



UNIVERSITÉ DE RENNES 1/ EHESP

**Faculté de Droit et de Science Politique / École des Hautes Études en Santé Publique
2017-2018**

MÉMOIRE DE MASTER 2 DROIT DE LA SANTE ET ETHIQUE

Parcours: Droit et Éthique des Professions et des Institutions en Santé

Les praticiens temporaires à l'hôpital public: enjeux et perspectives

Mémoire soutenu par Louise Gautheron

Sous la direction de Madame Laetitia Laude, Docteur en sciences de gestion, Professeur en management des organisations de santé à l'EHESP

Septembre 2018

Jury : L. Laude, Docteur en sciences de gestion, Professeur en management des organisations de santé à l'EHESP

M-L. Moquet-Anger, Docteur en droit, Professeur agrégé de droit public, Université de Rennes 1

A Madame Laetitia LAUDE,

Pour l'intérêt immédiat que vous avez porté à mon mémoire,

Pour l'ambition professionnelle que vous m'avez donné,

Pour votre engagement dans la réussite de mon projet et votre suivi attentif,

Je vous prie de croire en ma plus sincère reconnaissance.

A Madame Aline REGNAULT,

Pour sa confiance et son implication dans le déroulement de mon stage,

Pour m'avoir fait bénéficier de son expérience et de ses conseils avisés,

*Je vous remercie de m'avoir offert cette expérience aussi riche professionnellement
qu'humainement*

A Erwan DELHAYE,

Pour son soutien sans faille et sa relecture bienveillante

Sommaire

Première partie : Un encadrement illusoire du travail temporaire des praticiens dans les hôpitaux publics

Chapitre premier : Le travail temporaire, objet de déviance et fruit d'insécurité

Chapitre deuxième : Une tentative timide et inefficace d'encadrement législatif du travail temporaire médical

Deuxième partie : Le travail hospitalier temporaire : nécessité d'un management adapté pour un système régulé

Chapitre premier : Le travail temporaire générateur d'instabilité et de conflits astreignant à un management adapté

Chapitre deuxième : Attirer et fidéliser la main d'œuvre, la solution privilégiée au travail temporaire

Table des abréviations

CE	Conseil d'Etat et des compétences	GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois
CH	Centre hospitalier	GRH	Gestion des ressources humaines
CHU	Centre Hospitalier universitaire	HAS	Haute autorité de santé
CNG	Centre national de gestion	MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
CSP	Code de la santé publique	NHS	National health service
CV	Curriculum vitae	PAE	Procédure d'autorisation d'exercice
GHT	Groupement hospitalier de territoire	PH	Praticien hospitalier
DAM	Direction des affaires médicales	QVT	Qualité de vie au travail
DDF	Direction des finances	RPS	Risques psycho-sociaux
DES	Diplôme d'études spécialisées	RTT	Réduction du temps de travail
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique	SSR	Soins de suite et réadaptation
DMS	Durée moyenne de séjour	T2A	Tarifification à l'activité
DOM	Département d'outre-mer	TTC	Toutes taxes comprises
DRH	Direction des ressources humaines		
ECN	Epreuves classantes nationales		
ETP	Emploi temps plein		
EVC	Epreuve de vérification des connaissances		
FHF	Fédération hospitalière de France		

Introduction

Le mercredi 14 février 2018, un collectif de médecins remplaçants s'est adressé à l'ensemble des hôpitaux de France, appelant à une grève générale des praticiens intérimaires afin de protester contre le décret du 24 novembre 2017. Ce décret a pour objectif de réguler les rémunérations perçues au titre de missions d'intérim dans les établissements hospitaliers publics. Le collectif accuse ce texte de stigmatisation en affirmant que leur activité creuse « le déficit des hôpitaux publics de 500 millions d'euros par an ». Il dénonce ainsi un décret qui « oblige les hôpitaux à diminuer la rémunération (...) pour la ramener en 2020 au niveau de celle des PH titulaires. Or cette rémunération actuelle des médecins remplaçants n'est que le juste salaire de la prestation fournie compte tenu du statut de remplaçant et de ses contraintes ». Le collectif termine sa déclaration en soutenant que l'activité de « remplaçant et l'augmentation de l'intérim en milieu hospitalier ne sont que la conséquence et nullement la cause de la non attractivité du statut des PH ».

Cette réaction des médecins temporaires (ou remplaçants, comme ils se nomment) interpelle quant à sa légitimité et aux principes qu'elle invoque. La panique suite à cette déclaration a rapidement gagné les établissements de santé, justement parce qu'aujourd'hui, nombre d'entre eux fonctionnent structurellement à l'intérim médical. La menace d'une grève générale faisait craindre aux établissements de santé une paralysie de leurs services mais surtout, de devoir œuvrer en dehors des cadres de la loi, pour continuer à conclure les contrats de mission.

Cette panique initiale s'est par suite transformée en colère durable contre ce système d'intérim qui représente des coûts colossaux pour les établissements. Les arguments brandis par le collectif étaient inaudibles tant par le personnel administratif que médical, qui peinent à maintenir les services de médecine ouverts et à exercer sereinement la profession.

Les dérives liées au recrutement de médecins temporaires dans les hôpitaux publics sont réelles, et soulèvent de nombreuses questions et enjeux éthiques comme politiques, allant bien au delà des considérations économiques et médicales. C'est un système sclérosé, déviant, faisant primer le lucratif et l'individualisme sur tout autre principe, qui s'est petit à petit installé dans nos établissements publics, et pour lequel il est désormais extrêmement difficile

de faire marche arrière. L'intérim médical n'est plus uniquement la conséquence d'un manque d'attractivité hospitalière mais tend à en devenir également une cause. Il détruit à petit feu l'esprit du service public, l'engagement dans le soin des autres, et met à genoux nos petits hôpitaux qui ne peuvent plus suivre cette course au lucre.

Ce mémoire se concentrera essentiellement sur le recours à l'intérim médical par les établissements publics de santé de proximité, qui sont aujourd'hui les victimes les plus importantes de ce système, même si la gangrène tend à gagner les établissements citadins et de grande taille. Afin de développer un propos pertinent, est rapidement apparue la nécessité d'opérer une analyse théorique mais également pratique du recours à l'intérim médicale. Pour cela, une étude a été réalisée durant 8 semaines au sein d'un petit établissement de santé, qui, pour des raisons de confidentialité, sera dénommé ci-après le « centre hospitalier du bord de mer ». Cet hôpital de proximité est situé sur une zone côtière, touristique mais rurale, peu desservie par les transports en commun et à équidistance des deux plus grandes villes de la région (situées en moyenne à 1h30 de transport). Le territoire sur lequel se situe cet établissement est classé comme zone en tension, avec une pénurie importante de médecins généralistes mais également de spécialistes, que ce soit en ville ou dans les autres établissements de santé du GHT, hôpital support compris. Le centre hospitalier du bord de mer est composé de 51 praticiens dont 23 praticiens hospitaliers, 11 praticiens contractuels, 6 praticiens attachés associés, 3 praticiens attachés, 1 cliniciens et 1 stagiaire associé, se répartissant autour de 12 services. L'effectif médical est majoritairement masculin (à 60%) et vieillissant avec une moyenne d'âge de 52,2 ans et un départ en retraite prévisionnel de 50% de l'effectif médical total à 10 ans. Les difficultés de recrutement sont conséquentes, avec un recours structurel à l'intérim pour le service des urgences dont un poste n'est pas pourvu, de même pour le service de médecine polyvalente, de sorte que le coût de l'intérim médical s'élève en moyenne à 942 494,4 euros par ans¹. Le Centre hospitalier de bord de mer servira donc d'exemple concret aux propos développés par la suite.

Rappelons, à titre préliminaire, qu'un établissement public de santé est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Son objet principal n'est ni industriel, ni commercial² et sa mission est d'assurer le diagnostic, la surveillance et le

1 Annexes n° 1,2,4 et 5

2 Article L6141-1 du Code de Santé Publique (CSP)

traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Il mène également des actions de prévention et d'éducation à la santé³, participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville, ainsi qu'avec les établissements et services médico-sociaux. Les établissements hospitaliers publics prennent également part à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Enfin, ils ont à charge de mener en leur sein des réflexions éthiques liées à l'accueil et à la prise en charge médical. Ces établissements se composent de personnel médical et non médical appartenant ou non à la fonction publique hospitalière. L'hôpital public est en somme une entreprise qui doit répondre à des impératifs d'adaptation, d'innovation, de compétitivité soumis à des contraintes budgétaires fortes. C'est un milieu en tension économique et sociale qui se réforme constamment et qui se doit d'être le plus efficient, sécurisé et qualitatif possible.

L'intérim médical lui, entre en rupture avec ces caractéristiques. En effet, il se caractérise par une liberté économique, sociale, morale et légale profonde. On désigne par intérim médical la situation des médecins recrutés pour des missions temporaires soit par le biais d'une société de mise à disposition, soit par le biais de contrats de gré à gré. Il s'agit d'un choix d'exercice de la part de ces médecins qui ne leur est nullement imposée et qui leur garantit une rémunération hors grille. Le médecin intérimaire est un concept, c'est un nomade, un mercenaire, seul maître de sa situation : choix du lieu de travail, du temps de travail et dans une large mesure, choix de sa rémunération. Il s'agit d'un praticien contractuel ne respectant ni la rémunération légalement instituée, ni la situation et les obligations relatives à l'exercice sous un tel statut. Nommé tour à tour intérimaire, remplaçant, mercenaire, temporaire, ce médecin intervient de manière ponctuelle mais souvent répétée dans les hôpitaux en manque de personnel pour des durées plus ou moins courtes pouvant aller de quelques jours à quelques semaines.

Ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics se sont saisis du sujet, ne pouvant plus fermer les yeux face aux déviances extrêmes caractérisées par un tel exercice de la médecine : absence de diplômes, falsification des contrats, multiplication des employeurs, diminution de la qualité et de la sécurité des soins, sont autant de problématiques portées par l'intérim hospitalier. Si la crise semble éclater à présent, le recours aux médecins temporaires n'est pas

3 Article L6111-1 du CSP

si récent et résulte d'une multitude de facteurs à la fois internes et externes aux établissements hospitaliers, qu'il conviendra d'explicitier par la suite.

L'intérim hospitalier tel qu'on le connaît apparaît au XXIème siècle et se développe véritablement à partir de 2010. Néanmoins, la question du manque d'attractivité du statut de praticien hospitalier est quant à elle beaucoup plus ancienne. Le développement d'une multitude de statuts de médecins hospitaliers est le premier indicateur d'un manque d'attractivité de l'hôpital envers les professionnels médicaux. Tout commence dès 1958⁴ quand à la suite de la réforme Debré et du grand mouvement d'hospitalo-centrisme qu'elle entraîne, deux nouveaux statuts de médecins hospitaliers sont créés : le statut de praticien hospitalier à temps plein et de praticien bi-appartenant. L'hôpital rencontre alors son premier échec, ces statuts n'attirent pas les praticiens qui leur préfèrent une activité libérale de la médecine.

La situation se complexifie avec la pression démographique exercée par le baby-boom et le développement de nouvelles spécialités médicales, qui nécessitent le recrutement de davantage de praticiens à l'hôpital public. La loi Boulin de 1970⁵ va alors donner naissance au statut de médecin attaché aux hôpitaux. Mais une confusion règne dans le monde médical qui ne comprend plus la différence entre les statuts, ni leur rapport à la fonction publique. En 1986⁶, le législateur termine d'achever l'unification des statuts en créant quatre catégories distinctes de praticiens à l'hôpital : les médecins à temps partiel, les médecins hospitalo-universitaires, les médecins à temps pleins et les médecins attachés. Mais la création de ces statuts quasi-fonctionnarisés n'a pas plus séduit les praticiens qu'auparavant, réticents à l'idée de renoncer à une certaine liberté d'exercice, ils se refusent à l'hôpital public. La loi prévoit alors en parallèle la possibilité de recruter des praticiens contractuels, mais sans résultats véritablement satisfaisants. Aujourd'hui, six statuts de praticiens cohabitent à l'hôpital public, opacifiant le système sans lui faire gagner en attractivité: les personnels enseignants hospitaliers, les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, les assistants des hôpitaux à temps plein ou à temps partiel, les praticiens attachés, les praticiens contractuel et les praticiens adjoints contractuels et enfin récemment, les cliniciens hospitaliers issus de la

4 La réforme initiée par la professeur Robert Debré est un ensemble de trois ordonnances et un décret en date du 11 décembre 1958 venant créer les CHU ainsi que les médecins à temps plein hospitalo-universitaires. Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958, JORF du 12 décembre 1958 et Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958, JORF du 12 décembre 1958

5 Loi n°76-1318 du 31 décembre 1970 abrogée par la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991, JORF 4 janvier 1992

6 Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, JORF 11 janvier 1986

réforme du 21 juillet 2009 ; sans que personne n'en connaisse variablement les distinctions et obligations dévolues.

Ce qu'il ressort de cette évolution complexe et complexifiée, est un enseignement majeur : l'hôpital n'a jamais été attractif pour les médecins. Et lorsque la situation démographique se tend, ce manque d'attractivité devient critique et oblige les établissements à réagir. Les outils à leur disposition ne leur suffisant plus, ils utilisent à outrance la liberté contractuelle qui leur a été donnée, pour assurer la permanence et la continuité des soins dont ils ont la charge. Si l'intérim médical n'est pas si ancien, il est cependant le fruit d'un long processus de tentatives ayant échoué à rendre l'hôpital attractif par les statuts qu'il offre.

Si le sujet de l'intérim médical est si prégnant actuellement dans le débat public⁷, c'est justement parce que ce système est devenu insoutenable et profondément sclérosé. De nombreux scandales ont fait la preuve du danger lié à un tel exercice de la médecine et ses répercussions sont désormais bien plus importantes que simplement financières. Pour autant, combattre cette pratique demande au préalable une fine appréciation de ses sources, et lorsqu'on s'y plonge, on ne peut que remarquer avec stupeur que l'intérim médical est tout à la fois la cause et la conséquence d'un nombre saisissant de facteurs qui se nourrissent les uns des autres, entraînant l'ensemble du système dans un cercle vicieux. L'intérim médical est ainsi l'enfant des déserts médicaux, de la pénurie de spécialiste, de la concurrence du secteur privé, d'une insuffisante qualité de vie au travail, de la transition démographique et pathologique, de la concurrence des statuts et des rémunérations, des restrictions budgétaires, ou encore du défaut de communication et de transparence sur les carrières hospitalières.

Les leviers sont donc multiples et ne dépendent plus uniquement des établissements mais également d'une politique territoriale plus large faisant intervenir l'ensemble des acteurs en vue de restaurer l'attractivité de nos hôpitaux et leur permettre ainsi, à nouveau, d'espérer raisonnablement au recrutement de praticiens.

La France n'est pas un cas isolé en Europe, le NHS, considéré comme l'un des systèmes de santé les plus performants est lui aussi aujourd'hui en proie à de sévères difficultés trouvant écho avec notre système.⁸ Tout aussi engorgé que le sont nos établissements hospitaliers, le

7 « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public ». VERAN, Olivier. Assemblée Nationale, décembre 2013.

8 « Un tiers des 250 000 médecins exerçant au Royaume-Uni n'ont pas été formés dans ce pays ». Le Monde, 31 octobre 2008.

NHS fait face à une pénurie aggravée de praticiens. En février 2016, 6207 postes de médecins étaient vacants, notamment en anesthésie-réanimation, en soins intensifs et aux urgences. Les causes de cette pénurie sont multiples : le vieillissement de la population qui accroît les besoins de soins, le départ en retraite massif des médecins, l'expatriation de certains professionnels qui recherchent de meilleures conditions de travail ou encore le nombre insuffisant de praticiens formés dans le pays⁹. Bien que la situation du système de santé français ne puisse être claquée sur celle du NHS, des points de convergence sont à souligner. Les problématiques mettant à l'épreuve le NHS démontrent que la situation des hôpitaux publics français n'est pas unique et propre à notre organisation des soins, mais est une tendance actuelle en Europe pour les systèmes de santé public.

