambre régionale des comptes de Lorraine a noté en septembre 2002, que neuf postes de praticiens hospitaliers (soit 14 % de l'effectif) étaient vacants au CH d'Epinal. *« Les spécialités concernées sont les urgences, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie et l'imagerie médicale.*

Pour faire face au manque de personnel médical, l'établissement recrute du personnel remplaçant soit par contrat sur proposition des praticiens hospitaliers demandeurs soit par conventionnement avec d'autres établissements publics de santé, soit enfin en ayant recours à l'intérim. Cette dernière formule a été retenue à plusieurs reprises ces dernières années pour le recrutement de médecins anesthésistes : en 1997 et 1998 auprès d'une société (coût : 10 350 € pour 33 jours en 1997 et 24 875 € pour 61 jours en 1998) ; en 2001 auprès de la même société (coût : 42 679 € pour 47 jours) et auprès d'une autre société (coût : 23 122 € pour 26 jours). »

La chambre régionale des comptes de Champagne-Ardenne a souligné en octobre 2003 que le CH de Troyes éprouvait de *« sérieuses difficultés à reconstituer une équipe de praticiens issus de procédures statutaires de recrutement »* et que, dans ce contexte, il faisait appel à des praticiens contractuels dans des conditions irrégulières. La chambre a examiné en particulier deux contrats passés en 2000 avec des médecins spécialisés en "anesthésie - réanimation" qui prévoyaient une rémunération nette de 3 500 F par jour (524 €) y compris les indemnités liées au service des gardes et astreintes. Le directeur de l'hôpital a indiqué à la chambre que *" pour faire face à la continuité du service public et aux obligations réglementaires qui lui sont imposées, en particulier dans le domaine de l'anesthésie réanimation - la présence permanente d'un*

praticien de cette spécialité à la maternité – le centre hospitalier de Troyes dans un contexte de pénurie médicale, doit avoir recours à des praticiens rémunérés au-delà des barèmes réglementaires ".

Le caractère récurrent des irrégularités relevées par les chambres régionales a motivé en 2004 deux interventions du Parquet près la Cour des comptes auprès du ministre de la santé. Le 16 janvier 2004, le Procureur général a attiré l'attention sur la pénurie d'anesthésistes relevée par la chambre régionale de Haute-Normandie au CH d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil et a mentionné les irrégularités dans le recrutement, la rémunération et l'exécution du service des praticiens remplaçants.

Le contrôle du CH de Rodez a été l'occasion de souligner le cas de médecins spécialisés dans les missions de remplacement qui leur permettent de percevoir en dix jours la rémunération mensuelle d'un praticien hospitalier titulaire sur emploi permanent.

Le recours à des remplaçants dans des conditions irrégulières s'est récemment aggravé sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de postes vacants dans les hôpitaux et des dispositions sur le temps de travail qui ont réduit le temps médical disponible tout en augmentant le temps libre des praticiens hospitaliers. Cette aggravation a été soulignée à de fréquentes reprises au cours de l'enquête de la Cour.

Dans le même sens, la mission nationale d'évaluation sur la réduction du temps de travail dans les hôpitaux a souligné, dans son rapport d'octobre 2002, que dans un contexte démographique défavorable « *le recours à l'intérim médical, surpayé au regard des rémunérations en position statutaire, devient une pratique courante pour permettre d'assurer la garde dans certains services. Cette situation entraîne des abus difficilement tolérables* ». Le président de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement de CHU a indiqué lui aussi que « *l'inadéquation géographique entre la demande et l'offre dans un contexte où il n'y a jamais eu autant de médecins* » entraîne une « *régulation par l'argent avec une surenchère des rémunérations contraire à la loi* ».

Le phénomène reste toutefois mal mesuré nationalement. Les seules données disponibles proviennent d'une enquête menée en 2003 par l'IGAS dans 128 établissements de quatre régions (Auvergne, Champagne-Ardenne, Picardie et Ile-de-France)⁶² : l'emploi médical temporaire y représentait plus de 8 % du total des emplois médicaux hospitaliers en 2002 et a crû de 50 % entre 2000 et 2002.

62) Rapport IGAS de juillet 2003 sur le « développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires ».

L'enquête de l'IGAS a par ailleurs montré que le recours aux médecins temporaires répondait à des préoccupations opposées. Dans les établissements attractifs, il permet aux médecins d'accroître leur rémunération, en cumulant irrégulièrement les emplois, et aux directeurs d'hôpital soit de s'attacher les services de certains praticiens, soit de faire face, de manière ponctuelle, à une pénurie. En revanche, ailleurs, l'emploi médical temporaire sert de manière structurelle à combler une telle pénurie, au prix d'irrégularités répétées dans tous les domaines : renouvellements de nominations en position de contractuel et contrats à durée illimitée, rémunérations non réglementaires, cumuls d'activité (il a notamment été relevé que des praticiens hospitaliers à temps plein étaient inscrits dans les fichiers des sociétés de placement), infractions au temps de repos et à la limitation du temps de travail, infractions aux règles relatives aux qualifications requises pour l'exercice de la médecine (non inscription à l'ordre des médecins, exercice de la médecine alors que le praticien est suspendu).

Une telle situation n'est pas acceptable au regard tant de l'équité entre médecins que de la qualité des soins et la sécurité de la prise en charge des malades. Elle montre aussi que les dispositifs réglementaires ne peuvent pas tenir lorsqu'ils s'écartent trop des situations réelles.

2 - Le recours aux médecins titulaires de diplôme obtenu hors de l'Union européenne

En vertu du code de la santé publique⁶³, seules sont autorisées à exercer la médecine en France les personnes titulaires d'un doctorat en médecine obtenu dans l'Union européenne⁶⁴.

Jusqu'en 1999, les médecins détenant un diplôme délivré hors Union européenne pouvaient obtenir une autorisation d'exercice, pleine ou restreinte, selon des dispositifs particuliers institués par le législateur en 1972, 1995 et 1999 et aujourd'hui caducs. Une nouvelle procédure d'autorisation est entrée en vigueur en juin 2004.

1. La procédure instituée par la loi du 13 juillet 1972 concernait l'ensemble des médecins à diplôme non européen, hospitaliers ou libéraux. Elle a permis jusqu'en 2003 aux agents concernés d'obtenir le droit au plein exercice de la médecine en France après réussite à un examen de contrôle des connaissances puis étude de leur dossier par une commission.

63) Article L 4131-1 à L 4131-6 du code de la santé publique.

64) Par « diplôme obtenu en Union européenne », il faut entendre ici diplôme délivré dans un des Etats de l'Union européenne, ou un des Etats parties à l'accord sur l'espace économique européen ou la principauté d'Andorre.

Au total, de 1974, année de la mise en place de la procédure, à 2003, le ministère de la santé a instruit 28 138 dossiers de candidatures aux épreuves de contrôle des connaissances. 4 964 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit une moyenne de 171 par an. Le nombre de personnes ayant opté pour l'exercice hospitalier n'est pas connu.

2. La loi du 4 février 1995 donnait sous certaines conditions aux médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant « faisant fonction d'interne » ou d'attaché associé ou d'assistant associé, le statut de « praticien adjoint contractuel » (PAC). Ce statut octroyait une autorisation d'exercice restreinte, sous l'autorité du chef de service et seulement dans l'établissement désigné dans l'arrêté de nomination.

3. La loi du 27 juillet 1999 a étendu de deux manières l'autorisation d'exercice au bénéfice des médecins ayant obtenu le statut de PAC créé par la loi précitée de 1995 :

- en premier lieu, le champ de validité de l'autorisation d'exercice a été étendu à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Du 15 octobre 1999 au 30 mai 2005, 3 055 autorisations ont été délivrées dans ce cadre.
- en second lieu, le plein exercice de la médecine a été reconnu à ceux justifiant de six ans de fonctions hospitalières rémunérées dans les hôpitaux français ou de trois ans en qualité de PAC. Du 18 mars 2000 au 30 mai 2005, 4 291 médecins ont bénéficié de cette disposition. Ils ont la possibilité d'exercer en ville en libéral, en qualité de généraliste puis de spécialiste s'ils obtiennent la qualification délivrée par le conseil de l'ordre des médecins, ou de présenter le concours de praticien hospitalier. La part des PAC dans le total des médecins reçus aux concours de praticiens hospitaliers n'est pas négligeable : un tiers des reçus aux concours organisés de 2000 à 2002. Dans certaines disciplines connaissant des vacances de poste massives, elle a, en 2002, atteint ou dépassé les trois-quarts : 75 % en chirurgie (296 PAC sur 392 admis) et 77 % en radiologie (91 PAC sur 117 admis).

4. La loi du 27 juillet 1999 a interdit le recrutement de médecins à diplôme non européen dans les conditions antérieures et a institué une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice. Le décret d'application n'ayant été publié que le 10 juin 2004⁶⁵, la procédure instituée par la loi de 1999 n'est entrée en vigueur que cinq ans après la loi. Ce délai anormal a favorisé la multiplication des irrégularités et des situations précaires à l'hôpital.

65) Décret n° 2004-508 du 8 juin 2004.

La nouvelle procédure permet désormais aux candidats ayant réussi un concours avec épreuves de vérification des connaissances d'être recrutés à plein temps en qualité d'assistant associé puis d'obtenir l'autorisation d'exercice par arrêté ministériel pris après avis d'une commission.

L'arrêté du 21 juillet 2004⁶⁶ a ouvert au concours de 2005 155 postes dans quinze spécialités. Sous la pression d'une manifestation, ce nombre a ensuite été porté à 200 dans seize spécialités⁶⁷. L'année suivante, l'arrêté du 5 août 2005 a ouvert 599 postes au concours de 2006 dans 40 spécialités. 3 800 candidats se sont présentés au concours de 2005 dont les deux tiers étaient déjà en poste à l'hôpital. 183 postes sur les 200 ouverts ont été pourvus. Aux reçus, s'ajoutent 31 médecins inscrits sur la liste d'aptitude à titre dérogatoire en qualité de réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial.

Au total, de 1974 à 2004, 12 310 autorisations ont été accordées selon les procédures successives précitées dont 8 019 autorisations de plein exercice et 5 370 autorisations d'exercice restreint.

Un même médecin pouvant être titulaire de plusieurs autorisations (par exemple un PAC ayant obtenu l'autorisation prévue par la loi du 4 février 1995 peut avoir bénéficié d'une autorisation en vertu de la loi du 27 juillet 1999), il est impossible de traduire le nombre d'autorisations en nombre de personnes. Par ailleurs les autorisations de plein exercice valant pour tous les modes d'exercice, salarié comme libéral, il n'est pas possible non plus de connaître la part des titulaires exerçant à l'hôpital public.

Il convient enfin de signaler que l'arrêt Hocsman du 14 septembre 2000 de la Cour de Justice européenne permet à un médecin, titulaire d'un diplôme de médecine extra communautaire et devenu ressortissant de l'Union européenne, de faire reconnaître son doctorat en médecine sans examen particulier, sur la base de l'expérience acquise.

66) Arrêté portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L 4111-2 et L 422-12 du code de la santé publique.

67) Anesthésiologie et réanimation, biologie médicale, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie urologique, chirurgie viscérale et digestive, gériatrie, gynécologie obstétrique, médecine d'urgence, néphrologie, neurochirurgie, ophtalmologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie polyvalente, radiodiagnostic et imagerie médicale, réanimation médicale.

Une disposition similaire a été retenue dans la directive européenne n°2001/19/CE. L'ordonnance du 4 novembre 2004 qui la transpose entraîne deux conséquences juridiques : la commission chargée de rendre un avis sur la demande d'autorisation d'exercice d'une profession réglementée formulée par un ressortissant communautaire doit examiner non seulement les diplômes obtenus en dehors de l'Union européenne dès lors qu'ils ont été reconnus par un autre Etat membre, mais aussi l'expérience professionnelle acquise. Les diplômes, certificats et autres titres obtenus dans un Etat membre doivent être reconnus en France, dès lors qu'ils sont accompagnés d'un certificat de conformité à la directive émis par le pays d'obtention.

De 2002 à 2005, 96 médecins ont été autorisés à exercer en application de la jurisprudence Hocsmann et de la directive précitée de 2001 et 16 demandes ont été rejetées.

3 - Les infractions à l'autorisation d'exercice de la médecine

a) Les autorisations restreintes

Les médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne n'ayant pas une autorisation d'exercice obtenue dans les conditions qui viennent d'être exposées peuvent toutefois être recrutés à l'hôpital public, avec une autorisation restreinte, en qualité d'assistant associé, de praticien attaché associé⁶⁸ ou, pour ceux suivant une formation spécialisée en faculté de médecine, en qualité de « faisant fonctions d'interne ». N'étant pas habilités à exercer seuls, ils doivent être sous la responsabilité d'un médecin de plein exercice.

En pratique cependant, dans les hôpitaux à forte proportion de postes médicaux vacants, les médecins titulaires d'une autorisation restreinte d'exercice sont conduits à assurer seuls le fonctionnement de certains services. L'ampleur du phénomène est difficile à cerner en raison des réticences des établissements à déclarer ces situations illégales.

68) Les assistants associés et les praticiens attachés associés ne peuvent plus être recrutés depuis le 28 juillet 1999. Toutefois, ceux qui ont exercé des fonctions hospitalières avant cette date peuvent les poursuivre (y compris dans un nouvel établissement), les reprendre ou être recrutés selon de nouvelles conditions statutaires (article 60 de la loi du 27 juillet 1999 modifiée).

Les irrégularités concernent plus particulièrement les conditions d'emploi des médecins recrutés en qualité de « faisant fonctions d'interne ». En principe ces médecins ont une attestation de formation spécialisée (AFS) ou une attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), délivrée pour une courte durée (de six mois à un an). Ils ont vocation à occuper des postes d'interne agréés par la faculté et non pourvus par des internes des facultés de médecine⁶⁹. Or, dans les établissements confrontés à des pénuries, les « faisant fonctions d'interne » occupent des postes d'assistant, voire de praticien, tout en ayant la rémunération correspondant à leur statut, soit un montant mensuel net de 1 365 € auquel s'ajoutent les indemnités de permanence des soins (113 € par garde effectuée). Leur attestation de formation est renouvelée année après année, moyennant des pratiques de faux redoublements ou d'inscriptions successives dans différentes disciplines. Le nombre de « faisant fonctions d'interne » a très fortement augmenté au cours des dix dernières années, passant de 765 en 1994 à 4 009 en 2004, soit une hausse de 424 %, selon les données du ministère de l'éducation nationale⁷⁰. Une autre source, celle de « l'administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie » (AUFEMO), indique des effectifs plus nombreux avec 4 418 médecins étrangers inscrits en AFS et AFSA pour l'année universitaire 2004-2005.

Une première vue d'ensemble du phénomène de l'emploi dans les hôpitaux de titulaires d'un diplôme de médecine obtenu hors de l'Union européenne et disposant d'une autorisation restreinte d'exercice a été donnée à l'automne 2005 par les résultats d'une enquête diligentée par la DHOS dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). 25 des 26 DRASS ont élaboré une synthèse régionale sur la base des réponses reçues⁷¹. Le questionnaire de l'enquête a été rempli par 76 % des établissements interrogés.

Les résultats sont à manier avec précaution en raison de certains biais de l'enquête, essentiellement des non déclarations de tous les personnels médicaux employés irrégulièrement. Sous ces réserves, les médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne avec

69) Comme indiqué plus haut, dans la plupart des régions, le nombre de postes mis au choix est supérieur au nombre d'internes, et il existe ainsi chaque année des postes d'internat vacants.

