

FICHE

Objet : 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 médico-sociales, 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 1^{er} 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 (jusqu'à 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 août 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.

¹ 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 1^{er} 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 août 2023.

Par ailleurs, 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 3^{ème} cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie à effectuer des remplacements dans les établissements de santé).

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'intérim ainsi 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 [L. 2215-1](#) 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.

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

Texte : L'article [L. 3131-8](#) 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 [R. 3131-4](#) 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 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 ordinaires 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.