Les hôpitaux français doivent renouer avec l'attractivité si ils veulent limiter au maximum leur recours à l'intérim. Il s'agit là d'un impératif pour protéger la qualité et la sécurité des soins, mais également pour rompre le cercle vicieux qui s'est installé, dans lequel l'intérim s'épanouit en désorganisant les services, démobilisant les praticiens et détournant les grandes principes éthiques attachés à l'exercice de la médecine. L'intérim médical a tué Hippocrate, et a assujéti l'hôpital à un système déviant qu'il faut intelligemment combattre avec des outils désormais moins juridiques que managériaux.

Partant donc de ce premier constat que le travail temporaire des praticiens hospitaliers résulte à la fois de problématiques conjoncturelles et structurelles l'érigeant en phénomène éminemment complexe, il conviendra d'articuler notre propos autour de cette grande question qui est de savoir quels sont aujourd'hui les outils de régulation et d'encadrement à mettre en œuvre afin de réguler ce nouveau mode d'exercice de la médecine hospitalière ?

Afin de répondre à cette problématique nous structurerons notre propos en dressant dans un premier temps un diagnostic de l'intérim médical dans les hôpitaux publics afin d'en connaître les sources et répercussions (Partie 1) pour en dégager par la suite les outils les plus adéquats permettant de réguler ce phénomène (Partie 2).

⁹ « Royaume-Uni : l'hiver pousser le système de santé au bord de la crise de nerfs ». Courrier International, 4 janvier 2018

Partie 1: Un encadrement illusoire du travail temporaire des praticiens dans les hôpitaux publics

Le travail temporaire hospitalier résulte d'une multitude de facteurs, interdépendants, fragilisant considérablement l'hôpital public (Chapitre 1). Le législateur n'est pas resté muet face à ce phénomène, bien au contraire. Pour autant, l'ensemble des dispositions prises dans l'optique de réguler l'intérim médical se sont montrées insuffisantes et parfois même inadaptées, renforçant la déviance de ce système de recrutement et d'exercice (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Le travail temporaire, objet de déviance et fruit d'insécurité

On ne peut parler de travail temporaire sans en connaître les sources. En effet, ce mode d'exercice n'est pas apparu sans raison, mais résulte bien au contraire de facteurs divers mais réels dont l'étude préalable est incontournable (Section 1). Ce n'est qu'ensuite que vient l'appréciation des conséquences d'un tel exercice de la médecine, illustrant la nécessité d'une régulation adéquate (Section 2).

Section 1 : Un appel au travail temporaire moins justifié par la conjoncture que par la structure

Au départ uniquement envisagé dans un cadre conjoncturel (§1), l'intérim médical s'est petit à petit imposé comme la solution aux tensions structurelles rencontrées par les établissements hospitaliers publics (§2).

§1. Des effectifs médicaux insuffisants résultant d'une réorganisation contemporaine de la profession médicale

a) Une évolution significative de la place du praticien intérimaire dans l'organisation hospitalière

A l'origine, les hôpitaux n'avaient recours à l'intérim hospitalier que dans 4 situations. Dans un premier temps il s'agissait d'utiliser l'intérim afin d'assurer le remplacement momentané d'un médecin en raison d'un congé maladie, d'un congé de maternité, d'un congé parental, d'un passage provisoire en temps partiel, de sa participation à des activités dans le cadre d'une réserve opérationnelle, sanitaire, civile ou autre, ou de l'accomplissement du service civil ou national, du rappel ou du maintien sous les drapeaux¹⁰. Dans un second temps, l'intérim pouvait intervenir afin de palier la vacance temporaire d'un emploi ne pouvant être immédiatement pourvu dans les conditions prévues par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalières. Dans un

¹⁰ Article 9-1, loi n°86-33 du 9 janvier 1986, JORF 11 janvier 1986

troisième temps, le recours à ce type d'exercice médical pouvait avoir lieu afin de faire face à un accroissement temporaire d'activité. Enfin, l'intérim pouvait être justifié par un besoin occasionnel ou saisonnier, c'est-à-dire « des emplois dont les tâches sont appelées à se répéter chaque année selon une périodicité à peu près fixe, en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs »¹¹.

Autrement dit, les établissements hospitaliers publics n'avaient besoin de recourir à l'intérim que dans les strictes conditions prévues par le législateur. Le praticien intérimaire tenait alors véritablement un statut de remplaçant du praticien titulaire momentanément absent, ou tout au plus celui d'une variable d'ajustement en cas d'accroissement significatif de l'activité, dont le caractère temporaire ne nécessitait pas l'ouverture à proprement parler d'un nouveau poste de PH.¹²

Les intérimaires s'inscrivant dans ce cadre d'exercice était bien souvent peu considérés par leurs confrères hospitaliers, sans bénéfices pécuniaires et matériels conséquents, ce statut ne présentait aucune attractivité pour le corps médical. L'intérimaire restait un statut d'exception, et celui de praticien hospitalier la règle.

Aujourd'hui, la situation s'est profondément complexifiée. On a pu observer ces dix dernières années une montée en puissance de l'intérim médical dont le recours ne répond plus seulement aux seuls motifs conjoncturels jusqu'alors avancés. Si les établissements hospitaliers continuent d'utiliser les praticiens intérimaires afin de remplacer temporairement les titulaires, s'est également développé un recours à l'intérim d'une toute autre nature, visant cette fois-ci à palier un déficit structurel d'effectif médical. Dès lors, le statut de l'intérim dans l'établissement a évolué et s'est densifié. En effet, dans cette utilisation structurelle de l'intérim, le praticien n'est plus le remplaçant d'un titulaire. Il devient un praticien de passage certes, mais occupant un poste vide en attente de candidature. Son activité devient dès lors essentielle pour les établissements qui le convoitent, il n'est plus une variable d'ajustement mais bel et bien une ressource vitale pour le fonctionnement de l'hôpital. Forte de cette nouvelle stature, la situation de l'intérimaire dans la hiérarchie médicale se confond de plus en plus avec celles des praticiens en poste dans l'établissement. Cette reconnaissance sociale de l'intérim hospitalier, non plus considéré comme un simple remplaçant mais bien plus comme

11 Article L1242-2 du code de travail

12 Situation concernant notamment les Hôpitaux situés sur des zones touristiques saisonnières (bord de mer, montagne)

un praticien à part entière qu'il faut séduire, a entraîné une inévitable inflation des avantages salariaux et matériels. Si bien que les intérimaires bénéficient désormais de rémunérations et d'un confort logistique que les praticiens hospitaliers eux-mêmes envient.

b) Un changement de paradigme pérennisant l'intérim hospitalier

Le recours structurel à l'intérim hospitalier résulte d'un changement de paradigme dans la profession médicale qui s'est construit petit à petit ces dernières décennies. L'avènement des 35h¹³, le vieillissement de la population, l'hyperspécialisation, la féminisation¹⁴ de la profession et l'émergence d'un nouveau partage entre vie privée et vie professionnelle¹⁵ ont bouleversé les ressources médicales disponibles tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Au niveau quantitatif, il est indéniable aujourd'hui que le nombre de praticiens est insuffisant. Cette pénurie ne résulte pas directement du *numerus clausus* mais davantage du temps médical disponible par praticien. Avec la mise en place des 35 heures à l'hôpital public en 2002, le temps de travail réglementaire attribué à chaque praticien s'est considérablement réduit tandis que les recrutements, n'ont quant à eux pas augmenté¹⁶. Les établissements se sont donc retrouvés dans une situation complexe du point de vue des effectifs, obligeant les praticiens à dépasser le temps réglementaire compensé par l'attribution de jours de RTT. Ces derniers ne sont pas toujours soldés à la fin de chaque exercice, ce bien qu'ils se reportent sur un compte épargne ; temps que le praticien peut décider de solder soit en prenant des congés, soit en se faisant rembourser le temps disponible sur le CET, plaçant dès lors de nombreux établissements dans des situations de trésorerie complexes. En parallèle de la mise en place de ces 35 heures, on a pu observer une féminisation croissante de la profession impactant elle aussi le temps médical disponible. Cette féminisation s'est déroulée de manière assez brutale dans la dernière partie du XX^{ème} siècle et préfigure aujourd'hui un groupe professionnel composé dans l'avenir aux deux tiers au moins de femmes. Il s'agit donc réellement d'une féminisation et non seulement d'une mixité¹⁷. Hors ce mouvement a un fort impact sur le temps de travail disponible, en effet, les femmes souscrivent davantage de temps partiels afin

13 « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation » TONNEAU, Dominique. DRESS, document de travail, série études, 117, 2003.

14 « Démographie médicale et soignante ». TERROIR, Mathieu. Revue hospitalière de France, 2003

15 « Les jeunes médecins veulent mieux concilier vie professionnelle et vie privée », Le Monde, 20 juin 2013

16 Rapport d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail. Rapporteur ROMAGNAN, B.

17 « Variations sociologiques sur le thème de la médecine ». HARDY, Anna-Chantal.. Sociologie, Université de Nantes, 2010.

de pouvoir mener à bien leurs projets familiaux. Enfin, les nouvelles générations sont sensibles à leur qualité de vie et exigent une meilleure répartition du temps entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, de telle sorte que le temps médical disponible se réduit de plus en plus, et ce, quelque soit le statut : hospitalier ou libéral.

L'ensemble de ces déterminants entraîne aujourd'hui un engorgement conséquent des établissements hospitaliers qui récupèrent les patients des praticiens libéraux dont les horaires de consultations se sont significativement réduits. Le vieillissement de la population dont résulte un accroissement du nombre de pathologies et de patients ajoute un poids supplémentaire à l'hôpital public, que les effectifs médicaux, déjà en tension, ne parviennent plus à supporter. L'ultime solution pour les établissements est donc de faire appel à l'intérim médical, mais pour des raisons qui ne sont bien moins conjoncturelles que structurelles.

D'un point de vue qualitatif, l'hyperspécialisation des praticiens hospitalier a entraîné un accroissement significatif des besoins de recrutement des établissements hospitaliers. Alors qu'auparavant un même radiologue pouvait assurer les échographies comme les radiographies, désormais, le service doit accueillir un radiologue et un échographiste. Cette hyperspécialisation pèse énormément sur les petits centres hospitaliers qui peinent à recruter de jeunes praticiens capables d'assurer la polyvalence d'une même spécialité, ne possédant ni les fonds nécessaires, ni le plateau technique, ni les pathologies pour le recrutement de sur-spécialistes. La segmentation accrue des spécialités de médecine permet dès lors d'avoir d'excellents experts mais au détriment des services plus généralistes dont se composent les établissements de proximité, qui perdent dès lors toute attractivité à l'égard des jeunes générations de praticiens¹⁸.

§2. Une évolution complexe de l'environnement médical justifiant le recours au travail temporaire

a) La raréfaction de certaines spécialités et l'existence de territoires en tension obligeant le recrutement de praticiens temporaires

Le recours au travail temporaire est bel et bien désormais avant tout justifié par des tensions structurelles dans le recrutement des médecins que conjoncturelles comme esquissé en amont. En reprenant les projections du CNG, il apparaît qu'à l'heure actuelle 20 à 40% des postes de praticiens hospitaliers, selon les spécialités, restent vacants sur le territoire français. Les

18 Annexe n°8

établissements hospitaliers sont donc désormais forcés de reconduire leur besoin d'intérim tout au long de l'activité annuelle et sur plusieurs exercices consécutifs. Nous avons commencé à le souligner, une multitude d'éléments permettent d'expliquer cette pénurie. Et lorsque l'on se place du côté des petits établissements ruraux, il apparaît que l'un des principaux facteurs dans les problématiques de recrutement des praticiens reste avant tout celui des déserts médicaux¹⁹.

Ces « déserts » sont en réalité des territoires en zone de tension, qui ne sont ni attractifs pour les médecins ni pour la population active. Ces zones sont majoritairement concentrées sur les territoires ruraux, éloignés des grandes métropoles et non seulement désertés par les médecins mais également par l'ensemble des services de transports et de culture, de sorte que l'activité économique y est très faible et se concentre souvent sur le secteur primaire à faible valeur ajoutée comme l'agriculture. Les 6 territoires les plus sinistrés étant les régions Picardie, Auvergne, Basse-Normandie, Centre, Franche-Comté ainsi que l'outre-mer²⁰. Cette nomenclature n'est pas exclusive, certains territoires en grandes difficultés reposent sur des indicateurs différents, c'est notamment le cas pour certains arrondissements parisiens extrêmement onéreux ne permettant pas aux praticiens de s'installer, ou encore pour les territoires attractifs temporairement situés dans les régions montagneuses et du littoral dont le niveau d'activité et d'attractivité repose sur les saisons.

En tout état de cause, ces territoires rencontrent des difficultés certaines à attirer et fidéliser les médecins, tant libéraux qu'hospitaliers pour l'ensemble des raisons susmentionnées à savoir : des territoires éloignés des grands centres urbains, bénéficiant de services publics régionaux peu développés, d'une mauvaise couverture réseau et d'une faible offre culturelle. Hors, la profession médicale évolue au sein d'un milieu socio-culturel relativement élevé et fortement endogame. Cette catégorie socio-professionnelle est très sensible aux environnements économiques, sociaux et culturels développés, ce qui explique la concentration des praticiens autour des grands centres urbains.

Pour les petits établissements hospitaliers ruraux, le déficit d'attractivité est conséquent et multidimensionnel. Ni le territoire, ni l'activité médicale proposée ne permettent d'attirer une profession exigeante tant d'un point de vue personnel que professionnel. En effet, l'activité

19 « Atlas de la démographie médicale en France - profils comparés : 2007/2017 – les territoires au cœur de la réflexion ». BOUET, Patrick. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2017.

20 Ancienne nomenclature

médicale développée par les petits établissements de proximité se concentre sur des pathologies simples et redondantes souvent liées au vieillissement. Les services de pointe ainsi que de recherche se sont quant à eux délocalisés vers les gros centres régionaux et universitaires de telle sorte que les établissements de proximité ne possèdent plus aucun argument d'attractivité pour les jeunes générations de praticiens. Cette pénurie médicale nourrit et se nourrit de la désertification des territoires ruraux. La fermeture progressive de l'ensemble des maternités de proximité engendre un nouveau type d'exode rural, liée cette fois-ci à l'offre de soin et qui concerne les populations actives en âge de procréer. C'est donc un cercle vicieux qui se crée, et au sein duquel les établissements hospitaliers de proximité tente de survivre.

A cette désertification des territoires ruraux s'ajoute une pénurie médicale préoccupante au sein de certaines spécialités essentielles au bon fonctionnement du système de santé. Cette pénurie s'explique pour plusieurs raisons dont certaines ont d'ores et déjà été présentées. Du fait du vieillissement de la population et de l'éradication de la majorité des pathologies infectieuses, les activités de médecine se concentrent désormais majoritairement autour des maladies chroniques, dégénératives, du grand âge. Ce tournant pathologique a accru le besoin de radiologues, gériatres et cardiologues qui aujourd'hui ne sont plus suffisamment nombreux dans le secteur public pour répondre à la demande de soin²¹. Alors même que les grands établissements de santé peinent à assurer le renouvellement de leurs effectifs sur ces spécialités, les centres hospitaliers de proximité sont eux forcés d'externaliser leurs activités de radiologie et de cardiologie ou d'avoir recours structurellement à des praticiens intérimaires. Cette pénurie s'explique à la fois par le creux démographique lié aux départs à la retraite, mais aussi par la pénibilité attachée à ces spécialités, qui pour la majorité, imposent une activité en lien étroit avec l'urgence. Enfin, cette pénurie est aggravée par la concurrence féroce que mène le secteur hospitalier privé, offrant un cadre d'exercice en apparence plus confortable aux praticiens. Les rémunérations sont en effets plus attractives et les contraintes d'exercice moins lourdes puisque libérées de l'urgence.

b) La concurrence drastique menée par le secteur privé impactant l'attractivité du statut de praticien hospitalier

21 38,5% des postes de radiologues sont en vacance statutaire. La vacance statutaire désigne la situation où un poste devrait être occupé par un praticien hospitalier titulaire mais ne l'est pas dans les faits.