70) Enquête SISE (système d'information sur le suivi des étudiants) de la direction de l'évaluation et de la prospective du ministère de l'éducation nationale, réalisée chaque année auprès des universités.

71) La DRASS de Corse n'a pas renvoyé sa synthèse régionale suite aux non réponses des établissements.

une autorisation restreinte d'exercice et déclarés par les établissements ayant répondu à l'enquête étaient au nombre de 6 750 au début de 2005, dont 6 507 dans les établissements publics de santé et 243 dans les établissements PSPH. Ils étaient présents dans près des deux tiers des établissements (66% des établissements en accueillait au moins un).

Les nationalités les plus représentées sont celles des Etats du Maghreb (30,3 % dont Maroc et Tunisie : 16 %, Algérie 14,3 %), de l'Europe de l'Est (13,7 %), de l'Afrique Noire (12,7 %) et de l'Union européenne (12,3 %)⁷².

La répartition par statut montre que 48 % des médecins avaient le statut de « faisant fonctions d'interne » préparant une AFS/AFSA, 28 % celui de praticien attaché associé et 15 % celui d'assistant associé. 91 % étaient ainsi employés sous un statut prévu par la loi⁷³. Les 9 % restant, classés en « autres » (soit 614 médecins), exercent irrégulièrement et/ou sur des postes non agréés ; cette catégorie « autres » est particulièrement importante en Nord-Pas-de-Calais (24 %) et dans le Limousin (19 %).

La part des médecins à diplôme non européen n'ayant pas la plénitude d'exercice n'est pas négligeable en anesthésie-réanimation (8,6 %), psychiatrie (7,8 %), pédiatrie (6,2 %) et radiologie (6 %). Les disparités régionales sont marquées : ainsi le pourcentage de ces médecins est de 19,9 % en psychiatrie en Lorraine, 21,2 % en gynécologie-obstétrique en Guyane, 11,0 % en radiologie en Languedoc-Roussillon et 12,5 % en anesthésie en Picardie.

La conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de CHU estime que le contexte démographique difficile conduit « à poser la question de l'octroi de la pleine autorisation d'exercice, dans des conditions à définir, à certains personnels médicaux, dont les médecins à diplômes étrangers non européens, afin qu'une permanence des soins puisse être assurée dans des conditions réglementaires ».

Le recours à des médecins diplômés hors Union européenne, dans des conditions souvent irrégulières, est la conséquence des graves lacunes dans la gestion prévisionnelle des effectifs.

72) Il s'agit là de médecins de nationalité française ou ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne.

73) Comme indiqué supra, les médecins recrutés sous un statut légal peuvent être employés illégalement au regard du droit de l'autorisation d'exercice de la médecine.

b) Le recours à des médecins généralistes pour des postes de spécialistes

L'exercice d'une spécialité à l'hôpital n'est pas toujours subordonné à l'obtention de la qualification correspondante, laquelle est décernée par l'ordre des médecins au vu de la spécialité du diplôme délivré par l'Education nationale.

Les travaux de l'ONDPS analysant les écarts entre le fichier ADELI et le fichier de l'ordre des médecins ont montré, par exemple, que 4 000 médecins environ ont été reçus au concours de praticien hospitaliers dans une discipline donnée et répertoriés sous cette spécialité dans le fichier ADELI, sans posséder le diplôme de la spécialité correspondante et donc sans être recensés à ce titre par l'ordre des médecins. Il s'agit en particulier d'anesthésistes-réanimateurs (plus de 650 praticiens dans ce cas) et de psychiatres (plus de 680 praticiens dans ce cas)⁷⁴. L'emploi, régulier, de ces praticiens hospitaliers n'appelle pas d'observations. La DHOS a précisé que le décret du 19 mars 2004 permettait désormais d'acquérir une autre qualification que celle annexée au doctorat en médecine au vu d'une expérience ou d'une formation permettant à l'intéressé de justifier de compétences équivalentes à celles nécessaires pour obtenir le DES ou le DESC.

Dans les zones connaissant des taux élevés de vacances de postes, les établissements ont parfois recours à des médecins généralistes pour assurer les fonctions de spécialiste. L'ARH du Nord-Pas-de-Calais a ainsi signalé que, « *en réanimation et en psychiatrie, les difficultés de recrutement sont telles que certains services fonctionnent désormais avec des médecins généralistes.* » Dans son rapport de novembre 2004, l'ONDPS a indiqué que les médecins spécialistes auditionnés lors des travaux « *ont mentionné des problèmes de compétence, voire de sécurité des prises en charge.* ». Il estime que « *derrière ce constat, il y a parfois des problèmes de personnes n'ayant pas la qualification pour occuper le poste qui serait sinon vacant* ».

74) Rapport de novembre 2004 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé.

RECOMMANDATIONS

Mettre en place et développer les outils de connaissance et de gestion prévisionnelle des effectifs

Une meilleure connaissance des effectifs hospitaliers est indispensable. Les réformes, en cours ou envisagées, en matière de systèmes d'information sur les personnels devraient s'inscrire dans une stratégie d'ensemble de recueil et d'exploitation des informations relatives aux personnels des établissements de santé. La mise en œuvre de cette stratégie devrait être confiée à un chef de file au niveau national, avec désignation de responsables régionaux. A défaut, le dispositif risque fort de demeurer un empilement de structures sans garantie de cohérence ni de rapidité dans la remontée des données.

L'observatoire national de la démographie des professions de santé joue un rôle majeur par les connaissances qu'il a commencé à apporter sur les effectifs et par les propositions qu'il soumet depuis 2004 aux pouvoirs publics. Il doit constituer l'instrument permettant de piloter la démographie hospitalière de manière éclairée, en fonction des besoins de santé de la population.

L'objectif d'une amélioration des connaissances est en effet de mettre en place une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences qui aujourd'hui n'existe pas. Une telle gestion devrait permettre d'éviter les variations brutales qui ont affecté par exemple la fixation du numerus clausus médical et des quotas d'infirmiers.

Accélérer le déploiement du dispositif de promotion des aides-soignants

Les difficultés de recrutement de la profession infirmière plaident pour un déploiement rapide du dispositif de valorisation des acquis de l'expérience des aides-soignants.

Réformer les dispositifs de régulation des médecins

Les outils de régulation des effectifs médicaux, numerus clausus et examen national classant, devraient être utilisés de manière à répondre aux exigences inscrites dans la loi (« compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux »⁷⁵), ce qui implique plusieurs réformes :

- la fixation du numerus clausus doit prendre place dans un plan pluriannuel basé sur des études prospectives en matière de besoins de santé;

- le système de répartition des étudiants de médecine de troisième cycle doit être revu. Les très faibles effectifs d'internes inscrits dans certaines disciplines appellent des réponses rapides pour éviter de fortes tensions dans les années à venir dans certaines spécialités. Le nombre de stages offerts par la DRASS doit être aligné sur le nombre d'internes qui effectuent leur choix de manière à maîtriser la répartition « fine » des futurs médecins spécialistes entre les spécialités.

Les déséquilibres marqués dans la répartition géographique des professionnels de santé plaident pour des solutions allant au-delà des mesures incitatives. L'éventail des mesures plus contraignantes qui peuvent être envisagées devrait d'ores et déjà être mis à l'étude afin d'en analyser la faisabilité.

Les déséquilibres existant entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral, en particulier en radiologie et en psychiatrie, appellent une réflexion sur les écarts de rémunération entre secteur et des réponses adaptées.

La situation de certains hôpitaux, n'assurant la permanence des soins qu'au prix d'irrégularités, dans des conditions précaires et, dans certains cas, à la fois onéreuses et potentiellement dangereuses pour les malades, devrait inciter à accélérer les décisions relatives à la restructuration de l'offre hospitalière sur le territoire et au maintien de certains services.

75) Termes repris dans les décrets annuels fixant le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année d'études et termes du décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle d'études médicales.

Conclusion générale

La gestion des personnels hospitaliers s'exerce dans un cadre excessivement complexe et ne repose pas sur une information suffisamment fiable et précise des autorités responsables.

La diversité actuelle des situations statutaires n'est pas justifiée, notamment en ce qui concerne le maintien de statuts locaux aux côtés des statuts nationaux, l'existence de trois corps de direction ou la multiplication des statuts de personnels médicaux contractuels. Une simplification et une rationalisation s'imposent.

Les compétences de gestion sont éclatées entre les différents niveaux de l'administration et la répartition des rôles qui en résulte est incohérente. L'administration centrale assure la gestion courante des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpital au détriment de ses fonctions essentielles de conception, d'animation, d'orientation et de contrôle des politiques mises en œuvre localement. N'ayant que des attributions limitées en matière de gestion des personnels, les services déconcentrés de l'Etat (y compris les ARH) ne disposent ni des informations statistiques détaillées ni des pouvoirs nécessaires pour piloter l'offre de soins qui relève de leurs compétences. Quant aux quelque 1000 établissements publics de santé, s'ils ont une autonomie réelle dans la gestion des personnels de la fonction publique hospitalière, le recrutement et l'affectation de la moitié des effectifs médicaux leur échappent. La centralisation de la gestion de certains personnels n'est pas cohérente avec l'autonomie dont jouissent, à juste titre, les établissements publics.

Au niveau central, la création de la DHOS, avec compétence à la fois sur l'hôpital et sur les soins de ville, n'a pas encore eu pour résultat de permettre la définition et la mise en œuvre d'une politique globale tant en matière d'évolution des effectifs, de recrutement et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qu'en matière de rémunérations. Il est pourtant certain que ces divers éléments de la situation de la démographie des professions de santé sont interdépendants et doivent faire l'objet d'une analyse d'ensemble et de décisions cohérentes.

Les effets de la mise en place de la réduction du temps de travail n'ont pas été anticipés et cette réforme n'a pas été utilisée (sauf exceptions) pour provoquer des réorganisations de services génératrices de gains de productivité. Pour les praticiens hospitaliers, aux mesures

nationales se sont ajoutées des dispositions européennes conduisant à considérer le temps de garde comme temps de travail. Il en est résulté une forte diminution du temps de travail médical alors même que de nombreux postes de médecins spécialistes étaient vacants.

Les dépenses de personnel restent très mal connues, faute d'outils d'analyse et de suivi de la masse salariale, alors qu'elles représentent 70 % des dépenses hospitalières et un quart des charges de l'assurance maladie. Les évolutions contrastées selon les catégories de personnel demanderaient à être expliquées. Les politiques de rémunération se résument à un enchaînement mal maîtrisé de mesures catégorielles inscrites dans des protocoles conclus le plus souvent sous la pression. Des avantages spécifiques consentis localement au fil des décennies ne sont pas conformes aux textes et ont un coût non négligeable.

De même, le ministère de la santé ne dispose pas d'informations fiables sur les effectifs et la répartition des personnels hospitaliers. L'opacité qui en résulte, conjuguée à la méconnaissance du temps de travail médical, ne permet pas une connaissance de l'offre de soins suffisamment précise pour orienter les décisions.

Fondées sur des connaissances approximatives, les politiques de régulation des effectifs se traduisent par des mouvements erratiques des quotas paramédicaux et du *numerus clausus* médical, des incohérences dans les dispositifs de répartition des médecins spécialistes (examen national classant) et l'absence de mesures visant une répartition territoriale plus équilibrée.

Les déséquilibres géographiques sont prononcés, avec des taux de vacance pouvant atteindre 70% dans certains services hospitaliers, et il en est de même des déséquilibres sectoriels entre exercice libéral et exercice hospitalier de la médecine, en particulier dans des spécialités comme la psychiatrie et la radiologie.

Confrontés à des difficultés de recrutement, les chefs d'établissement ont de plus en plus recours à des médecins intérimaires recrutés dans des conditions parfois irrégulières. Ils recrutent aussi des médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne pour les employer dans des conditions qui ne respectent pas leurs statuts.

Au total, les insuffisances tant de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences que du pilotage de la masse salariale constituent des sujets de préoccupation majeurs. La mise en place des instruments permettant de surmonter ces insuffisances devrait être considérée comme une priorité, compte tenu de l'importance de ces sujets pour éviter les contentieux, assurer la qualité des soins et maîtriser les dépenses d'assurance maladie.

Annexe I - Les statuts du personnel médical hospitalier

1°) Catégorie des personnels médicaux enseignants et hospitaliers

Praticiens hospitaliers et universitaires titulaires

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers	Décret n° 84-135 modifié du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires
Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers	et décret n° 84-431 modifié du 6 juin 1984 relatif au statut des enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur
Professeurs des universités-praticiens hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherches dentaires (CSERD)	Décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherches dentaires des centres hospitaliers et universitaires
Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des CSERD	

Praticiens hospitaliers et universitaires temporaires

Chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux	Décret n° 84-135 modifié du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires
Assistants hospitaliers universitaires	
Assistants hospitaliers universitaires des CSERD	Décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CSERD
Praticiens hospitaliers universitaires	Décret n° 84-135 modifié du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers et décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers

Médecins associés

Professeurs associés des universités	Décret n° 91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques
Maîtres de conférences associés des universités	
Chefs de clinique ou assistants associés des universités	

2°) Catégorie des personnels médicaux hospitaliers

Praticiens hospitaliers titulaires

Praticiens hospitaliers plein temps	Décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers
Praticiens hospitaliers temps partiel	Décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics

Praticiens hospitaliers temporaires

Praticiens hospitaliers associés	Décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers
Praticiens hospitaliers à titre provisoire	
Assistants généralistes ou spécialistes	Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux
Assistants associés généralistes ou spécialistes	
Praticiens contractuels	Décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif des praticiens contractuels des établissements publics de santé
Praticiens adjoints contractuels	Décret n° 95-569, 6 mai 1995 relatif aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé
Praticiens attachés des établissements publics de santé ou praticiens attachés associés	Décret n° 2003-769 du 1 ^{er} août 2003 relatif aux praticiens attachés et aux praticiens attachés associés des établissements publics de santé
Médecins libéraux des hôpitaux locaux	Décret n° 2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique

3°) Catégorie des personnels médicaux en formation

Internes en médecine, pharmacie et odontologie, faisant fonction d'internes ou résidents en médecine	Décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie
Etudiants en médecine	Décret n° 70-931 du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine
Etudiants en odontologie	Décret n° 99-1111 du 27 décembre 1999 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en odontologie
Etudiants en pharmacie	Décret n° 85-385 du 25 mars 1985 fixant le statut des étudiants hospitaliers en pharmacie

Annexe II

Les statuts particuliers des personnels de la fonction publique hospitalière

24 décrets statutaires

PERSONNELS ADMINISTRATIFS

Corps des personnels de direction (directeurs d'hôpital) :

Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (décret abrogeant le décret n° 2000-232 du 13 mars 2000).

Corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux :

Décret n° 2001-1343 du 28 décembre 2001 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux de la fonction publique hospitalière.

Corps des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux :

Décret n° 2001-1345 du 28 décembre 2001 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Corps des attachés d'administration hospitalière :

Décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière.

Corps des personnels administratifs :

Décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 modifié portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière.

PERSONNELS SOIGNANTS**Corps de directeur des soins :**

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Corps des cadres de santé :

Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

Corps des personnels infirmiers :

(y compris les infirmiers spécialisés)

Décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

Corps des aides-soignants et agents des services hospitaliers qualifiés :

Décret n° 89-241 du 18 avril 1989 modifié portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.

