

CONCOURS OUVERTS LES 27, 28 ET 29 JUIN 2023 POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

CONCOURS EXTERNE, INTERNE et 3ème CONCOURS

2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE (Durée 4 heures – Coefficient 4)

Mercredi 28 juin 2023

Une note rédigée en quatre heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'une question relative à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

SUJET:

« Vous êtes Attaché d'administration hospitalière au sein d'un établissement public de santé, affecté à la direction des ressources humaines.

Dans la perspective de préparer une prochaine information aux instances représentatives du personnel, la directrice adjointe chargée des affaires médicales vous demande de rédiger une note relative aux évolutions récentes concernant les règles s'appliquant à l'intérim médical dans les hôpitaux.

Vous vous attacherez notamment à lui exposer les nouvelles dispositions en vigueur, ainsi que les conséquences potentielles de leur application pour l'établissement au sein duquel vous travaillez. »

NB: Le sujet comprend 48 pages + 2 (sujet et sommaire).

SOMMAIRE

DOCUMENT N° 1: (pages 1 à 14):

Instruction interministérielle DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé (14 pages)

DOCUMENT N° 2 (page 15):

Arrêté du 30 mars 2023 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire (1 page)

DOCUMENT N° 3 (pages 16 à 21) :

FICHE du ministère de la santé et de la prévention du 15 mars 2023 relative aux principaux outils de mobilisation RH pour accompagner la mise en œuvre de l'encadrement des dépenses d'intérim médical et de contrats de gré à gré (6 pages)

DOCUMENT N° 4 (pages 22 à28) :

Cour de discipline budgétaire et financière 2ème section – Arrêt du 16 avril 2009, "Centre hospitalier de Fougères (Ille et Vilaine)" (7 pages)

DOCUMENT N° 5 (pages 29 à 32):

Journal Le Monde, 19 mars 2023 : « Le plafonnement à venir de l'intérim médical à l'hôpital suscite des inquiétudes » (4 pages)

DOCUMENT N° 6 (pages 33 à 34) :

Maire Info – Édition du vendredi 10 mars 2023 : « Plafonnement des tarifs de l'intérim médical : les maires, inquiets, demandent de l'anticipation » (2 pages)

DOCUMENT N° 7 (pages 35 à36):

Question d'actualité au gouvernement n° 0272G – 16e législature – publiée le 02/03/2023 relative à l'abus de l'intérim médical (2 pages)

DOCUMENT N° 8 (pages 37 à 38) :

Journal Le Monde – 31 mai 2022 : « Les médecins étrangers inquiets des lenteurs de la procédure pour obtenir une autorisation d'exercice » (2 pages)

DOCUMENT N° 9 (pages 39 à 40) :

Site internet de France 3 Régions Pays de la Loire – 14 mars 2023 : « L'application de la loi Rist sur la rémunération des médecins intérimaires fragilise les hôpitaux de proximité » (2 pages)

DOCUMENT N° 10 (pages 41 à 42):

Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi – Communiqué de presse du 22 Février 2023 : « Fermeture massive des services hospitaliers à partir du 1^{er} avril : dites 33. La mauvaise blague du gouvernement » (2 pages)

DOCUMENT N° 11 (pages 43 à 45):

Site internet <u>www.houdart.org</u> – Article rédigé le 20 décembre 2022 : « *Responsabilité financière des gestionnaires publics* » (3 pages)

DOCUMENT N° 12 (pages 46 à 48) :

Site internet de France 3 Régions Hauts-de-France – Publié le 3 avril 2023 : « Encadrement des tarifs de l'intérim à l'hôpital : la loi Rist, c'est le marteau qui tape à côté du clou » (3 pages)



Liberté Égalité Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2023/33 du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé

Le ministre de la santé et de la prévention

Le ministre de l'économie, des finances, de la souveraineté industrielle et numérique

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des finances publiques

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions et services à compétence nationale ou spécialisés

| Référence | NOR : SPRH2306961J (numéro interne : 2023/33) | | |
|--------------------|--|--|--|
| Date de signature | 17/03/2023 | | |
| | Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins | | |
| Emetteurs | Ministère de l'économie, des finances, de la souveraineté industrielle et numérique Direction générale des finances publiques | | |
| Objet | Contrôle des dépenses d'intérim médical dans les établissements publics de santé. | | |
| Commande | Mise en œuvre de l'article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, relatif à la régulation des dépenses d'intérim médical. | | |
| Actions à réaliser | Mise en œuvre et diffusion aux établissements publics de santé. | | |
| Echéance | 3 avril 2023 | | |
| | Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau des personnels médicaux hospitaliers (RH5) | | |
| Contacts utiles | Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1) | | |

| Nombre de pages et annexes | Direction générale des finances publiques Service des collectivités locales Sous-direction de la gestion financière et comptable des collectivités locales Bureau CL-1A Expertise juridique 14 pages + 5 annexes (12 pages) Annexe 1 : Article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification Annexe 2 : Visa des dépenses d'intérim Annexe 3 : Modèles de courriers Annexe 4 : Modèle de requête du directeur général de l'agence régionale de santé auprès du tribunal |
|----------------------------|--|
| | administratif compétent Annexe 5 : Modèle de contrat de travail entre un praticien et un établissement public de santé |
| Résumé | La présente instruction a pour objet de rappeler le cadre juridique relatif à l'intérim médical, de préciser les contrôles du comptable public qui y sont attachés, ainsi que les modalités d'information du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) par le comptable public et de saisir le tribunal administratif par le directeur de l'agence régionale de santé lorsque les actes conclus ne sont pas conformes à la réglementation en vigueur. |
| Mention Outre-mer | Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna. |
| Mots-clés | Intérim médical, comptable public, établissements publics de santé. |
| Classement thématique | Établissements de santé |
| Textes de référence | Code de la santé publique (L. 6146-3 et L. 6146-4); Code du travail (L. 1251-1 et L. 1251-4); Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé; Arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale; Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire; Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé; Arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique; |
| | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , |

| | T" | | |
|---|--|--|--|
| | INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en œuvre du décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé; INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021 relative au report du contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé. | | |
| Circulaire / instruction abrogée | Néant | | |
| Circulaire / instruction modifiée | Néant | | |
| Rediffusion locale | Etablissements publics de santé | | |
| Validée par le CNP le 17 mars 2023 - Visa CNP 2023-16 | | | |
| Document opposable | Non | | |
| Déposée sur le site Légifrance | Non | | |
| Publiée au BO | Oui | | |
| Date d'application | 3 avril 2023 | | |

SOMMAIRE

| PARTIE I : Le cadre juridique de l'intérim médical |
|--|
| Chapitre I : les textes relatifs à l'intérim médical |
| Chapitre II : La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé pa la confiance et la simplification |
| Chapitre III : Le rôle du comptable public dans l'application de ce nouvel article de loi |
| PARTIE II : Le contrôle du comptable public sur les praticiens intérimaires et vacataire |
| Chapitre I : Les pièces justificatives |
| Chapitre II : Les deux hypothèses de contrôle rencontrées |
| Section 1 : La mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de trava temporaire |
| Section 2 : La relation contractuelle directe entre un praticien et un établissement public de santé (contrat de gré à gré ou contrat de vacation), avec ou sans mise en relation pa le biais d'une entreprise de travail temporaire |
| PARTIE III : Les modalités de traitement des rémunérations dépassant les plafonds réglementaires |
| Chapitre I : Les conséquences de la détection d'un dépassement des plafonds réglementaires de rémunération par le comptable public11 |
| Chapitre II : les modalités de l'alerte par le comptable public |
| Section 1 : L'alerte par le comptable public du directeur général de l'ARS compétente 12 |
| Section 2 : L'alerte par le comptable public du directeur de l'établissement public de santé et de la DGFiP |
| Chapitre III : La saisine du tribunal administratif par le directeur général de l'agence régionale de santé |

INTRODUCTION

Le Gouvernement a fait de la lutte contre les dérives de l'intérim médical une priorité d'action. Ces abus croissants sont un risque majeur pour l'avenir de notre système de santé. Ils créent des situations d'iniquité inacceptables, minent les collectifs et nuisent ainsi à la qualité des soins quand l'équipe doit être au cœur de notre projet, et mobilisent des ressources financières qui seraient mieux allouées à la reconnaissance de l'engagement et des sujétions assumées par les professionnels fidèles aux établissements.

Suite à différents rapports parlementaires qui ont dénoncé ces dérives, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit le principe d'un encadrement des tarifs de l'intérim médical (article L. 6146-3 du code de la santé publique). Le décret du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé et son arrêté d'application restent toutefois insuffisamment appliqués. Dans un contexte de démographie médicale en tension dans certains territoires et certaines spécialités, le recours à l'intérim médical s'est développé dans des conditions non conformes au cadre réglementaire en vigueur, en particulier s'agissant des montants de rémunération, qui excèdent régulièrement les plafonds tarifaires applicables et parfois à des niveaux très déraisonnables.

Aussi, des mesures complémentaires de lutte contre les dérives de l'intérim médical ont été inscrites dans l'article 33 de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Elles visent à mettre en adéquation la rémunération des praticiens intérimaires et vacataires avec la réglementation, en opérant un contrôle plus strict sur les contrats et prestations conclus par les établissements publics de santé.

La présente instruction et les mesures qu'elle prévoit visent trois situations :

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

Ainsi, l'ensemble des prestations d'intérim et des contrats à durée déterminée conclus à compter du 3 avril 2023 seront soumis au contrôle du comptable public selon ces nouvelles modalités.

Dès lors, les mesures prévues par la présente instruction s'appliquent à compter du 3 avril 2023.

PARTIE I : LE CADRE JURIDIQUE DE L'INTERIM MEDICAL

CHAPITRE I: LES TEXTES RELATIFS A L'INTERIM MEDICAL

Plusieurs dispositions encadrent actuellement la rémunération des intérimaires médicaux, de même que celle des praticiens contractuels.

S'agissant de l'intérim médical, l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 136 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dispose que :

« Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. [...]

Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire. »

Le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 et l'instruction n° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en œuvre du décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé prévoient quant à eux les conditions et les modalités de mise à disposition d'un praticien par une entreprise de travail temporaire au sein d'un établissement public de santé.

Ces deux textes encadrent la rémunération des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé en fixant un plafond journalier de dépenses susceptibles d'être engagées au titre d'une mission de travail temporaire d'un médecin.

Aux termes de l'arrêté du 24 novembre 2017¹, le montant du plafond journalier du salaire brut d'un praticien intérimaire pour 24 heures de travail effectif est fixé à 1 389,83 euros. Ce plafond n'intègre pas le remboursement éventuel des frais professionnels par l'entreprise de travail temporaire au praticien intérimaire et refacturés à l'établissement public de santé.

S'agissant des contrats de gré à gré, les établissements publics de santé ont recours au statut de praticien contractuel prévu par le code de la santé publique. En effet, des grilles de rémunération plafonnées sont associées à chaque statut (émoluments annuels bruts pour un praticien exerçant à temps plein). Toutefois, des pratiques non réglementaires ont été observées concernant les montants de rémunération inscrits dans les contrats de travail.

En pratique, la réglementation n'est pas strictement appliquée. En effet, des pratiques de rémunération irrégulières excédant les plafonds réglementaires sont observées au sein des établissements publics de santé, tant pour les missions d'intérim que pour les contrats de gré à gré conclus directement avec les praticiens.

Un dispositif complémentaire de contrôle a donc été inscrit dans la loi du 26 avril 2021.

CHAPITRE II : LA LOI N° 2021-502 DU 26 AVRIL 2021 VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

L'article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a complété les outils disponibles pour lutter contre ces dérives. Il prévoit :

« I. – L'article L. 6146-4 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 6146-4. — Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public.

« Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé, qui procède à la régularisation de ces dernières dans les conditions fixées par la réglementation.

« II. – Le I entre en vigueur six mois après la publication de la présente loi. »

L'application de cet article de loi, dont l'entrée en vigueur était initialement prévue le 28 octobre 2021, a été différée compte tenu de la situation exceptionnelle et la crise d'une ampleur inédite provoquée par la Covid. Il est désormais temps d'appliquer strictement l'encadrement des rémunérations de l'intérim médical, qui compte parmi les conditions de la refondation de notre système de santé engagée ces derniers mois. A ce titre, sa mise en application a été décidée pour le 3 avril prochain.

La mise en application des textes permet d'une part au comptable de renforcer le contrôle qu'il opère sur les établissements publics de santé, d'autre part au directeur général d'ARS informé par le comptable public de la conclusion d'actes irréguliers, d'engager de manière systématique une action juridictionnelle auprès du tribunal administratif compétent.

Ainsi, les dispositions de cette loi s'appliquent à l'ensemble des prestations d'intérim et des contrats à durée déterminée conclus à partir du 3 avril 2023.

Pour les prestations d'intérim réalisées via une entreprise de travail temporaire (article L. 1251-1 du code du travail), tout contrat individuel de mise à disposition par l'entreprise de travail temporaire conclu à compter de cette date fera l'objet de ce contrôle, même si l'accord-cadre liant l'établissement public de santé à l'entreprise de travail temporaire est antérieur au 3 avril.

CHAPITRE III: LE ROLE DU COMPTABLE PUBLIC DANS L'APPLICATION DE CE NOUVEL ARTICLE DE LOI

L'article L. 6146-4 du code de la santé publique permet aux directeurs généraux d'ARS de déférer devant le tribunal administratif compétent les actes conclus au titre d'une prestation d'intérim médical ou un contrat de recrutement de gré à gré (contrat de vacation²), prévoyant des tarifs ou des rémunérations non réglementaires.