Comme il l'a été énoncé, le défaut d'attractivité du secteur public est renforcé par la concurrence exercée par les établissements de santé privés, proposant à la fois des plateaux techniques sophistiqués et une QVT en apparence supérieure à celle offerte par les établissements publics de santé. On exclura ici volontairement de la comparaison les CHU et grands centres hospitaliers publics pour rester sur le cœur de sujet.

Il ressort des analyses tant théoriques que pratiques, trois grandes catégories d'éléments sur lesquels le secteur privé est plus compétitif que le public. Tout d'abord, l'avantage concurrentiel du secteur privé se fonde sur les rémunérations qui y sont pratiquées. On estime ainsi qu'il existe un différentiel de 50% entre les rémunérations du public et celles du secteur privé. En réalité, si ce différentiel est très important en début de carrière, il tend à s'estomper avec l'avancement, de sorte qu'un praticien hospitalier en fin de carrière touchera autant si ce n'est plus grâce au cumul de différentes prime, qu'un praticien dans le secteur privé. Néanmoins, cette considération n'est valable qu'à long terme, et si l'on s'attache aux théories économiques²², il ressort que l'agent économique est myope. Ainsi, les individus ne se concentreraient que sur une vision à court terme et estimeraient que ce qui est vrai aujourd'hui le sera dans le futur. Cette théorie appliquée au cas du différentiel des rémunérations expliquerait cet attrait des jeunes praticiens pour le secteur privé aux dépens du public.

Le second avantage concurrentiel repose sur la QVT offerte à l'hôpital privé. Tandis que le public est de plus en plus pointé du doigt comme mettant en souffrance ses agents, le secteur privé quant à lui a développé un véritable savoir faire dans l'élaboration d'un cadre de travail qualitatif et performant. Outre l'absence de permanence des soins et la programmation des interventions permettant au praticien d'avoir un partage optimal de son temps entre activité professionnelle et vie privée, les infrastructures en place lui assurent le meilleur cadre d'exercice qui soit : matériel performant, personnel paramédical disponible, plateaux technique adaptés aux habitudes et préférences du praticien. De leur côté, les établissements de santé publics sont soumis à la réglementation des marchés publics désormais territorialisés au sein du GHT, laissant peu de marge de manœuvre aux petits établissements dans le choix de leurs matériels. Ce sont donc les praticiens qui doivent s'adapter au plateau technique et non l'inverse. De même, les restrictions budgétaires ne permettent pas le renouvellement des plateaux techniques devenus obsolètes ni même le recrutement d'un effectif suffisants de personnel paramédical souvent épuisé et forcé de se partager entre plusieurs services. Ainsi,

22 Théories économiques sur les anticipations, et théorie du cycle de vie de MODIGLIANI

lorsque l'on compare l'activité dans une clinique privée à celle de l'activité dans un établissement hospitalier : les praticiens du privé bénéficient d'une latitude de choix dans leur matériel, de plateaux techniques fréquemment rénovés et d'une activité programmée, donc prévisible laissant une marge de gestion de l'exercice importante aux praticiens.

Par ailleurs, il apparaît dans différents rapports traitant de l'attractivité²³ des établissements hospitaliers publics qu'il existe un véritable défaut d'information relatif au statut des praticiens hospitaliers. Ce manque de connaissance sur les perspectives de carrières hospitalières porte tant sur les aspects statutaires de la profession (nomination, accès aux postes, conditions d'emplois etc.)²⁴ que sur le déroulé et les opportunités de carrières. Ce manque de transparence nuit significativement à l'attractivité du secteur hospitalier public qui ne parvient pas à mettre en exergue les avantages que présente un tel mode d'exercice de la profession médicale sur le privé qui lui poursuit davantage encore, un objectif de rentabilité.

Section 2 : Le travail temporaire, un système sclérosé alimentant insécurités et abus

Le travail temporaire apporte avec lui tout une panoplie de déviances (§1) dont les répercussions sont particulièrement néfastes pour les établissements hospitaliers, que ce soit du point de vue des patients ou de celui des équipes (§2).

§1. Des praticiens sans autorisations d'exercice, un lieu commun du travail temporaire hospitalier

a) Les médecins de nationalité française en situation d'illégalité répétée

Il est relativement rare qu'un praticien de nationalité française et aux diplômes français exerce sa profession sans plénitude d'exercice. Cette situation ne concernerait que le cas exceptionnel dans lequel un praticien non encore thésé exercerait sa profession, soit dans l'illégalité après échec ou dans l'attente de sa date de soutenance. Rappelons que pour qu'un praticien soit inscrit à l'ordre des médecins en France, il doit avoir soutenu une thèse de médecine sans quoi l'exercice de son art doit impérativement s'effectuer sous l'autorité d'un praticien senior²⁵. Si cette situation anecdotique n'est pas des plus préoccupantes, il en est bien autrement pour les praticiens hospitaliers cumulant illégalement deux emplois. Cette situation commune concerne les praticiens hospitaliers exerçant en parallèle de leur contrat

23 « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public ». Commission permanente de l'attractivité médicale. FHF, 2014.

24 « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public ». LE MENN, Jacky. CHALVIN, Paul. Ministère des Solidarités et de la Santé, 23 juin 2015.

25 Articles L4111-1 et L4131-1 du CSP

des missions d'intérim médical avec le même établissement ou avec ses concurrents (la T2A ayant véritablement instiguée une concurrence entre les établissements publics de santé que la mise en place des GHT peine à gommer).

Ces praticiens hospitaliers intérimaires se distinguent communément en deux catégories : d'une part ceux qui sont à temps partiel et qui utilisent donc ce temps de non activité hospitalière pour effectuer des missions d'intérim. D'autre part, les praticiens à temps complet qui profitent de leurs congés payés (semaines de vacances et RTT) pour effectuer des missions d'intérim. Que ce soit pour l'une ou l'autre de ces deux situations, les praticiens se placent dans une situation de déviance extrême qu'il convient d'explicitier afin d'en révéler toutes les subtilités.

En principe, les praticiens occupant un emploi à temps complet ne sont pas autorisés à exercer une autre activité professionnelle que celle pour laquelle ils sont rémunérés (notamment une activité médicale). En effet, leur est appliqué le même principe que pour les fonctionnaires, à savoir que « le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit ». Ce principe est applicable aux praticiens hospitaliers²⁶ et aux professeurs des universités praticiens hospitaliers. Il s'applique également aux praticiens attachés et aux praticiens contractuels ainsi qu'aux internes²⁷.

Cependant, afin de tenir compte de situations concrètes, des règles particulières ont été édictées pour réglementer les conditions dans lesquelles certaines activités extérieures peuvent être réalisées en plus de l'activité principale. On distingue ainsi les activités accessoires, des activités annexes.

Les activités accessoires sont limitativement énumérées par le décret du 27 janvier 2017²⁸. Pour être autorisées, elles doivent être exercées en dehors des heures de service, revêtir un caractère accessoire et ne pas être incompatibles avec l'intérêt du service. Ces activités peuvent être lucratives ou non et peuvent s'exercer auprès d'un organisme public ou privé. Il s'agit principalement des activités d'expertises et de consultations, d'enseignement et de formation, d'intérêt général, d'intérêt public de coopération internationale ou auprès

26 Article L6152_4 du code de santé publique et Article 2 du décret du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

27 Article 32 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, JORF du 14 juillet 1983

28 Décret n°2017-105 du 27 janvier 2017, JORF du 29 janvier 2017

d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger, pour une durée limitée. Dans tous les cas, ces activités ne concernant pas un exercice accessoire de la médecine.

Les activités annexes regroupent plusieurs types d'activités et bénéficient de régimes ad hoc : sont concernées les activités de recherche, des activités uniquement exercées par des personnels hospitalo-universitaires et la création ou reprise d'entreprise à temps partiel.

En outre, les praticiens hospitaliers à temps plein ont la possibilité d'exercer une activité libérale au sein des établissements dans lesquels ils sont nommés ou , dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique.²⁹

Enfin, les praticiens hospitaliers à temps plein ont la possibilité de réaliser une activité d'intérêt général statutaire. Ce sont des activités qui présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement ou de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administration publique, auprès d'établissements privés exerçant une mission de service public ou auprès d'organismes à but non lucratif concourant aux soins ou à leur organisation³⁰.

Concernant le praticien à temps partiel³¹. Il peut exercer, sans dépasser le seuil des 100% d'un emploi à temps complet, une activité privée lucrative ou une deuxième activité publique. Cette possibilité de cumul n'est pas soumise à un régime d'autorisation mais à un régime de déclaration préalable. Cela signifie que la deuxième activité peut être exercée dès lors que l'autorité dont il relève est préalablement informée par écrit. Cette dernière peut néanmoins s'y opposer si elle estime l'activité privée incompatible avec les obligations de service et si elle porte atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service.

Une cause de refus qui se retrouve souvent, que ce soit pour un praticien à temps plein ou à temps partiel est celle d'une activités exercée auprès d'un organisme en concurrence avec l'hôpital sur le même champ d'activités.

Aussi, on déduit de ces textes, que l'activité d'intérim d'un praticien, qu'il soit à temps plein ou à temps partiel à l'hôpital public est illégale. Pour autant, cette situation est un lieu commun des contrats de mission. Au CH du bord de mer, sur 8 intérimaires au service des

²⁹ Article L6154-1 et s. du code de santé publique

³⁰ Article R 6152-30 du CSP

³¹ Article R 6152-201 et suivants du CSP

urgences, 4 sont praticiens hospitaliers dans un autre établissement. En radiologie, un des praticiens de l'hôpital effectue régulièrement des missions d'intérim auprès d'un hôpital situé en Charente Maritime.

Cette situation est d'autant plus prohibée lorsque le praticien hospitalier a signé un contrat d'engagement exclusif lui permettant de percevoir une prime d'engagement exclusif. Cette prime applicable tant aux praticiens hospitaliers à temps plein qu'à temps partiel est la contrepartie à l'engagement exclusif envers un établissement de santé public et donc au renoncement à une activité libérale. Au delà de son activité libérale, un praticien hospitalier à temps plein ne peut cumuler deux activités tout en percevant sa prime d'engagement exclusif.³²

b) Les médecins de nationalité étrangère aux statuts fréquemment irréguliers

Les conditions d'exercice de la médecine en France sont strictement définies par la loi afin d'assurer à la fois la sécurité aux patients et la régulation de la profession. Ainsi, il est inscrit au terme de l'article 4111-1 du code de la santé publique que nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est pas : titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'autres titres mentionnées aux articles L4141-3 et L4151-5 du dit code, de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie. Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages femmes³³. Ainsi, l'exercice de la médecine en France est subordonné à des conditions de nationalité, de diplômes et d'inscription au tableau des Conseils de l'Ordre³⁴.

Cependant, ces dispositions connaissent des exceptions permettant à des médecins de nationalité étrangère de pouvoir exercer leur art sur le territoire français et ainsi de pallier à la pénurie de praticien que connaissent aujourd'hui les établissements hospitaliers de l'hexagone.

On distingue deux catégories de praticiens de nationalité étrangère : les praticiens de nationalité européenne et les praticiens de nationalité extra-européenne.

32 CAA Lyon, 3^e chambre, 12 juillet 2016, n°14LY03485, inédit au recueil Lebon

33 Articles L4111-6 et L4112-7 du CSP

34 Articles L4111-1 et L4221-1 du CSP

Les médecins européens ne posent pas tant de difficultés que cela en théorie. En effet, grâce à l'équivalence des diplômes mise en œuvre au sein de l'union, il est possible pour un praticien membre, diplômé de l'Union Européenne, d'exercer la médecine en France sans repasser par une période de formation³⁵.

Sous certaines conditions, d'autres pays extra-européens ont passés des accords bilatéraux avec la France. Ces conventions donnent aux ressortissants de chacun des états signataires un traitement identique à celui reconnu à ses propres médecins nationaux et réciproquement. Ont également été mis en place des accords de réciprocité³⁶ avec des pays non membres de l'Union. Ces accords autorisent l'installation en France d'un nombre déterminé de médecins étrangers, en contrepartie d'un nombre égal de médecins français sur le territoire de l'autre partie. Ces autorisations sont données par arrêté individuel du ministre de la santé. Aujourd'hui, le seul accord encore en vigueur est l'accord franco-monégasque datant du 14 décembre 1938 et limitant le nombre de médecins à 14. Enfin, des conventions médicales frontalières existent. Elles permettent aux médecins frontaliers monégasques et suisses établis dans les communes limitrophes de la France de dispenser leurs soins dans ces communes selon des conditions établies par convention.

Certains médecins étrangers, non partis aux conventions et accords précités peuvent néanmoins exercer leur art sur le territoire français. Pour cela, deux possibilités s'offrent à eux : la première est de s'inscrire dans une faculté de médecine française et de passer avec succès le concours de première année. Ensuite, en fonction de leur cursus antérieur, ils pourront être autorisés à se présenter directement à l'ECN1 (l'examen classant national), qui leur permettra, selon leur classement, d'effectuer un internat de 3 ans en médecine générale pour obtenir un DES (diplôme d'études spécialisé) en médecine générale ou de 4 ans pour les spécialistes. La seconde option qui s'offre à eux consiste à passer les épreuves de la PAE (Procédure d'Autorisation d'Exercice) organisée par le département concours et examens du CNG. Pour passer la PAE, les médecins choisissent les EVC (épreuves de vérification des connaissances) correspondant à la spécialité pour laquelle ils souhaitent obtenir leur autorisation d'exercice par la suite. Suite au succès à la PAE, le praticien doit accomplir trois années de fonction hospitalière en France mais uniquement en établissements public de santé, et sous le statut de praticien attaché, attaché associé ou assistant associé suivant le nombre de

35 Directive 2005/36/CE

36 Article L4111-3 du CSP

vacations effectuées. Il est à noter que ces praticiens étrangers ne participent à l'activité du service hospitalier que sous la responsabilité directe du chef de service ou à défaut, de l'un de ses collaborateurs. A ce titre, ils peuvent effectuer des actes médicaux de pratique courante et sont associés au service de garde de l'hôpital. A la fin de cette période probatoire, le praticien doit adresser un dossier en double exemplaire de demande d'autorisation d'exercice au CNG qui statuera sur cette demande et autorisera ou non le praticien à exercer la médecine en France.

Le recrutement de praticiens étrangers est devenu un enjeu brûlant et actuel pour nos établissements hospitaliers face à la pénurie de praticien français. Au CH du bord de mer, ces praticiens étrangers sont devenus les moteurs des services, sans lesquels l'hôpital ne pourrait plus fonctionner. Et pourtant, leur recrutement est de plus en plus complexe, alors que les gros établissements, également en difficulté, aspirent les nouveaux talents, la déviance se développe dans les petits hôpitaux de proximité, obligés de recruter des praticiens étrangers en dehors des obligations législatives, donnant naissance à des situations inextricables comme celle d'une radiologue ayant échoué par trois fois à la PAE et exerçant cependant dans le service et sous un statut pour lequel elle ne remplit pas les critères, le tout étant couvert par l'établissement au moyen de fausses déclarations.