Corps des personnels de rééducation :

Décret n° 89-609 du 1^{er} septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière.

Corps des sages-femmes :

Décret n° 89-611 du 1^{er} septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des sages-femmes de la fonction publique hospitalière.

Corps des personnels médico-techniques :

Décret n° 89-613 du 1^{er} septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière.

Corps des directeurs d'école de sage-femme :

Décret n° 90-949 du 26 octobre 1990 modifié portant statut particulier des directeurs d'école de sage-femme de la fonction publique hospitalière.

Corps des psychologues :

Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

PERSONNELS SOCIO-EDUCATIFS**Corps des cadres socio-éducatifs :**

Décret n° 93-651 du 26 mars 1993 modifié portant statuts particuliers des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Corps des assistants socio-éducatifs :

Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 modifié portant statuts particuliers des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Corps des conseillers en économie sociale et familiale :

Décret n° 93-653 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des conseillers en économie sociale et familiale de la fonction publique hospitalière.

Corps des animateurs :

Décret n° 93-654 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des animateurs de la fonction publique hospitalière.

Corps des éducateurs techniques spécialisés :

Décret n° 93-655 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des éducateurs techniques spécialisés de la fonction publique hospitalière.

Corps des éducateurs de jeunes enfants :

Décret n° 93-656 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière.

Corps des moniteurs-éducateurs :

Décret n° 93-657 du 26 mars 1993 modifié portant statuts particuliers des moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière.

Corps des moniteurs d'atelier :

Décret n° 93-658 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière.

PERSONNELS TECHNIQUES ET OUVRIERS

Corps des personnels techniques :

Décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière.

Corps des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien :

Décret n° 91-45 du 14 janvier 1991 modifié portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la fonction publique hospitalière.

Annexe III

Les composants du GVT « glissement, vieillesse, technicité »

Le « glissement vieillesse technicité » est composé d'éléments appelés G1, T, V, G2, la somme de ces éléments s'appelant le GVT solde.

* G1 et T : G1 recouvre l'incidence des promotions et des avancements pour lesquels l'automatisme ne joue aucun rôle. La composante T décrit les augmentations salariales automatiquement acquises par l'acquisition d'une qualification nouvelle.

Dans la fonction publique, le jeu des promotions au choix est le plus souvent conditionné par des règles statutaires et l'esprit même du système de la carrière qui conduit à régler avancements et promotions sur le rythme des vacances, et non sur des indicateurs de coût. Ces règles ne laissent aux gestionnaires que le choix des bénéficiaires des promotions et non de leur quantum.

La composante T est accolée au G1 dans la fonction publique car, en dehors des armées, il n'existe quasiment pas de droit à promotion automatique du fait de l'acquisition d'un diplôme, pratique reconnue par certaines conventions collectives du secteur privé.

* V : Il s'agit là de la composante vieillissement. Elle retrace le coût des avancements automatiques à l'ancienneté. La fonction publique reposant sur un système de carrière, garantissant une progression minimale de carrière à l'ancienneté, cette composante est de loin la plus importante.

Peu de conventions collectives conduisent à réserver à l'ancienneté un rôle aussi grand dans la progression des rémunérations principales que celui qui lui est dévolu dans la fonction publique. Suivant les catégories de fonctionnaires, la progression de carrière minimale garantie par les statuts varie de 20 à 40 % dans la catégorie C à environ 130 à 190 % pour les agents de catégorie A.

G1, V et T constituent ce que l'on appelle le GVT positif car ces composantes alourdissent la dépense salariale. Pendant de nombreuses années, l'incidence du GVT positif n'a été calculée que de manière théorique, les outils d'analyse statistique faisant défaut.

* G2 : Du jour où les composantes du GVT ont commencé à être analysées à la fin des années 60, le G2 ou « effet des entrées-sorties » a été la sous variable explicative entre les évolutions relativement bien quantifiées, G1, V, T et le GVT solde, somme de toutes les composantes.

G2 recouvre deux notions, l'effet de noria et l'effet de structure :

* L'effet de noria est celui qui, à structure constante, voit des agents âgés remplacés par des agents appartenant aux mêmes grades mais plus jeunes et donc moins payés ;

L'effet de noria se traduit par une économie là où G1, V et T se traduisent par des dépenses supplémentaires.

* L'effet de structure découle de ce que, dans la réalité, les agents âgés ne sont pas remplacés par des personnes de qualification équivalente. Tendanciellement, les agents partant en retraite sont remplacés par des agents plus diplômés et recrutés à un niveau supérieur.

* Le GVT solde est donc la somme de tous les autres éléments.

Annexe IV - Les données de l'enquête SPE (statistique des personnels des établissements) au 31 décembre 2002⁷⁶

Effectifs par corps et grades, selon le statut (Champ : EPS France entière

Source : SPE 2001, redressée avec SAE 2002

Personnels administratifs

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Directeur général	126	124,16	99,2%
Directeur 1ère classe	1038	1019,55	99,6%
Directeur 2ème classe	1228	1201,21	99,7%
Directeur 3ème classe	1151	1124,68	97,6%
Directeur 4ème classe (cadre d'extinction)	21	18,7	88,7%
Econome de 2ème classe	2	2	50,0%
Directeur d'hôpital	3 566	3 490	98,9%
Dir d'établissements, d'au + 150 lits, 1ère classe	34	33,49	97,0%
Dir d'établissements annexe, d'au + 250 lits, 1ère classe	3	2,51	100,0%
Dir d'établissements, d'au + 150 lits, 2ème classe	37	35,44	100,0%
Dir d'établissements annexe, d'au + 250 lits, 2ème classe	6	6,03	83,4%
Directeur d'établissements sanitaires et sociaux	104	101	98,0%
Directeur d'école de formation de + de 200 élèves	126	124,73	98,9%
Directeur d'école de formation de + de 80 élèves	176	173,76	100,0%
Directeur d'école de formation de moins de 80 élèves	77	75,13	99,1%
Directeur d'école	411	406	99,5%
Chef de bureau	2840	2786,36	90,5%
Attaché d'administration hospitalière	66	64,62	97,9%
Attaché principal d'administration hospitalière de 2ème classe	1	1,13	100,0%
Attaché d'administration	2 906	2 852	90,7%

76) Dernier exercice disponible en septembre 2005.

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectifs en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Secrétaire médicale classe normale R 01/08/94 + (prov)	195	170,18	19,6%
Sec médicale de classe normale	14802	13732,81	89,9%
Secrétaire médicale classe supérieure (R 01/08/94) + (prov)	1	0,65	100,0%
Secrétaire médicale de classe supérieure	5207	4924,5	99,8%
Secrétaire médicale classe exceptionnelle R 01/08/94 + (prov)	3	3,26	100,0%
Secrétaire médicale de classe exceptionnelle	3437	3267,94	99,8%
Secrétaire médicale	23 645	22 099	93,0%
Adjoint des cadres hospitaliers classe normale R01/08/94 +prov	27	27,06	41,7%
Adjoint des cadres hospitaliers classe normale	3289	3181,34	84,0%
Adjoint des cadres hospitaliers classe sup.	1095	1048,65	96,9%
Adjoint des cadres hospitaliers classe exceptionnelle (R01/08/94) + (provisoire)	1	1,13	100,0%
Adjoint des cadres hospitaliers classe except	1220	1169,12	98,8%
Adjoint des cadres hospitaliers	5 633	5 427	89,5%
Adjoint administratif hospitalier 2 ^{ème} classe	10801	10183,71	95,5%
Adjoint administratif hospitalier 1 ^{ère} classe	7030	6658,45	99,6%
Adjoint administratif hospitalier principal	3827	3628,55	99,8%
Adjoint administratif hospitalier	21 658	20 471	97,6%
Permanencier auxiliaire de régulation médicale	515	505,12	87,7%
Permanencier auxiliaire de régulation médicale principal.	420	408,69	100,0%
Permanencier auxiliaire de régulation médicale chef	115	112,7	100,0%
Permanencier aux de régulation médicale	1 050	1 027	93,9%
Chef de standard téléphonique	270	264,99	100,0%
Chef de standard téléphonique principal	210	204,25	99,3%
Standardiste principal	1647	1595,15	99,7%
Standardiste	1190	1145,7	89,5%
Standardiste	3 317	3 210	96,1%
Directrice de maison maternelle	4	3,8	99,2%
Autres personnels de direction	282	264,8	14,4%
Autres personnels administratifs	105	89,2	48,9%
Aumôniers, imans, pasteurs, rabbins	973	570,7	1,0%
Autres personnels administratifs	1 364	928	9,8%

Personnels des services de soins

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Infirmier général de 1 ^{ère} classe	359	353,01	99,4%
Infirmier général de 2 ^{ème} classe	249	245,53	100,0%
Infirmier général (dir de soins infirmiers)	608	599	99,7%
Infirmier anesthésiste, moniteur	23	22,08	100,0%
Inf anesthésiste, surveillant des services méd	730	719,5	99,8%
Inf. anesthésiste, moniteur d'écoles de cadres	1	1,08	100,0%
Infirmier anesthésiste, surveillant-chef	182	180,98	99,1%
IADE cadre de santé	937	924	99,6%
Infirmier anesthésiste de classe normale	1 996	1 908,49	96,5%
Infirmier anesthésiste de classe supérieure	5 440	5 152,96	99,7%
IADE	7 436	7 061	98,9%
Infirmier de bloc opératoire, moniteur	10	9,76	100,0%
Infirmier de bloc opératoire, surv des serv méd	544	537,27	99,4%
Infirmier de bloc opératoire, surveillant-chef	132	131,37	98,7%
IBODE cadre de santé	686	678	99,3%
Infirmier de bloc opératoire de classe normale	4 453	4 220,88	99,2%
Infirmier de bloc opératoire classe supérieure	1 142	1 101,74	99,6%
IBODE	5 595	5 323	99,3%
Puéricultrice, monitrice	48	45,24	100,0%
Puéricultrice, surveillante des services méd	773	755,84	99,8%
Puéricultrice, monitrice d'écoles des cadres	2	2,01	100,0%
Puéricultrice surveillante-chef des serv méd	159	156,51	100,0%
Puéricultrice cadre de santé	982	960	99,8%
Puéricultrice de classe normale	5 730	5 169,59	97,6%
Puéricultrice de classe supérieure	1 267	1 163,35	100,0%
Puéricultrice	6 997	6 333	98,1%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Infirmier surveillant-chef des services méd	3 678	3 638,61	99,3%
Infirmier surveillant des services médicaux	16 584	16 285,23	99,2%
Infirmier, moniteur d'écoles des cadres	36	35,44	100,0%
Moniteur éc de formation (emploi fonctionnel)	924	860,47	98,5%
Infirmier cadre de santé	21 222	20 820	99,2%
Infirmier de classe normale	142 622	132 452,62	95,0%
Infirmier de classe supérieure	19 486	18 388,35	99,7%
Infirmier de secteur psy de cl normale	25 705	24 567,12	99,2%
Infirmier de secteur psy de classe sup	4 911	4 850,08	100,0%
Infirmier	192 724	180 258	96,2%
Orthophoniste surveillant	20	18,57	96,7%
Orthophoniste surveillant-chef	1	1,3	100,0%
Orthophoniste cadre de santé	21	20	95,0%
Orthophoniste de classe normale	1 481	1 019,83	67,0%
Orthophoniste de classe supérieure	260	234,25	99,7%
Orthophoniste	1 741	1 254	73,1%
Orthoptiste surveillant	4	3,89	100,0%
Orthoptiste, moniteur	2	2,5	52,0%
Orthoptiste surveillant-chef	5	5,07	100,0%
Orthoptiste cadre de santé	12	11	90,9%
Orthoptiste de classe normale	293	170	63,1%
Orthoptiste de classe supérieure	62	54	99,1%
Orthoptiste	355	224	71,9%
Diététicien surveillant	166	160,95	100,0%
Diététicien, moniteur	1	1,3	100,0%
Diététicien surveillant-chef	87	84,1	99,3%
Diététicien cadre de santé	254	246	100,0%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Diététicien de classe normale	1 843	1 617,14	90,6%
Diététicien de classe supérieure	534	491,43	100,0%
Diététicien	2 377	2 109	92,8%
Ergothérapeute surveillant	42	40,05	97,0%
Ergothérapeute surveillant-chef	3	2,59	100,0%
Ergothérapeute cadre de santé	45	43	95,3%
Ergothérapeute de classe normale	1340	1176,09	85,3%
Ergothérapeute de classe supérieure	291	258,64	98,9%
Ergothérapeute	1 631	1 435	87,7%
Masseur-kinésithérapeute surveillant	552	535,27	97,5%
Masseur-kinésithérapeute, moniteur	45	42,9	89,4%
Masseur-kiné, moniteur d'écoles des cadres	1	0,65	100,0%
Masseur-kinésithérapeute surveillant-chef	144	139,92	93,1%
Masseur-kinésithérapeute cadre de santé	742	719	96,1%
Masseur-kinésithérapeute de classe normale	5 544	4 742,57	86,6%
Masseur kinésithérapeute, classe supérieure	1 028	952,19	95,8%
Masseur-kinésithérapeute	6 572	5 695	88,1%
Psychomotricien surveillant	7	6,48	100,0%
Psychomotricien, moniteur	2	1,9	68,4%
Psychomotricien cadre de santé	9	8	100,0%
Psychomotricien de classe normale	1 367	1 129,53	79,2%
Psychomotricien de classe supérieure	266	244,52	98,9%
Psychomotricien	1 633	1 374	82,7%
Pédicure-podologue surveillant	6	5,13	50,5%
Pédicure-podologue cadre de santé	6	5	60,0%
Pédicure-podologue de classe normale	175	62,56	31,4%
Pédicure-podologue de classe supérieure	32	21,01	95,2%
Pédicure-podologue	207	84	47,6%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Elève aide soignante (échelle 3)	114	109,14	90,1%
Elève aide soignante (R 01/07/00)	67	66,77	100,0%
Elève aide soignante (échelle 2)	274	274	100,0%
Aide soignante classe normale (y.c. AMP et auxiliaire de puériculture)	108 404	102 592,68	93,1%
Aide soignant de classe supérieure	50 695	48 194,33	100,0%
Aide soignant de classe except (Echelle 5)	21 548	20 765,32	99,9%
Aide soignant (y.c. aide médico-psy et auxiliaire de puériculture)	181 103	172 002	95,9%
Agent des services hospitaliers (en extinction)	254	227,65	25,4%
Agent des services hospitaliers (hors catégorie)	150	131,99	32,4%
Agent des services hospitaliers	405	360	28,1%
Agent des services hospitalier qualifié 1 ^{ère} cat	17 572	16 979,96	99,6%
Agent des services hospitaliers qualifié 2 ^{ème} cat	60 449	57 510,75	83,3%
Agent des services hospitaliers qualifié	78 020	74 491	87,0%
Psychologue de classe normale	6 518	5 203,91	61,3%
Psychologue hors classe	874	830,62	97,5%
Psychologue	7 392	6 035	66,3%
Directeur d'école préparant au diplôme d'Etat de S.F.	31	31,37	100,0%
Directeur d'école préparant au certif de cadre de S.F.	1	1,26	100,0%
Directrice école de sage-femme	1	1,16	100,0%
Directrice école de sage-femme	34	34	100,0%
Moniteur école de S.F. (emploi fonctionnel)	16	15,74	100,0%
Sage-femme surveillante chef	345	340,62	99,6%
Sage-femme, monitrice d'école des cadres	3	3,49	100,0%
Sage-femme chef d'unité	591	581,38	99,6%
Sage-femme	7 703	6 904,92	93,1%
Sage-femme	8 659	7 846	93,9%
Autres pers de surv - Adjoint d'internat	11	10,17	100,0%
Autres personnels (familles d'accueil)	1 203	1 189,00	4,1%
Autres pers serv soins et de rééducation	681	619,63	67,9%
Autres personnels des services de soins	1 895	1 819	26,4%