² Par vacation, on désigne les contrats de court terme conclus directement entre un établissement public de santé et un praticien contractuel. Le praticien est alors le « vacataire ».

Pour ce faire, le comptable public devra en amont, lors des contrôles réalisés sur la rémunération des praticiens intérimaires et vacataires, rejeter les paies illégales qui dépasseraient les plafonds réglementaires et, par voie de conséquence, procéder à un contrôle de légalité interne des pièces justificatives qui lui sont transmises. A ce titre, les contrats de gré à gré et les contrats de mise à disposition par l'entreprise de travail temporaire devront indiquer de manière précise la rémunération du praticien.

Dès lors, il convient de préciser que ce contrôle ne s'inscrit pas dans le cadre des contrôles prévus aux articles 19 et 20 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP).

Il s'agit en effet d'un contrôle de légalité interne, prévu par exception par la loi, qui s'impose au comptable. Même si le contrôle de légalité interne n'est pas une mission incombant au comptable public au titre du décret GBCP, l'article L. 6146-4 du code de la santé publique ajoute ce contrôle à la charge du comptable public.

Dès lors, la loi l'emportant sur le décret, ce contrôle fera partie de l'office du comptable public, dès l'entrée en vigueur de l'article L. 6146-4 susvisé, soit le 3 avril 2023.

PARTIE II : LE CONTROLE DU COMPTABLE PUBLIC SUR LES PRATICIENS INTERIMAIRES ET VACATAIRES

CHAPITRE I: LES PIECES JUSTIFICATIVES

Pour rappel, le comptable doit disposer, pour chacune des trois situations ci-dessous, des pièces justificatives suivantes :

| Section 1 du chapitre II - La mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire (Intérim) | Section 2 du chapitre II - La relation contractuelle directe entre un praticien et un établissement public de santé (contrat de gré à gré ou contrat de vacation), avec ou sans mise en relation par le biais d'une entreprise de travail temporaire | |
|---|--|---|
| Mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire | Relation contractuelle directe entre un médecin remplaçant et un établissement public de santé, par le biais d'une entreprise de travail temporaire dans le cadre d'une prestation de placement | Relation contractuelle directe entre un médecin remplaçant et un établissement public de santé |
| manière précise et détaillée et signée par la personne publique (EPS); — un état liquidatif (facture établie par la société d'intérim) reprenant les modalités de liquidation fixées au contrat; — le cas échéant, le tableau de service détaillant | recrutement du médecin (contrat de gré à gré ou de vacation) fixant la rémunération du médecin de manière précise et détaillée; — un état liquidatif (bulletin de paye); — le contrat de placement ou de prestations de recrutement avec la société intérimaire; — le cas échéant, le tableau de service détaillant les heures travaillées du praticien et servant de base aux | recrutement du médecin (contrat de gré à gré ou de vacation) fixant la rémunération du médecin de manière précise et détaillée et signée; — un état liquidatif (bulletin de paye); — le cas échéant, le tableau de service détaillant les heures travaillées du praticien |

CHAPITRE II: LES DEUX HYPOTHESES DE CONTROLE RENCONTREES

Le nouveau contrôle, institué par le code de la santé publique, ne s'inscrit pas dans le cadre des contrôles prévus aux articles 19 et 20 du décret GBCP car il s'agit d'un contrôle de légalité interne. Par conséquent, il ne rentre pas dans le cadre du contrôle hiérarchisé de la dépense (CHD).

Section 1 : La mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire

Pour les contrats conclus avec une entreprise de travail temporaire, la dépense se rapporte à une prestation de service puisque l'entreprise de travail est rémunérée et non le praticien directement.

Les dépenses d'intérim sont en principe imputées au compte 62113 / autres services extérieurs – personnel intérimaire – personnel médical (en M21).

L'imputation comptable indiquée par l'ordonnateur permet donc de repérer les opérations à contrôler, sauf en cas de mauvaise imputation.

En cas de mandat individuel au compte 62113, le comptable pourra aisément faire son contrôle, les pièces étant rattachées au mandat. En cas de mandat multi-imputation, le mouvement sur le compte restera une alerte pour le comptable qui devra cependant identifier et rechercher les pièces correspondant à l'intérim médical.

Pour réaliser ce contrôle, le comptable peut créer dans Hélios une sous-catégorie de contrôle dans le plan de CHD de l'établissement concerné. Pour ce paramétrage, le comptable peut utilement se rapporter à la fiche Hélios « Le paramétrage du contrôle hiérarchisé de la dépense » (pages 9 et 10).

Section 2 : La relation contractuelle directe entre un praticien et un établissement public de santé (contrat de gré à gré ou contrat de vacation), avec ou sans mise en relation par le biais d'une entreprise de travail temporaire

Le contrôle porte sur l'ensemble des paies. Il est en principe exhaustif. Toutefois, afin de tenir compte de la charge de travail que cela représente, à la demande des comptables, les ordonnateurs fourniront une liste des contrats concernés par le dispositif de plafonnement. Des outils partagés pourront être mis à disposition pour faciliter les contrôles des comptables.

PARTIE III : LES MODALITES DE TRAITEMENT DES REMUNERATIONS DEPASSANT LES PLAFONDS REGLEMENTAIRES

CHAPITRE I : LES CONSEQUENCES DE LA DETECTION D'UN DEPASSEMENT DES PLAFONDS REGLEMENTAIRES DE REMUNERATION PAR LE COMPTABLE PUBLIC

L'article L. 6146-4 du code de la santé publique énonce que :

« Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé, qui procède à la régularisation de ces demières dans les conditions fixées par la réglementation. »

Dès lors que le comptable public relève, à l'occasion des contrôles dont les modalités sont prévues à l'annexe 2, un dépassement des plafonds réglementaires de rémunération des praticiens intérimaires ou vacataires recrutés par contrat sur un statut de praticien prévu par le code de la santé publique, le versement ne doit pas être effectué. La totalité de la rémunération concernée doit alors être rejetée par le comptable.

Le rejet s'effectue sur le fondement de l'article L. 6146-4 précité. Il ne s'agit pas d'une suspension du paiement telle qu'entendue à l'article 38 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Par conséquent, l'ordonnateur n'a pas la faculté de requérir le comptable pour qu'il procède au paiement, mais il devra régulariser les rémunérations irrégulières rejetées par le comptable.

Concomitamment au rejet, le comptable public doit se rapprocher du directeur de l'établissement public de santé afin de l'en informer par voie électronique, avec accusé de réception (cf. annexe 3). Il doit à cette occasion l'inviter à régulariser la situation suivant la situation du praticien concerné, conformément à la réglementation en vigueur. Cette régularisation doit être faite dans les meilleurs délais. La notification du rejet au directeur d'établissement, effectuée conformément à l'annexe 3, doit être conservée par le comptable public et sera transmise, en tant que de besoin, comme pièce justificative en cas d'information du directeur général de l'ARS et du directeur départemental/régional des finances publiques notamment.

Il est à souligner que la correction du dépassement constaté implique la correction, d'une part, des éléments de liquidation afin qu'ils soient conformes à la réglementation, et d'autre part de l'ensemble des pièces justificatives, mais également des éléments budgétaires et comptables associés.

À ce titre, l'ordonnateur devra réémettre un mandat prenant en compte la nouvelle liquidation, conforme aux plafonds réglementaires. Il y joindra les nouvelles pièces justificatives correspondantes, à savoir :

- pour les contrats de mise à disposition d'un praticien salarié par une entreprise de travail temporaire, un nouveau contrat ou un avenant au contrat initial signé par le directeur de l'établissement public de santé et fixant les éléments de rémunération conformes à la réglementation, ainsi qu'une facture de la société d'intérim reprenant les nouveaux éléments de liquidation;
- pour les contrats de gré à gré, un nouveau contrat ou un avenant au contrat initial signé par les deux parties et fixant les éléments de rémunération conformes à la réglementation, ainsi qu'un état liquidatif (bulletin de paye) reprenant les nouveaux éléments de liquidation.

Au vu de la régularisation, le comptable pourra procéder au paiement des sommes ainsi corrigées, sous réserve du résultat de ses contrôles réglementaires habituels et de la mise en conformité effective des rémunérations des praticiens intérimaires et vacataires aux plafonds réglementaires.

Dans l'éventualité où la régularisation de l'ordonnateur, malgré les préconisations du comptable, excéderait toujours le plafond réglementaire, ce dernier rejettera de nouveau et pour les mêmes motifs la dépense et saisira alors directement le directeur général de l'ARS selon les modalités précisées ci-après.

De la même manière, à l'issue d'un délai d'un mois, en cas de refus explicite du directeur de l'établissement de santé ou en cas d'absence de réponse suite à l'information du rejet par le comptable, le directeur général de l'ARS sera directement alerté par le comptable public.

À toutes fins utiles, concernant les seuls contrôles réglementaires, il est rappelé que la responsabilité du comptable public s'apprécie au jour du paiement de la dépense. Ainsi, même si le contrat est signé postérieurement à l'exécution des prestations, le comptable pourra procéder au paiement des prestations correspondantes si la signature intervient avant la date de paiement.

CHAPITRE II : LES MODALITES DE L'ALERTE PAR LE COMPTABLE PUBLIC

En l'absence de réponse ou de régularisation de la part du directeur de l'établissement public de santé, le comptable public doit alerter le directeur général de l'ARS. Simultanément, il doit informer en copie, le directeur de l'établissement ayant employé le médecin intérimaire, la direction départementale des Finances publiques (DDFiP) et la direction régionale des Finances publiques (DRFiP) compétentes, ainsi que la direction générale des Finances publiques.

Section 1 : L'alerte par le comptable public du directeur général de l'ARS compétente

Dans un souci de correction rapide de situation de sur-rémunération, il est capital que l'alerte du directeur général de l'ARS soit bien effectuée par le comptable public assignataire. De plus, le directeur général de l'ARS devra alors déférer l'acte devant le tribunal administratif compétent. Ainsi, un certain formalisme lors de l'alerte est requis afin qu'une bonne information du directeur général de l'ARS soit assurée.

Le comptable public doit pour ce faire avertir le directeur général de l'ARS par mail avec accusé de réception, à l'aide du modèle disponible en annexe 3. Doivent être jointes à ce mail les pièces justificatives, mentionnées dans le chapitre 1 de la partie II, que le comptable public a utilisées pour effectuer son contrôle et constater le dépassement du plafond réglementaire.

Cette alerte au directeur général de l'ARS doit être conservée par le comptable public.

Section 2 : L'alerte par le comptable public du directeur de l'établissement public de santé et de la DGFiP

Simultanément à cette alerte du directeur général de l'ARS, le comptable public doit informer en les mettant en copie :

- le directeur de l'établissement public de santé ;
- la DDFiP compétente en sa qualité d'autorité hiérarchique et la DRFiP compétente en sa qualité d'interlocuteur de l'ARS de même ressort géographique, en les mettant en copie du mail (boite à lettres fonctionnelles du pôle gestion publique) adressé par le comptable au directeur général de l'ARS, prévu en annexe 3;
- la direction générale de la DGFiP bureau CL-1A expertise juridique, à titre d'information

CHAPITRE III : LA SAISINE DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Dès lors que le directeur général de l'ARS a été informé par le comptable public de la conclusion d'un acte irrégulier par un établissement public de santé, il lui revient de saisir le tribunal administratif compétent sans délai. Dans ce cadre, le directeur général de l'ARS n'a pas spécifiquement à démontrer un intérêt à agir. Un modèle de la requête devant être introduite par le directeur général de l'agence régionale de santé est proposé en annexe 4.

La saisine doit être effectuée auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le directeur général de l'ARS a eu connaissance de l'acte litigieux, soit à compter de la transmission de l'acte par le comptable public. L'accusé de réception du courrier de transmission de l'acte irrégulier par le comptable public peut permettre de justifier du respect du délai de recours.

La saisine, qui prend la forme d'une requête, est effectuée par voie dématérialisée via l'application Télérecours en application de l'article R. 414-1 du code de justice administrative.

La requête est motivée, c'est-à-dire qu'elle comprend un rappel des faits et de la procédure, précise ce qui est demandé au tribunal (soit l'annulation de l'acte litigieux) et explique les arguments justifiant la requête (R. 411-1 du code de justice administrative).

Dans une requête, l'argumentation est structurée en séparant les moyens de légalité externe (par exemple les vices de forme et de procédure) et ceux de légalité interne (par exemple l'erreur de droit).

A peine d'irrecevabilité, la requête doit être accompagnée de l'acte attaqué. Il conviendra donc de produire le contrat illégal et, le cas échéant, la décision explicite de refus de régularisation du directeur de l'établissement public de santé née de la demande de régularisation par le comptable public.

Ce recours peut être également accompagné de pièces jointes permettant de soutenir l'argumentation développée. Dans ce cadre, il est nécessaire d'y faire référence dans la requête (formule possible : « cf. pièce n° 1 ») et de produire un inventaire détaillé des pièces produites (cf. articles R. 412-2 et R. 414-3 du code de justice administrative). En pratique, la pièce n° 1 correspondra à l'acte attaqué.

Le recours peut notamment être assorti, par une requête distincte, d'une saisine du tribunal administratif visant à obtenir le sursis à l'exécution de la décision du directeur d'établissement sur le fondement de l'article L. 554-6 du code de justice administrative qui permet notamment au directeur général de l'ARS de demander la suspension des décisions d'un directeur d'établissement dans l'attente du jugement au fond du tribunal administratif, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il exerce sur ces décisions en vertu du dernier alinéa de l'article L. 6143-4 du code de la santé publique.