Si la situation paraît anecdotique et isolée, elle ne l'est finalement pas tant que cela ; des situations similaires se multiplient dans l'ensemble des petits établissements de santé incapables d'attirer des praticiens et victimes de la concurrence faite par les CHU et gros hôpitaux de province, de telle sorte que « nécessité faisant loi », des solutions illégales sont adoptées afin d'assurer aux patients un accès aux soins permanent et continue.

La question se pose alors de savoir, dans ces conditions, qui condamner ? Peut-on sanctionner un établissement pour permettre à un praticien en situation illégale d'exercer néanmoins la médecine afin de répondre aux obligations du service public ? La hiérarchie des devoirs et obligations est laissée à la discrétion des hôpitaux qui se doivent de choisir entre la peste ou le choléra mais qui dans les deux cas seront les grands perdants de la partie.

Face à cette situation, un décret en date du 22 novembre 2017³⁷ est venu donner un peu d'air aux hôpitaux en autorisant un exercice temporaire de la médecine, sous conditions, pour des

37 Décret n°2017-1601 du 22 novembre 2017, JORF n°0274 du 24 novembre 2017

praticiens spécialistes étrangers. Ces derniers sont ainsi autorisés à venir exercer la médecine en France si ils suivent en parallèle une formation relative à leur spécialité.

Néanmoins, dans le recours à l'intérim, il est très fréquent que ces praticiens étrangers se présentent à des postes sans avoir la plénitude d'exercice. La majorité des praticiens intérimaire est composée de praticiens de nationalité étrangère dont une part significative n'a pas la plénitude d'exercice, si ce n'est même l'autorisation d'exercer la médecine en France. Ce qui soulève indéniablement de nombreuses questions de légalité et de sécurité des soins.

§2. La qualité des soins, première victime du travail temporaire à l'hôpital public

a) Une déstabilisation conséquente des équipes, facteur d'insécurité

Si le recours au travail temporaire permet d'assurer la continuité de service et la permanence des soins, il n'est nullement garant de leur qualité. Une première étude réalisée auprès d'une équipe d'anesthésistes hospitaliers³⁸ souligne que la qualité des dossiers médicaux réalisés par des intérimaires est en moyenne inférieure à celle des dossiers médicaux tenus par les praticiens en poste. Plusieurs raisons permettent d'expliquer ce décalage.

Premièrement, les intérimaires sont sollicités en cas de nécessité absolue pour l'hôpital, ce qui ne leur donne ni le temps de s'intégrer dans les équipes ni le temps de se former aux plateaux techniques, uniques à chaque établissement. Exercer la médecine dans un environnement inconnu et fonctionner avec une équipe possédant ses propres automatismes n'est donc pas choses aisées pour les praticiens temporaires, même pour les plus aguerris. La pharmacienne du CH du bord de mer relevait à ce propos qu'il « existait un véritable décalage entre la prescription des médecins en poste au centre hospitalier et des praticiens intérimaires ». En effet, ces derniers ne connaissent que rarement les équivalences médicamenteuses disponibles à la pharmacie et prescrivent des ordonnances qui ne peuvent être délivrées. De même, la pharmacie construit des recommandations de prescriptions dans l'établissement dont les intérimaires ne prennent pas connaissance et ne respectent pas, ce qui impact les stocks, la politique médicamenteuse de l'établissement et oblige les pharmaciens à rectifier les prescriptions. Ainsi, désormais, avec le cumul des deux grandes difficultés que sont les médecins intérimaires et les médecins étrangers, la pharmacie nous confiait passer 80% de

38 « Qualité du dossier de consultation préanesthésie au sein d'une unité d'anesthésie ayant recours à l'intérim médical ». ARPAJOU, Gilles. BYET, Nicolas. BARAT, Jean Christophe. CLAVIER, Thomas. RIGAUD, Jean Philippe. DUREUIL, Bertrand., Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 1, n° 2 (avril 2015).

son temps de travail à devoir corriger les ordonnances prescrites par les praticiens de l'établissement.

D'autre part, on remarque que ce turn-over constant des forces médicales déstabilise les équipes soignantes qui ne se fient pas aux praticiens temporaires. Le lien de confiance mutuelle n'a pas le temps de se construire, notamment au sein des services peu habitués aux imprévus et à l'instabilité. Le recours à l'intérim aura donc des répercussions sensiblement différentes selon que l'on se situe dans un service d'hospitalisation comme la gériatrie ou dans un service d'urgence. Cette hypothèse théorique est confirmée en pratique par les divers chefs de service. En urgence, l'unité s'accommode plutôt bien des intérimaires car l'activité est construite sur le changement, l'imprévu, l'adaptation. En revanche les services de SSR, de gériatrie possèdent une routine bien huilée qui est inévitablement rompue par l'arrivée et de départ répétés de médecins de passage. Cette fragilisation du collectif de travail est un facteur de risque de syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins salariés et chez les équipes paramédicales. Si le recours à l'intérim est un phénomène connu et documenté dans de nombreux corps de métier pour augmenter les risques d'accidents du travail, à l'hôpital en revanche, aucune étude n'a été menée pour quantifier ce risque. Hormis pour les praticiens en formation, on ne connaît pas le sur-risque, ni sa durée, en lien avec la prise en main temporaire d'un nouveau poste par un praticien.

b) Une qualité intrinsèque des soins non satisfaisante résultant de l'intérim hospitalier

« La compétence, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé, permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention professionnels sur le corps d'autrui, mais ne fait que postuler la capacité réelle des professionnels à intervenir pertinemment »³⁹.

La littérature et les entretiens semi-directifs qui ont été menés au sein du CH du bord de mer s'accordent à dénoncer le manque de compétence que détiennent les praticiens intérimaires. Outre la déstabilisation des équipes et la difficile intégration des praticiens dans les services, le recours aux praticiens intérimaires pose avant tout la question de leur qualification et donc de la qualité intrinsèque des soins qui sont dispensés.

39 « Modalités et conditions dévaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ». Matillon M. Rapport de mission d'août 2003.

Lorsque l'on s'intéresse aux caractéristiques du praticien intérimaire on remarque que dans la majorité des cas il s'agit de praticiens à diplômes étrangers qui n'ont pas l'expérience hospitalière française suffisante pour assurer un travail de qualité ou qui, dans les situations les plus critiques, n'ont pas la plénitude d'exercice.

En effet, nous l'avons déjà évoqué, plusieurs médecins exercent en intérim sans plénitude d'exercice alors que leur contrat de mission ne prévoit pas de les adjoindre à un superviseur. Ils exercent donc en roue libre, dans un service désorganisé qui ne peut assurer une barrière de sécurité face aux erreurs.

Concernant la formation continue des praticiens qui est une obligation législative, aucune information n'est communiquée aux hôpitaux sur ce sujet. Au CH du bord de mer, seuls les diplômes sont communiqués, mais aucune mention n'est faite concernant le DPC, l'hôpital peine à obtenir ces informations et suppose plus qu'il ne vérifie que cette obligation a été respectée. Suite à des entretiens avec les chefs de service de l'établissement et avec le service qualité, il est apparu que la difficulté principale rencontrée par l'établissement concernant les professionnels intérimaires se concentrait moins sur leurs compétences médicales (bien que régulièrement des alertes soient données par les équipes paramédicales) que sur leur comportement envers le patient et envers les équipes hospitalières. Plusieurs plaintes relatives à un comportement inadapté ont ainsi été analysées en CDU, et les équipes confirment cette tendance au non respect des règles de bienséances et de bonne prise en charge des patients sur le plan humain. A titre d'exemple, il est arrivé qu'un praticien hospitalier intérimaire réveille un patient appartenant à la communauté du voyage en pleine nuit, et dont il n'a pas la charge, pour l'accuser d'un vol de matériel (ordinateur et portable). Un tel incident n'est pas isolé et a tendance à se répéter à mesure que l'établissement fait appel aux intérimaires pour assurer la permanence et la continuité des soins. Ces derniers poursuivant non pas un objectif organisationnel mais strictement personnel, ils n'ont aucune incitation au respect des règles de fonctionnement de l'établissement et à la préservation de l'attractivité pour les patients.

Afin de limiter le recrutement d'intérimaires non qualifiés ou inaptes au travail hospitalier, certains GHT ont mis en place un système informel de black-list. Il s'agit d'un fichier commun, comportant une évaluation des intérimaires ayant effectués un service dans les hôpitaux partis, dont émerge une liste des praticiens temporaires à ne plus recruter. Ce

système permet ainsi de garantir à la marge, des compétences minimums, pour les services accueillant les médecins intérimaires, et de se prémunir des déviances les plus évidentes.⁴⁰

Chapitre 2 : Une tentative timide et inefficace d'encadrement législatif du travail temporaire médical

Le législateur s'est rapidement saisi de la question de l'intérim médical. Dans un premier temps, son action semblait davantage cibler la question de la légalité des contrats (Section 1), puis récemment, c'est de la question économique et financière, étroitement liée à l'intérim hospitalier, dont s'est préoccupé le législateur (Section 2). Pour autant, aucune de ces réglementations, aussi justifiables soient-elles, ne semble apte à réguler durablement et intelligemment le recours à la médecine hospitalière temporaire.

Section 1 : Code de la santé publique et code du travail, deux outils pour une réglementation critiquable

*C'est tout d'abord en autorisant selon un cadre légal défini le travail temporaire que le législateur a tenté de structurer le recours à l'intérim (§1). Mais la liberté contractuelle a rapidement pris le dessus, développant de nouveaux outils de recrutement contra-*legem* difficilement punissables car particulièrement ingénieux (§2).*

§1. Deux contrats pour un même résultat : le contrat de mission, outil privilégié de recours au travail temporaire

a) Le contrat de mission favorisant une sécurité des relations contestable

Le contrat de mission désigne ce que l'on appelle communément l'intérim hospitalier. Il est autorisé par l'article L6146-3 du code de santé public qui énonce que les établissements publics de santé peuvent recourir à du personnel médical 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. Il ne s'agit donc pas là d'une possibilité récente pour les établissements de santé.

Article L 1251-5 du code du travail : le contrat de mission, quel que soit son motif, ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice.

La possibilité donnée à l'entreprise utilisatrice de recourir à des contrats de mission successifs avec le même salarié intérimaire, pour remplacer un ou des salariés absents ou pour faire face à un accroissement temporaire d'activité, ne peut avoir pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à son activité, normale et permanente ; l'entreprise utilisatrice ne

40 Annexe n°3

peut recourir de façon systématique aux missions d'intérim pour faire face à un besoin structurel de main d'œuvre.⁴¹

Le recours au travail temporaire a pour objectif de mettre à disposition un salarié d'une entreprise de salarié temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission. L'entreprise de travail temporaire intervient donc pour mettre en relation l'hôpital et le salarié afin que ce dernier effectue une mission temporaire pour le compte de l'hôpital. Cette entreprise de travail temporaire se charge également de l'ensemble du dossier administratif constitutif du contrat de mission. Dans ce cadre, chaque contrat de mission donne lieu à la signature de deux pièces : un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et l'hôpital et un contrat de travail, le contrat de mission, entre le médecin temporaire et l'entreprise de travail temporaire⁴².

Les hypothèses de recours à un contrat de mission sont strictement définies par la loi. Ainsi, le législateur pose quatre conditions de recours : ce contrat peut intervenir dans le cadre d'un remplacement momentané d'un médecin en raison d'un congé maladie, d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé de présence parentale, d'un passage provisoire en temps partiel, de sa participation à des activités dans le cadre d'une réserve opérationnelle, sanitaire, civile ou autre, ou de l'accomplissement du service civil ou national, du rappel ou du maintien sous les drapeaux⁴³. Ce contrat est conclu afin de pallier une vacance temporaire d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu dans les conditions prévues par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Ce recours au contrat de mission peut avoir lieu afin de faire face à un accroissement temporaire d'activité. Enfin, il peut être justifié par un besoin occasionnel ou saisonnier, c'est-à-dire « des emplois dont les tâches sont appelées à se repérer chaque année selon une périodicité à peu près fixe, en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs »⁴⁴.

Selon les cas, la durée totale du contrat de mission ne peut excéder un intervalle de 9 à 24 mois. Dans le milieu hospitalier, cette disposition n'a qu'un impact très faible puisque la grande majorité des contrats, si ce n'est la totalité, sont conclus pour des durées très faibles mais répétées dans le temps à cause de la charge financière que le recours à l'intérim

41 Cour de Cassation chambre sociale, 13 juin 2012, FS-P+B, n° 10-26.387

42 Article L1251-1 du code du travail

43 Article 9-1, loi du 9 janvier 1986 précitée

44 Article L1242-2 du code de travail

hospitalier représente. Aucun établissement, pas même un CHU, n'aurait les fonds pour embaucher sur une durée de 24 mois un médecin intérimaire, de même, ce médecin n'a généralement pas pour vocation d'effectuer une période de mission de 24 mois puisque son désir est de multiplier les petites interventions et de gérer son temps de travail comme il l'entend.

Dans tous les cas, le contrat de mission, quel que soit son motif, ne peut avoir ni pour objet, ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice. Et c'est là toute la subtilité des contrats de mission à l'hôpital public. En effet, les contrats de mission ne sont signés que pour des durées relativement courtes afin de limiter les dépenses, mais ces contrats sont répétés de nombreuses fois dans l'année. Ainsi, un même praticien intérimaire pourra faire l'objet de six contrats de mission dans l'année pour le même établissements, mais six contrats de mission courtes. Ainsi, l'établissement utilise bien le contrat de mission afin de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de ses services sans pour autant tomber sous le coup de l'article L1251-60 du code du travail.

L'intérim hospitalier touchant les médecins, et donc une profession réglementée et à risque, plusieurs obligations incombent en théorie à l'entreprise de travail temporaire⁴⁵. En effet, cette dernière, avant de proposer un praticien pour un contrat de mission à un établissement hospitalier, doit s'assurer que le praticien est régulièrement autorisé à exercer la médecine⁴⁶. Elle doit ensuite transmettre à l'établissement hospitalier accueillant le praticien les éléments suivants : une attestation selon laquelle le salarié est bien titulaire d'une autorisation d'exercice, assortie, le cas échéant, du justificatif des qualifications. Une attestation selon laquelle le salarié remplit les conditions d'aptitude physique et mentale exigée pour l'exercice de la médecine. Une attestation selon laquelle le salarié a bénéficié des repos suffisants pour assurer sa protection et sa santé, celle des autres salariés de l'établissement ainsi que la sécurité et la qualité des soins. D'une attestation sur l'honneur selon laquelle le praticien certifie que son exercice en tant que praticien intérimaire n'est pas une activité privée lucrative hors des dérogations autorisées⁴⁷. Et enfin, une attestation sur l'honneur selon laquelle le praticien a bénéficié des repos suffisants pour assurer sa protection et sa santé, celles des autres salariés de l'établissement ainsi que la sécurité et la qualité des soins.

45 Article R 6146-25 du CSP, article L 1251-42 et L1251-43 du code du travail

46 Article L6146-3 du code du travail

47 Article 25 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précitée

Le recrutement de praticiens intérimaires ne se fait donc pas, a priori, hors cadre, bien que nous allons le voir, les sociétés d'intérim, les praticiens et les établissements hospitaliers ont fait preuve d'ingéniosité dans les recrutements.

b) Le recours au contrat de mission au sein du CH du bord de mer illustrant les irrégularités de contrats

En pratique, la réglementation n'est que très rarement respectée. Sur notre établissement témoin, après analyse de 7 contrats de mission, on remarque qu'aucun ne respecte entièrement la législation. En effet, aucun des 7 dossiers ne comporte les attestations de repos ainsi que les déclarations sur l'honneur. Concernant les certificats médicaux ils sont soit non transmis, soit obsolètes (datant de plusieurs années). Enfin les CV transmis sont rarement à jour, de même que pour les diplômes. La seule pièce commune à l'ensemble de ces dossiers est l'identifiant RPPS du praticien. Plusieurs entretiens ont également révélés que des praticiens hospitaliers utilisent leurs congés payés ainsi que leurs RTT afin d'effectuer leurs missions d'intérim, ce qui pose certaines questions éthiques, les RTT étant financé par l'employeur, donc l'hôpital public.