Personnels socio-éducatifs

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Cadre socio-éducatif	440	420	95,0%
Animateur	234	206	64,1%
Éducateur technique spécialisé	96	92	87,0%
Éducateur de jeunes enfants, classe normale	494	449,6	89,5%
Educateur de jeunes enfants, classe supérieure	152	139,95	97,2%
Educateur de jeunes enfants, classe exceptionnelle	140	127,75	100,0%
Éducateur de jeunes enfants	785	717	92,9%
Moniteur-éducateur	585	563	84,5%
Moniteur d'atelier	194	191	91,6%
Assistant socio-éducatif - éducateur spécialisé	2182	2043,72	93,2%
Assistant socio-éducatif - assistant de service social	4684	4282,01	91,0%
Assistant socio-éducatif	6866	6326	91,7%
Conseiller en économie sociale et familiale	128	101,63	76,2%
Conseiller en économie sociale et familiale principal	77	71,88	97,9%
Conseiller en économie sociale et familiale	204	174	85,1%
Autres personnels socio-éducatifs	129	106	17,0%

Personnels médico-techniques

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Technicien de laboratoire, surveillant chef	269	265,8	99,0%
Technicien de laboratoire surveillant	1 015	989,32	99,3%
Technicien de laboratoire, moniteur	6	6,06	100,0%
Technicien de laboratoire, cadre de santé	1 291	1 261	99,3%
Technicien de laboratoire cl fonct (cadre d'extinction)	12	11,26	100,0%
Technicien de laboratoire classe normale (cadre d'extinction)	8	6,67	89,2%
Technicien de laboratoire de classe normale	14 029	13 077,18	95,1%
Technicien de laboratoire de classe supérieure	2 397	2 231,43	99,6%
Technicien de laboratoire	16 446	15 327	95,8%
Aide technique de laboratoire (cadre d'extinction)	9	7,57	100,0%
Aide de laboratoire classe normale E3	499	478,46	95,5%
Aide de laboratoire classe supérieure	374	355,55	100,0%
Aide de laboratoire	881	842	97,4%
Préparateur en pharmacie hospitalier surveillant 13,09,2001	321	309,84	97,4%
Préparateur en pharmacie cadre de santé	321	310	97,4%
Préparateur en pharmacie cl fonct (cadre permanent)	238	232,56	100,0%
Préparateur en pharmacie classe normale (cadre permanent)	1 819	1 710,77	81,1%
Préparateur en pharmacie hosp de classe supérieure 13,09,2001	366	346,88	99,6%
Prép en pharmacie hospit de cl normale 13,09,2001)	1 645	1 526,72	89,6%
Préparateur en pharmacie (cadre d'extinction)	1	1,28	100,0%
Préparateur en pharmacie	4 068	3 818	87,3%
aide préparateur en pharmacie (cadre d'extinction)	3	2,36	100,0%
Aide de pharmacie classe normale	304	291,04	95,8%
Aide de pharmacie classe supérieure	304	291,12	100,0%
Aide de pharmacie	610	585	97,8%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Manip d'électroradiologie médicale, surveillant-chef	221	220,17	100,0%
Manip d'électroradiologie médicale, surveillant	873	865,57	99,5%
Manipulateur d' électroradiologie, moniteur	18	17,26	100,0%
Manipulateur d'électro médicale cadre de santé	1 112	1 103	99,6%
Manipulateur d' électro médicale de cl norm	9 469	8 892,82	95,3%
Manipulateur d'électro médicale de cl supe	1 682	1 603,81	99,9%
Manipulateur d'électroradiologie médicale	11 150	10 497	96,0%
Aide technique d'électroradiologie (01,04,1998)	605	568,45	100,0%
Aide d'électroradiologie classe normale	109	100,17	100,0%
Aide d'électroradiologie classe supérieure	106	97,05	100,0%
Aide d'électroradiologie	820	766	100,0%
Surveillant chef des services d'encéphalographie	1	1,08	100,0%
Surveillant des services d'électroencéphalographie	2	1,62	100,0%
Technicien en radio-physique	3	2,76	100,0%
Radiophysicien classe I	6	3,82	0,0%
Radiophysicien classe II	93	86,46	24,0%
Radiophysicien chef d'unité	8	8,41	16,4%
Autres personnels des services médico-techniques	749	692,69	90,8%
Autres personnels des services médico-techniques	862	797	82,3%

Personnels des services ouvriers et techniques

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Ingénieur subdivisionnaire	989	975,7	72,5%
Ingénieur en chef (Arrêté du 29,10,1996)	477	470,63	72,1%
Ingénieur en chef de 1 ^{ère} cat. seconde classe	81	80,34	62,1%
Ingénieur en chef de 1 ^{ère} cat. première classe	179	176,62	67,9%
Ingénieur en chef de 1 ^{ère} catégorie hors classe	80	79,31	73,0%
Ingénieur général	11	10,54	74,3%
Ingénieur	1 817	1 793	71,5%
Adjoint technique de classe normale	2003	1985,12	82,2%
Adjoint technique de classe supérieure	684	676,46	94,9%
Adjoint technique de classe exceptionnelle	938	925,75	87,2%
Techniciens supérieurs (ex adjoints techniques)	3 625	3 587	85,9%
Dessinateur	142	139,84	81,2%
Dessinateur chef de groupe	75	72,76	96,5%
Dessinateur principal	43	42,43	97,0%
Dessinateur	259	255	88,2%
Directeur de CRIH	4	4,49	69,7%
Directeur de CRIH – circulaire 1986	9	8,77	53,6%
Responsable des études	12	11,69	53,6%
Responsable d'exploitation	26	25	78,3%
Responsable d'exploitation - circulaire 1986	47	47,4	62,8%
Responsable système	12	11,69	53,6%
Resp informatique hôp de plus de 1000 lits	8	7,47	0,0%
Chef de projet	81	80,41	50,5%
Chef de projet - circulaire 1986	201	197,05	41,5%
Chef de projet en organisation - circulaire 1986	3	3,13	100,0%
Ingénieur en organisation	14	14,01	33,5%
Ingénieur en organisation - circulaire 1986	59	58,14	42,7%
Analyste	176	169,08	63,1%
Analyste - circulaire 1986	474	456,2	49,5%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Chef de salle	31	30,9	91,2%
Ingénieur système	9	9,39	100,0%
Ingénieur système - circulaire 1986	55	54,5	40,2%
Programmeur système – circulaire 1986	55	55,1	50,7%
Chef de centre inf, hôp - de 1000 lits - circ 1986	15	15,03	72,9%
Chef régional d'un secteur d'exploitation	3	2,69	49,4%
Chef de centre informatique CHR - circ 1983	18	17,54	53,5%
Responsable en organisation CHR - circ 1986	28	27,98	22,4%
Resp rég d'un secteur études, syst et méthode	33	30,06	100,0%
Opérateur	32	30,31	79,8%
dactylo-codeuse	74	69,53	100,0%
Opérateur contractuel	3	2,61	100,0%
Spécialiste en org ou tech en org - circ 1986	76	73,69	40,5%
Chef de salle - circulaire 1986	28	27,63	89,0%
Gestionnaire de réseau - circulaire 1986	96	94,32	75,7%
Tech de maint ou imputeur de maint - circ 1986	78	76,94	35,1%
Technicien supérieur en organisation	50	46,73	60,1%
Analyste programmeur	233	226,28	51,7%
Analyste programmeur - circulaire 1986	487	474,59	45,1%
Chef pupitreur	10	10,43	100,0%
Programmeur système	3	1,76	100,0%
Programmeur	67	66,11	76,9%
Pupitreur	122	116,28	80,2%
Préparateur de travaux	16	14,62	100,0%
Programmeur - circulaire 1986	120	118,36	49,7%
Pupitreur - circulaire 1986	195	188,62	83,0%
Préparateur de travaux - circulaire 1986	20	19,81	84,6%
Analyste programmeur contractuel	22	21,5	18,2%
Programmeur système contractuel	7	7,41	17,5%
Pupitreur contractuel	14	14,16	100,0%
Contrôleur de travaux	13	12,66	100,0%
Magnétothécaire	9	9,01	100,0%
Moniteur de saisie	21	19,81	84,6%
Contrôleur de travaux contractuel	1	1,3	100,0%
Moniteur de saisie contractuel	4	4,36	29,8%
Autres personnels informaticiens	1059	1022,21	64,4%
Personnels informaticiens	4 235	4 109	59,2%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Agent chef de 1 ère catégorie	283	277,09	91,1%
Agent chef de 2 ème catégorie	408	402,82	95,1%
Agent chef	691	680	93,4%
Contremaître principal	2495	2448,57	98,4%
Contremaître	2382	2354,87	98,0%
Contremaître	4 877	4 803	98,2%
Maître ouvrier	9432	9289,37	98,4%
Maître ouvrier principal	2122	2070,17	99,6%
Maître ouvrier	11 553	11 360	98,7%
Buandier spécialisé	435	423,28	92,2%
Buandier qualifié	203	195,89	100,0%
Manoeuvre (cadre d'extinction)	4	4,46	100,0%
Ouvrier prof de 3 ème cat cadre d'extinct	13	12,85	26,1%
Ouvrier professionnel spécialisé	24126	23624	92,0%
Ouvrier professionnel qualifié	14907	14597,58	99,3%
Ouvrier professionnel	39 688	38 858	94,8%
Conducteur d'automobile de 1ère catégorie	525	518,9	99,7%
Conducteur d'automobile hors catégorie	259	255,6	100,0%
Conducteur d'automobile de 2ème catégorie	520	515,87	87,6%
Conducteur d'automobile	1 304	1 290	95,0%
Conducteur ambulancier de 2ème catégorie	2329	2300,73	92,1%
Conducteur ambulancier de 1ère catégorie	901	886,67	99,6%
Conducteur ambulancier hors catégorie	52	50,82	100,0%
Conducteur ambulancier	3 282	3 238	94,3%
Chef de garage	113	111,69	95,4%
Chef de garage principal	107	105,91	98,4%
Chef de garage	220	218	96,8%
Agent technique d'entretien	260	256,79	93,4%
Agent technique d'entretien principal	111	108,73	97,8%
Agent technique d'entretien	371	366	94,5%

Corps et grades	Effectif en nombre de personnes physiques	Effectif en ETP	Pourcentage des ETP titulaires
Agent d'amphithéâtre de 2 ^{ème} catégorie	262	258,71	96,7%
Agent d'amphithéâtre de 1ère catégorie	112	110,25	98,9%
Agent d'amphithéâtre	374	369	97,3%
Agent de désinfection de 2ème catégorie	117	115,58	97,5%
Agent de désinfection de 1ère catégorie	73	71,85	100,0%
Agent de désinfection	191	187	98,9%
Agent d'entretien spécialisé	13961	13299,75	74,0%
Agent d'entretien qualifié	2792	2711,43	99,7%
Agent d'entretien	16 753	16 011	78,3%
Agent du service intérieur	77	69,43	28,6%
Agent du service intérieur hors catégorie	55	49,69	13,6%
Agent du service intérieur	133	119	22,7%
Autres personnels des services techniques	111	99,92	20,7%
Autres personnels des services ouvriers	7	4,55	61,3%
Chauffeur de chaudière HP (cadre d'extinction)	2	2,08	100,0%
Autres pers des services ouvriers et techniques	119	107	24,3%

Annexe V - Les rémunérations statutaires du personnel médical

Rémunérations mensuelles brutes des médecins hospitalo-universitaires

Au 1^{er} février 2005

En euros

Statuts	Part universitaire	Emoluments hospitaliers	Indemnité	Total
PU-PH après 12 ans (a)	5 827,73	4 412,39	465,16	10 705,28
PU-PH avant trois ans	2 902,82	2 665,12	465,16	6 033,10
MCU-PH après 18 ans (a)	4 250,40	3 537,87	465,16	8 253,43
MCU-PH avant 3 ans	2 001,49	2 115,73	465,16	4 582,38
PHU 8ème échelon	2 568,78	2 568,78	465,16	5 602,71
PHU 1 ^{er} échelon	1 947,39	1 947,39	465,16	4 359,94
CCA et AHU 2ème échelon	1 547,77	1 625,19	465,16	3 638,12
CCA et AHU 1er échelon	1 329,14	1 395,59	465,16	3 189,89

* indemnité d'engagement de service public exclusif, uniquement versé aux médecins qui n'exercent pas d'activité libérale. S'ajoute pour les PU-PH et les MCU-PH une indemnité de 394,85 € si l'activité est exercée sous certaines conditions dans plusieurs établissements.

(a) La rémunération universitaire est éventuellement accrue de l'indemnité de charges administratives de directeur de l'UFR ou de président d'université. Une indemnité exceptionnelle, non soumise à retenue, fixée à 3,1 % des émoluments hospitaliers est versée mensuellement aux médecins nommés avant le 1er janvier 1998.

Source :

- *fiches de rémunération universitaire établies pour les PU-PH et les MCU-PH par la direction des personnels enseignants au ministère de l'éducation nationale en application du décret n° 2005-31 du 15 janvier 2005 portant majoration du point indiciaire à compter du 1er février 2005*
- *arrêté du 24 février 2005 pour la rémunération universitaire des PHU, CCA et AHU*
- *arrêté du 26 janvier 2005 pour les émoluments hospitaliers*

**Rémunérations mensuelles brutes des médecins hospitaliers
au 1^{er} février 2005**

en euros

Statuts	Emoluments	Indemnités	Total ***
PH plein temps 13 ^{ème} échelon	7 072,46	465,16*	7 537,62
PH plein temps 1 ^{er} échelon (a)	3 894,78	465,16*	4 359,94
PH temps partiel 13 ^{ème} échelon	3 942,61		3 942,61
PH temps partiel 1 ^{er} échelon	2 124,39		2 124,39
Assistants généralistes 5 ^{ème} et 6 ^{ème} année	2 739,39		2 184,93
Assistants généralistes 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	2 184,93		
Assistants spécialistes 5 ^{ème} et 6 ^{ème} année	3 095,57		3 095,57
Assistants spécialistes 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	2 516,35		2 516,35
Praticiens adjoints contractuels 7 ^{ème} niveau	3 743,74		3 743,74
Praticiens adjoints contractuels 1 ^{er} niveau	2 184,93		2 184,93
Praticiens attachés 12 ^{ème} échelon	4 344,29		4 344,29
Praticiens attachés 1 ^{er} échelon	2 392,32		2 392,32
Internes et résidents de 5 ^{ème} année	2 015,71	315,54**	2 331,25
Internes et résidents de 1 ^{ère} année	1 312,57	315,54**	1 628,11
Faisant fonction d'interne	1 201,22	315,54**	1 516,76

* 465,16 € = indemnité d'engagement de service public exclusif pour les médecins qui n'exercent pas d'activité libérale.