Toute difficulté d'application de la présente instruction devra être portée à la connaissance des bureaux PF1 et RH5 de la DGOS et du bureau CL-1A de la DGFiP.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Pour le ministre de la santé et de la prévention et par délégation :

Pour le ministre de l'économie, des finances, de la souveraineté industrielle et numérique et par délégation : Le chef du service des collectivités locales,

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 30 mars 2023 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire

NOR: SPRH2308885A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics,

Vu le code de la santé publique;

Vu l'arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire;

Vu l'arrêté du 29 mars 2023 portant majorations exceptionnelles de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé,

Arrêtent:

Art. 1er. - L'arrêté du 24 novembre 2017 susvisé est ainsi modifié :

1° A l'article 1, le montant : « 1 170,04 € » est remplacé par le montant : « 1 210,99 € » ;

2° L'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

- « Art. 2. Conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté du 29 mars 2023 portant majorations exceptionnelles de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé, le montant plafond mentionné à l'article 1^{er} du présent arrêté est, de manière transitoire, porté à 1 389,83 € jusqu'au 31 août 2023. »
- Art. 2. Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 mars 2023.

Le ministre de la santé et de la prévention, François Braun

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Bruno Le Maire

> Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, Gabriel Attal



Paris, le 15.03.2023

FICHE

<u>Objet</u>: Principaux outils de mobilisation RH pour accompagner la mise en œuvre de l'encadrement des dépenses d'intérim médical et de contrats de gré à gré.

Le contrôle des dépenses de l'intérim médical et des contrats de gré à gré dans les établissements publics de santé, dont la mise en œuvre s'engagera le 3 avril, constitue une étape essentielle pour remettre l'éthique et la solidarité au cœur du système de santé. Les travaux de préparation de cette échéance ont débuté dès le mois de décembre 2022, et vont se poursuivre jusqu'au début du mois avril. Des difficultés vont apparaître transitoirement et nécessiteront une gestion active des situations dans les territoires. Une cartographie des établissements les plus exposés à l'intérim médical et aux situations contractuelles irrégulières a été réalisée et les ARS travaillent à la mise en place de schémas d'organisation pour assurer la continuité des soins, fondés sur l'entraide territoriale et la mobilisation des établissements pivots des GHT et des CHU.

Des besoins de réaffectation ou de renfort en personnels de santé devraient ainsi se manifester dans les établissements. Pour y répondre, les Agences régionales de santé (ARS), les établissements de santé et les établissements médico-sociaux peuvent s'appuyer sur plusieurs dispositifs mis en place ou disponibles à l'échelle nationale. Cette note vise à les rappeler afin de permettre une meilleure appropriation de ces dispositifs.

Dans ce même cadre, une charte nationale, signée le 30 mars 2023 entre les fédérations d'établissements publics et privés, comporte notamment les engagements de l'ensemble des signataires de veiller au respect des plafonds de rémunération de l'intérim médical, d'agir de manière collective et solidaire à l'échelle des territoires au sein de cellules territoriales de gestion de la continuité des soins mises en place par les ARS et d'accompagner tout mécanisme de solidarité territoriale par le renfort de praticiens ou l'accueil de patients (charte nationale annexée à la boîte à outils de la DGOS).

1. Les mesures de droit commun

Au niveau de chaque région, une gouvernance territoriale, pilotée par l'ARS, doit être mise en place. Elle doit pouvoir mettre en réseau l'ensemble des acteurs (SAMU, établissements de santé publics et privés, URPS, établissements et services médico-sociaux, etc.) afin de disposer d'une vision partagée de la situation, de ses évolutions, et de mettre en œuvre la stratégie régionale de continuité développée par l'ARS.

Sur le volet RH, les ARS ont ainsi la charge de réactiver, le cas échéant, les pôles « offre de soins » et « ressources humaines » de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS) destinés notamment à mettre en réseau les acteurs du système de santé régional, organiser la gestion des renforts en personnel au profit des structures sanitaires et médicosociales, encourager la mise en place de coordination entre établissements publics et privés et l'identification des renforts possibles (mises à disposition de personnels entre établissements) et mobiliser les dispositifs d'appui sanitaires, les réseaux de professionnels libéraux et les dispositifs d'appui à la coordination.

Pour les établissements de santé, plusieurs actions sont à engager pour gérer les situations de tensions :

- Mobilisation des ressources au niveau territorial (ex.: GHT) via des mises à disposition de personnels d'un établissement à l'autre ou en aménageant l'offre de soins ou les circuits patients entre établissements;
- Coordination avec les autres établissements publics et privés et acteurs du territoire pour mutualiser les problématiques touchant aux ressources humaines et élaborer une réponse coordonnée : mises à disposition, conventionnement entre structures ;
- Réorganisation des cycles, des services (ouverture/fermeture, réaffectation de personnel);
- Pour les personnels volontaires : utilisation des heures supplémentaires et du temps additionnel, réintégration anticipée des personnels en disponibilité ou mobilisation des personnels retraités depuis moins de 6 mois...

Au titre des mesures mobilisables pour la gestion des ressources médicales disponibles sur un territoire, la prime de solidarité territoriale peut être versée aux praticiens réalisant des remplacements dans un autre établissement public de santé (cf. FAQ sur la PST, mars 2023). Son montant peut être majoré, pour certaines spécialités, dans la limite de 20%, par un arrêté du directeur général de l'ARS après avis de la commission régionale paritaire. De même, les ARS peuvent décider d'autoriser le versement de cette prime aux praticiens n'exerçant pas à temps plein. Cette limite est rehaussée à 30 % par un arrêté dont la publication est imminente.

Le recours au recrutement de praticiens contractuels sur le fondement du 2° de l'article R.6152-338 du code de la santé publique, régulé par les ARS dans le cadre du CPOM, est également un outil à mobiliser dans ce contexte (cf. FAQ sur les contrats « de motif 2 », mars 2023) pour fidéliser des praticiens dans les établissements publics de santé.

Enfin, il est également possible de mobiliser la réserve sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre de ces contrôles. Pour cela, s'agissant d'une mobilisation pour des motifs ne relevant pas d'une crise sanitaire, un processus de validation particulier a été mis en place. Les ARS recueillent les demandes des établissements de santé et les transmettent à la DGS. Ces demandes sont arbitrées par le cabinet du ministre.

Il est précisé que les missions des réservistes ne peuvent excéder 45 jours par an et que la rémunération est fixée à 300 euros par jour de mission pour un médecin, un pharmacien ou une sage-femme et à 125 euros par jour de mission pour les psychologues, infirmiers, ingénieurs et cadres administratifs

Si le réserviste est fonctionnaire ou salarié, Santé Publique France indemnise directement l'employeur.

2. Les mesures de soutien au système de santé mises en place depuis l'été 2022 et prolongées

En réponse aux difficultés rencontrées par les structures d'urgences, de pédiatrie, et plus globalement par l'ensemble du système de santé, la Première ministre a annoncé, le 1er juillet dernier, un ensemble de mesures devant soutenir une organisation renforcée de l'accès aux soins urgents et non programmés dans tous les territoires. Ces mesures ont, pour la plupart, été mobilisées jusqu'au 30 septembre 2022. Elles ont fait l'objet d'une évaluation. Après cette évaluation et tenant compte des tensions persistantes, plusieurs d'entre elles ont été prolongées (jusque fin mars ou fin avril 2023 notamment) voire pérennisées.

L'instruction N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023 rappelle ainsi les dispositifs disponibles, leur cadre de mobilisation ainsi que, le cas échéant, leur échéance de validité.

Plus particulièrement, pour les personnels hospitaliers, cette instruction prévoit le doublement de la majoration des indemnités horaires pour travail de nuit des personnels non médicaux et de maïeutique et l'augmentation de 50% des indemnités de garde pour les personnels médicaux, les personnels enseignants et hospitaliers et les étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, exerçant en établissement public de santé, jusqu'au 31 mars 2023¹. Comme annoncé par le président de la République, ces mesures seront maintenues au-delà de l'échéance de fin mars 2023 : « D'un côté, au sein de l'hôpital, il faut ouvrir le chantier sur la rémunération du travail de nuit et de la permanence. Je vais le dire tant que nous n'aurons pas rebâti les choses, les mesures dites d'urgence prévues jusqu'en mars seront maintenues ». Ce dispositif est prolongé jusqu'au 31 aout 2023, par un arrêté dont la publication est imminente.

Jusqu'au 30 avril 2023, des dispositifs exceptionnels de recrutement et de rémunération de professionnels libéraux par les établissements de santé, s'approchant des niveaux de rémunérations usuels pour ces professionnels pour limiter les phénomènes concurrentiels, sont aussi en place.

Les montants seront valables pour les professionnels libéraux installés en cabinet et doivent permettre le recrutement de professionnels libéraux en renfort des équipes hospitalières. Ces recrutements sont réalisés dans le cadre d'un contrat avec l'établissement de santé, notamment pour sécuriser le bénéfice de la couverture assurantielle et de la couverture au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP).

Ces professionnels doivent être rémunérés selon les forfaits nationaux suivants :

- Les infirmiers diplômés d'État libéraux ou exerçant en centre de santé : 42 euros par heure ou 54 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Les médecins libéraux ou exerçant dans un centre de santé : 80 euros par heure ou 105 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Les sages-femmes diplômées d'État libérales ou exerçant en centre de santé : 53 euros par heure ou 68 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou exerçant en centre de santé : 42 euros par heure ou 54 euros la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Pour rappel, pour les personnels non médicaux et les sages-femmes, le taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit restera à 0,34 euros (mesure de majoration prise cet été). Le taux de la première majoration pour travail intensif sera maintenu à 1,80 euros. Le taux de la seconde majoration pour travail intensif restera à 2,52 euros. Les conditions d'attribution de ces indemnités sont inchangées. L'indemnité de sujétion de garde continuera d'être majorée de 50 % pour les personnels médicaux, les personnels enseignants et hospitaliers et les étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, des établissements publics de santé.

Jusqu'au 30 avril, les docteurs juniors sont également autorisés à réaliser du temps de travail additionnel (TTA). En effet, conformément au XIV de l'article 43-1 de l'arrêté du 1er juin 2021 relatif aux mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la covid 19, cette mesure temporaire et dérogatoire a été prolongée. Dans ce cadre et tout au long du mois d'avril, le docteur junior peut accomplir, sur la base du volontariat, au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, du TTA dans la limite de quinze demi-périodes par trimestre, donnant lieu au versement d'indemnités de TTA. Il est prévu de prolonger cette mesure jusqu'au 31 aout 2023.

Par ailleurs, <u>la possibilité pour les étudiants de troisième cycle (internes et docteurs junior) de remplacer les praticiens absents au sein des établissements de santé (publics et privés) est désormais pérennisée (cf. décret n° 2022-1466 du 24 novembre 2022 autorisant les étudiants de 3ème cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie à effectuer des remplacements dans les établissements de santé).</u>

Les étudiants ainsi autorisés à remplacer sont recrutés par contrat de droit public dans les établissements publics de santé et soumis à certaines dispositions statutaires applicables aux praticiens contractuels (cf. décret n°202-1466 précité). Le remplacement est nominatif et personnel. Ils ne peuvent être recrutés que pour remplacer un praticien absent dans le service (contrats de motif 1). Ils ne peuvent pas être recrutés sur un contrat de motif 2.

Il ne peut réaliser de remplacement dans l'entité au sein de laquelle il est accueilli au titre de son stage.

3. Les mesures coercitives / de recours

Quel que soit le fondement légal retenu, la réquisition devra répondre aux conditions de nécessité et de proportionnalité exigées de toute mesure de police. L'exigence de nécessité signifie qu'il ne doit pas exister d'autres solutions disponibles et plus efficaces. L'exigence de proportionnalité implique, quant à elle, que la mesure ne doit pas être trop générale².

Il s'agira, pour les ARS, dans cette période de transition, de prioriser / cibler les professionnels pouvant faire l'objet de réquisitions au bénéfice des établissements les plus « critiques », et ce pour éviter les populations sensibles ou qui seront déjà fortement sollicitées pour assurer la continuité des soins avec la mise en place de l'encadrement des dépenses de l'intérim médical :

- En priorité, les intérimaires ou les agences d'intérimainsi que les praticiens vacataires et les entreprises de mise en relation ;
- Mais aussi potentiellement les professionnels libéraux et les professionnels des établissements identifiés comme « moins critiques » dans les schémas de continuité.

Le gouvernement et les administrations ont à leur disposition deux bases légales pour procéder, en recours, à des mesures coercitives de réquisition :

² A ainsi été censurée une réquisition de l'ensemble des sages-femmes d'une clinique en vue de permettre la poursuite d'une activité complète du service dans les conditions existantes avant le déclenchement du mouvement de grève ; à l'inverse, est jugée proportionnée une réquisition portant sur un nombre de salariés, limité en nombre et en durée et qui ne tend pas à mettre en place un service normal mais vise seulement à assurer un service minimum, par un nombre restreint mais suffisant d'agents et une liste réduite de tâches essentielles précisément définies.

A/ Le 4° de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales en cas d'« atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques»

Texte : Le 4° de l'article <u>L. 2215-1</u> du CGCT prévoit qu' « en cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées ».

Procédure : C'est le préfet qui décide des réquisitions par un « arrêté motivé » qui « fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application ».

Indemnisation : Cette disposition précise que « la rétribution par l'Etat de la personne requise ne peut se cumuler avec une rétribution par une autre personne physique ou morale. La rétribution doit uniquement compenser les frais matériels, directs et certains résultant de l'application de l'arrêté de réquisition ».

Cette disposition, utilisée par le passé à de nombreuses reprises, a déjà donné lieu à plusieurs contentieux qui ont permis de mieux appréhender sa portée et la façon dont le juge contrôle la légalité de sa mise en œuvre. La jurisprudence du Conseil d'Etat a ainsi précisé les conditions de fond auxquelles est subordonnée la possibilité de réquisitionner du personnel gréviste sur ce fondement.