Outre le non respect de ces éléments, il arrive très souvent que les entreprises de travail temporaire proposent des praticiens n'ayant pas la plénitude d'exercice. Il s'agit de praticiens étrangers qui n'ont pas validé leur PAE et qui donc sont encore en cours de formation, ce qui leur interdit formellement l'exercice de la médecine en dehors de service validant et sans la tutelle d'un senior. Cette situation litigieuse se retourne contre l'entreprise de mise à disposition qui est tenue d'une obligation de prudence dans le recrutement du personnel qu'elle fournit.⁴⁸ Effectivement, l'entreprise de travail temporaire qui s'est engagée à mettre à la disposition d'un utilisateur, des salariés qu'elle embauche en considération d'une qualification convenue, est tenue de vérifier si ces salariés sont aptes au travail qui est l'objet de la mission⁴⁹.

§2. Deux contrats pour un même résultat : le contrat de gré à gré, outil contra-*legem* de recours au travail temporaire

a) Le contrat de gré à gré, un détournement de la législation dans les règles de l'art

⁴⁸ Cour de cassation chambre civile.1^{ère}, 26 février 1997 : D.1991.605, note Lapoyade Deschamps ; RJS 1991. 278, n°530 a.

⁴⁹ Cour de cassation chambre sociale, 21 octobre 1998 : bull civ n°575

Il s'agit là de la voie de recrutement préférentielle des médecins temporaires par les établissements hospitaliers mais qui n'exempte pas ces derniers de devoirs assumer des coûts conséquents.

Le contrat de gré à gré n'est pas mentionné par les textes comme étant une possibilité de recrutement temporaire d'un praticien hospitalier. Pis, il semble même interdit au terme de l'article L1251-3 du code du travail qui énonce que « toute activité de travail temporaire s'exerçant en dehors d'une telle entreprise est interdite, sous réserve des dispositions relatives aux opérations de prêt de main d'œuvre à but non lucratif ». Ce contrat se constitue donc hors cadre réglementaire et se développe de plus en plus suite à la publication du décret du 24 novembre 2017 tendant à encadrer bien plus strictement les rémunérations perçues par les médecins recrutés sous un contrat de mission.

Le contrat de gré à gré, par opposition au contrat d'adhésion, est un contrat qui se construit et est négocié par les deux parties. Il est rapidement mentionné par l'article 1190 du code civil qui énonce que le contrat de gré à gré s'interprète contre le créancier et en faveur du débiteur, alors que le contrat d'adhésion s'interprète contre celui qui l'a proposé. En dehors de cette article, le contrat de gré à gré n'est nulle part mentionné et offre donc une liberté contractuelle a priori totale à ses parties, c'est-à-dire au praticien et à l'établissement hospitalier.

En réalité, le contrat de gré à gré semble davantage revêtir l'apparence d'un contrat d'adhésion déguisé. En effet, les termes du contrat sont systématiquement imposés à l'établissement hospitalier, soumis à l'obligation d'assurer la continuité des soins et la permanence de service, et qui est alors bien souvent contraint d'accepter les termes de l'échange âprement négocié par le praticien. Bien souvent, sur un même territoire, l'ensemble des établissements hospitaliers recourent au travail temporaire des praticiens, si bien que la demande est nettement supérieure à l'offre, permettant ainsi aux praticiens d'être maîtres sur le marché de l'emploi, une situation dont ils profitent pour négocier les termes d'un contrat juteux, que l'établissement est alors forcé d'accepter.

La liberté contractuelle qu'offre le contrat de gré à gré n'est donc en réalité qu'unilatérale, il permet au praticien de définir ses conditions puis de les soumettre à l'établissement qui n'a qu'une marge très faible de négociation.

b) Appréciation critique du recours au contrat de gré à gré au sein du CH du bord de mer

Le recours au contrat de gré à gré est moins important au Centre hospitalier du bord de mer que le recours à l'intérim. Quatre médecins ont été recrutés via ce type de contrat dont trois médecins anesthésistes et un médecin généraliste. L'intérêt du contrat de gré à gré pour l'établissement est de pouvoir traiter directement avec son praticien, qu'il connaît et auquel il propose des missions régulières. L'intérêt pour le praticien est de pouvoir négocier directement auprès de l'établissement afin d'obtenir une rémunération parfois supérieure, si ce n'est égale à celle qu'il aurait perçu en tant qu'intérimaire sans subir les contraintes du contrat de mise à disposition.

Cependant, si le contrat de gré à gré est en apparence préférable au contrat d'intérim, il résulte en réalité d'un montage financier complexe engageant la responsabilité de l'établissement mais également du praticien. En effet, afin de pouvoir proposer une rémunération attrayante, l'établissement à le choix entre deux montages qui se déclinent de la manière suivante : l'option vraies dates, fausse rémunération ou l'option fausses dates, vraie rémunération. En somme, l'établissement à le choix entre faire un contrat ne respectant pas la grille de rémunération à savoir : praticien contractuel 4^{ème} échelon + 10% ou dresser un contrat à la rémunération réglementaire mais dont les dates sont faussées. Dans ce dernier cas, l'établissement justifie sa rémunération en attribuant du temps de travail additionnel et des journées travaillées que le praticien n'aura en réalité pas effectué. Pour illustrer ce montage, prenons l'exemple suivant : un praticien généraliste est officiellement embauché par l'établissement pour une période de deux semaines comprenant deux temps de travail additionnel, ce qui coûtera selon la grille de rémunération statutaire 4053,98 euros à l'établissement et permettra au praticien de percevoir 2238 euros au titre de sa rémunération. En réalité, le praticien recruté n'effectuera que 4 jours de service dans l'établissement, sans les temps de travail additionnel pour les mêmes coûts et rémunérations. Autrement dit, deux contrats coexistent pour le compte d'un seul et même praticien, un officiel justifiant le montant de la rémunération et un officieux reflétant la réalité du service. Cette construction contractuelle a donné lieu à des situations pour le moins cocasses où un même praticien était embauché dans trois établissements différents : les dates officielles et officieuses donnant lieu à des cumuls de services.

Ces montages comportent énormément de biais, et, s'ils permettent de maquiller des situations dérogatoires, posent en revanche des questions de responsabilité. Quel établissement est responsable si le praticien commet une erreur dans l'établissement B alors qu'il est encore sous contrat avec l'établissement A (sans processus de mise à disposition ou de conventions inter-établissement) ? Ces montages posent également des questions fiscales, le médecin étant multi-employés.

La cour des comptes s'est montrée très attentive à l'égard de ces montages et a ainsi sanctionné en 2011 l'établissement du bord de mer pour avoir payé des heures de travail non effectuées à l'un de ses radiologues⁵⁰. L'établissement, comme le praticiens ont dû rembourser les sommes indûment versées. La trésorière a quant à elle été placée en débet et s'est retournée contre l'hôpital. Suite à cette condamnation, le CH du bord de mer a décidé de ne plus falsifier les durées de travail et d'assumer ses rémunérations dérogatoires afin de se prémunir contre tout conflit de responsabilité en cas d'accident. De manière générale, les établissements tendaient à privilégier les contrats d'intérim aux contrats de gré à gré jusqu'au décret de novembre 2017. En effet, le coût des contrats de gré à gré se rapproche de celui de l'intérim, plaçant l'établissement dans une situation d'irrégularité pour un coût qui est semblable à celui d'un contrat de mise à disposition, davantage réglementaire.

Section 2 : Du praticien hospitalier au mercenaire hospitalier, l'impact économique du travail temporaire

Si l'intérim médical est désormais connu de tous, c'est avant tout pour le coût financier qu'il représente pour les établissements de santé. (§1) Face à la colère grondant dans le monde hospitalier, le législateur est intervenu afin d'encadrer les rémunérations des intérimaires (§2). Mais si l'initiative est louable, les conséquences s'annoncent quant à elles très mitigées.

§1. Deux contrats pour un même résultat : le travail temporaire gangrène des finances hospitalières

a) Le contrat de gré à gré, outil de négociation favorisant le praticien temporaire

Pour l'hôpital, avoir recours au contrat de gré à gré coûte relativement moins cher que de faire appel aux services d'une entreprise de mise à disposition.

Concernant les traitements perçus par les médecins en contrat de gré à gré dans notre hôpital témoin, les trois praticiens anesthésistes touchent chacun 464 euros nets par journée travaillée, ce qui revient à payer pour l'hôpital 791,78 euros TTC (traitement du praticien auquel

⁵⁰ Annexe n°7

s'ajoute les charges patronales). Le praticien généraliste quant à lui perçoit 450 euros nets par journée travaillée.

Les coûts du contrat de gré à gré sont, nous allons le voir, fondamentalement plus faibles que ceux liés au recours à l'intérim. Néanmoins, les risques de conclure de tels contrats sont eux bien plus importants car l'hôpital est forcé de choisir entre l'illégalité relative au temps de travail ou l'illégalité relative au traitement versé au praticien. De plus, des coûts cachés relatifs au temps administratif nécessaire à la construction du contrat, à la réception et l'analyse des pièces du dossier sont à prendre en compte et sont significativement plus faibles dans le cadre d'un contrat de mission puisque cette charge pèse sur la société d'intérim.

La problématique financière majeure relative aux contrats de gré à gré est celle du pouvoir de négociation dont dispose le praticien comme nous l'avons énoncé précédemment. Le CH du bord de mer est formel « ils font jouer la concurrence et nous n'avons aucune marge de négociation ». Conscient des besoins de l'hôpital et du manque d'offre sur le territoire, les praticiens négocient à la hausse leurs traitements et augmentent leurs tarifs à chaque nouveau contrat.

b) Le contrat de mission, un outil stable mais dispendieux

Les tarifs pratiqués dans le cadre de l'emploi temporaire de praticiens, sont encadrés par le code du travail. La rémunération de l'intérimaire est ainsi déterminée par le nombre d'heure effectuées dans l'entreprise et se compose des éléments suivants : un salaire de référence qui correspond à celui que percevrait un salarié dans l'hôpital après période d'essai, à qualification équivalente et occupant un même poste de travail.⁵¹ Une indemnité de fin de mission correspondant à 10% du salaire, visant à compenser le caractère temporaire de la mission. Une indemnité compensatrice de congés payés (10% du salaire), visant à compenser le fait que l'intérimaire ne prend généralement pas de congés.

Une distorsion certaine existe entre les dispositions du code du travail et les tarifs pratiqués par les entreprises de mise à disposition de praticiens hospitaliers. En effet, le tarif est indexé sur la rémunération d'un PH en fin de carrière, c'est -à-dire sur le plus haut échelon de rémunération et parfois même au-delà. Auquel s'ajoutent les 2x10% relatifs à une précarité critiquable de la situation de praticiens intérimaires. Il s'avère en réalité que les tarifs

51 Articles L1251-18 et L1251-43 du code du travail.

pratiqués sont peu transparents et difficilement traçables, brouillant les indicateurs et ne permettant pas de les rattacher à des dispositions législatives et réglementaires.

De plus, s'ajoutent à cette rémunération pécuniaire des coûts cachés lourds pour l'établissement hospitalier : frais de logement, frais de transport, frais de nourriture. En effet, les praticiens intérimaires sont logés et nourris aux frais de l'établissement hospitalier et bénéficient du remboursement de leur frais de transport qui s'avère extrêmement conséquents lorsque le praticien vient d'une région non limitrophe.

A titre d'exemple, un praticien Anesthésiste intérimaire coûte en apparence 1536 euros TTC pour une journée travaillée incluant le salaire net du praticien, la commission de l'agence ainsi que les charges qu'elle reverse. A cette somme s'ajoute les coûts annexes relatifs à l'hébergement, la nourriture et les frais de déplacement. Pour les établissements devant avoir recours structurellement à l'intérim, le coût financier à assumer est donc colossal et ne cesse de croître, car à mesure que les praticiens se font rares, les intérimaires augmentent leurs exigences. Ainsi, au CH du bord de mer, pour le service des urgences, on relève une croissance du coût de l'intérim de 26% entre 2013 et 2016 portant à 622 893,91 euros le coût de l'intérim en 2016 pour 204 journées travaillées contre 491 066,08 euros en 2013 pour 220 journées travaillées. Ce montant comprend à la fois le coût de l'intérim en tant que tel, ainsi que les frais annexes.⁵²

§2. Le décret de plafonnement des rémunérations des médecins intérimaires, symbole d'une législation frileuse et ignorante

a) Un décret attendu proposant des leviers de régulation en apparence satisfaisants

Le 26 novembre 2017 est publié au journal officiel le décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 ainsi que son arrêté relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé. Tous deux fixent le plafond pour les dépenses engagées par les établissements publics de santé au titre d'une mission de travail temporaire. Ces deux textes, pris en application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 2016⁵³ entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et viennent tenter de réguler la situation déviante que connaissaient jusqu'alors les établissements. D'une part, le décret sécurise les conditions de mise à disposition des praticiens par les agences de travail temporaire. Ces dernières doivent

⁵² Annexe n°1

⁵³ n°2016-41, JORF 27 janvier 2016

désormais effectivement fournir aux établissements publics de santé, au plus tard lors de la mise à disposition, plusieurs attestations permettant de s'assurer que le praticien :

- est régulièrement autorisé à exercer et qu'il possède les qualifications et les expériences nécessaires pour le poste
- est physiquement et mentalement apte à exercer son métier
- n'est pas déjà employé dans un établissement sous un statut médical hospitalier
- a bénéficié des repos suffisants entre deux contrats de mise à disposition.

D'autre part, le décret plafonne les dépenses d'une mission d'intérim médical en définissant la formule de calcul du montant du plafond journalier. Celui-ci comprend le salaire brut versé par l'agence de travail temporaire pour une journée de 24 heures de travail effectif, mais également l'indemnisation des congés payés, des RTT et l'indemnité de fin de mission.

En conséquence, l'arrêté fixe à 1170, 04 euros bruts le plafond de 24 heures de travail effectif. Toutefois, afin de ne pas déstabiliser subitement le fonctionnement des établissements qui ont le plus recours à l'intérim, l'arrêté prévoit des mesures transitoires avec une majoration dégressive sur deux ans du montant du plafond journalier :

- 20% pour l'année 2018, soit 1404,05 euros bruts pour 24 heures
- 10% pour l'année 2019, soit 1287,05 euros bruts pour 24 heures

Ainsi, le plafond de 1170, 04 euros bruts ne prendra théoriquement effet qu'en 2020.

b) Des dispositions inadaptées et timorées menaçant de dégrader la situation

Si ce décret était attendu par les établissements de santé, et redouté par les professionnels intérimaires, ainsi que par les agences d'intérim, les dispositions prises ne satisfont que partiellement les hôpitaux. D'une part, en considérant comme rémunération brut les frais professionnels excédents les limites de déduction de frais mentionnés à l'article L242-1 du code de la sécurité sociale, le décret ouvre une nouvelle voie de négociation pour les praticiens, hors considérations pécuniaires, auxquels les établissements devront se plier, il pourra s'agir d'une aide logistique ou encore d'un aménagement du service pour limiter au maximum la pénibilité. Alors que les établissements se faisaient concurrence dans le recrutement d'intérimaires via la voie pécuniaire, désormais il s'agira d'une concurrence hors prix, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre pour les plus petites structures ne disposant pas des moyens humains suffisants pour satisfaire aux exigences des praticiens intérimaires.