** 315,54 € = majoration si nourri mais non logé

*** s'ajoute pour tous les médecins sauf les internes une indemnité de 394,85 € si l'activité est exercée sous certaines conditions dans plusieurs établissements

Les membres du personnel enseignant et hospitalier ne peuvent recevoir aucun autre émolument tant à l'intérieur qu'en dehors du centre hospitalier et universitaire. Ces dispositions ne s'appliquent pas à la production des oeuvres scientifiques, littéraires ou artistiques, aux activités présentant un caractère d'intérêt général exercées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, à l'intéressement prévu par l'article R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle et à l'intéressement prévu par le décret n° 96-858 du 2 octobre 1996 relatif à l'intéressement de certains fonctionnaires et agents de l'Etat et de ses établissements publics ayant participé directement à la création d'un logiciel, à la création ou à la découverte d'une obtention végétale ou à des travaux valorisés.

Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers peuvent cumuler leurs fonctions avec celles de professeurs du Collège de France.

Les conditions de rémunérations des expertises et consultations que les membres du personnel enseignant et hospitalier peuvent être autorisés à effectuer ou à donner, à la demande, soit d'une autorité administrative ou judiciaire, soit d'un organisme privé, soit d'un organisme de sécurité sociale sont fixées par arrêté des ministres respectivement chargés des universités et de la santé.

Les membres du personnel titulaire peuvent être autorisés à apporter leur concours scientifique à une entreprise assurant la valorisation de travaux de recherche et également, être autorisés à détenir une participation dans le capital social de l'entreprise.

Aux rémunérations mentionnées ci-dessus, s'ajoutent les indemnités suivantes, le cas échéant et lorsque le temps de travail additionnel, les astreintes et les déplacements ne font pas l'objet d'une récupération :

Extraits de l'arrêté du 8 novembre 2005 relatif à la rémunération des gardes

Permanences des soins

A. – Les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partiel, les assistants des hôpitaux, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels et les praticiens attachés

I. – Indemnité de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une nuit, un dimanche ou un jour férié..... 255,79 €
 Montant pour une demi-nuit ou un samedi après-midi..... 127,90 €

II. – Indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour du lundi matin au samedi après-midi inclus sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une période 306,96 €
 Montant pour une demi-période..... 153,48 €

III. – Indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli la nuit, le dimanche ou jour férié sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une période 458,14 €
 Montant pour une demi-période.....229,07 €

B. – Les personnels enseignants et hospitaliers

I. – Indemnité de garde correspondant au temps de travail effectué au titre de la permanence sur place au-delà des obligations de service :

Montant pour une demi-garde le samedi après-midi 153,48 €

II. – Indemnité de garde correspondant au temps de travail effectué au titre de la permanence sur place au-delà des obligations de service la nuit, le dimanche ou jour férié :

Montant pour une période458,14 €
 Montant pour une demi-période..... 229,07 €

C. – Les assistants associés et les praticiens attachés associés

I. – Indemnité de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une nuit, un dimanche et jour férié..... 210,16 €
 Montant pour une demi-nuit, un samedi après-midi..... 105,08 €

II. – Indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour du lundi matin au samedi après-midi inclus sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une période252,11 €

Montant pour une demi-période..... 126,06 €

III. – Indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli la nuit, le dimanche ou jour férié sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaires :

Montant pour une période 313,67 €

Montant pour une demi-période..... 156,84 €

Afin de maintenir la situation indemnitaire de certains praticiens attachés associés, les montants des indemnités de sujétion peuvent au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006, à titre exceptionnel et dérogatoire, être majorés à concurrence d'un montant fixé à 238 euros (*arrêté du 1er août 2005*).

Astreintes à domicile et déplacements

a) Astreinte opérationnelle :

Indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées.... 40,72 €

Indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi . 20,36 €

b) Astreinte de sécurité :

Indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées.... 29,52 €

Indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte le samedi après-midi 14,76 €

Le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base versées au titre de l'astreinte de sécurité ne peut excéder :

Pour quatre semaines 413,28 €

Pour cinq semaines 531,36 €

(Les indemnités versées au titre d'une astreinte opérationnelle ou de sécurité ne peuvent excéder le taux fixé pour une période de temps de travail additionnel de nuit ou réalisé au-delà des obligations de service).

c) Déplacement au cours d'une astreinte opérationnelle ou de sécurité..... 63,23 €

Déplacements exceptionnels

Indemnité forfaitaire 63,23 €

Annexe VI - Les montants des honoraires de l'activité libérale à l'hôpital

Honoraires perçus par les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital en 2004

En euros

Disciplines	Effectifs	Honoraires moyens perçus dans l'année	Honoraires maxima perçus par un praticien
Mode d'exercice particulier	12	27 172	58 946
Généralistes	15	47 345	100 058
Total omnipraticiens	27	38 379	100 058
Anesthésie	131	43 573	115 631
Cardiologie	397	68 668	429 539
Chirurgie	709	67 623	1 019 657
Dermato-vénéréologie	48	35 524	108 481
Radiologie	487	86 411	535 526
Gynéco-obstétrique	613	57 895	361 877
Appareil digestif	174	45 544	161 876
Médecine interne	150	35 588	138 203
Neurochirurgie	58	69 728	331 204
O.R.L.	166	59 380	322 169
Pédiatrie	101	32 794	103 961
Pneumologie	110	36 714	121 880
Rhumatologie	51	34 513	115 532
Ophtalmologie	135	96 815	568 324
Urologie	92	88 141	652 898
Neuropsychiatrie	26	32 687	69 796
Stomatologie	33	66 685	217 211
Rééducation, réadaptation fonctionnelle	21	38 619	215 946
Neurologie	94	36 884	91 856
Psychiatrie	152	31 579	111 854
Néphrologie	53	32 382	77 579
Anatomopathologie.	19	46 131	149 467
Chirurgie orthopédique	324	68 832	442 035
Endocrinologie	41	27 884	73 541
Total spécialistes	4185	61 126	

Source : CNAMTS, SNIR 2004 provisoire

Glossaire

ADELI	Automatisation des listes
AP-HP	Assistance publique- Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
CCA	Chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux
CH	Centre hospitalier
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPS	Carte professionnelle de santé
CSP	Code de la santé publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées approfondies
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Equivalent temps plein

FFI	Faisant fonction d'interne
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GPEEC	gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
OQN	Objectif quantifié national
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONMEFPH	Observatoire national des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière
MCU-PH	Maître de conférence universitaire- praticien hospitalier
PAC	Praticien adjoint contractuel
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Praticien hospitalier- praticien universitaire
RPPS	Répertoire partagé pour les professionnels de santé
RTT	Réduction du temps de travail
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SIGMED	Système d'information et de gestion des médecins hospitaliers
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

*LISTE DES RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES INTÉRESSÉS*

	Pages
Réponse du Ministre de la santé et des solidarités.....	139
Réponse du Ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat...	150
Réponse du Ministre de la fonction publique.....	152
Réponse du Directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille.....	155
Réponse de la Directrice du centre hospitalier de Bastia.....	156
Réponse du Directeur du centre hospitalier de Laval.....	158
Réponse du Directeur du centre hospitalier de Cambrai.....	160
Réponse du Directeur général du centre hospitalier de Fourmies...	161
Réponse du Directeur du centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice.....	162
Réponse du Directeur du centre hospitalier Jean Monnet d'Epinal	164

*RÉPONSE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS****Le pilotage central et la répartition des compétences***

La question du partage des tâches en matière de gestion des personnels de santé a fait l'objet en 2005 d'investigations approfondies entre la DGS et la DHOS et le Secrétariat général du ministère en vue de procéder aux aménagements d'organisation permettant de clarifier la dévolution des responsabilités.

Il est apparu, à l'occasion de ces travaux que ce sujet sous-tendait un problème plus global de mise en cohérence des aspects de définition (DGS) et de mise en œuvre (DHOS) des politiques de santé.

C'est pourquoi une réflexion plus globale est menée en vue de proposer au ministre des solutions elles aussi plus globales.

Les aspects statutaires et la gestion des ressources humaines

** Chapitre I: Les inadaptations du cadre de gestion des personnels I- A-I- b) Statut général, statuts particuliers et statuts locaux de la fonction publique hospitalière*

- Corps de direction

Sur les observations de la Cour relatives à la coexistence de trois corps de direction différents au sein d'un même établissement public de santé.

Des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux (DESS) ou, plus marginalement, des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux (DESMS) peuvent effectivement exercer dans des établissements publics de santé, soit en qualité de directeur (pour les DESS dans les structures de moins de 250 lits), soit en qualité de directeurs adjoints dans les autres cas. Cette possibilité de polyvalence de compétences au sein d'un même établissement permet de répondre à des besoins, notamment pour des établissements de santé disposant d'un pôle gériatrique

Par ailleurs, des négociations ont été engagées en 2005 et se poursuivent avec les partenaires sociaux représentants des DESS et des DESMS afin d'examiner les conditions d'une fusion des deux corps, et de définir des frontières et/ou des rapprochements d'activité, y compris avec le secteur sanitaire, sur la base de nouveaux critères.

- Les inconvénients de la gestion centralisée

La Cour relève que l'administration centrale (DHOS – bureau P3) assure l'ensemble des tâches de gestion des trois corps de direction.

La création prochaine d'un centre national de gestion qui aura en charge, notamment, l'essentiel des missions de gestion actuellement dévolues au bureau P3 permettra de développer une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et à l'administration centrale de se recentrer sur ses missions de pilotage stratégique en matière de gestion et suivi des carrières, d'évolution des métiers, de formation, d'évaluation et de contrôle.

S'agissant des procédures de nomination, l'importance des fonctions et des responsabilités exercées par les directeurs légitime pleinement leur nomination par le ministre. Il convient d'ajouter que dans le nouveau statut des directeurs d'hôpital (décret du 2 août 2005) ont été introduites des dispositions permettant de déléguer selon le cas au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou au chef d'établissement des décisions jusque là dévolues au ministre (notamment en matière d'évaluation).

** Chapitre I: Les inadaptations du cadre de gestion des personnels
I- C-1 -Une réduction massive du temps de travail*

La Cour constate que les postes de professionnels non médicaux dont la création était annoncée pour compenser la réduction du temps de travail n'ont pas tous été pourvus.

Il ressort des premiers résultats provisoires de l'enquête menée par la DHOS au cours du second semestre 2005 auprès de l'ensemble des établissements publics de santé (soit 1058 établissements au total) que le nombre de postes budgétaires effectivement alloués par les ARH pour compenser la réduction du temps de travail a été légèrement supérieur aux 37 500 postes prévus (environ 38 800 postes ont été alloués) dont environ 90 % étaient pourvus au 31 décembre 2004. L'écart constaté entre le nombre de postes alloués par les ARH et le nombre de postes pourvus pourrait s'expliquer par les tensions observées sur le recrutement de certaines catégories de personnels (infirmiers spécialisés notamment).

** Chapitre I- Les inadaptations du cadre de gestion des personnels
II A -2 - a) outils de prévision et de suivi*

-L'enquête « coûts et carrières »

Le retard, dû à la défaillance du prestataire de service, est en voie d'être comblé, la DHOS ayant lancé une consultation portant sur les années 2003-2004-2005 et ayant procédé au choix d'un prestataire pour mener à bien cette étude en 2006.

- Le pilotage de la masse salariale

La méthode de la commission interministérielle de coordination des salaires a été intégrée dans le processus d'accompagnement des réformes, notamment pour aider les établissements rencontrant des difficultés dans la maîtrise de leurs dépenses.

- *Les outils de prévision et de suivi*

La Cour estime que la direction du budget ne détient que peu d'informations sur le coût des mesures catégorielles.

La DHOS pour toute mesure catégorielle établit systématiquement des prévisions qu'elle transmet à l'appui de toutes ses demandes catégorielles et qui constituent un préalable à l'accord éventuel du Ministère du budget.

C'est le cas de tous les protocoles comme de toutes les mesures qui ont pu intervenir entre temps.

** Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels.
II-B - 1 - b) Les agents de la fonction publique hospitalière*

La Cour note, que les indemnités les plus importantes sont constituées par la prime de service (7 % du traitement) et les heures supplémentaires (10 % du traitement). Elle souligne le nombre important des autres primes et indemnités et suggère d'engager une réflexion sur la simplification du régime indemnitaire.

Exprimés en moyenne par rapport à l'ensemble des personnels, ces pourcentages rendent imparfaitement compte de l'extrême diversité des métiers exercés dans la fonction publique hospitalière, des contraintes et risques particuliers qu'entraîne le fonctionnement 24 h/24 et 365 jours par an des établissements de santé.

Il convient, en tout état de cause, de faire la différence entre les indemnités visant à rémunérer un temps de travail effectué dans des conditions particulières (travail de nuit, dimanches et jours fériés, heures supplémentaires, etc.) qui ne sont versées que lorsque les agents y sont soumis, et les primes à caractère statutaire, liées à l'appartenance à un corps ou à l'exercice de certaines fonctions, destinées à moduler une rémunération de base standard en fonction du degré de technicité ou de responsabilité des agents, évitant ainsi d'avoir dans la FPH pratiquement autant d'échelles de rémunération qu'il y a de corps, voire de grades.

La mise en place d'un statut unique pour les personnels de la fonction publique hospitalière a déjà permis de supprimer un grand nombre de primes ou indemnités qui avaient été créées par délibération des conseils d'administration des établissements, et de réintroduire le principe de l'égalité de traitement entre les agents relevant de cette fonction publique. La réflexion sur l'évolution du régime indemnitaire est généralement conduite en même temps que la réflexion statutaire liée à l'évolution des métiers.

- Le régime indemnitaire des directeurs d'hôpital

La Cour fait observer qu'une simplification du régime indemnitaire devrait être engagée. Sur ce point particulier, il convient de noter que la réforme statutaire du corps des directeurs d'hôpital du 2 août 2005 a innové, en réformant totalement le dispositif et les modalités d'attribution du régime indemnitaire, qui comporte désormais un seul socle à « double volet » (une part fixe et une part variable).

** Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels II-B - 1 c) L'octroi des logements de fonctions*

La Cour fait observer que le cadre juridique des avantages en nature dont bénéficient les agents hospitaliers, et ici plus particulièrement des personnels de direction, n'est pas actualisé.

Il est effectivement nécessaire d'adapter le dispositif législatif et réglementaire à la situation du actuelle du parc hospitalier. Une modification en ce sens a été introduite à l'article 15 I – 2° de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Le décret d'application de cette disposition, qui nécessite encore des concertations, est en cours.

** Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels II-B -2-b) Les agents de la fonction publique hospitalière*

La Cour note que les chambres régionales relèvent périodiquement des irrégularités dans la liquidation de certaines primes et indemnités, notamment en ce qui concerne la prime de service ou l'attribution d'heures supplémentaires et qu'il existerait encore dans certains établissements des primes à caractère strictement local et non réglementaire.

1) Les textes – arrêté du 24 mars 1967 pour la prime de service et décret du 25 avril 2002 pour les heures supplémentaires – sont clairs quant au caractère non forfaitaire de ces droits. Le seul doute qui subsiste actuellement en ce qui concerne la prime de service porte sur son attribution aux personnels contractuels. Plusieurs contentieux sont pendants devant le Conseil d'Etat, des cours administratives d'appel ou des tribunaux administratifs dont les décisions sont pour le moment contradictoires, et la DHOS envisage de réformer l'arrêté du 24 mars 1967 pour en assurer une meilleure lisibilité.

2) Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales qui exercent la tutelle sur les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 veillent à ce que lesdits établissements respectent scrupuleusement ces dispositions réglementaires, et ne manquent pas d'en référer à la DHOS en cas de difficulté d'interprétation.