Il en résulte que :

- L'activité dont relève le personnel doit présenter une importance particulière pour le maintien de l'activité économique, la satisfaction des besoins essentiels de la population ou le fonctionnement des services publics ;
- Il faut qu'il existe une menace pour l'ordre public;
- La mesure doit être imposée par l'urgence ;
- Elle doit être nécessaire et proportionnée aux impératifs de l'ordre public.

<u>B/ L'article L. 3131-8 du code de la santé publique (CSP) lorsque « la situation sanitaire le justifie »</u>

Texte : L'article <u>L. 3131-8</u> du code de la santé publique dispose que « si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social ».

Procédure: La réquisition est prononcée par arrêté du préfet de département, sur proposition du DG ARS. Les modalités de mise en œuvre sont prévues aux articles <u>R. 3131-4</u> et suivants du CSP.

Les conditions de fond pour recourir à l'article L. 3131-8, qui concerne spécifiquement les professionnels de santé, sont moins nombreuses et paraissent moins contraignantes que celles exigées par l'article L. 2215-1. En effet, la réquisition n'est pas subordonnée à une condition d'urgence. En outre, il suffit qu'elle soit justifiée par la situation sanitaire pour pouvoir être actionnée. L'article L. 3131-8 ne conditionnant pas les réquisitions à l'existence de « menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence » ou encore de « situation sanitaire exceptionnelle », contrairement à d'autres dispositions du même chapitre ler relatif aux menaces sanitaires, il est permis de penser que les autorités peuvent ordonner des réquisitions sur cette base, dans des situations sanitaires d'une gravité moindre.

Indemnisation: L'article L. 3131-8 renvoie aux modalités d'indemnisation figurant aux articles L. 2234-1 et suivants du code de la défense. Pour un salarié, la réquisition de personne n'ouvre ainsi droit à aucune indemnité autre que leur traitement ou salaire usuel. Pour une prestation, les indemnités dues compensent uniquement la perte matérielle, directe et certaine que la réquisition impose. Elles tiennent compte exclusivement de toutes les dépenses qui ont été exposées d'une façon effective et nécessaire par le prestataire, de la rémunération du travail, de l'amortissement et de la rémunération du capital, appréciés sur des bases normales. Aucune indemnité n'est due pour la privation du profit qu'aurait pu procurer au prestataire la libre disposition de la continuation en toute liberté de son activité professionnelle.

A la différence d'une réquisition fondée sur l'article L. 2215-1 du CGCT - qui fait seulement intervenir le préfet au titre de son pouvoir de police générale-, la procédure de police spéciale du CSP fait intervenir le directeur général d'ARS, qui propose la réquisition au préfet de département. Celui-ci « peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services ». Il peut ainsi « requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice ».

4. Autres mesures de recours, en cas de désistement de dernière minute des praticiens intérimaires et remplaçants

Dans le cas de situations de désengagement ou d'annulation de remplacement à la dernière minute par des praticiens intérimaires ou remplaçants, qui constituent un comportement non-déontologique, les conseils départementaux de l'ordre (CDOM) pourront engager des actions ordinales sur la base de signalements circonstanciés adressés par les administrations hospitalières ou les ARS.

Ces dispositions sont diffusées par le conseil national de l'ordre des médecins au réseau des conseils départementaux.

Cour de discipline budgétaire et financière

2^{ème} section

Arrêt du 16 avril 2009, "Centre hospitalier de Fougères (Ille et Vilaine)"

N° 165-617

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS,

LA COUR DE DISCIPLINE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE, Siégeant à la Cour des comptes, en audience publique, a rendu l'arrêt suivant :

Vu le code des juridictions financières, notamment le titre 1^{er} du livre III relatif à la Cour de discipline budgétaire et financière ;

Vu le code de la santé publique, le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique et l'ensemble des textes réglementaires et des instructions comptables applicables aux établissements de santé ;

Vu les lettres du 16 mars 2007 et du 17 septembre 2007 enregistrées respectivement le 21 mars 2007 et le 27 septembre 2007 au ministère public près la Cour, par lesquelles le commissaire du Gouvernement près la chambre régionale des comptes de Bretagne, en application de la décision délibérée par celle-ci le 11 janvier 2007, a communiqué à la Cour de discipline budgétaire et financière des irrégularités supposées dans la gestion du Centre hospitalier de Fougères (Ille-et-Vilaine);

Vu le réquisitoire du Procureur général près la Cour des comptes du 15 octobre 2007, saisissant le Président de la Cour de discipline budgétaire et financière desdites irrégularités ;

Vu les décisions du 24 octobre 2007 et du 11 février 2009 par lesquelles le président de la Cour de discipline budgétaire et financière a désigné successivement M. Philippe Vincensini, premier conseiller de chambre régionale des comptes, et M. Emmanuel Giannesini, conseiller référendaire à la Cour des comptes, en qualité de rapporteur ;

Vu la lettre recommandée du 21 janvier 2008 par laquelle le Procureur général a avisé de sa mise en cause M. Patrice X..., directeur du centre hospitalier de Fougères depuis le 15

mars 1993, dans les conditions prévues à l'article L. 314-4 du code susvisé, ensemble l'avis de réception de cette lettre ;

Vu la lettre recommandée du 22 février 2008 par laquelle le Procureur général a avisé de sa mise en cause Mme Colette Y..., directrice départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) d'Ille-et-Vilaine à l'époque des faits, dans les conditions prévues à l'article L. 314-4 du code susvisé, ensemble l'avis de réception de cette lettre ;

Vu la lettre du président de la Cour de discipline budgétaire et financière du 15 avril 2008 transmettant au Procureur général le dossier de l'affaire, comportant notamment le rapport établi par M. Vincensini ;

Vu la lettre du Procureur général du 23 mai 2008 informant le Président de la Cour de discipline budgétaire et financière de sa décision de poursuivre la procédure, en application de l'art. L. 314-4 du code susvisé ;

Vu les lettres du 27 mai 2008 par lesquelles le président de la Cour de discipline budgétaire et financière a transmis pour avis le dossier au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative en application de l'article L. 314-5 du code susvisé, ensemble les avis de réception de ces lettres ;

Vu l'avis de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports en date du 27 juin 2008 ;

Vu la décision du Procureur général en date du 7 janvier 2009 renvoyant M. X... et Mme Y... devant la Cour de discipline budgétaire et financière, conformément à l'article L. 314-6 du code susvisé;

Vu les lettres recommandées de la greffière de la Cour de discipline budgétaire et financière en date du 9 janvier 2009 avisant M. X... et Mme Y... de la possibilité de prendre connaissance du dossier de l'affaire, dans les conditions prévues à l'article L. 314-8 du code susvisé, ensemble les avis de réception de ces lettres ;

Vu les lettres recommandées de la greffière de la Cour de discipline budgétaire et financière en date du 26 janvier 2009 citant M. X... et Mme Y... à comparaître devant la Cour le 27 mars 2009, ensemble les avis de réception de ces lettres;

Vu le mémoire en défense présenté par Maître Poignard pour M. X..., adressé le 16 février 2009 et enregistré le 18 février 2009 au greffe de la Cour de discipline budgétaire et financière ;

Vu le mémoire en défense présenté par Mme Y..., enregistré le 24 février 2009 au greffe de la Cour de discipline budgétaire et financière ;

Vu la lettre de Maître Poignard pour M. X... date du 16 mars 2009, demandant à ce que Mme Z... soit citée en tant que témoin à la séance publique de jugement, et vu le permis, accordé par le président de la Cour en date du 18 mars, de citer Mme Z... à ladite séance;

Vu la lettre recommandée de la greffière de la Cour de discipline budgétaire et financière du 20 mars 2009 transmettant au témoin cité par la défense la convocation à l'audience publique de jugement et les lettres recommandées de la greffière à M. X..., Mme Y... et Maître Poignard leur transmettant copie de ces mêmes documents, ensemble les avis de réception de ces lettres ;

Vu les autres pièces du dossier, notamment les procès-verbaux d'audition et le rapport d'instruction de M. Vincensini ;

Entendu en audience publique de jugement du 27 mars 2009 le rapporteur, M. Giannesini, résumant le rapport écrit, en application des articles L. 314-12 et R. 314-1 du code des juridictions financières ;

Entendu le représentant du ministère public, résumant la décision de renvoi, en application des articles L. 314-12 et R. 314-1 du code des juridictions financières ;

Entendu en leurs observations M. X... et Maître Poignard, son conseil, ainsi que Mme Y..., en application de l'article L. 314-12 du code des juridictions financières ;

Entendu sous serment le témoin, Mme Z..., en sa déposition ;

Entendu le Procureur général en ses conclusions, en application de l'article L. 314-12 du code des juridictions financières ;

Entendu en sa plaidoirie Maître Poignard pour M. X..., et en leurs explications et observations M. X... et Mme Y..., les intéressés ayant eu la parole en dernier;

Sur la compétence de la Cour

Considérant que le Centre hospitalier de Fougères, établissement public local de santé, est régi par les articles L. 6141-1 et suivants du code de la santé publique et soumis en tant que tel au contrôle de la chambre régionale des comptes de Bretagne ; qu'en conséquence, ses agents sont justiciables de la Cour de discipline budgétaire et financière en application des b et c du I de l'article L. 312-1 du code des juridictions financières ;

Considérant que la direction des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine est un service déconcentré de l'Etat soumis au contrôle de la Cour des comptes ; qu'en conséquence, ses agents sont justiciables de la Cour de discipline budgétaire et financière en application du b du I de l'article L. 312-1 du code des juridictions financières ;

Considérant ainsi que M. X..., directeur du centre hospitalier de Fougères, et Mme Y..., directrice des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine à l'époque des faits, sont justiciables de la Cour de discipline budgétaire et financière;

Sur l'absence d'avis du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Considérant que l'absence de réponse du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique à la demande d'avis formulée le 27 mai 2008, dans le délai d'un mois qui lui avait été imparti, ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure, en application de l'article L. 314-5 du code des juridictions financières;

Sur la prescription

Considérant qu'en vertu de l'article L. 314-2 du code des juridictions financières, la Cour ne peut être saisie après l'expiration d'un délai de cinq années révolues à compter du jour où aura été commis le fait de nature à donner lieu à l'application des sanctions prévues par les articles L. 313-1 et suivants dudit code ; qu'en l'espèce, le déféré de la chambre régionale des comptes de Bretagne a été enregistré au ministère public près la Cour de discipline budgétaire et financière le 21 mars 2007 ; qu'ainsi la Cour est valablement saisie, s'agissant des conditions d'emploi et de la rémunération de personnels médicaux contractuels par le centre hospitalier de Fougères, de tous faits postérieurs au 21 mars 2002 ;

Sur les faits

Considérant qu'il y a lieu de distinguer deux périodes successives correspondant à deux dispositifs distincts de rémunération de certains praticiens hospitaliers contractuels employés par le centre hospitalier de Fougères;

Période courant du 1er janvier 2003 au 31 mars 2004

Considérant qu'au cours de la première période, portant sur l'exercice 2003 et le premier trimestre de l'exercice 2004, dix praticiens hospitaliers recrutés par contrat ont perçu, en plus de leur rémunération contractuelle, les sommes correspondant à l'indemnisation de gardes et astreintes sur place; que toutefois, les tableaux mensuels de service établis en application de l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 ne corroborent pas les relevés mensuels nominatifs des gardes et astreintes joints aux mandats de paiements desdites sommes; qu'ainsi des gardes et astreintes ont été réglées alors qu'elles n'avaient pas été réellement effectuées par les dix praticiens concernés;

Considérant qu'en application de l'article 7 du décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, le directeur du centre hospitalier de Fougères, en sa qualité d'ordonnateur des dépenses de l'établissement, est responsable de l'exactitude des certifications qu'il délivre ; qu'en l'espèce, M. X..., directeur de l'établissement, a, en cette qualité, certifié le service fait attaché à l'indemnisation de gardes et astreintes qui n'avaient pas été effectuées ; que le versement des sommes correspondantes est ainsi intervenu en infraction avec les règles d'exécution des dépenses prévues par le décret du 29 décembre 1962, notamment en ses articles 30 et 31 ;

Considérant en conséquence que ces irrégularités tombent sous le coup de l'infraction prévue par l'article L. 313-4 du code des juridictions financières, les règles d'exécution des dépenses du centre hospitalier ayant été méconnues ;

Considérant en revanche que l'instruction n'a pas établi que les rémunérations ainsi irrégulièrement versées aux praticiens contractuels constituaient un avantage injustifié au préjudice de l'établissement, au sens de l'article L. 313-6 du code des juridictions financières; que dans les circonstances de l'espèce, en effet, l'indemnisation de gardes et astreintes s'inscrivait, fût-ce de façon irrégulière, dans le cadre d'une rémunération globalement négociée avec les praticiens concernés, versée en contrepartie de prestations effectuées au service du centre hospitalier et conformes aux missions et aux besoins de l'établissement; que l'infraction définie à l'article L. 313-6 du code des juridictions financières n'est dès lors pas constituée;

Période courant du 1er avril 2004 au 31 août 2006

Considérant qu'au cours de la seconde période susévoquée, le conseil d'administration du centre hospitalier du Fougères, par une délibération en date du 5 mars 2004 proposée par M. X... en sa qualité de directeur, a mis en place un dispositif de rémunération des praticiens contractuels fondé sur une rémunération forfaitaire quotidienne; que cette délibération a été transmise à la direction des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine, le 9 mars 2004 au titre du contrôle de légalité et n'a fait l'objet d'aucune observation; que cinq praticiens ont été rémunérés sur la base de ce dispositif du 1^{er} avril 2004 au 31 août 2006;