De plus, en rappelant l'obligation, pour les entreprises de mise à disposition, de la transmission de dossiers complets et en accord avec la législation, la responsabilité du recrutement pèsera in fine sur l'établissement, forcé de recruter des praticiens dont la situation n'est pas régulière au regard de loi, qui auront été avertis de cette irrégularité par l'entreprise de mise à disposition, et qui pour autant seront forcés de recruter ces praticiens, nécessité faisant une nouvelle fois loi. On a donc un transfert de responsabilité, alors qu'auparavant les établissements pouvaient se retourner contre les entreprises de mise à dispositions pour leur manque de transparence liée aux informations contenues dans les dossiers, aujourd'hui, les hôpitaux doivent consciemment et ouvertement déroger à la règle sans pouvoir bénéficier de la couverture que constituait l'asymétrie d'information.

Enfin, le décret, en ne se concentrant que sur l'intérim hospitalier, annonce un renversement des recours aux contrats de travail temporaire qui seront désormais avant tout des contrats de gré à gré plutôt que des contrats d'intérim. En plafonnant la rémunération des intérimaires, sans évoquer la problématique des contrats de gré à gré, une fuite évidente des méthodes de recrutement s'effectuera au bénéfice du gré à gré, et donc des praticiens, dont la liberté contractuelle, et la force de négociation, ne seront que plus grandes face aux établissements, forcés d'assurer la continuité de leur service et la permanence de leurs soins.

Si un encadrement des rémunérations était une nécessité, le manque de souplesse de ce décret ainsi que l'ignorance portée aux réalités du terrain ne feront que renforcer les systèmes déviants, mettant en difficulté les petits établissements pour lesquels la pénurie médicale est la plus importante. La concurrence fait rage sur le marché de l'intérim médical, les praticiens temporaires eux même deviennent une denrée rare que les hôpitaux se disputent. Si cette concurrence ne se fera plus sur la rémunération brut des intérimaires, elle continuera de persister et creusera l'écart entre les établissements disposant davantage de moyens techniques, humains et financiers et les petits établissements en tension.

Le travail temporaire est issu et s'articule autour de nombreux facteurs tant conjoncturels que structurels. Son impact sur l'organisation et le fonctionnement hospitalier est

préoccupant, d'autant plus que le phénomène s'étend aux grands établissements de santé et n'épargne plus aucun territoire. Le législateur, premier soldat dans la guerre contre la déviance de l'intérim est tenu en échec à chaque intervention, utilisant des armes inadéquates et épuisant ses options. Le manager quant à lui, semble avoir les ressources nécessaires. Par l'utilisation de stratégies adaptées, il apparaît être le seul en mesure de réguler ce système.

Partie 2: Le travail hospitalier temporaire: nécessité d'un management adapté pour un système régulé

C'est à partir des biais issus de l'intérim médical que le manager peut construire sa stratégie. Si dans un premier temps celle-ci consiste à limiter les répercussions néfastes de l'intérim médical (Chapitre 1). Dans un second temps, le manager va pouvoir réguler le système en s'attaquant aux sources de l'intérim hospitalier. (Chapitre 2)

Chapitre 1 : Le travail temporaire générateur d'instabilité et de conflits astreignant à un management adapté

L'intérim médical désorganise l'hôpital en s'attaquant à la fois à son contenant et à son contenu (Section 1). Mais de cette déstabilisation naît de nouveaux outils de régulations jusqu'alors peu développés dans les établissements hospitaliers (Section 2), permettant aux managers de préserver un équilibre précaire mais réel et de limiter les répercussions liées au recrutement de praticiens intérimaires.

Section 1 : Des services déstabilisés, analyse d'une étude de terrain menée au sein du CH du bord de mer

L'intérim médical remet en question les acquis de l'organisation hospitalière, cette structure particulière (§1) est peu adaptée au turn over des équipes (§2). Ce qui explique, au delà du coût financier qu'il représente, l'importance de réguler ce type d'exercice de la médecine hospitalière, au risque de voir s'effondrer les organisations en place.

§1. Une approche théorique de l'hôpital public éclairant l'impact du travail temporaire sur le fonctionnement des services de soins

a) L'hôpital public une bureaucratie professionnelle

L'organisation hospitalière est atypique de part les métiers qu'elle abrite et l'objectif qu'elle poursuit. Des professionnels hautement formés, appartenant à des corps de métiers distincts aux identités affirmées œuvrant tous de concert afin de soigner la population. Les notions de service public, d'égalité, d'accessibilité constituent le socle de l'hôpital, mais à l'intérieur de l'entité une multitude de métiers cohabitent sans que ni leur culture ni leurs identités propres ne se confondent. Fonctionnaires, techniciens, paramédicaux et médecins assurent le fonctionnement de l'organisation hospitalière, mais l'existence de l'activité, elle, ne repose que sur l'une de ces catégories, lui conférant un pouvoir et un positionnement préférentiel dans l'organisation : les médecins. Sans médecins, l'hôpital n'existe pas, et cette affirmation est d'autant plus vraie depuis que le mode de financement des établissements publics de santé se fait à l'activité. Désormais, le médecin est celui qui non seulement fait vivre l'établissement du point de vue de son activité, mais c'est également lui qui lui assure son financement.

Le particularisme de l'organisation hospitalière est renforcé par l'indépendance de ses médecins qui échappent à toute hiérarchie formelle. De telle sorte que dans l'établissement de santé on observe la coexistence de deux lignes hiérarchiques : l'une profane, administrative et non professionnelle et l'autre charismatique, professionnelle et médicale⁵⁴. De sorte que s'opposent une organisation formelle caractérisée par l'administration et une organisation informelle caractérisée par les médecins. Il est dès lors complexe de maîtriser cette organisation qui nécessite un management adéquat prenant en considération les spécificités de chaque profession et notamment des médecins.

Une analyse organisationnelle opérée par Mintzberg⁵⁵ permet de dessiner les grands contours de l'hôpital et de leur conférer un cadre d'étude théorique uniformisé. Ainsi, en s'appuyant sur la théorie des organisations, on s'aperçoit que l'hôpital public répond parfaitement aux caractéristiques de la bureaucratie professionnelle. Cette dernière se caractérise comme une organisation dotée d'une ligne hiérarchique limitée, d'un sommet stratégique disposant de peu

54 « Two lines of authority : The hospital's dilemma ». H.L.Smith. The Free Press, 1958. (Une variante avec Heydebrand (1973) : une ligne clinique/thérapeutique/professionnelles et une ligne d'autorité administrative).

55 Structure et dynamique des organisations.. Ed.d'Organisation. Juillet 1998

de pouvoir pour défendre ses opinions et d'une base opérationnelle pour tout ou partie dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de se dispenser de toute formalisation. De fait, grâce à leur haut niveau de compétence, les professionnels de santé possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail⁵⁶. Ils possèdent ainsi un certain pouvoir d'influence sur les stratégies des établissements. Comme il l'a déjà été mentionné, il existe une particulière hétérogénéité au sein du corps opérationnel, de par les fonctions (médecins, infirmiers, aide soignant) mais aussi en raison des statuts (praticiens, contractuels, intérimaires) de sorte que la ligne opérationnelle est loin d'être un bloc homogène ayant les mêmes intérêts, objectifs et contraintes.

Dans ce type de configuration, la spécialisation est davantage horizontale que verticale et le regroupement en unités se fait par fonction, de sorte que la planification et le contrôle sont difficiles à mettre en œuvre. C'est ainsi que Kervasdoué décrit l'hôpital comme étant davantage « une rue commerçante avec sa boucherie, sa boulangerie, sa mercerie, qui de temps en temps anime les boutiques du quartier en faisant une quinzaine commerciale, qu'une organisation moderne, coordonnée, c'est-à-dire contraignante, orientée vers le service du malade et la recherche permanente de la bonne utilisation des ressources ».⁵⁷

Cette métaphore est particulièrement vraie pour les grands établissements hospitaliers où l'on observe un véritable clivage entre les différents corps et service, cette situation est moins tranchée dans les petits établissements où l'on observe une véritable porosité des frontières entre services et métiers permettant une coordination simplifiée et une meilleure transmission des informations. Les praticiens, par le biais d'une CME accessible, sont conscients de la situation de l'établissement et prennent la mesure des difficultés et des conditions financières avec lesquelles ils doivent composer pour exercer.

b) L'hôpital public, une organisation rigidifiée par une GRH balbutiante

La GRH à l'hôpital public oscille entre la règle et la responsabilisation de sorte que deux grands courants cohabitent au sein des établissements publics de santé, entraînant contradictions et perte d'efficacité dans le fonctionnement des équipes et le management du personnel médical. Ce sont les auteurs Khatri, Bayeja et Alii qui les premiers ont opéré une

⁵⁶ « Les membres d'une profession ont réussi à se faire reconnaître comme les seuls dont les connaissances et l'expérience permettent de décider ce qu'il faut faire dans une situation donnée, et de juger, en fin de compte, si ce qui a été fait a été bien fait. L'autonomie est l'enjeu principal de toute discussion concernant le professionnalisme ». Becket H. Préface à Demazière D. et Gadéa C (dir). Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. La découverte, Paris, 2009.

⁵⁷ La santé intouchable. Ed JC Lattès.1996, p250.

analyse visant à distinguer deux grands courants de GRH prenant effet dans les hôpitaux publics : d'une part une GRH taylorienne orientée sur le contrôle des comportements par des règles et des procédures. Et d'autre part, une GRH progressiste orientée vers la responsabilisation et la confiance accordée aux employés⁵⁸. Toute la complexité de l'hôpital réside dans le fait qu'au cours des dernières années, sous l'impulsion des diverses réformes, ces deux courants de GRH se sont renforcés l'un et l'autre au sein des établissements. Poursuivant un idéal de sécurité maximale et de risque zéro, conjugué à une rationalisation accrue des dépenses, les pouvoirs publics et autorités médicales ont multiplié les règles de procédure de manière à contrôler l'ensemble du parcours du patient, de son entrée à sa sortie de l'établissement. En parallèle, afin de renforcer l'efficacité de l'hôpital par des services productifs, davantage de pouvoirs ont été confiés au personnel médical. On a pu observer ainsi avec la création des pôles, un transfert des fonctions managériales et administratives du corps administratif vers le corps médical des établissements. On observe néanmoins que cette GRH tiraillée entre deux courants reste majoritairement penchée vers une gestion bureaucratique des ressources médicales, axée sur la règle et la gestion impersonnelle. Selon ces mêmes auteurs, cette GRH engendrerait peu de coopération, peu d'apprentissage et une démotivation des individus car elle serait tournée exclusivement vers le contrôle et la réduction des coûts. Dans ce contexte non coopérant et conflictuel, intégrer de l'insécurité avec le recours à de l'intérim médical est d'autant plus complexe.

§2. Une étude pratique confirmant les postulats théoriques : impact de l'intérim sur l'organisation et la qualité des soins au sein du CH du bord de mer

a) Présentation de la méthode et des différentes instances rencontrées

Le centre hospitalier du bord de mer a été notre terrain d'étude durant 8 semaines. Une première rencontre en février a permis d'engager un projet ambitieux d'entretiens semi-directifs avec les instances et professionnels jugés pertinents afin de recueillir les matériaux nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic de l'intérim hospitalier dans l'établissement.

Cette première prise de contact a été suivie par la suite d'une immersion en tant que stagiaire associée à la direction des affaires médicales de l'établissement. Cette opportunité a été l'occasion, outre la conduite des entretiens semi-directifs, de travailler sur des dossiers relatifs

⁵⁸ La gestion des ressources humaines en milieu hospitalier. Y.ROESH. Thèse Université Lumière Lyon 2 sous la direction de H.COMTE, 26 mars 1999.

notamment à l'attractivité du site et à la fidélisation des praticiens, permettant de mieux appréhender la question de l'intérim hospitalier, structurel dans cet établissement.⁵⁹

La méthodologie de recherche adoptée a été celle de la conduite d'entretiens semi-directifs se concentrant à la fois sur les instances administratives de direction, ainsi que sur les professionnels médicaux et paramédicaux. Ainsi, ont été interrogés : la DAM, la DDF, la DRH, la responsable du service qualité, le président de CME, la chef de service pharmacie, le chef de service de médecine aiguë gériatrique, le chef de service des urgences, les cadres de santé de la radiologie, des urgences et du soins de suite cardiologique ainsi qu'un médecin intérimaire et une agence d'intérim. Il est en effet très vite apparu que le format de l'entretien semi-directif était l'outil le plus adapté à un échange avec les praticiens. En instaurant un climat de confiance relative, l'absence de formalisme de cette méthode permettait d'éviter le musellement des propos et ainsi de perdre de l'information. Les premiers contacts ont toujours été pris au moyen d'un médiateur qu'ils connaissent bien et en lequel ils ont confiance. Les termes de « question », « questionnaire », « interroger » ont été soigneusement évités car suscitant la méfiance et rompant tout dialogue. Ainsi, l'approche a été celle d'un échange sur leur terrain (dans leur service et/ou leur bureau) avec questionnement réciproque et brève prise de note afin de ne pas interrompre le dialogue et de ne pas induire un sentiment d'évaluation et de jugement chez le praticien. Les échanges avec le personnel administratif ont quant à eux été beaucoup plus aisés, se livrant volontiers au débat et aux questions dans un échange prenant davantage la forme d'un questionnaire.

b) Traitement des résultats et interprétation

Au cours de ces 8 semaines d'immersion, 8 entretiens ont été réalisés avec diverses parties prenantes de l'établissement : administration, équipes médicales et équipes paramédicales. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu, puis un codage d'ensemble a été réalisé, permettant de dégager les grands items et notions, nécessaire à l'établissement d'un diagnostic de l'intérim hospitalier au CH du bord de mer.

Ainsi, 4 grandes notions se sont dégagées des 8 entretiens effectués⁶⁰. Tout d'abord celle de la compétence des praticiens intérimaires, qu'elle soit extrinsèque ou intrinsèque, la compétence des praticiens intérimaires n'est que rarement en adéquation avec les exigences de la médecine hospitalière. Ensuite, celle de rémunération. Il ressort des entretiens que la

59 Annexe n°7

60 Annexe n°7

rémunération est une variable importante de l'intérim hospitalier. L'intérim existe car les rémunérations perçues sont extrêmement élevées. La contrepartie à cette rémunération est le coût qu'elle représente pour l'établissement ainsi que le sentiment d'injustice émergeant chez les praticiens en poste. Dans un troisième temps apparaît la notion de désorganisation des services. Elle se manifeste à deux niveaux : au sein des équipes médicales et paramédicales et au sein des services de direction. Il ressort des entretiens que l'intérim hospitalier impacte fortement à la fois la qualité des soins desservies au patient, ainsi que l'environnement de travail des équipes médicales et surtout paramédicales. Enfin, la dernière notion qui ressort de ces entretiens est celle de fidélisation. Elle apparaît comme l'outil de régulation privilégié par les équipes, elle est gage de sécurité et de compétences. Elle permet aux paramédicaux de travailler dans un climat de confiance relative et aux praticiens intérimaires de mieux prendre en main le service, dans toutes ses composantes.