3) Enfin, les comptables publics sont de plus en plus vigilants et font remonter à la direction générale de la comptabilité publique – avec laquelle la DHOS entretient des contacts étroits et réguliers – les difficultés d'interprétation ou d'application des textes relatifs aux primes et indemnités. C'est d'ailleurs conjointement avec cette direction du ministère du budget que le régime particulier des primes de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris a fait l'objet d'un examen attentif aboutissant à l'alignement sur les textes généraux pour les primes ou indemnités n'ayant pas un caractère réglementaire avéré reposant sur des arrêtés pris par le directeur général lorsqu'il disposait d'un pouvoir réglementaire propre.

4) Récemment informée de l'utilisation par certains établissements du paiement d'heures supplémentaires non effectives comme moyen de sur-rémunérer certains agents (tels les manipulateurs d'électroradiologie médicale) dont les salaires dans le secteur privé sont très supérieurs à ceux du secteur public, ce qui ne manque pas d'augmenter les difficultés de recrutement voire la fuite de ces personnels spécialisés, la DHOS a pris des mesures de rappel à l'ordre.

* Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels II-B -3- L'opacité des rémunérations complémentaires des médecins

La Cour estime que l'option alternative consistant à rémunérer à 80% les praticiens exerçant une activité libérale durant 20% de leur temps de travail aurait gagné à être étudiée. Cette option a été étudiée par la DHOS mais n'a pas été retenue à ce jour.

* Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels II-B -4 -a) Le coût de l'absentéisme

La Cour relève l'ambiguïté de la réglementation relative au temps de travail quant à la nature des jours d'ARTT.

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière définit les garanties relatives au temps de travail au sein des établissements de santé ainsi que les modalités selon lesquelles sont planifiées les temps de travail et de repos.

Une large place a volontairement été laissée aux établissements en matière d'aménagement des cycles de travail, à travers la négociation des accords locaux permettant de concilier la réduction du temps de travail effectif des personnels hospitalier avec la continuité de la prise en charge des patients, notamment grâce à l'aménagement des horaires de travail organisés en cycles d'une durée de 12 semaines maximum.

Ainsi, l'économie juridique du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 repose sur une définition de nouvelles références annuelles maximales de travail effectif en fonction des sujétions spécifiques des agents de la fonction publique hospitalière, du rappel de garanties minimales découlant du droit européen ou du statut de la fonction publique, et de la grande souplesse laissée dans le cadre de la continuité du service.

Il ressort de ce texte que la fixation de la durée moyenne du cycle de travail à un niveau supérieur au temps de travail effectif maximum défini annuellement à 1607 heures pour les agents en repos fixe (soit 35 heures hebdomadaire) entraîne au bénéfice des agents le droit à un forfait de jours de réduction du temps de travail fixé à l'article 11 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 en fonction de la durée moyenne hebdomadaire du cycle de travail comme suit :

- 18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires,*
- 12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires,*
- 6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires,*
- 3 jours ouvrés par an pour 35 heures 30 hebdomadaires.*

Le temps de travail fait alors l'objet non pas d'un aménagement mais d'une réduction sous forme des jours de repos supplémentaires pouvant être pris, le cas échéant, à l'extérieur du cycle de travail afin de rester annuellement dans la limite maximale théorique définie précédemment. Dans ces conditions, en application des dispositions prévues à l'article 14 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 précité, les absences autorisées ou justifiées sont décomptées pour 1/5^{ème} de la durée moyenne hebdomadaire prévue au cycle de travail et ne peuvent donner lieu à la proratisation de ces forfaits annuels de jours RTT puisqu'alors l'agent sera considéré avoir rempli ses obligations moyennes prévues au cycle de travail, en application de l'article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 qui dispose qu'un fonctionnaire placé en congé de maladie, maternité, longue maladie est en position d'activité.

En revanche dans le cadre d'un aménagement du temps de travail sur des cycles pouvant comporter des semaines irrégulières mais dont la moyenne reste dans la limite du temps de travail effectif maximum de 35 heures, les jours de récupérations prévus en compensation des semaines durant lesquelles le temps de travail est supérieur à la moyenne du cycle ne peuvent être octroyés aux agents que lorsque ce temps de travail supplémentaire a été réellement effectué

Ces deux modalités d'organisation du temps de travail (réduction et aménagement) étant laissées à l'appréciation des établissements notamment par le biais des accords locaux, il leur appartient d'en déterminer la combinaison optimale susceptible de leur permettre d'organiser les cycles de travail au sein de chaque service ou pour chaque catégorie de personnel en fonction des contraintes locales et en vue d'assurer la continuité de leurs missions.

** Chapitre I - Les inadaptations du cadre de gestion des personnels
II-B-4 —b) La gestion disciplinaire*

§ 1. Il est difficile de dire a priori que tel ou tel agent aurait du faire l'objet, pour telle ou telle raison, d'une sanction disciplinaire, voire être révoqué.

En effet, la caractéristique principale des fautes qualifiées de disciplinaires est qu'il n'existe pas d'incrimination précise, c'est-à-dire de définition ou de description des actes qui auraient le caractère de fautes disciplinaires. C'est la différence essentielle avec les fautes pénales. Il n'existe pas, en matière disciplinaire, l'équivalent d'un code pénal. En conséquence, seule l'autorité investie du pouvoir disciplinaire est à même de pouvoir juger que tel ou tel agissement a bien le caractère de faute disciplinaire. Il dispose d'ailleurs d'un large pouvoir d'appréciation, sous le contrôle du juge bien entendu.

§ 3. S'il est exact que l'action disciplinaire et l'action pénale sont indépendantes l'une de l'autre, il n'en reste pas moins que l'autorité disciplinaire est liée par les constatations matérielles du juge pénal. L'administration préfère donc, dans certaines cas (faits non totalement avérés, surtout s'ils ont été commis en dehors du service) attendre la décision du juge pénal, incontestable sur la matérialité des faits. En effet, si une décision judiciaire reconnaît formellement l'inexactitude matérielle des faits sur la base desquels ont été engagées les poursuites disciplinaires après qu'une décision disciplinaire ait été prononcée, les droits du fonctionnaire sont pratiquement inexistantes. Ainsi, si la révocation a été exclusivement fondée sur les faits dont la juridiction pénale a affirmé après coup l'irréalité, l'agent n'est pas obligatoirement réintégré. La prudence de l'administration s'avère donc légitime.

**Recommandations*

- La simplification du cadre statutaire et la suppression des statuts locaux

La DHOS a mené, en 2005 une enquête pour identifier les personnels recrutés sous statuts locaux, évalués à 4000 agents, et, consécutivement, a engagé une consultation juridique pour régler la situation des intéressés. Il ressort de ces travaux que l'article 8 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 pourra être abrogé, tout en l'accompagnant de dispositions transitoires pour ne pas priver les personnels bénéficiaires d'une base juridique et mettre ces statuts en extinction.

* Chapitre II - Les carences de l'orientation des effectifs.
I-A-2- a) Les projections démographiques des personnels hospitaliers

Comme le souligne la Cour, l'étude démographique réalisée en 2003 porte sur la FPH. Depuis, la DHOS a réalisé, début 2006, une étude par région sur les perspectives de départs en retraite de 2005 à 2008 dans les établissements publics de santé. Les résultats de cette étude sont à la disposition de la Cour.

* Chapitre II - Les carences de l'orientation des effectifs
I-A-2 -c) La gestion prévisionnelle des emplois hospitaliers

1- La mise en place de la démarche :

Dans le cadre du développement des démarches « métiers – compétences », la DHOS a réalisé un répertoire des métiers et organisé sa diffusion auprès des professionnels.

En complément de la campagne de sensibilisation (fin 2004, début 2005) l'organisation d'une cinquantaine de rencontres régionales avec les hospitaliers (encadrement, équipes de direction, représentants du personnel...) un programme de formation à l'utilisation du répertoire des métiers a été mis en place à partir de février 2005. Près de 70 formateurs ont été formés à l'animation de deux modules, un module d'un jour dit généraliste et à destination de l'encadrement, des représentants des personnels et des équipes de direction et un module de deux jours dit spécialisé à destination des directeurs des ressources humaines et de leurs collaborateurs. A ce jour, 160 sessions ont été réalisées sur l'ensemble des régions françaises, département d'outre mer compris.

On observe d'ailleurs une modification de la demande. En effet, dans un premier temps, les formations organisées étaient plutôt des formations inter établissement, alors que depuis quelques mois, la demande s'oriente vers des formations intra établissement.

Par ailleurs, et pour aider les établissements à entrer dans une démarche « métiers –compétences », plusieurs outils complémentaires ont été développés ou sont en cours de développement. Ainsi, un guide méthodologique de classement des effectifs dans les métiers a été élaboré avec un groupe de travail composé de professionnels des ressources humaines. Ce guide est désormais accessible sur le site du ministère. Il permet aux établissements de classer leurs effectifs par métier et à partir de là d'avoir plus de lisibilité sur leur gestion quotidienne (pyramides des âges par métier, passerelles entre les métiers et mobilité des professionnels, gestion de la formation et des compétences...) Un certain nombre d'établissement se sont d'ores et déjà lancés dans ce classement (l'AP-HP par exemple).

Une enquête sera réalisée par la DHOS dans les prochains mois pour identifier les projets des établissements dans ce domaine. L'enjeu est important car la généralisation du classement des effectifs par métier permettrait notamment au niveau régional et national d'avoir des effectifs par métier, pour certains non disponibles à ce jour (métiers techniques administratifs, système d'information...)

Dans le même esprit, un deuxième guide a été réalisé « le guide méthodologique de simulation des effectifs par métier », disponible en ligne également. Il a pour but d'aider les établissements à réaliser des prévisions à partir de simulation et de projection des effectifs, sur un horizon de 5 ans minimum. La projection des effectifs permet notamment d'identifier des écarts, et dès lors de déterminer des besoins de recrutement. Cette projection de la ressource disponible a aussi comme intérêt d'infléchir si besoin et de manière anticipée des politiques ressources humaines (formation, promotion professionnelle, recrutement...)

En complément de ces guides, des groupes de travail viennent d'être lancés par la DHOS avec comme objectif de déterminer des savoirs clés par grand champ de compétence (achat, système d'information, contrôle de gestion, traitement de l'information médicale, gestion de projet...) Ces savoirs clés seront ensuite étalonnés sur plusieurs niveaux et degrés de maîtrise (d'un niveau 1 de débutant à un niveau 4 d'expert).

L'utilisation de tels outils est très concrète puisqu'à partir de ces « échelles de savoirs faire » on peut déterminer dans un recrutement des degrés de maîtrise d'un savoir faire attendu par le recruteur et le vérifier, mais aussi réduire des écarts de compétences par de la formation, identifier des compétences critiques qui doivent toujours être présentes dans une équipe... Dans un premier temps, 100 ou 150 savoirs faire clés seront étalonnés, puis mis également en ligne, sans doute à partir d'octobre novembre 2006.

Enfin pour donner plus de lisibilité aux décideurs hospitaliers (professionnels de santé, directions d'établissement, corps médical, pouvoirs publics...) une grande étude prospective sur les métiers de demain à l'horizon 5/10 ans est en cours de lancement (durée prévue 10 à 12 mois) Elle aura pour finalité d'identifier les grands facteurs d'évolution du domaine de la santé (scientifiques, technologiques, juridiques, organisationnels...) et de mesurer leur impact sur les métiers de la fonction publique hospitalière. A cette occasion, une vingtaine de métiers dits sensibles seront analysés finement, tant sur le plan qualitatif (modification de leur contenu, des niveaux de recrutement, de formation...) que quantitatif (en terme de besoins).

A noter, que l'ensemble de ces travaux sont réalisés dans le cadre de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.

2- *Le retard de l'administration centrale dans la mise en œuvre la gestion prévisionnelle des directeurs d'hôpital.*

1°) *S'il n'existe pas de tableau de bord construit, les informations, notamment sur les organigrammes des équipes de direction, sont accessibles en données informatiques.*

2°) *Le système actuel de gestion informatisée, qui permet notamment un suivi détaillé des carrières et des parcours professionnels, est une source essentielle de données non seulement quantitatives, mais également qualitatives. S'il n'existe pas de cellule spécifique de gestion prévisionnelle des effectifs, un suivi de l'évolution démographique du corps est assuré, et ce depuis de nombreuses années. Ce qui permet de disposer, notamment, de données statistiques fiables, notamment quant au nombre prévisible de départs en retraite sur le court, moyen et long terme.*

L'outil informatique nécessite cependant comme le souligne la Cour, d'être totalement rénové. Un projet de nouvelle application est d'ores et déjà lancé (marché en cours de réalisation). Ce projet s'inscrit dans le cadre de la prochaine mise en place du centre national de gestion.

** Chapitre II - Les carences de l'orientation des effectifs.
I-B- 5-b) Des mesures diverses pour les personnels paramédicaux.*

- La VAE pour l'accès aux diplômes du secteur sanitaire

L'ouverture des premiers diplômes du secteur sanitaire à la VAE a été lancée en janvier 2004 avec l'engagement des travaux concernant le diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS/ niveau V). C'est l'arrêté du 25 janvier 2005 modifié qui a ouvert ce diplôme à la VAE, le programme de formation ayant été réorganisé par l'arrêté du 22 octobre 2005.

En 2005, 18 598 demandes ont été déposées pour l'accès par à ce diplôme et 13 260 candidats ont été jugés recevables. Les premiers jurys se sont réunis au début du mois de mars 2006. Un deuxième diplôme, le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (DPAP/ niveau V) a été ouvert à la VAE par un arrêté du 16 janvier 2006. Par un autre arrêté du même jour, le programme de formation a été réorganisé.

Un troisième diplôme, le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière (niveau III) sera ouvert à la VAE en 2006. Les premiers diplômés infirmiers feront l'objet, en 2006, de travaux en vue de préparer leur ouverture à la VAE, notamment le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

- Les taux de vacances de postes d'infirmiers dans les EPS :

Pour combler cette lacune du système d'information, un indicateur, relatif au taux de postes paramédicaux vacants depuis 3 mois faute de candidats, a été introduit dans le tableau de bord social, annexé au contrat signé entre le Ministre et chaque directeur d'ARH ; le traitement de ce tableau de bord constitue un objectif national, qui doit être traité obligatoirement au titre de l'engagement contractuel pris par chaque Agence.

.- Le recours insuffisant à la promotion des agents :

La Cour estime que le caractère réglementé des professions de santé nuit à la perspective de promotion des agents de la FPH notamment les infirmiers et limite notamment les possibilités de promotion par concours interne et par examen professionnel.

Le corps des infirmiers dispose de deux voies d'évolution professionnelle qui sont celles de la spécialisation et celle de l'encadrement, celle de la spécialisation impliquant l'obtention d'un diplôme préparé en institut

La FPH dispose du système particulier des études promotionnelles prévu par l'article 2 du décret 90-319 du 5 avril 1990, pour les professions réglementées qui permet de financer les études de l'agent et de maintenir sa rémunération pendant sa formation en vue de l'obtention d'un diplôme .

La voie de l'encadrement articule recrutement sur titres après l'obtention d'un diplôme (cadre de santé), examen professionnel pour les cadres supérieurs ouvert aux cadres de santé et concours externes et internes ouverts aux cadres de santé et cadres supérieurs de santé pour les directeurs de soins.

Par ailleurs, le diplôme d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat devrait être en 2007 ouvert à la VAE puis le diplôme de cadre de santé. Cette nouvelle voie d'accès au diplôme allégera pour certains professionnels la durée de la période de formation

Les aspects statistiques

La réflexion se poursuit sur le nouveau système cible avec la mission de l'Inspection générale de l'Insee qui rendra ses conclusions à l'été 2006.