Considérant que l'article L. 6143-1 du code de la santé publique énumère limitativement les compétences du conseil d'administration des établissements de santé tels

que le centre hospitalier de Fougères ; que ne figure pas parmi ces compétences la fixation des conditions d'emploi et de rémunération des praticiens contractuels ; que ces conditions d'emploi et de rémunération sont précisément fixées par l'article R. 6152-416 du même code, lequel prévoit une rémunération fondée sur les émoluments applicables aux praticiens hospitaliers titulaires parvenus au 4^{ème} échelon de la carrière, moyennant une majoration maximale de 10 %; que le même article prévoit expressément que cette rémunération est proportionnelle à la durée du travail fixée par le contrat du praticien ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le dispositif mis en place par la délibération du 5 mars 2004 sur la proposition de M. X... était irrégulier, d'une part parce qu'il n'entrait pas dans les compétences du conseil d'administration d'en décider, d'autre part, en ce qu'il contrevenait aux dispositions du code de la santé publique ; qu'en conséquence, les paiements effectués sur son fondement l'ont été en infraction avec les règles d'exécution des dépenses du centre hospitalier de Fougères prescrites par le code de la santé publique ; que l'écart entre les rémunérations effectivement versées et celles qui auraient résulté d'une correcte application des textes a été estimé par la Cour à 251 841,42 € ;

Considérant que ces irrégularités tombent sous le coup de l'infraction prévue par l'article L. 313-4 du code des juridictions financières, les règles d'exécution des dépenses du centre hospitalier ayant été méconnues ;

Considérant en revanche que l'instruction n'a pas établi que les rémunérations ainsi irrégulièrement versées aux praticiens contractuels constituaient un avantage injustifié au préjudice de l'établissement, au sens de l'article L. 313-6 du code des juridictions financières;

Sur les responsabilités

Considérant que M. X..., directeur du centre hospitalier de Fougères, a d'une part ordonnancé le paiement de gardes en l'absence de service fait, d'autre part proposé au conseil d'administration, puis mis en œuvre un dispositif de rémunération manifestement irrégulier;

Considérant que dans son mémoire en défense susvisé comme devant la Cour, M. X... invoque un contexte qui nécessitait de privilégier les exigences de la continuité du service public ; que notamment, l'obligation légale d'accueil des patients de jour comme de nuit et la continuité des soins, prescrites par l'article L. 6112-2 du code de la santé publique et étayées par l'obligation faite aux établissements de santé de disposer des moyens adéquats posée par l'article L. 6113-1 du même code, exigeaient du centre hospitalier de Fougères qu'il dispose du concours de praticiens contractuels pour pallier les vacances d'emplois constatées dans les services d'anesthésie, de radiologie et de gynécologie obstétrique ;

Considérant que M. X... a également établi devant la Cour que le schéma régional d'organisation des soins (SROS) élaboré par l'agence régionale d'hospitalisation de Bretagne dont dépend le centre hospitalier de Fougères visait notamment à permettre une répartition cohérente des soins de premier recours entre le centre hospitalier régional universitaire de Rennes et les trois hôpitaux dits de proximité qui l'entourent, dont celui de Fougères ; qu'au moment des faits ce SROS faisait obligation au centre hospitalier de Fougères de maintenir continûment en service des plateaux techniques de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ; Que dans différentes spécialités médicales indispensables à la mise en œuvre des missions fixées par le SROS, les moyens humains alors disponibles au sein du centre hospitalier de Fougères étaient insuffisants pour y faire face ; qu'il appartenait dès lors à M. X... de renforcer les équipes médicales de l'hôpital dans ces spécialités déficitaires ;

Considérant que M. X... a, à plusieurs reprises, diffusé et fait publier la liste des postes vacants au sein de l'hôpital; qu'il a fait classer plusieurs d'entre eux en poste à recrutement prioritaire; qu'il a entrepris des démarches de recrutement direct en France et à l'étranger; que ces démarches ont abouti pour plusieurs spécialités médicales mais sont demeurées infructueuses dans les spécialités d'anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique et radiologie;

Considérant que les autres moyens légaux à la disposition du directeur du centre, notamment la réquisition de médecins et l'entente entre établissements de la même zone géographique étaient inapplicables en l'espèce ; que le recours à des sociétés intérimaires de personnel médical, solution au demeurant plus coûteuse, n'était pas possible à l'époque des faits, faute de sociétés spécialisées dans ce domaine, qui ne se sont développées que par la suite ;

Considérant que le recrutement de médecins contractuels était dès lors la seule solution pour faire face à l'inadéquation entre les moyens humains disponibles et les missions fixées par le SROS au centre hospitalier de Fougères ;

Considérant qu'en raison du plafonnement réglementaire des rémunérations, l'attractivité de l'hôpital de Fougères, situé en périphérie de la ville de Rennes, était insuffisante dans les trois spécialités précitées ;

Considérant qu'il est ainsi démontré, dans les circonstances de l'espèce, que M. X... ne s'est résigné à s'engager dans la voie gravement irrégulière de l'indemnisation de gardes et astreintes fictives qu'après avoir épuisé les autres moyens de recrutement à sa disposition ; qu'il a agi dans l'unique but d'abonder la rémunération règlementairement due aux praticiens contractuels bénéficiaires pour atteindre un niveau total de rémunération conforme aux exigences exprimées par ces derniers pour s'engager au service de l'hôpital ; qu'il n'a pas pour autant renoncé à poursuivre parallèlement ses efforts de recrutement de praticiens hospitaliers permanents par la voie statutaire ;

Considérant que la mise en œuvre de ce dispositif gravement irrégulier s'est limitée aux spécialités déficitaires et qu'il a été porté à la connaissance de la tutelle, ce dispositif étant clairement évoqué dans une lettre adressée le 20 juin 2001 à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine ; que M. X... y a mis fin dès lors qu'il est apparu certain que le recours au personnel contractuel se poursuivrait durablement ;

Considérant que le second dispositif irrégulier a été élaboré et mis en œuvre en toute transparence à l'égard du conseil d'administration et de la tutelle ;

Considérant qu'il ressort de ce qui précède que les rémunérations irrégulières ayant bénéficié à certains praticiens contractuels de l'hôpital de Fougères entre 2003 et août 2006 ont été, dans les circonstances de l'espèce, servies en l'absence de toute autre solution règlementaire pour maintenir l'accès aux soins de la population ;

Considérant qu'il n'y a pas lieu, en conséquence, d'engager la responsabilité de M. X...;

En ce qui concerne Mme Y...

Considérant que Mme Y..., directrice des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine à l'époque des faits, a été rendue destinataire d'une lettre adressée le 20 juin 2001 par M. X... dans laquelle celui-ci évoquait explicitement le dispositif consistant à rémunérer des gardes non effectuées afin de procurer un complément de rémunération aux praticiens

contractuels ; qu'en sa qualité de directrice des affaires sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine il lui revenait d'instruire le contrôle de légalité des actes du centre hospitalier, celui-ci ayant manifestement fait défaut à l'égard de la délibération précitée du 5 mars 2004 ; que dans son mémoire en défense comme devant la Cour, Mme Y... n'a pas contesté avoir été informée du dispositif de rémunération des gardes non effectuées et qu'elle a reconnu que le contrôle de légalité avait failli à rejeter le dispositif alternatif créé par le centre hospitalier en mars 2004 ;

Considérant que dans son mémoire en défense susvisé, Mme Y... invoque le caractère contradictoire des prescriptions réglementaires dès lors que l'application des dispositions relatives à l'emploi et à la rémunération de praticiens contractuels aurait conduit à ne pas respecter les obligations fixées par le code de la santé publique et le SROS qu'il lui appartenait justement de faire appliquer; qu'elle fait valoir que dans le contexte de pénurie médicale frappant certaines spécialités indispensables au bon fonctionnement des services de court séjour de l'hôpital de Fougères, elle a fait prévaloir la priorité qu'est l'accès aux soins de la population;

Considérant par ailleurs que Mme Y... n'a pas examiné personnellement la délibération irrégulière du conseil d'administration du centre hospitalier de Fougères en date du 5 mars 2004; que ses services, confrontés à une surcharge importante et conjoncturelle de travail liée à la mise en œuvre de la contractualisation pluriannuelle avec les établissements sanitaires et sociaux du département, n'ont pas signalé cette délibération à son attention; que l'absence de rejet de cette délibération résulte ainsi d'une défaillance, certes regrettable, du contrôle de légalité, mais qu'il n'est pas établi que ce dysfonctionnement ponctuel traduise un défaut d'organisation du service susceptible d'engager la responsabilité de sa directrice.

ARRÊTE:

Article 1er: M. Patrice X... et Mme Colette Y... sont relaxés des fins de la poursuite.

Délibéré par la Cour de discipline budgétaire et financière, seconde section, le vingt-sept mars deux mille neuf, par M. Racine, président de la section des finances du Conseil d'État, président; M. Ménéménis, conseiller d'État; Mme Froment-Meurice, MM. Mayaud et Duchadeuil, conseillers maîtres à la Cour des comptes.

Lu en séance publique le seize avril 2009

En foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président et la greffière.

Le Président,

La greffière,

Pierre-François RACINE

Maryse LE GALL

Le plafonnement à venir de l'intérim médical à l'hôpital suscite des inquiétudes

Le gouvernement veut appliquer, à partir du 3 avril, un contrôle du tarif maximum pour l'emploi d'intérimaires. Dans certains établissements publics, on craint une désertion de ces professionnels nécessaires à la bonne marche des services.

Par Mattea Battaglia – Le Monde – Publié le 19 mars 2023 à 05h45



Lors d'une opération de chirurgie thoracique, à l'hôpital de Suresnes (Hauts-de-Seine), le 9 décembre 2022. CHRISTOPHE ARCHAMBAULT / AFP

Ira-t-on au « bras de fer » ? Au rapport de force entre directions hospitalières et médecins intérimaires ? La question résonne dans bon nombre d'hôpitaux publics, à trois semaines de l'entrée en vigueur, le 3 avril, de la loi sur le plafonnement strict de l'intérim médical. Des hôpitaux où, en moyenne, quelque 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants, selon l'estimation communément avancée, et où un volant d'intérimaires vient, à la demande, pallier les manques.

Ces intérimaires sont « au moins 5 000 », chiffre-t-on dans les rangs syndicaux, surtout dans les spécialités « à pied d'œuvre 24 heures sur 24 » — les urgences, l'obstétrique, l'anesthésie, la pédiatrie... « Au moins 10 000 », assure-t-on du côté du Syndicat national des médecins remplaçants hospitaliers (SNMRH), qui les représente.

Le nouveau plafond salarial est fixé à 1 170 euros brut pour une mission de vingt-quatre heures. Nouveau, en pratique seulement : il a été gravé dans le marbre de la loi Touraine, en 2016, et renforcé par la loi Rist qui a établi des contrôles, en 2021. Mais jamais appliqué, jusqu'à présent, pour ne pas accroître la pression sur des hôpitaux aux prises avec l'épidémie de Covid-19.

Ce montant pourrait évoluer « un peu à la hausse », d'ici au 3 avril, fait-on savoir au ministère de la santé. Mais passé ce délai, tout hôpital qui ferait appel à un intérimaire à des tarifs supérieurs serait bloqué par le comptable public. Et les établissements craignent que les intérimaires manquent à l'appel, s'ils estiment que le compte n'y est plus, mettant l'équilibre général, déjà précaire, en péril.

« Mercenaires multirécidivistes »

Pénurie de personnels oblige, les tarifs en vigueur sont aujourd'hui plus élevés : entre 1 200 et 2 000 euros la garde, « c'est la fourchette dans laquelle s'inscrivent 80 % des offres d'intérim qui nous sont faites, en net », rapporte l'urgentiste Eric Reboli, président du SNMRH, lui-même intérimaire. Parfois, quand il s'agit de samedis, de dimanches, de jours fériés, les montants proposés peuvent dépasser 2 000 voire 3 000 euros. Voire davantage : le ministère fait état d'une « garde record » de 6 000 euros, repérée à Noël. C'est bien plus que ce que gagne un jeune praticien hospitalier (PH) en un mois. Ou une infirmière en deux ou trois mois.

Une « surenchère » à laquelle le ministre de la santé, François Braun, entend mettre un terme : « Je ne suis pas opposé à l'intérim en général, mais aux pratiques de certains mercenaires multirécidivistes, qui se vendent au plus offrant ».

« C'est le fait d'une petite minorité, assure le docteur Reboli, qui a opté pour l'intérim après une première carrière en clinique privée. L'hôpital public ne tient pas sans nous. » Bon nombre d'intérimaires ont exercé dans le public – où y exercent encore, à temps partiel –, avant d'évoluer dans leur exercice professionnel, « pour reprendre le contrôle de leur emploi du temps bien plus que pour des raisons pécuniaires », fait aussi valoir ce médecin.

Un coût de 1,5 milliard d'euros par an

« On ne peut pas continuer d'accepter un hold-up éthique qui nourrit la concurrence et déstabilise les équipes en place », reprend François Braun. L'intérim pèse sur les comptes des hôpitaux : le coût de 1,5 milliard d'euros par an, calculé par la Fédération hospitalière de France (FHF) qui soutient la réforme, est confirmé par le ministère.

« Cette somme, je veux l'investir pour les médecins hospitaliers qui restent en place et qui tiennent la barre. Et cette fois-ci, on ne rétropédalera pas », dit-il aussi, en référence à la frange d'élus qui réclament des « dérogations circonstanciées ». En référence, aussi, au « rétropédalage » de son prédécesseur, Olivier Véran, qui, à l'automne 2021, avait reporté l'échéance.