Grâce à ces entretiens, il est donc possible d'opérer un diagnostic fidèle de l'intérim hospitalier, et d'en comprendre les tenants et aboutissants. A ce titre, trois explications ont émergées des entretiens menés pour expliciter le choix d'un exercice en intérim dont il apparaît qu'hormis la rémunération attractive, ce mode d'exercice de la médecine est fondamentalement inconfortable tant pour le praticien que pour les services. Ainsi, il ressort tout d'abord deux explications économiques : le praticien français exerce en intérim (quasi-systématiquement en sus de son activité de PH) pour augmenter sa rémunération. Le praticien de nationalité étrangère en revanche, choisi l'exercice en intérim (bien souvent comme unique mode d'exercice de la médecine), non pas pour accroître une rémunération préexistante, mais pour compenser les pertes financières, les manques à gagner des années de PAE où leur salaire était effectivement soumis à des statuts de praticien non titulaire, peu rémunérés alors même qu'ils exerçaient au même titre qu'un praticien titulaire. Enfin, la troisième raison avancée est celle d'un accident de parcours, qu'il soit privé ou professionnel, obligeant le praticien à adopter un exercice temporaire de la médecine.

Enfin, concernant les établissements, il apparaît nettement que ces derniers ont recours à l'intérim essentiellement parce qu'ils ne parviennent plus à recruter de praticiens. Quatre éléments permettent d'expliquer ces difficultés de recrutement pour le CH du bord de mer : d'une part la localisation géographique peu attractive (zone rurale, touristique mais aux infrastructures peu développées), d'autre part, une activité trop généraliste et isolée (absence de spécialistes dans l'établissement et arrêt de l'activité de chirurgie obligeant les médecins à

attendre les avis des spécialistes d'autres établissements et à ne suivre que partiellement leurs patients). Ensuite, la pénibilité du travail de certaines spécialités (activités liées à l'urgence notamment) dont les jeunes générations se détournent. Et enfin, la concurrence du secteur privé (mais aussi dans une certaine mesure publique) sur le territoire qui captent certaines spécialités.

Section 2 : La régulation du système d'intérim hospitalier par un management spécifique

C'est en anticipant que le manager peut limiter l'impact de l'intérim hospitalier sur son établissement. Il peut ainsi à la fois anticiper les besoins en intérim et les limiter par une gestion stratégique des ressources humaines (§1) et préparer ses équipes à l'instabilité des effectifs par des formations et outils d'intégration adéquates (§2).

§1. La gestion des ressources humaines, élément stratégique régulant le travail temporaire

a) La GPEC, premier levier stratégique

La GPEC vise à concevoir et mettre en œuvre des politiques et plans d'actions cohérents à destination des ressources humaines d'un établissement. Selon Mallet⁶¹, la GPEC poursuit trois objectifs identifiés : elle vise d'une part à réduire les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement. Elle permet d'autre part aux managers d'agir avec anticipation en suivant les divers indicateurs de la masse salariale. Enfin elle offre aux décideurs une vision à la fois quantitative et qualitative des effectifs de l'établissement, permettant de guider des plans d'actions cohérents et efficaces. En somme, la GPEC est un outil managérial permettant de réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences, le tout en fonction de son plan stratégique et en impliquant les salariés concernés dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle.⁶²

Cette définition met en exergue le caractère stratégique et essentiel de la GPEC dans les établissements hospitaliers puisqu'elle est l'outil privilégié pour anticiper les difficultés relatives aux effectifs médicaux. Cependant, il semblerait que les établissements hospitaliers peinent à introduire ce type d'outil de GRH dans leur management. Alors même que

61 « Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines ». L.MALLET. Paris, Editions Liaisons, 1991.

62 « Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » Direction des hôpitaux, Ministère de la Santé, mai 1997.

législation et pratique poussent au développement d'une GPEC hospitalière et plus largement publique, les établissements de santé, du fait de leur complexité managériale, manquent de visibilité et de leviers pour mettre en place un tel système de gestion. En effet, comme il l'a déjà été mentionné, le management hospitalier est encadré à la fois par les relations professionnelles en œuvre dans l'établissement, ainsi que par un système de gouvernance sanitaire complexe fortement réglementé, de sorte que les marges de manœuvres possibles pour les managers hospitaliers sont relativement restreintes. De plus, la formation, le recrutement et le déroulement de la carrière des praticiens obéissent à des logiques et des temporalités différentes de celles des autres salariés de l'hôpital, ce qui oblige non seulement à mettre en place un système de gestion spécifique au corps médical, mais aussi spécifique à chaque spécialités car chacune ne rencontre pas le même turn-over, les mêmes difficultés. De plus, cette structure bureaucratique professionnelle n'est pas propice à la mise en place d'une gestion stratégique, les décisions, notamment dans les petits établissements, étant davantage guidées par la pratique en se construisant sur une temporalité réduite, que stratégique, donc répondant à une visibilité de long terme⁶³.

Néanmoins, il est indéniable que l'enjeu majeur pour les hôpitaux est désormais d'optimiser leur gestion des ressources humaines médicales, c'est à dire d'être capable de les renouveler et de les fidéliser compte tenu des difficultés de recrutement ainsi que de leur fort turn-over.

Ainsi, si la mise en place d'une GPEC à proprement parler est complexe, certains de ses traits peuvent être repris afin d'aider les gestionnaires à anticiper l'évolution de la masse salariale médicale. Au centre hospitalier témoin, aucune politique de GPEC n'a été entreprise, rendant aveugle la DAM sur la situation de ses praticiens en terme d'âge mais également d'ancienneté. Un tableau des effectifs médicaux préexistait néanmoins et à donc été réinitialisé pour le rendre opérationnel et fidèle à la réalité. Il permet ainsi d'informer sur les praticiens en fin de carrière ainsi que les praticiens dont un départ est à prévoir (les médecins en fin de procédure PAE notamment). Cet outil est certes peu performant, et le manque d'une GPEC efficiente se fait ressentir régulièrement lorsqu'un praticien part de manière imprévue ou simplement suite à la fin de son contrat et que la procédure de recrutement d'un successeur n'est engagée qu'à l'annonce de ce départ, soit bien trop tard pour pourvoir le poste dès le

63 En quoi la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose t'elle aujourd'hui à l'hôpital public ? F.PIGNY. Mémoire Universitaire décembre 2008, EHESP.

départ de son titulaire, ce qui nourrit la filière intérim venant combler ce manque d'anticipation et de prévoyance de la part de l'établissement dans la gestion de ses effectifs.

On revient à ce constat que l'intérim n'est donc plus conjoncturel mais bien structurel puisqu'il résulte de l'incapacité technique de l'établissement à avoir une vision stratégique de long terme sur ses effectifs médicaux. La gestion des effectifs découlant de l'absence d'une véritable GPEC est bien plus subie que choisie.

b) La construction ambitieuse d'une médecine hospitalière de territoire pour remédier aux difficultés de recrutement

Constatant que sur un même territoire plusieurs établissements rencontraient les mêmes difficultés pour recruter leurs praticiens, des partenariats ont été créés afin d'atteindre une taille critique permettant de faciliter les politiques de recrutement et de démultiplier les chances d'attirer des praticiens.

Ainsi, plusieurs établissements, avant la loi de 2016, coopéraient d'ores et déjà volontairement dans le recrutement et l'utilisation des effectifs médicaux. Ces partenariats prenaient le plus souvent la forme de GCS abrités par des CHT. Les établissements d'un même CHT pouvaient ainsi mutualiser leurs effectifs, mais aussi leurs offres d'emploi et redéployer sur le territoire les candidatures en fonction des besoins de chaque établissement. Ainsi par exemple, de nombreux praticiens du CH du bord de mer sont en activité partagée avec d'autres établissements du territoire.

Après la loi du 26 janvier 2016 ont été créés les GHT imposant désormais aux établissements publics partis une coopération renforcée avec notamment pour objectif la mise en place d'équipes médicales de territoire. Il s'agit là d'une petite révolution dans l'organisation du travail médical des structures hospitalières. En effet, ces équipes composées de praticiens hospitaliers volontaires vont s'engager à assurer leur spécialité sur un territoire. Un même praticien consultera et exercera sa profession au sein de plusieurs services distincts appartenant aux différentes structures hospitalières du GHT. Cette évolution de la pratique n'est pas anodine, bien que nécessaire. C'est un chamboulement de la culture de la profession médicale qui jusqu'ici était une profession de poste, et qui devient avec l'exercice multi-sites, une profession de territoire⁶⁴. Cette transformation occasionne un bouleversement des acquis

⁶⁴ On retrouve ici l'idée de carrière nomade, développée par CADIN et AL (1997), visant à rendre compte de l'évolution de la notion de carrière du fait de l'émergence de structures plates et en réseau dont les GHT se rapproche de plus en plus.

organisationnels et culturels des services hospitaliers non préparés au nomadisme de leurs médecins.

Dans la majorité des régions, la constitution de ces équipes médicales de territoire est encore au stade de l'appel à projet. Les interrogations sont nombreuses et la résistance de la profession à une telle réorganisation du travail tente d'être anticipée. Les GHT avancent à l'aveugle, et si la flexibilité au sein des professions de soignants a déjà fait l'objet d'études théoriques et empiriques, elle est inédite pour les professions médicales. Les praticiens hospitaliers, dont le statut échappe à toute ligne hiérarchique, doivent être incités à exercer leur art au sein des équipes médicales de territoire, car de la flexibilité de leur exercice dépend la continuité et l'égalité d'accès aux soins. La complexité des relations professionnelles, de l'organisation des services et de l'activité elle-même sont autant de paramètres à prendre en compte dans la mise en œuvre de cet exercice multi-site qui apparaît aujourd'hui comme l'ultime moyen de pallier le manque de médecin et de réduire le recours à l'intérim médical.

Le CH du bord de mer s'est d'ores et déjà engagé dans cette voie mais peine à fédérer ses équipes autour de cette activité territorialisée. Des consultations avancées ont été mises en œuvre entre ce dernier et l'établissement support du GHT, les activités partagées de certains praticiens ont été poursuivies. Les résultats sont encourageants puisque la filière cardiologie, à ce jour la plus territorialisée, est également la plus rentable et active de l'établissement. L'intérim structurel a disparu, les seuls cas de recours sont ceux énoncés par la loi et restent relativement rares (congé maladie soudain, chevauchement des formations etc). La territorialisation de l'activité médicale semble donc être la solution privilégiée pour soutenir l'activité des établissements. Néanmoins, elle découle d'un long travail en amont de coopération, coordination et de formation des équipes, sans assurance aucune que les praticiens acceptent une telle contrainte d'exercice.

§2. Une formation bidimensionnelle des équipes sécurisant le recours à l'intérim médical

a) Une formation approximative des équipes titulaires à l'intégration des praticiens temporaires

La question de l'intérim met en évidence, comme nous l'avons démontré, un problème plus large que celui du coût financier qu'elle représente, qui est celui de la déstabilisation des équipes. Dès lors, se pose la question de savoir comment les services des hôpitaux se sont-ils

formés à accueillir des praticiens intérimaires. La réponse est aussi courte que prédictive : « on ne les prépare pas ».

Cette absence de formation des équipes médicales et paramédicale au travail avec des praticiens intérimaires pourrait faire craindre à une paralysie totale du service ou du moins à des dysfonctionnements conséquents entraînant des risques notables pour les patients. Cependant, on observe a contrario une formidable réorganisation des équipes pour faire face à cette instabilité devenue structurelle du service. Ce sont avant tout les équipes paramédicales qui sont à la manœuvre et qui ont développé un savoir faire et des automatismes dans la gestion de l'intérim médicale. Elles sont fatalement les premières et les plus durablement au contact du praticien intérimaire, de sorte que ce sont les paramédicaux et leurs représentants qui accueillent et forment les praticiens intérimaires entrant dans l'établissement. Ce sont également ces équipes qui assurent le suivi et la surveillance du praticien intérimaire, elles se sont attribuées un rôle de lanceur d'alerte essentiel pour la DAM en alertant sur les éventuels dysfonctionnements et fautes issues de l'activité du praticien intérimaire. Autrement dit, le personnel paramédical effectue une évaluation systématique des qualités professionnelles des intérimaires sur des critères non formalisés mais qui sont relatifs à l'habileté technique et à leurs capacités relationnelles. Cette évaluation informelle tient ainsi lieu d'examen de passage pour le renouvellement des contrats de remplacement⁶⁵ et permet aux DAM de dresser par la suite des black-list de praticiens inaptes au travail en équipe et en milieu hospitalier.

Néanmoins, cette situation n'est pas optimale pour les services qui fonctionnent à voilure réduite dès lors que des praticiens intérimaires interviennent. En effet, on remarque une croissance notable des durées de séjour lorsque c'est un intérimaire qui se charge des patients.

Des incitations financières comme la rémunération à la performance ont été proposées. Pour cette dernière, il a été montré qu'elle n'améliorait pas ou peu les pratiques et les résultats de santé dans les pays anglo-saxons jusqu'à récemment. Aucune étude de ce type n'a été conduite en France⁶⁶.

65 « Besoins, intégration, conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs remplaçants dans les centres hospitaliers généraux en région Rhône-Alpes ». T.Lieutaud

66 « Rémunération à la performance et mérite individuel : les limites d'une approche par l'incitation ». V. FOEST., B.SERUMAGA., et al. BMJ, 2011.

Le recours à l'intérim est un phénomène connu et documenté dans de nombreux corps de métier pour augmenter les risques d'accidents du travail (sur-risque d'accident du travail estimé à un facteur 2 chez les intérimaires par rapports aux employés permanents de l'entreprise en particulier dans le secteur du bâtiment). Mais à l'hôpital, il semble que cette dimension ne soit pas prise en compte. Hormis pour les praticiens en formation, on ne connaît pas le sur-risque, ni sa durée, en lien avec la prise en main d'un nouveau poste.

b) Une formation nécessaire des praticiens temporaires à l'exercice dans une équipe pré-constituée

Afin que la mission se déroule au mieux, il est également nécessaire pour l'hôpital de s'assurer que le praticien temporaire est opérationnel pour effectuer son service dans les meilleures conditions qui soient. Cette aptitude à exercer la médecine de manière sécuritaire et performante passe tout d'abord par la formation continue que Bencheman⁶⁷ définit comme étant l'action de préserver et de développer des compétences utiles au poste occupé par le salarié. Elle vise à la facilitation de l'acquisition ou du perfectionnement d'une qualification. Les praticiens intérimaires sont d'autant plus concernés par cette formation continue qu'ils ne bénéficient pas d'un exercice régulier et stable, dans un environnement connu, leur permettant d'avoir le recul nécessaire sur leur pratique et d'entrer en interaction avec des confrères de manière constructive.

En effet, ils ne peuvent prendre part à l'élaboration de nouveaux protocoles ni suivre l'évolution de la pratique du fait de leur exercice discontinu et géographiquement mobile. Dès lors, sans les bénéfices du travail d'équipe dont est caractérisé l'exercice hospitalier, il est extrêmement difficile pour les intérimaires de suivre les évolutions de la médecine. Pour autant, cette formation continue, nous l'avons vu, est très peu suivie, car d'une part non adaptée à leur mode d'exercice et d'autre part non encadré par une instance telle que la DAM ou le service formation présent dans l'ensemble des établissements de santé. Sans cet appui logistique et financier, il devient très difficile pour l'intérimaire de s'inscrire dans un processus de formation continue.

Par suite, pour assurer la qualité et la sécurité des soins, mais également de l'exercice, il est nécessaire d'assister l'intérimaire dans sa prise de poste. En effet, ce dernier rencontre à chaque mission un plateau technique différent, ainsi que des fonctionnement de service

67 Gestion des ressources humaines, F.BENCHEMAN. Ed Gualino, 2009

distincts. Pour limiter les dysfonctionnements et les asymétries d'information, un livret d'accueil est remis à chaque début de mission, rappelant l'organigramme de l'établissement, les contacts les plus importants auxquels se référer et les conduites à tenir. Ensuite, le praticien est accompagné dans son service où il est généralement accueilli par le chef de service ainsi que par le cadre de santé qui se chargeront de présenter les outils et membres principaux du service ainsi que son mode de fonctionnement. Quand la mission n'est pas de trop courte durée, une petite formation aux logiciels informatiques est dispensée, autrement, ce sont les paramédicaux qui se chargeront d'assister l'intérimaire lors des transcriptions et de la consultation des dossiers informatiques.