Les délais de mise à disposition des sources continuent à s'améliorer, les données administratives de la SAE 2004 ont été mises en ligne (www.sae-diffusion.gouv.fr) en décembre 2005.

La poursuite des efforts sur la mise à disposition des données de l'ensemble des données statistiques permettra d'éviter la diffusion de versions successives.

Les travaux d'explication des différents concepts utilisés dans les sources mobilisées se poursuivent afin d'améliorer la compréhension des écarts observés actuellement.(cf la contribution de la DREES au rapport 2006 de l'ONDPS sur les effectifs de médecins hospitaliers).

*RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AU BUDGET ET À LA RÉFORME
DE L'ÉTAT*

Le rapport sur "Les personnels des établissements publics de santé" se place dans la perspective du cadre administratif et financier de la gestion des personnels hospitaliers et des politiques de pilotage des effectifs.

Le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie entend formuler des observations sur les points suivants, dont certains constituent des éléments importants de la mise en place d'une véritable politique salariale et de pilotage des dépenses de personnel dans la fonction publique hospitalière (FPH) : la maîtrise des dépenses de personnels, les politiques de rémunération, le temps de travail médical et l'harmonisation statutaire et indemnitaire.

1 - La maîtrise des dépenses de personnels

Ainsi que le souligne la Cour, la maîtrise des dépenses de personnels est insuffisante, en l'absence d'outils d'analyse et de suivi de la masse salariale, alors qu'elles représentent 68 % des charges d'exploitation des hôpitaux et un quart des charges de l'assurance maladie.

Il est donc impératif de disposer d'outils, au niveau national, permettant de déterminer, dans les dépenses de personnels, la part imputable à la croissance des effectifs et celle due aux hausses salariales et catégorielles et d'apprécier le poids de leur évolution dans l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). De même, il conviendrait de disposer d'une lisibilité globale sur les recrutements et départs à la retraite, la répartition des personnels hospitaliers, dans la perspective d'une meilleure gestion prévisionnelle des effectifs.

Le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie appuie donc fortement les recommandations de la Cour sur ces deux points.

2 - Les politiques de rémunération

Le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie est favorable au renforcement de la coordination interministérielle dans le cadre des négociations salariales et de la mise en place des politiques de rémunération, comme cela a été le cas, en 2004 et 2005, lors de la réforme du statut des directeurs d'hôpitaux.

3 - La gestion du temps de travail médical

Le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie partage l'analyse de la Cour, qui souligne l'ampleur de la réduction différée du temps médical, due à l'incitation à un plus grand usage du compte épargne-temps (CET) par les personnels médicaux.

La mesure réelle du phénomène doit pouvoir s'appuyer sur un décompte précis des jours pris par les personnels au titre de la réduction du temps de travail et des jours affectés sur le CET : à ce titre, la réalisation d'un bilan sur le CET hospitalier prévue pour mai-juin 2006 donnera des indications utiles et permettra de quantifier le volume de jours pris. Il convient d'envisager également la tenue d'un décompte régulier, dont les données feraient l'objet d'une synthèse au niveau national.

4 - L'harmonisation statutaire et indemnitaire

Le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie partage le souci exprimé par la Cour de mesures de simplification statutaire et indemnitaire.

Ces mesures ne doivent néanmoins pas entraîner d'effets inflationnistes sur les rémunérations et doivent être proportionnées aux responsabilités des personnels concernés. Elles doivent s'accompagner de la mise en œuvre de gains de productivité et s'inscrire dans la logique d'une meilleure gouvernance des hôpitaux.

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le rapport public thématique de la Cour sur « les personnels des établissements publics de santé » appelle de ma part les observations suivantes.

A) sur les questions statutaires soulevées par votre rapport

Je vous précise tout d'abord que le ministre de la fonction publique n'est pas contresignataire des statuts des praticiens hospitaliers, agents non titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH). De même, en vertu du 4ème alinéa de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, les personnels hospitalo-universitaires dérogent au principe d'occupation des emplois permanents de l'Etat par des fonctionnaires de l'Etat. Leurs statuts ne sont donc pas contresignés par le ministre de la fonction publique. C'est pourquoi mes observations se limiteront aux personnels fonctionnaires de la FPH.

Votre rapport déplore le nombre important de statuts particuliers et souhaite que soit encouragée une politique volontariste de fusion de corps. Ce constat doit être nuancé concernant les personnels non médicaux. La fonction publique hospitalière est structurée en six filières sur un schéma proche de la fonction publique territoriale et compte un nombre de corps quasi équivalent à celui de la fonction publique territoriale, 70 en FPH contre 60 en FPT, ce qui est fort peu comparé au nombre de corps que compte la fonction publique de l'Etat. Néanmoins, des fusions de corps sont encouragées à chaque fois que cela est possible.

Ainsi des perspectives de fusion des corps des personnels de direction et de suppression des statuts locaux sont envisagées pour l'année 2006.

S'agissant de la fusion des trois corps de direction des établissements publics de santé, la question a été examinée lors des négociations salariales de janvier 2006. En concertation avec les organisations syndicales, il a été décidé qu'à l'été 2006, les corps de directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux et de directeurs d'établissements sanitaires et sociaux seraient fusionnés, ces deux corps présentant une grille indiciaire identique et des responsabilités comparables. Toutefois, le gouvernement a souhaité que le corps des directeurs d'hôpitaux demeure pour le moment à l'écart de ce projet de fusion car il présente un échelonnement indiciaire beaucoup plus élevé, atteignant, pour les plus hauts emplois fonctionnels, la HED et des missions d'une particulière technicité. Dans le cadre du projet de nouvelle gouvernance hospitalière, la réflexion menée vise à regrouper des établissements de petite taille afin de créer des gardes communes d'établissement. Suite à ces regroupements, les postes particulièrement sensibles occupés par des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux et des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux seront revalorisés par le biais de statuts d'emploi.

S'agissant de la question des statuts locaux, qui concernent environ 4000 agents, il est prévu que d'ici la fin de l'année 2006, l'article 8 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 soit abrogé. Ces statuts locaux seront mis en extinction, même si des dispositions transitoires sont prévues pour ne pas léser les personnels bénéficiaires.

Concernant les statuts spécifiques de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), prévus par l'article 103 de la loi du 9 janvier 1986, comme je vous le précisais dans mon courrier du 31 août 2005, ils sont fixés par décrets en Conseil d'Etat. Ce ne sont donc pas des statuts locaux, lesquels ne procèdent que d'une délibération du conseil d'administration d'un établissement hospitalier, mais de statuts particuliers adoptés par voie réglementaire, propres à l'AP-HP et applicables dans tous ses établissements.

Il est vrai que certains de ces statuts particuliers à l'AP-HP se contentent de reprendre des dispositions similaires à celles des corps de la FPH. Le maintien de ces statuts spécifiques n'est donc pas toujours justifié. Dans le cadre des directives du gouvernement en matière de gestion des ressources humaines tendant à la simplification des structures statutaires, le ministre de la fonction publique a demandé à la DHOS d'engager une réflexion en vue d'opérer des fusions entre les corps de l'AP-HP et les corps homologues de la FPH.

B) Sur les questions salariales et indemnitaires soulevées par votre rapport

En matière indemnitaire mes services vous ont adressé certaines observations à l'occasion du relevé de constatations provisoire. Mon ministère a ainsi rappelé à cette occasion que ses attributions dans le domaine indemnitaire, ne sont pas différentes pour la fonction publique hospitalière de celles qu'il exerce par ailleurs vis-à-vis des administrations de l'Etat. Son travail d'expertise juridique et de coordination porte sur les dispositifs envisagés dont il est saisi. Ce travail est guidé par les principes suivants :

- simplicité :

Le ministère de la fonction publique a, d'ores et déjà, entrepris un travail de refondation indemnitaire au sein de la fonction publique de l'Etat en liaison avec la direction du budget. Il a pris note de l'intérêt de mener également une réflexion sur la simplification du régime indemnitaire au sein de la fonction publique hospitalière et sur la révision de certains avantages spécifiques consentis parfois depuis des décennies.

- transparence et sécurité juridique :

S'agissant du constat fait par la Cour, selon lequel des primes diverses sont versées par certains établissements sans base réglementaire, je rappelle que ce principe de transparence a été consacré par la circulaire conjointe fonction publique FP/7 n ° 1960 – budget 2 B n°99-846 en date du 1er octobre 1999 concernant les règles de publicité des textes indemnitaires. Ce texte est également applicable à la fonction publique hospitalière.

Les administrations de l'Etat ont poursuivi depuis 1999 la publication des dispositifs indemnitaires qui leur sont propres, afin de fonder juridiquement la totalité des versements qui reposaient auparavant sur des lettres de déplafonnement du ministre chargé du budget.

S'agissant du non respect de la réglementation de certaines hautes rémunérations au sein de la fonction publique hospitalière, je suggère de s'inspirer du travail de régularisation des compléments indemnitaires qui a donné lieu au décret n° 2004-1082 du 13 octobre 2004 relatif à l'indemnité de fonctions et de résultats en faveur de certains personnels des administrations centrales. L'intervention d'un texte similaire, pour la fonction publique hospitalière, permettrait d'apporter une base réglementaire au versement des compléments de certaines hautes autorités.

Enfin, en ce qui concerne les statistiques salariales, je partage le point de vue de la Cour, sur la mise en place d'outils d'analyse et de suivi des charges de personnel des établissements publics de santé comme préalable indispensable à la maîtrise des dépenses de personnel.

Il est toutefois précisé que la déficience des systèmes d'information dans le domaine de la gestion des ressources humaines n'est pas propre à la gestion des personnels hospitaliers et que s'agissant de la fonction publique de l'Etat le ministère de la fonction publique a entrepris d'ouvrir le chantier de la construction d'un système d'information des ressources humaines interministériels (SIRH), qui suppose au préalable que les départements ministériels aient lancé leurs projets de refonte ou d'enrichissement de leurs systèmes sur les ressources humaines.

En matière d'ARTT, il pourrait être ajouté, s'agissant de la référence aux 1600 heures, que la FPH n'a pas encore modifié son décret « temps de travail » du 4 janvier 2002 pour passer aux 1607 h (journée de solidarité).

*RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE MARSEILLE*

Le rapport public thématique sur "Les personnels des établissements publics de santé" appelle de ma part les observations suivantes.

** Chapitre I-II-B-4- a : Le coût de l'absentéisme*

Les chiffres donnés pour 2001 et 2002 n'appellent pas en soi de commentaire particulier. Il pourrait toutefois être souligné que le coût de l'absentéisme pour maladie ordinaire est en décroissance, ce qui est directement la conséquence d'une diminution du nombre moyen de jours d'absence par agent pour maladie ordinaire, qui passe de 13,28 jours en 2001 à 11,61 jours en 2002 (données issues des bilans sociaux de ces exercices).

On peut également ajouter que la Direction générale a fait de l'amélioration du présentéisme l'un des axes structurants du projet social, car le niveau d'absentéisme, malgré les améliorations indiquées, pèse lourdement sur la gestion des ressources humaines et pénalise le fonctionnement des services.

** Chapitre II-I-A-2-c : La gestion prévisionnelle des emplois hospitaliers*

Il est indiqué dans le rapport qu "l'Assistance publique de Marseille a ignoré la gestion prévisionnelle des emplois jusqu'en 2004".

Il peut être utilement précisé que la gestion prévisionnelle est, dans sa conduite, étroitement liée aux restructurations consécutives à la mise en œuvre du Projet d'Etablissement adopté par le Conseil d'Administration à la fin de l'année 2003. par ailleurs, il est à souligner que si les données démographiques liées au vieillissement du personnel peuvent être connues et anticipées en particulier sur la période actuelle et jusqu'en 2012, la gestion prévisionnelle des emplois est également très dépendante, sur les aspects quantitatifs, de l'évolution des ressources hospitalières. Sur ce point, les conditions de détermination des enveloppes budgétaires à partir de la tarification à l'activité, ne permettent pas à l'heure actuelle une visibilité suffisante sur les années à venir et la conduite d'une gestion prévisionnelle réellement pluriannuelle.

Il doit être enfin également ajouté que l'avènement de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité médicale obligent le responsable hospitalier à intégrer désormais notamment dans la gestion des ressources humaines, des paramètres nouveaux, en lien avec le contrat d'objectif du pôle et l'évolution de l'activité qui s'y déploie.

* Chapitre II-II-A-3 : Les différences de productivité

Le rapport de la Cour des comptes fait état de façon générale dans les Etablissements publics de Santé, d'une répartition des effectifs très inégale au regard de la charge de travail et de l'activité mesurée en points ISA.

Pour l'Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille, il est noté dans les services de dermatologie un ratio de 1,69 agent pour 10 000 points ISA alors qu'il est de 4,5 agents dans un autre établissement hors Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille. Ce point n'appelle pas de commentaire.

Sont ensuite cités les deux services de chirurgie cardiovasculaire de la Timone et du Sud dont les ratios sont respectivement de 2,2 et 0,8 agents pour 10 000 points ISA.

Deux remarques peuvent être formulées :

- Sur la forme, ces deux ratios quoique discordants sont inférieurs au ratio moyen tous services confondus. Il avait été déjà indiqué, en réponse, que la mesure de la production en points ISA devrait être complétée par d'autres éléments d'appréciation qui peuvent peser sur le ration en effectif : importance de la capacité lits en service des unités de soins, les unités sous dimensionnées ayant des besoins en personnels relativement supérieurs, influence de l'organisation mise en place pour la prise en charge des activités de soins, qui peut induire une consommation de moyens en personnels différente.

- Sur le fond, les observations de la Cour de comptes doivent conduire à aller au-delà du simple constat ou de la recherche des éléments explicatifs. En effet, sont mises en évidence de véritables disparités dans l'affectation des ressources en personnel non médical. Désormais, l'existence d'un tarif national en euros pour chaque Groupe Homogène de Séjour (GHS), prenant sa source dans la valorisation en points ISA des GHM, et s'inscrivant dans une logique de recettes issues de la "production" hospitalière, conduit l'Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille à s'appuyer sur les données de son contrôle de gestion, soit pour étudier la pertinence financière du développement des activités et des moyens qui leur sont affectés, soit pour comparer les consommations de moyens qui leur sont affectés, soit pour comparer les consommations de moyens au niveau d'activité des services et intégrer les résultats dans une démarche d'aide à la décision.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA

En premier lieu, il m'apparaît nécessaire de nuancer la comparaison des rémunérations d'un praticien intérimaire et d'un praticien contractuel. La rémunération nette d'un contractuel doit être majorée d'un certain nombre de coûts directs ou indirects tels que :

- les frais de formation et de congés à la charge de l'employeur incluant la prise en charge de déplacements dont le montant est significativement plus élevé que sur le continent en raison de l'insularité ;

- l'absentéisme moyen, dont le taux au centre hospitalier de Bastia pour le personnel médical est non négligeable ;

- le coût indirect de gestion propre au personnel médical : trois agents au bureau des affaires médicales et un agent au service de la paye.

Aussi, même si la rémunération nette d'un intermédiaire demeure supérieure à celle d'un praticien contractuel exerçant de façon stable, la différence est sensiblement moins élevée que celle qui est mentionnée dans le rapport de la Cour des comptes.