Les alertes restent nombreuses. « Ce sont des dizaines, des centaines de lignes de garde qui vont fermer, et, avec elles, des lits d'hospitalisation », avance Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France. « Le saut est excessivement compliqué à faire », réagit aussi Marc Noizet, à la tête de SAMU-Urgences de France.

Comme la plupart des acteurs de santé, ces deux syndicalistes-urgentistes sont favorables à la mesure de plafonnement « sur le principe ». Mais épinglent un « problème de méthode » : « Vouloir combattre l'intérim avant d'avoir restauré l'attractivité des carrières hospitalières, c'est mettre la

charrue avant les bœufs », disent-ils de concert, en réclamant une évolution des rémunérations, une revalorisation pérenne des gardes, ainsi que le rattrapage des quatre ans d'ancienneté pour les PH nommés avant le 1^{er} octobre 2020 (en lien avec l'évolution de la grille des rémunérations lors du Ségur de la santé).

Une vague de fermetures ?

Mêmes revendications du Syndicat national des praticiens anesthésistes-réanimateurs élargi, dont la présidente, Anne Wernet, réclame un « geste fort » : la « revalorisation immédiate », avant le 3 avril, de la permanence des soins. Jean-François Cibien, d'Action praticiens hôpital (APH), dit redouter une « vague de fermetures d'unités de proximité ».

L'inquiétude est vive, aussi, dans les rangs du collectif Santé en danger ou de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. Ces dernières font partie des établissements où le départ d'intérimaires fait craindre des turbulences.

Combien seraient-ils, ces hôpitaux affectés? La presse s'est fait l'écho de situations tendues en Bretagne, en Nouvelle-Aquitaine, dans le Vaucluse, à Ajaccio, Bourges, Epinal... Mais en dehors d'un recensement parti de la branche Grand-Est de la Fédération hospitalière de France, qui a décompté 79 services exposés à un risque de fermeture totale ou partielle, difficile de faire préciser au ministère la « cartographie des risques », comme disent les soignants.

Celle-ci est tenue à jour, avec le concours des agences régionales de santé. « Jusqu'au 2 avril, elle va évoluer, justifie-t-on dans l'entourage du ministre. Les négociations se font localement, au cas par cas, avec les médecins intérimaires. » Certains, souffle-t-on dans les services « RH », ont déjà accepté de renégocier leur collaboration ; d'autres, non. Beaucoup n'ont pas encore répondu.

Une ligne « Braun »

« On peut penser que les hôpitaux de petite taille seront plus affectés, observe Rémi Salomon, président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement des CHU. Encore que : il peut y avoir des effets sur de gros établissements, aussi, si on leur transfère des patients, ou si on demande aux praticiens d'aller prendre des gardes ailleurs. » Des effets, aussi, sur les centres du 15 et les structures mobiles d'urgence et de réanimation.

Pour passer ce cap, le gouvernement a une méthode : celle de l'« engagement territorial ». Miser sur la solidarité entre hôpitaux au sein d'un même département, sur le partage des tâches public-privé, sur la régulation des patients en amont avec les libéraux... La « ligne Braun », en somme. Les réquisitions de médecins, envisagées par le président de la FHF et maire de Reims (Marne), Arnaud Robinet, ne sont pas une option retenue. Ou alors, « en dernier ressort », avance-t-on au cabinet du ministre.

Il y aura sans doute un mois compliqué à tenir, au minimum, commente-t-on sur le terrain, où nombre de médecins veulent croire qu'après quelques semaines de mise en retrait, les intérimaires reviendront.

MAIRETTE

Le quotidien d'information des élus locaux

Édition du vendredi 10 mars 2023 - Par Franck Lemarc

Plafonnement des tarifs de l'intérim médical : les maires, inquiets, demandent de « l'anticipation »

Les dispositions de la loi Rist, qui plafonne la rémunération des vacations des médecins intérimaires dans les établissements de santé, vont entrer en vigueur le 3 avril. Si les associations d'élus sont favorables à ce plafonnement, elles appellent l'État à faire preuve d'anticipation.

2 000, 3 000, jusqu'à 5 000 euros par jour. C'est le tarif que perçoivent certains médecins intérimaires pour venir travailler dans un service d'urgence. Face à l'opprobre que suscitent ces pratiques (et à leur coût pour les finances publiques), le législateur a décidé de plafonner ces tarifs – via la loi dite Rist (loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification). Le plafond a été fixé à 1 170 euros brut pour une vacation de 24 heures.

Mais beaucoup craignent aujourd'hui que la mise en œuvre de cette disposition, le 3 avril prochain, provoque des dysfonctionnements.

Concertations locales

Le ministre de la Santé, François Braun, ne mâche pas ses mots quand il évoque ce sujet : dans un débat parlementaire, il a évoqué « un intérim cannibale qui rémunère injustement le nomadisme professionnel et détruit la cohésion des équipes ». Le terme de « mercenariat » est également souvent évoqué pour qualifier ces pratiques — dont François Braun a rappelé, cette semaine encore au Sénat, qu'elles sont « minoritaires », la question étant non de s'attaquer « à l'intérim médical de manière générale mais à ses dérives ».

Reste que les élus comme les professionnels sont inquiets, à l'approche de l'échéance du 3 avril. Témoin, la sénatrice socialiste des Côtes-d'Armor Annie Le Houérou, qui indiquait le 2 mars dernier, lors d'une séance de questions au gouvernement : « Nous sommes alertés par les praticiens hospitaliers, notamment dans les services d'urgence, qui peinent à boucler les plannings faute d'intérimaires acceptant les nouveaux tarifs. »

C'est la même question que pose Frédéric Chéreau, maire de Douai et co-président de la commission Santé de l'AMF : « Nous sommes évidemment favorables au plafonnement, parce que les dépenses liées au paiement de l'intérim sont totalement déraisonnables, explique-t-il à Maire info. Mais nous avons la crainte d'un bras de fer entre les médecins urgentistes et l'État. Que va-t-il se passer si certains urgentistes jouent la politique de la chaise vide ? »

Du côté de l'Association des petites villes de France (APVF), les craintes sont les mêmes : dans un communiqué publié hier, les maires des petites villes disent souhaiter « *la fin du mercenariat* », mais vouloir à tout prix éviter que celle-ci « *menace le fonctionnement des établissements de*

proximité », qui sont « très dépendants des intérimaires ». L'association demande au ministre de la Santé si des « dérogations » pourront être accordées après le 3 avril « pour ne laisser aucun établissement sans solution ».

Il paraît donc indispensable, tant à l'AMF qu'à l'AMRF, de préparer très en amont le basculement. « Il faut absolument anticiper les conséquences de ce plafonnement, insiste Frédéric Chéreau, il faut partager l'information avec les maires. » Même préoccupation à l'AMRF, qui constate que « les concertations locales que doivent mener les ARS avec les acteurs locaux pour anticiper les risques de fermetures de services et apporter des solutions sont encore trop disparates sur le territoire ». L'association appelle l'État à « renforcer » ces concertations, quitte, si nécessaire, « à repousser une nouvelle fois encore la mise en œuvre concrète de ce plafond tarifaire » (qui devait initialement entrer en vigueur en octobre dernier).

Le ministre de la Santé semble sur la même longueur d'onde. Début mars, au Sénat, il a indiqué avoir « demandé aux agences régionales de santé (ARS) d'animer des concertations locales, territoire par territoire, avec les préfets et les élus pour affiner les diagnostics, établissement par établissement ». Il leur a demandé de « construire des solutions avec les professionnels de santé du territoire, mais également avec les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les établissements sièges de groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont c'est la responsabilité. »

La question de la ville

Sans oublier la médecine de ville, car, comme le répète inlassablement Frédéric Chéreau, « le vrai sujet des urgences, c'est la médecine de ville ! ». Alors que les statistiques montrent que les deux tiers des patients reçus aux urgences devraient, en réalité, être reçus en ville, la véritable question est là : comment assurer une permanence des soins, en ville, qui permette aux patients de se tourner vers un généraliste de garde plutôt que d'engorger les urgences ? Des réflexions devraient être menées sur plusieurs fronts, estime le maire de Douai, non seulement sur la présence des médecins, par exemple au sein des maisons médicales de garde, mais y compris sur les modalités d'accès aux soins : « Il faudrait réfléchir par exemple à la suppression du ticket modérateur dans les maisons médicales de garde, pour que leur accès, comme celui des urgences, soit perçu comme gratuit ». Et d'ajouter : « Du côté des maires, nous sommes prêts à appliquer des solutions innovantes. Il faut que l'État invente – la santé est de sa compétence – et nous participerons à l'effort collectif. »

La question de l'intérim, on le voit, n'est qu'une partie d'un problème bien plus général. Reste que beaucoup de questions se posent, à moins d'un mois de l'échéance du 3 avril. Les établissements privés, par exemple, vont-ils s'aligner sur les tarifs imposés par la loi Rist dans le public ? S'ils ne le font pas, la distorsion qui s'établirait alors entre établissements publics et privés risquerait de vider littéralement les hôpitaux publics. Le ministre de la Santé se veut optimiste sur ce point : il a indiqué le 2 mars que « les acteurs du secteur privé se sont engagés (...) à nous suivre sur la voie d'une rémunération raisonnée de ces périodes d'intérim médical ». À voir.

Abus de l'intérim médical

QUESTION D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

Question d'actualité au gouvernement n°0272G - 16« législature

Question de Mme LE HOUEROU Annie (Côtes-d'Armor - SER) publiée le 02/03/2023

Question posée en séance publique le 01/03/2023

Mme Annie Le Houerou. Monsieur le ministre, malgré le Ségur de la santé et ses promesses d'attractivité pour l'hôpital public, ce dernier continue de faire face à un absentéisme important et à de nombreux postes vacants.

Si l'intérim médical est nécessaire pour répondre aux difficultés temporaires de recrutement, l'usage abusif qui en est fait conduit, je vous cite, à un « intérim cannibale qui rémunère injustement le nomadisme professionnel et détruit la cohésion des équipes ».

Certains professionnels sont devenus de véritables mercenaires de la santé : ils font monter les enchères du marché de l'intérim à 2 000 euros par jour, voire 3 000 euros dans certaines périodes tendues.

En comparaison, un jeune praticien à l'hôpital perçoit un salaire mensuel d'environ 4 500 euros pour un engagement sans limite auprès de ses patients.

Pour répondre à cette injustice, loi Rist de 2021 (loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification) a encadré les tarifs de l'intérim médical avec un plafond fixé par décret à 1 170 euros brut pour une mission de vingt-quatre heures. L'application de cette mesure, prévue pour octobre 2021, a été décalée afin de prévenir les dysfonctionnements.

À un mois de la nouvelle échéance, fixée au 1er avril, nous sommes alertés par les praticiens hospitaliers, notamment dans les services d'urgence, qui peinent à boucler les plannings faute d'intérimaires acceptant les nouveaux tarifs.

Avez-vous envisagé, pour éviter des fermetures de lits ou de services d'urgences, la réquisition de ceux qui profitent du système au mépris du serment d'Hippocrate ?

Quelles mesures avez-vous prises pour éviter un nouveau recul dans le respect du temps de travail des praticiens hospitaliers titulaires et des patients, qui ne doivent pas être les victimes collatérales de cette guerre de tranchées entre le ministère et ces mercenaires ? (Applaudissements sur les travées des groupes SER et GEST. Mme Laurence Cohen applaudit également.)

Publiée dans le JO Sénat du 02/03/2023

Réponse du Ministère de la santé et de la prévention publiée le 02/03/2023

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention. Madame la sénatrice Le Houerou, la régulation de l'intérim médical est une constante préoccupation du législateur depuis au moins deux mandatures.

Je sais que votre assemblée surveille de près l'application des lois et je me suis engagé à ce que les décrets d'application de l'article portant sur l'intérim médical de la loi Rist de 2021, vous en avez parlé, entrent en vigueur dès le début du mois d'avril.

Naturellement, cela ne vise pas l'intérim médical de manière générale, mais bien ses dérives, qui sont fort heureusement minoritaires. C'est d'abord une question d'éthique !

Il faut rappeler quelques chiffres. Le coût de l'intérim médical pour les hôpitaux s'est élevé à 359 millions d'euros en 2021. Vous parliez de rémunérations allant jusqu'à 3 000 euros pour vingt-quatre heures ; sachez que cela va même jusqu'à 5 000 euros ! Pourtant, vous l'avez rappelé, le plafond actuel est de 1 170 euros.

Au-delà de l'aspect financier, ces dérives contribuent à détruire les équipes hospitalières et l'engagement des praticiens : deux médecins font le même travail, mais l'un est payé trois, quatre ou cinq fois plus que l'autre pour la même période l

Il y a plus d'un mois, j'ai demandé aux agences régionales de santé (ARS) d'animer des concertations locales, territoire par territoire, avec les préfets et les élus pour affiner les diagnostics, établissement par établissement.

Je leur ai également demandé de construire des solutions avec les professionnels de santé du territoire, mais également avec les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les établissements sièges de groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont c'est la responsabilité.

J'en ai enfin appelé aux acteurs du secteur privé, notamment les cliniques : ils se sont engagés envers moi à nous suivre sur la voie d'une rémunération raisonnée de ces périodes d'intérim médical.

Je suis bien sûr avec une attention très particulière l'ensemble des établissements, en particulier ceux qui connaissent des fragilités, et je peux vous assurer qu'aucun territoire ne sera laissé sans solution.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour la réplique.

Mme Annie Le Houerou. Entendez le cri d'alarme des professionnels, monsieur le ministre !