En second lieu, il convient de mentionner que le recours à des praticiens remplaçants trouve son origine dans la nécessité d'assurer la continuité du service public hospitalier dans un contexte réglementaire limitant de façon stricte le temps d'activité des praticiens hospitaliers aussi bien en ce qui concerne le service quotidien de jour que celui de la permanence des soins, et surtout au centre hospitalier de Bastia dans le refus exprès des praticiens hospitaliers d'accepter d'effectuer des plages de travail additionnelles dont le niveau de rémunération révisé récemment a permis à la plupart des centres hospitaliers du continent de réduire leur recours aux médecins intérimaires. En effet, en dépit de tableaux de service laissant apparaître un potentiel d'intégrer, sans porter atteinte à la nécessaire qualité de vie des praticiens concernés, quelques plages additionnelles, la communauté médicale du centre hospitalier de Bastia souhaite respecter le principe réglementaire du volontariat en la matière.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL

Les observations mentionnées dans le projet de rapport public sont en concordance avec les remarques formulées par la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire, dans son rapport d'observations définitives communiqué au conseil d'administration lors de sa réunion du 4 février 2005, en application des dispositions de l'article L 241-11 du Code des juridictions financières.

Ainsi que le précise elle-même la Cour dans son projet de rapport public, les inégalités de répartition des médecins sur le territoire combinées à la pénurie de praticiens dans certaines spécialités ont rendu difficile le respect de la réglementation et se trouvent à l'origine d'irrégularités relevées par les chambres régionales des comptes.

La chambre régionale des comptes des Pays de la Loire a ainsi contesté la régularité des modalités de recrutement et de rémunération des personnels médicaux de remplacement du centre hospitalier de Laval. Le centre hospitalier de Laval a mis en avant, outre les inégalités de répartition des médecins sur le territoire régional des Pays de la Loire, particulièrement dans le département de la Mayenne, un déficit de personnel médical dans les spécialités suivantes :

- urgences*
- SAMU-SMUR*
- anesthésie et réanimation*
- imagerie médicale*

La faiblesse du recrutement médical est significative dans ces spécialités.

Les modalités de recrutement et de rémunération retenues par le centre hospitalier de Laval s'expliquent donc par la nécessité de recourir à du personnel médical contractuel pour faire face aux obligations de l'établissement de santé en matière de sécurité des patients et de permanence des soins. A cela se sont ajoutées récemment les contraintes liées à la RTT médicale et aux nouvelles modalités de travail des personnels médicaux hospitaliers (temps continu, temps additionnel).

Ces situations particulières ont contraint l'établissement à recourir de manière pérenne aux remplacements de personnels médicaux, seul moyen pour le centre hospitalier de Laval de garantir l'accès aux soins et la sécurité des patients, conformément à ses missions de service public réglementées par le Code de la Santé publique.

Cependant, la question du personnel médical de remplacement reste une préoccupation constante de la Direction du centre hospitalier de Laval, compte tenu de son impact sur la situation budgétaire et financière de l'établissement à court et moyen terme. Des négociations ont eu lieu en 2005 avec les médecins anesthésistes remplaçants employés à plein temps dans l'établissement et ont abouti à la signature de contrats afin d'éviter le contournement des voies réglementaires de rémunération.

La réflexion se poursuit avec la communauté médicale et les autorités de tutelle afin de limiter le recours aux remplacements médicaux : mise en œuvre opérationnelle de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) entre les établissements publics de santé de Laval, de Mayenne et de Château-Gontier, permettant la disparition des remplacements de praticiens hospitaliers au SAU-SMUR et le développement d'une coopération sanitaire entre établissements publics de santé répondant aux besoins exprimés par la population du département de la Mayenne.

En conséquence, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre signé le 3 décembre 2004 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, puis du plan de redressement pluriannuel en cours d'élaboration portant sur la période 2006-2008, la question de la rémunération des personnels médicaux reste une préoccupation constante du centre hospitalier de Laval.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI

Le rapport public thématique de la Cour sur "Les personnels des établissements publics de santé" appelle de ma part les observations suivantes.

Dans l'étude comparative de la productivité effectuée en 2002, reprise dans le rapport public thématique de la Cour de comptes, le centre hospitalier de Cambrai présente un ratio de 2,44 agents pour 10 000 points ISA concernant son activité de cardiologie. Ce rapport est élevé en comparaison de 1,39 agent pour 10 000 points ISA retenu pour un autre établissement ayant fait l'objet de la même analyse de son activité.

Les chiffres à l'origine de ce calcul sont bien ceux remis par l'établissement lors du contrôle réalisé par la chambre régionale des comptes et le ratio de 2,44 résulte effectivement du rapport entre l'effectif du personnel non médical (34,01 équivalent temps plein) et le nombre de points ISA constatés sur la période (1 394 400). Les données ne peuvent donc qu'être confirmées.

Nous attirons toutefois votre attention sur le fait qu'elles renvoient à une situation locale du centre hospitalier de Cambrai, celle de 2002 qui a été particulièrement difficile pour le fonctionnement du service de cardiologie. Ce service comptait en effet, dès cette date, 22 lits de cardiologie et 5 lits de soins intensifs de cardiologie installés pour 6 autorisés. Les effectifs de ces unités avaient été établis dans le respect des préconisations du Schéma régional d'Organisation Sanitaire en matière de conditions techniques de fonctionnement d'un service de cardiologie et évalués dans la perspective de l'ouverture de l'ensemble des capacités. C'est ainsi que l'unité de soins intensifs de cardiologie comptait à elle seule 8,5 équivalent temps plein pour 6 lits prévus. Une production augmentée de points ISA devait logiquement accompagner ce mouvement.

La réalité des faits a été différente pour plusieurs raisons. Le centre hospitalier de Cambrai, dans un premier temps, s'est trouvé dans l'impossibilité d'installer le 6^{ème} lit de soins intensifs, compte tenu du retard pris dans la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens et dans l'exécution du plan directeur et dans la rénovation des locaux d'hospitalisation. La préparation de l'ouverture de l'unité de réadaptation cardiaque, ensuite, a amputé le service d'une part de travail médical qui n'a pas été sans répercussion sur l'activité de la cardiologie qui fonctionnait par ailleurs, à ce moment, sans chefferie de servie réelle. Le titulaire de la fonction s'occupant, en effet, et en parallèle, d'un autre service se soins. C'est ainsi que la cardiologie a enregistré une baisse de 77 entrées sur l'année 2002 et l'unité de soins intensifs une baisse de 11 entrées, soit un total de 88 représentant 9,4 % de chute d'activité sur cette période. La production de points ISA en a logiquement subi les effets.

Il nous semblait utile de vous apporter ces précisions qui, si elles ne modifient pas la réalité du ratio annoncé, apportent un éclairage différent sur l'interprétation qui pourrait en être faite de prime abord.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE FOURMIES

*Selon la Cour (page 87 de son rapport public thématique) :
« Au CH de Fourmies, selon les données communiquées par cet
établissement, 13,5 postes équivalent temps plein sur les 30,5 ouverts dans
l'établissement au 1^{er} janvier 2006 étaient occupés par des praticiens
titulaires, ce rapport étant d'un sur six pour le service des urgences. »*

Dans la pratique, le fait que les postes soient pourvus par des personnes non titulaires ne pose aucun problème aux patients et la distinction entre titulaires et non titulaires n'a pas de réelle pertinence au centre hospitalier de Fourmies. Les raisons en sont les suivantes :

** Les coopérations public-privé conduisent à des exercices à temps partagé entre l'hôpital et la clinique voisine. Les praticiens libéraux n'ont aucun intérêt à passer le concours de praticien hospitalier et devenir titulaires. Ils restent donc praticiens contractuels. C'est le cas au centre hospitalier de Fourmies.*

** La coopération transfrontalière permet à des praticiens belges d'exercer à temps partiel au centre hospitalier de Fourmies. Ils ne voient aucun avantage à devenir titulaires.*

** Dans un contexte général de ressources médicales rares, le centre hospitalier de Fourmies est dans un processus permanent de recrutement médical. Les praticiens recrutés depuis moins de 4 ou 5 ans sont donc fort nombreux. Ils n'ont pas encore eu le temps de passer le CNPH et donc de devenir titulaires.*

Le délai moyen entre l'arrivée du praticien, engagé sur un statut de praticien contractuel, et sa titularisation est en effet d'au moins 5 ans.

** Le centre hospitalier de Fourmies a procédé au recrutement de médecins des nouveaux pays de l'Union Européenne (notamment polonais). Le temps d'intégration allonge encore la période durant laquelle ces praticiens sont contractuels.*

Au total, le centre hospitalier de Fourmies a trouvé des solutions pratiques afin de constituer une équipe médicale complète, de pourvoir l'ensemble des postes grâce à des praticiens majoritairement non titulaires ou non encore titulaires mais non moins compétents et rendant de grands services à la population de secteurs isolés et défavorisés comme celui de Fourmies.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
DE BOURG-SAINT-MAURICE*

Le rapport public thématique de la Cour sur "Les personnels des établissements publics de santé" traduit la réalité de nos difficultés de fonctionnement mais doit, cependant, être complété au niveau des causes de pénurie et des surcoûts.

Le glissement vers des pratiques contestables n'est pas un choix pour un directeur d'hôpital. La prise en charge des urgences et la continuité des soins coordonnés avec les services de la sécurité civile et la DDASS, ne doivent pas conduire à un raisonnement qui placerait le directeur d'hôpital dans la délinquance. Il est seulement le dernier élément d'une chaîne de décision et l'exécutant d'une organisation.

La pénurie de médecin se situe déjà au niveau de la médecine libérale qui n'est plus en mesure d'assurer la continuité des soins ce qui oblige les services d'urgence à palier ce déficit. Il s'en suit que l'hôpital, se substituant à cette organisation libérale, doit néanmoins assurer une prestation au niveau de compétence défini par son statut. L'hôpital doit, dans le cadre de la proximité, être opérationnel dans toutes ses composantes.

La pénurie de médecins spécialistes touche tous les établissements ce qui limite la possibilité des établissements à se soutenir en cas de vacance de poste par la mise en place de réseau de spécialistes.

L'évolution du statut des médecins avec le repos quotidien de 11 heures consécutives par période de 24 heures est une évolution nécessaire bien qu'elle aurait pu être pondérée par la charge de travail et non reposer seulement sur le temps de travail. Elle a pour conséquence d'augmenter les besoins en personnel sans que les effectifs ne progressent dans les mêmes proportions.

La lourdeur des mécanismes de nomination est aussi une cause de vacance de poste :

- Les nominations se font une seule fois par an suivant une procédure qui dure de quatre à neuf mois.*
- Les transformations de poste d'assistants des hôpitaux en praticiens hospitaliers sont longues, si bien que ces médecins, réussissant le concours annuel de praticien hospitalier, ne peuvent pas être nommés sur place.*

Le recours aux nouvelles technologies reste difficile faute de réseaux informatiques installés sur le territoire et faute de capacité d'investissement des établissements. Pourtant ces nouvelles technologies permettraient en terme d'imagerie médicale, par exemple, de mutualiser les gardes médicales avec un seul praticien de garde pour interpréter les images radiologiques de plusieurs sites.

En matière de surcoût, il convient de considérer que 219 € représentent deux demi journées de travail d'un praticien hospitalier temps plein alors que 640 € représentent 24 heures de travail.

Aussi pour 24 heures d'un praticien hospitalier contractuel, faut-il ajouter au 219 €, 384 € net de temps de travail additionnel, soit au total 603 € net.

Il est à noter que ces remplaçants permettent des ajustements en terme de continuité de service qui évitent des sureffectifs.

Ces explications n'ont pas pour objectif de justifier ce système de remplaçants mais elles traduisent une réalité qu'il est nécessaire de faire évoluer.

Au niveau du Centre hospitalier de Bourg saint Maurice, depuis 2004, nous nous sommes attachés, avec l'équipe médicale, à fidéliser des praticiens qui ont été régulièrement nommés.

Ces nominations permettent, par la stabilité et la permanence des acteurs, la mise en place et l'évolution du projet médical, la normalisation par la protocolisation des pratiques médicales et par conséquent la pérennisation de la structure.

En conclusion, cette pratique du recours aux remplaçants n'est pas souhaitée par les établissements hospitaliers. Des solutions alternatives sont recherchées mais elles doivent rentrer dans le cadre réglementaire. Cela nécessite du temps pour l'expertise réglementaire et pour la mise en place des organisations nouvelles.

*RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET
D'ÉPINAL*

Comme suite aux remarques faites par la chambre régionale des comptes de Lorraine et incluses dans le rapport public thématique de la Cour des comptes sur « Les personnels des établissements publics de santé », je vous confirme que la situation du centre hospitalier Jean Monnet d'Epinal ne s'est pas améliorée depuis 2001 malgré les efforts déployés par l'établissement, tant en vue de recrutements que de développement de partenariat.

Bien au contraire, l'état des lieux apparaît encore plus péjoratif (19 postes vacants) dans la mesure où le respect des normes réglementaires a conduit à la création de postes ne pouvant être pourvus en l'état ; seule la situation de la chirurgie s'est améliorée avec un effectif statutaire complet. Manquent toutefois 11 anesthésistes réanimateurs, 2 radiologues et 2 gynécologues obstétriciens.

Il est évident que pour pallier ces manques criants des solutions plus ou moins parallèles ont été utilisées : nomination de praticiens contractuels à partir des recherches de sociétés d'intérim médical, recherche par « chasseur de tête »... Des réflexions à partir de médecins à titre étranger n'ont pu aboutir en l'état malgré les qualifications des intéressés en fonction de la loi CMU. Toutes ces difficultés, malgré la mobilisation active de la collectivité médicale, ont par ailleurs, valu à l'établissement une réserve majeure de la Haute autorité de santé quant à la permanence médicale en réanimation.

Il est à noter de même un paradoxe certain avec les remplaçants « mercenaires » qui, pour une part non négligeable d'entre eux, ne viennent plus à Epinal parce qu'on y travaille trop ; en effet dans le paysage hospitalier, le remplaçant est parfois l'alibi d'une activité chirurgicale carente confrontée à la volonté institutionnelle de maintien d'un affichage opératoire.

Au nombre des problèmes rencontrés pour le recrutement de praticiens hospitaliers, en dehors de la non attractivité du département qui conforte la liberté d'installation, il est important de souligner :

- Les impossibles déploiements de structures en voie de fermeture au regard des rythmes de vie acquis par les praticiens y oeuvrant et la volonté de ne pas remettre en cause leurs connaissances ;*
- Le rôle plus au moins déterminant dans une politique volontariste des CHU à gérer le maintien des professionnels nécessaires à une région.*

- *La lisibilité du devenir hospitalier dans une participation vraie à la restructuration de l'hospitalisation publique dans une vision macro-économique « économie du système » et non dans une approche micro-économique « d'économie dans le système ».*
- *L'absence de possibles mesures transitoires autorisant une gestion intermédiaire des restructurations.*
- *Les rigidités statutaires qui même prenant en compte une activité libérale conduisent à plus de rigidité encore du système.*

En tout état de cause, si des irrégularités ont été commises, elles l'ont été avec le seul souci pour un hôpital en plein développement de satisfaire aux besoins de la population dans le rôle dévolu au Centre Hospitalier Jean Monnet d'éléments structurants de la politique hospitalière régionale. La couverture sanitaire de la population reste une réalité pour satisfaire aux impératifs du service public ; il serait regrettable que faute de professionnels médicaux intéressés par le département des Vosges nous devions avoir recours à des vacations d'intérêt général de praticiens d'autres régions qui pourraient comme l'un d'entre eux me l'avait faire remarquer, s'intéresser à un établissement vosgien car on y trouve des pathologies que l'on ne rencontre nulle part ailleurs quand la couverture médicale est correctement distribuée.