Je crains qu'il soit impossible de mettre en oeuvre le plafonnement de la rémunération de l'intérim comme vous l'envisagez. Cela démontrerait, une fois de plus, l'échec de votre politique de santé qui nécessite d'être revue de fond en comble avec les professionnels.

Je crains que le respect du nouveau tarif ne soit qu'un poisson d'avril au mépris de ceux qui s'engagent auprès des patients pour l'intérêt général et sans reconnaissance ! (Applaudissements sur les travées des groupes SER et GEST.)

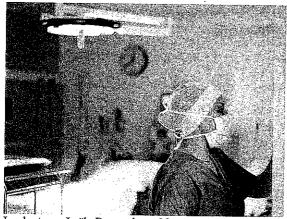
Publiée dans le JO Sénat du 02/03/2023 - page 1280

Les médecins étrangers inquiets des « lenteurs » de la procédure pour obtenir une autorisation d'exercice

Le Syndicat national des praticiens à diplôme hors UE a appelé à un rassemblement mardi devant le ministère de la santé. Les praticiens redoutent d'être prolongés dans un « statut précaire ».

Par Camille Stromboni

Publié le 31 mai 2022 à 17h29, modifié le 15 juin 2022 à 11h07



La docteure Leïla Boutaghou, 39 ans, gynécologue obstétricienne algérienne et stagiaire associée au centre hospitalier de Soissons (Aisne), sort d'un bloc opératoire, le 5 avril 2022. DELPHINE BLAST POUR « LE MONDE »

Cela fait plusieurs mois qu'ils alertent. Les médecins à diplôme étranger pointent désormais une « situation alarmante ». En particulier pour ceux d'entre eux qui attendent de se voir délivrer une autorisation de plein exercice en France, dans le cadre de l'une des principales procédures pour l'obtenir, sur dossier, qui doit s'achever au 31 décembre 2022.

Un « retard considérable » a été accumulé par les agences régionales de santé et le centre national de gestion, chargés d'examiner les quelque 4 500 dossiers de praticiens à diplôme « hors Union européenne » (UE), dénonce le Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne (Snpadhue), qui appelait à un rassemblement, mardi 31 mai, devant le ministère de la santé.

« Seuls 1 500 dossiers sont pour l'instant arrivés jusqu'au centre national de gestion, soutient Nefissa Lakhdara, secrétaire générale du Snpadhue. Nous refusons une prolongation de cette procédure après le 31 décembre, elle a déjà été allongée d'un an avec le Covid-19, les médecins veulent voir le bout du tunnel. Il n'est pas question d'être maintenus encore dans des statuts précaires, il faut mettre les moyens pour instruire tous les dossiers.»

« Madame la ministre, les Padhue sont abattus », ont scandé quelques dizaines de praticiens réunis avenue de Ségur, à Paris, où des membres du cabinet de la nouvelle ministre de la santé et de la prévention, Brigitte Bourguignon, les ont reçus. Elle s'est engagée à « étudier toutes les voies possibles d'accélération du traitement des situations individuelles », rapporte le ministère.

« On reste dans le flou »

Exerçant sous différents statuts, les praticiens titulaires d'un diplôme venant d'un pays hors UE représentent un pan peu connu de l'hôpital, et pourtant crucial pour permettre à de nombreux services de tourner. La colère monte face à la *« lenteur »* de la procédure relevant du décret dit « stock », ouverte aux médecins étrangers ayant déjà exercé deux ans au moins dans un établissement de santé pour obtenir une autorisation d'exercice définitive, notamment par un examen de leurs dossiers par différentes commissions régionale et nationale.

« Mon dossier n'est pas encore passé devant la commission nationale... si ça continue à traîner, mon diplôme ne sera pas validé, je n'aurais plus le droit d'exercer », s'inquiète Seif Zebouche, diplômé de médecine générale en Algérie, qui travaille depuis cinq ans aux urgences de l'hôpital de Montfermeil, en Seine-Saint-Denis. « Il faut aussi de la clarté sur les conditions pour valider, parce que pour l'instant, on ne demande pas la même chose à des médecins étrangers qui ont le même parcours, dit-il à propos des stages supplémentaires ou des formations demandées après l'examen du dossier. Pour l'instant, on reste complètement dans le flou, on ne sait pas ce qu'on va devoir faire. » Dans son service, qui comme beaucoup d'hôpitaux se prépare à un été difficile, ils sont 14 Padhue, sur 17 praticiens.

L'application de la loi Rist sur la rémunération des médecins intérimaires fragilise les hôpitaux de proximité

Publié le 14/03/2023 à 13h28 – France 3 Régions Pays de la Loire – Écrit par Fabienne Even



L'application de la loi Rist sur la rémunération des médecins intérimaires fragilise les hôpitaux de proximité

• © Florie Cotenceau / France Télévisions

Hors des grandes agglomérations, les risques de fermeture provisoire de certains services hospitaliers comme la maternité et les urgences, sont réels à l'approche du 4 avril, jour de mise en application de la loi Rist, qui prévoit le plafonnement de la rémunération des médecins intérimaires. A Fontenay-le-Comte en Vendée, l'hôpital craint la fermeture de sa maternité.

Déjà confronté à des difficultés de recrutement, les hôpitaux s'inquiètent de la mise en application de la loi Rist, à compter du 3 avril prochain. Votée il y a deux ans, cette loi plafonne notamment la rémunération des médecins intérimaires à 1 170 euros pour 24 heures de travail.

"Des négociations sont en cours avec l'ARS et les directions des hôpitaux. On pourrait se retrouver avec des fermetures provisoires aux urgences et à la maternité", souligne Ludovic Hocbon, maire de Fontenay-le-Comte et président du conseil de surveillance de l'hôpital. Les centres hospitaliers de Challans et des Sables-d'Olonne sont également inquiets car près de 300 médecins intérimaires travaillent en Vendée.

Dès le 7 mars, la direction de l'hôpital de Fontenay le Comte a communiqué sur les risques de fermeture provisoire de services, notamment la maternité où officient plusieurs médecins intérimaires.

"Il y aura un bras de fer dans les quinze jours, trois semaines qui arrivent. Nous avons dû prévoir et organiser les urgences et la maternité, dans le cas où on ne trouverait pas de solutions", précise Ludovic Hocbon, ce 13 mars. "Aujourd'hui, on est dans un système de santé complètement malsain. On gère une pénurie de médecins. La plupart des hôpitaux publics font appel à des médecins intérimaires, à des prix exorbitants", poursuit le maire de la sous-préfecture du sud-Vendée.

Autre sujet d'inquiétude, le rapport d'un médecin de l'hôpital Necker à Paris, remis à l'académie de médecine le 28 février dernier. Ce rapport recommande la fin des accouchements dans les petites maternités et la fermeture de 111 maternités, au profit d'un renforcement des plus grosses structures. Les auteurs jugent "illusoire de soutenir une activité de moins de 1 000 accouchements par an".

En Vendée, excepté le CHD de la Roche-sur-Yon, l'ensemble des centres hospitaliers, Fontenay-le-Comte, Challans, Les Sables d'Olonne et la clinique Saint-Charles de la Roche-sur-Yon réalisent moins de 1 000 accouchements par an, de quoi inquiéter un peu plus les élus du département.

"C'est une étude qui n'a ni queue ni tête", s'insurge le maire de Fontenay-le-Comte, qui rappelle qu'aucun plan n'a évoqué la fermeture de maternités en Vendée. Aujourd'hui, aucune étude ne prouve que les femmes sont plus en danger ici, que dans une maternité de plus de 1 000 accouchements".

Interrogé le 13 mars, <u>le nouveau directeur de l'ARS des Pays de la Loire, Jérôme Jumel</u>, a souligné que "ce rapport n'est pas retenu comme une norme par le ministère de la Santé. Cette jauge ne sera pas retenue pour renouveler ou non les autorisations pour les maternités des Pays de la Loire".



Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi

Membre adhérent et fondateur de l'intersyndicale « Avenir Hospitalier » Membre adhérent de l'intersyndicale « Action Praticiens Hôpital », APH Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS



Docteur Anne Geffroy-Wernet

Présidente

Docteur Eric Le Bihan Vice-Président

COMMUNIQUE DE PRESSE DU 22 FEVRIER 2023

FERMETURE MASSIVE DES SERVICES HOSPITALIERS À PARTIR DU 1ex AVRIL : DITES « 33 » LA MAUVAISE BLAGUE DU GOUVERNEMENT

Il y a 18 mois, la loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » comportait un article 33 visant à sanctionner les établissements qui n'appliquent pas l'encadrement des tarifs de l'intérim... Le démarrage de l'application de cet article avait dû être suspendue fin octobre 2021 : en effet, cela entraînait de facto la diminution drastique de l'offre de soins sur certains territoires, notamment dans les urgences et les plateaux techniques (blocs opératoires, maternité).



Nous y revoilà. Le gouvernement a annoncé l'application de l'article 33 au 1er avril, puis au 3 avril 2023. Est-ce que cela va mieux à l'hôpital ? NON. Crise des urgences avec fermetures de services... qui déportent l'activité vers d'autres centres déjà débordés, crise de la pédiatrie, crise de la psychiatrie... L'HAS démontre ces jours-ci que la qualité des soins se dégrade, pour des soins aussi « simples » que la prise en charge de la douleur!

Sans intérim, l'hôpital peut-il survivre aujourd'hui?

La réponse des tutelles est OUI. Comment ? Voici les modalités exposées aux praticiens hospitaliers :

- Renoncer à ses congés (les réduire, les décaler...)
- Faire (encore plus) de temps de travail additionnel
- Faire (encore plus) de temps de travail additionnel hors de son établissement (« prime de solidarité territoriale »)
- Demander aux internes « docteurs-juniors » d'en faire encore plus

... donc, travailler au-delà des 60 à 70 heures par semaine réalisées par la plupart des praticiens, sans aucun espoir d'amélioration de leurs conditions de travail, et dégoûter les derniers internes qui en avaient envie de travailler à l'hôpital à l'issue de leurs études.

Le SNPHARE et son intersyndicale n'ont jamais défendu les tarifs exorbitants pratiqué par l'intérim, ni le recours à l'intérim au lieu de recruter des praticiens. En revanche, nous savons que nous n'avons, actuellement, pas d'autre choix raisonnable... Et nous savons aussi que, si les conditions de travail et les rémunérations étaient autres, nombre d'intérimaires prendraient ou reprendraient un poste de praticien hospitalier titulaire!

C'est une politique de l'autruche: l'hôpital s'écroule, les praticiens quittent l'hôpital ou ne s'y engagent plus, et on va essorer ceux qui restent, ceux qui ont tenu l'hôpital debout depuis deux ou trois dizaines d'années, à qui on n'a jamais offert de prime d'engagement et à qui on continue de refuser la bonification de 4 ans d'ancienneté donnée aux nouveaux PH!



Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi

Membre adhérent et fondateur de l'intersyndicale « Avenir Hospitalier » Membre adhérent de l'intersyndicale « Action Praticiens Hôpital », APH Membre adhérent de la Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS



Docteur Anne Geffroy-Wernet Présidente

Docteur Eric Le Bihan Vice-Président

Quel est l'objectif ? Où est la vision ?

Le SNPHARE informe :

La décision d'application de l'article 33 est de la seule responsabilité du gouvernement.

Ses conséquences en termes de pertes de chances pour les patients, c'est-à-dire d'aggravation des pathologies et de décès prématurés, seront de la seule responsabilité du gouvernement.

Les praticiens ne pourront très probablement pas faire davantage que ce qu'ils font aujourd'hui : déjà beaucoup trop. Et ne resteront peut-être pas... A moins qu'on ne s'attelle réellement aux vraies solutions, proposées depuis longtemps par le SNPHARE, qui seront coûteuses, mais moins que l'intérim ne l'est!

Le SNPHARE rappelle ses principales solutions :

- Avant tout, manifestation d'un geste fort en faveur des praticiens hospitaliers nommés avant le ler octobre 2020, qui tentent de tenir l'hôpital debout depuis des années, en leur octroyant les 4 ans d'ancienneté donnés aux PH néo-nommés: ils le méritent et l'attendent depuis trop longtemps.
- L'ouverture du chantier de la permanence des soins, promise depuis si longtemps,
 - Dont le volet financier devra comporter :
 - Une revalorisation pérenne des indemnités de gardes identiques pour tous les praticiens quel que soit leur statut à 744 euros brut par garde, comme accordée aux hospitalo-universitaires.
 - Une revalorisation pérenne du temps de travail en astreinte et du temps de travail additionnel: 650 euros bruts pour 5h de travail supplémentaire
 - o Et qui comportera également la nécessaire réflexion sur
 - Le temps de travail et son décompte, en heure ou en demi-journée au choix du praticien, obligation rappelée récemment par le Conseil d'État.
 - La reconnaissance de la pénibilité liée à la permanence des soins dès la première garde ou astreinte, et sa valorisation pour la retraite
- ✓ Une véritable démocratisation de la gouvernance médicale et de l'autonomie des équipes
- ✓ Une augmentation de l'ONDAM à la hauteur des besoins, permettant de compenser l'inflation mais aussi le retard accumulé par des années de financement insuffisant.

Article rédigé le 20 décembre 2022 par Maître Laurent Houdart

À partir du mois de janvier 2023 est mis en place de façon effective un nouveau régime de responsabilité des gestionnaires publics et des gestionnaires des organismes relevant du code de la sécurité sociale. L'objectif a été d'unifier les régimes de responsabilité des comptables et des ordonnateurs.

La réforme suscite inquiétudes et craintes des gestionnaires et a entraîné nombre de commentaires trop souvent approximatifs voire erronés.

Et tout d'abord qui est concerné?

Ce sont toutes les personnes justiciables de la Cour des comptes, c'est-à-dire les fonctionnaires ou agents civil ou militaire de l'État, des collectivités territoriales, de leurs établissements publics ainsi que des groupements des collectivités territoriales mais aussi tout représentant et administrateur des autres organismes soumis au contrôle de la Cour des comptes ou des chambres régionales. Pour simplifier, retenons plutôt qu'à l'inverse seuls sont exclus les Ministres et les élus locaux.

Les directeurs d'administration ou encore les tutelles, je pense bien évidemment aux directeurs d'agence régionale de santé sont donc également concernés.

De quoi peut-on les poursuivre?

Il s'agit là de l'une des grandes nouveautés de la réforme. Sont créées trois nouvelles infractions :

A / La première, prévue à l'article L 131-9 du code des juridictions financières est très générale.

Elle est composée de 3 éléments :

- est tout d'abord visé toute infraction aux règles relatives à l'exécution des recettes et des dépenses ou à la gestion des biens de l'État, des collectivités, établissements. Le champ est ainsi très large et est de nature à inquiéter. Nous dépassons très largement le champ des précédentes infractions soumises à la CDBF;
- cette infraction doit être constitutive d'une faute grave. Il ne s'agit pas de la simple négligence ou erreur. La gravité de la faute doit être caractérisée par l'accusation et sera appréciée par les magistrats;
- un 3^{ème} élément a été introduit : le préjudice financier causé doit être On pense immédiatement à la définition de « ce qui est indispensable à la grandeur numérique », donc à l'importance du montant du préjudice. Le DG d'un CHU serait-il alors plus exposé que celui d'un EHPAD? C'est oublier la seconde définition de significatif c'est-à-dire « ce qui exprime clairement quelque chose ». Nous comprenons que cette dernière caractéristique de l'infraction dépendra très étroitement de l'appréciation des magistrats.

En résumé, il s'agit d'une infraction dont le champ est en effet bien plus large mais dont les caractéristiques ont été encadrées par les pouvoirs publics. Le dernier mot appartiendra aux juridictions qui en donneront le sens.

B / La seconde, prévue à l'article L 131-10 du code des juridictions financières est identique au précédent mais concerne cette fois ci les personnes qui occupent un emploi de direction dans les ESPIC, dans des organismes, filiales ou établissements publics industriels et commerciaux. Nous pensons aux GIP, aux filiales des CHU, aux GIE, GCS par exemple.

Les éléments de l'infraction sont identiques, à ceci près qu'il n'y a plus de faute grave exigée mais sont visés :

- des agissements manifestement incompatibles avec les intérêts de celui-ci;
- des carences graves dans les contrôles qui lui incombaient;
- ou des omissions ou négligences répétées dans son rôle de direction.

En quelques mots, la qualification des faits sera plus exigeante que dans la première infraction.

C / Par ailleurs, une infraction nouvelle visant à sanctionner les agissements ayant eu pour effet de faire échec à une procédure de mandatement d'office est créée.

 ${f D}$ / Précisons enfin que les autres infractions issues du régime CDBF sont conservées :

- l'octroi d'un avantage injustifié;
- le non-respect des règles applicables en matière de contrôle budgétaire pour l'engagement de dépenses;
- l'engagement de dépenses sans avoir la qualité d'ordonnateur ;
- l'inexécution des décisions de justice ;
- la gestion de fait constituera une infraction en tant que telle, tout comme l'absence de production des comptes.

Quelles sont les sanctions?

Le juge pourra prononcer des amendes plafonnées à six mois de rémunération, ou un mois pour les infractions formelles. Les amendes, individualisées, seront proportionnées à la gravité des faits reprochés. Disons-le tout net, par expérience, les amendes dépassent rarement un mois de traitement ou salaire. La question est moins le montant de l'amende que les conséquences professionnelles.

Quid des juridictions ? Est-ce toujours la CDBF ?

La CDBF disparait et d'ailleurs à compter du 19 décembre le greffe est fermé pour préparer le transfert des dossiers à la chambre du contentieux de la Cour des comptes. Elle comprendra des membres de la Cour et des magistrats des chambres régionales et territoriales des comptes, instruira et jugera les affaires.

Afin de renforcer les droits des justiciables, une Cour d'appel financière, présidée par le Premier président de la Cour des comptes est créée. Elle sera composée de quatre conseillers d'État, de quatre conseillers maîtres à la Cour des comptes et de deux personnalités qualifiées L'appel sera suspensif. Le Conseil d'État demeurera la juridiction de cassation.

Nous regretterons que cette réforme ne soit pas allée jusqu'au bout dans la protection des droits des justiciables puisque le Ministère public, non seulement est seul à décider des suites à donner aux déférés mais surtout à apprécier les suites à donner à la clôture de l'instruction. Nous aurions souhaité que cela soit confié, comme au pénal, à un juge indépendant.

Qui peut saisir la juridiction?

Peuvent déférer au Ministère public près la Cour des Comptes, les mêmes autorités qu'aujourd'hui mais la liste se rallonge et nous citerons particulièrement ;

- les chefs de service des inspections générales de l'État;
- les commissaires aux comptes des organismes soumis au contrôle des juridictions financières.

Cette extension est regrettable : les inspections générales de l'État devraient se cantonner à leur rôle et c'est à l'autorité qui les a mandatés de décider de la suite. En leur offrant la possibilité de déférer au ministère public, on leur confère un rôle et un pouvoir qui ne devrait pas être le leur. Idem pour les commissaires aux comptes.

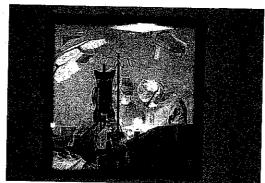
Leur octroyer la faculté de déférer un justiciable devant la chambre du contentieux pourrait rappeler leur devoir d'alerte lorsqu'ils interviennent auprès d'entreprises privées. Saisir un tribunal de commerce pour des faits commis par une entreprise n'a rien à voir avec celui de déférer au ministère public une personne physique.

En synthèse, le nouveau régime de responsabilité des gestionnaires apparaît complexe, il exigera très vite des éclaircissements qu'apporteront la jurisprudence.

Formons l'espoir que les juges apporteront la tempérance nécessaire dans le souci de protection des justiciables et non de stigmatiser un peu plus des professions qui ne le mérite pas.

Encadrement des tarifs de l'intérim à l'hôpital : "La loi Rist, c'est le marteau qui tape à côté du clou"

France 3 Régions Hauts-de-France — Publié le 03/04/2023 à 19h03 Écrit par **Yacha Hajzler**



lmage prise au bloc opératoire du Centre Hospitalier de Lille. • © PHILIPPE HUGUEN / AFP

La loi Rist, qui prévoit de plafonner la rémunération des intérimaires de l'hôpital public, est entrée en application ce 3 avril. Ses effets sont pour l'instant limités dans les Hauts-de-France mais certains syndicats anticipent une "catastrophe" dans les territoires qui dépendent des intérimaires pour assurer la continuité des soins.

Ce 3 avril marque une nouvelle journée d'inquiétude pour l'hôpital public. La loi sur l'amélioration de l'accès aux soins dite loi Rist, du nom de la députée Renaissance qui l'a portée, vient d'entrer en vigueur. Elle prévoit notamment de plafonner la rémunération des professionnels de santé intérimaires.

Désormais, leur rémunération pour 24h sera plafonnée à 1390 maximum. Une mesure censée endiguer des dérives qui consternent la profession mais qui sont jugées largement minoritaires. Ainsi, pour des gardes de weekend, jours fériés ou vacances, le ministère a repéré des facturations montant à 2000, 3000 ou 6000 euros.

La loi date de 2021 mais ce dossier sensible avait été reporté, l'exécutif craignant de l'appliquer au coeur de la crise du covid-19. Avec ce plafonnement, plusieurs syndicats alertent sur le risque d'accentuer la désertion de l'hôpital public.

Des difficultés sont anticipées dans la région pour les prochaines semaines. Ainsi, à l'hôpital de Douai, la direction avance le chiffre de 10 à 20% de report d'opérations non-urgentes, sous l'effet cumulé de l'arrivée de la loi Rist et de la période de vacances scolaires.

A Saint-Omer, le service pédiatrie doit fermer plusieurs lits. Les urgences seront assurées mais les hospitalisations pourraient être déplacées vers Calais, Lens ou Dunkerque.

Selon Patrick Goldstein, conseiller médical du directeur général ARS des Hauts-de-France, les acteurs locaux de la santé ont pu s'organiser largement en amont pour éviter de rompre la continuité des soins. Aucune fermeture de service ne serait prévue à l'échelle de la région.

"La loi Rist n'est pas une surprise. Elle a été votée, elle a ses décrets d'application, la date était annoncée. Le monde hospitalier l'attendait, tout le monde était d'accord pour dire qu'il s'agissait d'encadrer l'intérim et de lui redonner une certaine forme de morale. Une vraie dérive s'était installée", plaide-t-il.

Des difficultés avaient été envisagées en pédiatrie mais aussi en psychiatrie, en anesthésieréanimation et aux urgences. "On a trouvé des solutions de renforts avec des médecins qui viennent prêter main-forte dans d'autres hôpitaux. C'est parfois des efforts de mutualisation. Si deux SMUR sont à une dizaine de kilomètres d'écart, ils ne peuvent pas être démédicalisés en même temps."

D'après le conseiller médical de l'ARS, les problèmes d'effectifs ne sont pas à attribuer à la loi Rist. "Aujourd'hui, on est au creux de la vague de l'impact du numerus clausus. En plus de ça, toute une génération de médecins part en retraite. Le recrutement s'est effondré et ça va durer encore trois ou quatre ans. La loi Rist ne fait que compliquer temporairement la situation. Il est probablement nécessaire de passer par cette période complexe."

« Le véritable pari, c'est de faire revenir ces médecins vers les carrières hospitalières, qui méritent aussi une attention particulière. On a des indicateurs qui nous laissent espérer, des négociations sont en cours au niveau national. » Patrick Goldstein, conseiller médical à l'ARS

La hausse du plafond envisagé par le gouvernement - passé de 1170 euros à 1370 euros - a apaisé une partie des professionnels, estime l'ARS. "C'est en-dessous de ce qu'on voulait moraliser, mais certains intérimaires reviennent vers les établissements après l'annonce de la revalorisation" assure Patrick Goldstein.

"Des répercussions catastrophiques sur l'hôpital"

Si l'ARS assure de l'adhésion des professionnels hospitaliers à l'esprit de la loi Rist, les syndicats en donnent un écho bien différent.

Arnaud Chiche, médecin anesthésiste-réanimateur à Hénin-Beaumont et fondateur du <u>collectif Santé en danger</u> se dit, lui "sidéré" par la mise en application de la loi. "On prend une décision qu'on présente comme vertueuse pour éviter des écarts qui, je suis d'accord, ne sont pas éthiques mais qui a des répercussions catastrophiques sur l'hôpital. On plafonne les revenus, certes, mais surtout, on les diminue."

« Cela aurait pu être vertueux si on avait annoncé la même chose, mais en donnant de meilleures conditions de travail aux médecins, aux infirmiers qui sont à l'hôpital, grâce à l'argent qu'on économise sur ce fameux intérim "cannibale". Mais ça, ce n'est dit nulle part. » Pour lui, le système hospitalier fait aujourd'hui un saut dans l'inconnu. "A court terme en avril, on fait de la déprogrammation chirurgicale en France, on ferme des lits... Et ça, ça va à l'encontre de la santé des Français et de l'intérêt général."

"On peut faire tout ce qu'on veut mais il manquera du monde"

Jean Létoquart, infirmier anesthésiste au SMUR de Lens et délégué syndical CGT estime pour sa part que la loi Rist, "c'est le marteau qui tape à côté du clou".

"Ce qui génère vraiment nos difficultés, c'est qu'on forme moins de médecins qu'il n'en part en retraite. Tant qu'on est en situation de pénurie, on peut faire tout ce qu'on veut mais il manquera du monde à la fin. Il manque 10 postes à Lens, autant à Divion, 5 à Hénin-Beaumont, une dizaine à Valenciennes..."

Pour lui, la rémunération n'est pas forcément le nerf de la guerre. "Beaucoup ramène tout à la question de la rémunération mais ce n'est pas que ça. Au SMUR de Lens, à peu près 80% du planning est tenu par des intérimaires. Mais ceux-là viendront encore demain, on le sait."

« Ils sont venus nous dépanner dans des situations de crise, ils ont enduré des périodes où ils tenaient au tiers de l'effectif théorique et ce n'est pas l'argent qui les a fait tenir... ».

Jean Létoquart, délégué syndical CGT

Jean Létoquart estime que le grand avantage de l'intérim réside dans l'organisation du travail. "On peut aménager son temps de travail, passer du temps avec sa famille... Les conditions de travail et le volume horaire sont une préoccupation. Moi vous savez, je pose mes congés tous les ans pour passer noël avec mes enfants et ils me sont refusés une année sur deux. Ça, quand on est intérimaire, ça n'arrive pas."

Pour le délégué CGT, là où la loi Rist complique vraiment les choses, c'est la différence qu'elle crée entre le public et le privé. "Là, c'est un peu dégueulasse, passez-moi l'expression, parce que les règles du jeu ne sont plus les mêmes. Le privé, qui a une tarification à l'acte, n'a pas d'obligation de plafonner. On risque d'organiser un transfert de compétences liés à la rémunération."

Si l'ARS assure que des accords entre les deux secteurs doivent permettre de limiter la concurrence déloyale, les effets définitifs de la loi Rist sur l'hôpital public sont, à l'heure actuelle, impossibles à prévoir.