Au centre hospitalier du bord de mer, en fonction des services, existe une charte de fonctionnement qui est présentée à l'intérimaire au début de son service afin qu'il suive le protocole établi et que les dysfonctionnements liés à son intervention soient limités. La mise en place de ces chartes de fonctionnement permet par exemple de contenir relativement les allongements de DMS résultant de la prise de fonction d'un intérimaire. De même les patients sont moins perturbés dans les services de long séjour lorsque la charte établit un protocole de visite et d'examen régulier à effectuer que l'intérimaire se doit de respecter.

Autrement dit, une procédure à visée des intérimaires doit être mise en œuvre afin de les encadrer dans leur exercice, ce qui permet pour l'intérimaire de se sentir en sécurité dans sa prise de fonction, pour les équipes médicales de ne pas subir une désorganisation trop importante et pour le patient de ne pas connaître une rupture de protocole dans leur prise en soin. Pour les services comme la gériatrie, l'absence de changement est extrêmement important, les personnes âgées vulnérables sans ces services sont particulièrement sensibles à toute variation de leur environnement, ce qui engendre des désorientations et une dégradation notable de leur état. Il est donc primordial d'assurer un encadrement strict de l'intérimaire afin qu'il ne perturbe pas les routines mises en place.

Chapitre 2 : Attirer et fidéliser la main d'œuvre, la solution privilégiée au travail temporaire

Si l'intérim médical relève d'une multitude de facteurs, il reste principalement lié au manque d'attractivité de l'hôpital public, ne parvenant plus à recruter de praticiens. Mais cette problématique n'est pas une fatalité, en coordonnant leurs actions, législateur (Section 1) et managers (Section 2) sont à même de redonner à l'hôpital public tout son attrait.

Section 1 : Les instruments de motivation mis en place par le ministère afin de renforcer l'attractivité des hôpitaux

Le ministère de la santé commence à se concentrer sur les sources de l'intérim médical en travaillant sur la question de l'attractivité de ses hôpitaux public. Pour se faire, il a notamment développé une politique de lutte contre les zones en pénurie médicale (§1), conjuguée à des mesures visant à l'amélioration des conditions de travail dans une optique d'attraction et de fidélisation des jeunes praticiens (§2).

§1. Les politiques de lutte contre les déserts médicaux et la pénurie de spécialistes

a) Des outils financiers de motivation peu performants

« L'hôpital public est un bien collectif essentiel, auquel les français sont justement attachés. Nous avons le devoir de le faire vivre et progresser. C'est l'objectif du plan d'action que je présente aujourd'hui : répondre aux aspirations et aux attentes des professionnels médicaux publics d'aujourd'hui pour attirer de plus en plus de jeunes et donner envie de travailler pour beau patrimoine qu'est l'hôpital ». ⁶⁸

Le 2 novembre 2015, face à la situation de plus en plus complexe à laquelle sont confrontés les établissements hospitaliers publics pour recruter des praticiens, la ministre de la santé, Madame Marisole Touraine, a présenté un plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public d'un montant de 250 millions d'euros. L'objectif initial était de recruter d'ici à fin 2018, début 2019, 3000 praticiens dans les hôpitaux publics en manque de personnel médical.

Ce plan d'attractivité ambitieux se décompose en trois grands piliers : favoriser l'engagement dans la carrière hospitalière, fidéliser les professionnels qui exercent à l'hôpital et favoriser leur implication dans les projets médicaux de territoire et enfin, renforcer l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital.

Jouant sur plusieurs leviers d'attractivité il a notamment mis en place deux primes d'exercices venant actualiser et renforcer les dispositions d'ores et déjà en place. Ainsi, une nouvelle prime d'engagement dans la carrière hospitalière a vu le jour. Elle vise à inciter les praticiens, y compris les contractuels et les assistants des hôpitaux à s'engager, avec un établissement public de santé au travers d'une convention d'engagement de carrière hospitalière, à exercer

68 Communiqué de presse du 2 novembre 2015

dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante dans l'établissement au sein duquel ils exercent ou correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé⁶⁹. Le montant de cette prime est compris entre 10 000 euros et 30 000 euros en fonction des situations. Ainsi, lorsqu'un praticien est recruté sur un poste dans une spécialité correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé (anesthésie-réanimation ou radiologie), il perçoit une prime d'engagement d'un montant de 10 000 euros. Ensuite, lorsqu'un praticien est recruté sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante dans l'établissement (la liste des postes est arrêtée localement par le DGARS sur proposition des directeurs d'établissement après avis de la CRP), il perçoit une prime d'engagement d'un montant de 20 000 euros. Enfin, lorsqu'un praticien est recruté sur un poste pour une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante dans l'établissement et correspond à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé, il perçoit une prime d'un montant de 30 000 euros.

Ces primes font l'objet de deux versements dont chacun est égal à la moitié du montant. Le premier est effectué par l'établissement signataire de la convention dans le mois de signature de la convention et le second est effectué dans le mois de la nomination du praticien hospitalier en période probatoire.

Il est difficile d'évaluer dès à présent l'impact de ces dispositions sur le recrutement des praticiens. Leur récente mise en œuvre ne permet pas d'avoir le recul suffisant pour établir un premier diagnostic. Dans tous les cas, aucun inversement de la situation n'est à noter pour le moment, ce qui laisse présager un échec de ces primes incitatives dont le montant paraît en effet dérisoire à l'échelle d'une carrière et en comparaison à la plus-value qui pourrait être dégagée d'une activité privée de la médecine. De plus, et c'est d'autant plus éloquent avec l'exercice multi-site de la médecine, les primes financières n'ont que peu d'impacts sur les décisions des praticiens qui font davantage prévaloir les critères de QVT sur les critères financiers dans leurs choix d'exercice de la médecine. Dès lors, sans amélioration des

⁶⁹ Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 (JORF 15 mars 2017) abrogeant, à compter du 1^{er} janvier 2019, les dispositions relatives aux postes à recrutement prioritaire prévues par les articles R 6152-5 et R 6152-204 du CSP

conditions d'exercice dans le secteur hospitalier public, les praticiens continueront à se tourner vers la médecine malgré les différentes primes offertes par les établissements publics.

La seconde prime mise en œuvre dans le cadre de ce plan d'attractivité est une prime d'exercice territorial de la médecine qui vient actualiser les dispositions relatives à l'activité partagée des personnels médicaux issues de l'arrêté en date du 17 octobre 2001, pour les adapter au cadre des GHT. En effet, l'un des objectifs du GHT est d'opérer une mutualisation des ressources médicales du territoire afin de pallier le manque de praticiens et de limiter le recours à l'intérim médical. Ainsi par exemple, notre centre hospitalier témoin, ne parvenant pas à recruter un anesthésiste-réanimateur, pourra bénéficier de deux demi-journées par semaine de consultations avancées et d'actes opératoires effectués par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement support. Il s'agit là ni plus ni moins de l'avenir de la médecine hospitalière : mettre en place des équipes médicales de territoire permettant à l'ensemble des établissements de santé d'un territoire, d'assurer une parfaite accessibilité, continuité et permanence des soins.

Cette activité territoriale, depuis le décret du 14 mars 2017⁷⁰ est ouverte aux praticiens contractuels et prévoit dans tous les cas l'accord express du praticien en cas d'activité partagée, quel que soit son statut. Il est donc nécessaire de trouver les leviers incitant les praticiens à exercer de manière territoriale leur art, à défaut de pouvoir le leur imposer. Ainsi, cette activité territoriale est associée à une prime d'exercice territorial dont le montant est assujéti au nombre de demi-journées consacrées à l'activité partagée. Cette prime est versée mensuellement au praticien par l'établissement où il est nommé ou recruté, conformément à la convention. Le montant de celle-ci varie entre 250 et 1000 euros. Pour une demi-journée d'exercice territorial, le praticien touche mensuellement une prime de 250 euros. Pour 4 demi-journées d'exercice territorial, le montant de cette dernière s'élève à 1000 euros. Pour être éligible à cette rétribution, l'activité partagée du praticien doit être réalisée sur un site distant de 20 kilomètres au moins de son site principal d'exercice. La distance à prendre en considération étant la distance la plus courte par voie routière entre les deux sites d'exercice.

Mais, malgré ces primes, il apparaît que l'exercice territorial de la médecine hospitalière est extrêmement difficile à mettre en œuvre. En effet, il nécessite à la fois une parfaite coordination des établissements mais aussi et surtout une remise en cause totale de la culture

70 Décret n°2017-326 du 14 mars 2017, JORF 14 mars 2017

et de l'identité du praticien hospitalier qui passe d'une profession de poste à une profession de territoire. L'aspect financier ici n'est que secondaire dans les motivations des praticiens à exercer sur le territoire.

En somme, si l'intérêt des primes n'est pas négligeable dans le développement de l'attractivité de l'exercice hospitalier, il ne reste cependant que très secondaire. Ce sont avant tout des mesures relatives à l'amélioration de la QVT (entendu au sens large) qui permettront de véritablement développer cette attractivité et donner le goût de l'hôpital aux praticiens. Restreindre la motivation des médecins à une motivation économique est réducteur et erroné. C'est nier la complexité de cette profession et sa culture, c'est nier ses attentes qui ne sont plus des besoins de sécurité primaire mais bien des besoins d'accomplissements intellectuels et professionnels⁷¹. Une évaluation des incitations financières à la performance a été menée dans les pays anglo-saxons. Elle confirme ce postulat puisqu'il en ressort qu'elles n'améliorent pas ou peu les pratiques et les résultats de santé. Si aucune étude de ce type n'a été conduite en France, tout laisse à supposer que les résultats seraient de même nature.⁷²

Donc, si une incitation financière se justifie, ses effets restent extrêmement limités sur l'attractivité du secteur hospitalier pour les praticiens.

b) Un numerus clausus et une liberté d'installation progressivement remis en question

Souvent pointés du doigt, le numerus clausus et la liberté d'installation attachés aux professions médicales sont critiqués pour accroître la pénurie médicale en France. Mais leur implication est plus contrastée et complexe qu'il n'y paraît.

Concernant le numerus clausus, cet outil de régulation mis en place en 1971 suite à la proposition de loi d'Olivier Guichard, alors ministre de l'Education nationale, vise à réguler le nombre d'étudiants en médecine à la fin de la première année d'étude. Cette disposition était à l'époque justifiée par le nombre limité de places de stage disponibles dans les hôpitaux français.⁷³

Longuement décrié, notamment par les syndicats d'étudiants, le numerus clausus s'est pourtant imposé, de sorte que désormais, chaque année, les ministres chargés de

71 Motivation and Personality, A.H. MASLOW. Ed Pearson, 1970

72 « Rémunération à la performance et mérite individuel : les limites d'une approche par l'incitation ». V. FOEST., B.SERUMAGA., et al. BMJ, 2011.

73 Numerus clausus, pourquoi la France va manquer de médecins. D.WALLACH. Ed Springer, 2011.

l'enseignement supérieur et de la santé fixent ensemble par arrêté le niveau du *numerus clausus*. Des motivations économiques⁷⁴, de régulation des dépenses de la sécurité sociale, se sont ajoutées aux justifications logistiques, sacralisant le *numerus clausus* et faisant de la profession médicale une profession régulée. Sans n'avoir jamais fait l'unanimité, ce système de régulation rencontre cependant une période difficile ces derniers temps avec un regain des critiques de la part, tant du monde médical que civil et politique à mesure que la pénurie médicale s'accroît. Pour autant la situation semble plus que paradoxale puisque la France n'a jamais connu autant de médecins inscrits à l'ordre⁷⁵. Les explications de ce décalage s'explique par la modification de la structure de la profession médicale dont il a déjà été fait mention : la féminisation, le rééquilibrage du temps de travail, l'hyper-spécialisation mais également la prolongation du *papy-boom* sont autant d'éléments non pris en compte par le *numerus clausus* et qui limitent le temps de travail disponible des praticiens inscrits à l'ordre.

A cette situation s'ajoutent d'autres phénomènes tel que la concurrence des pays européens avec la reconnaissance des diplômes ou encore la supériorité de la demande par rapport à l'offre de soins plaçant les médecins comme leaders du marché⁷⁶, entraînant une inflation des coûts aux dépens des citoyens ainsi que de la sécurité sociale. L'ensemble de ces arguments militent en faveur d'un assouplissement du *numerus clausus*, s'il n'apparaît pas que sa suppression soit souhaitable, il est pour autant nécessaire de le réformer afin de l'assouplir et ainsi de stopper les phénomènes d'asymétries temporelles par lesquels la démographie médicales connaît tour à tour des périodes creuses et fastes.

A ce *numerus clausus* s'ajoute les biais relatifs à la liberté d'installation, dont résultent ce que l'on nomme couramment : les déserts médicaux. La liberté d'installation est consacrée par l'article L162-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux.

74 « Cette France en mal de médecins : inégalités territoriales et incuries des pouvoirs publics ». Le monde diplomatique, septembre 2016.

75 281 087 médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2014, la France n'a jamais compté autant de médecins et le nombre de médecins actifs a doublé en 35 ans.

76 Le *numerus clausus* : ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine. A. MARCHAND. Thèse Université Paris 7 Denis Diderot, 2009.

Ainsi, les professionnels de santé peuvent s'installer où ils le souhaitent afin d'exercer leur art. Cette liberté d'installation, ardemment défendue par la communauté médicale fait l'objet de nombreuses critiques et tentatives de réformes depuis une vingtaine d'années, pour cause : l'accroissement et l'aggravation des déserts médicaux, ces territoires sont souvent isolés, ruraux et ne permettent plus à leur population un accès correct aux soins. L'absence de médecins libéraux, de premiers recours, entraîne un engorgement des hôpitaux situés sur ces territoires qui doivent ainsi assumer à la fois la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les effectifs médicaux hospitaliers sont donc à leur tour en tension et ne permettent plus une prise en charge optimale des patients. Cette inégale répartition entraîne également des surcoûts pour l'assurance maladie avec un phénomène de demande induite dans les zones sur-dotées, un phénomène de rente de monopole dans les territoires sous-dotés et une explosion du coût des soins hospitaliers forcés de compenser l'absence d'une médecine de ville efficiente.

Dès lors, les politiques visant à corriger les inégalités de répartition se sont développées en France depuis le milieu des années 2000, suivant une logique essentiellement incitative sans grande efficacité. L'assurance maladie a donc intégré récemment une dimension géographique de l'accès aux soins dans les négociations conventionnelles avec des résultats en demi-teinte. Face à ce constat, la cour des comptes a récemment donné l'alerte en émettant deux scénarios de régulation de la liberté d'installation⁷⁷. Le premier consisterait à étendre le conventionnement sélectif à toutes les professions de santé, au premier rang desquelles les médecins, dans l'ensemble des zones les mieux dotées. Une condition supplémentaire serait envisagée pour les médecins spécialistes, en n'autorisant les installations dans les zones sur-dotées que pour des médecins exerçant en secteur 1. Et en conditionnant dans les zones sous-dotées les installations en secteur 2 à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée. Le second scénario, plus efficace à court terme selon la cour des comptes, reposerait sur un conventionnement individuel généralisé à l'ensemble du territoire. Ainsi, ce conventionnement serait subordonné à la prise en compte des besoins par zone au moyen de la fixation d'un nombre cible de postes conventionnés dans chacune d'entre elles.

Enfin, la cour des comptes souligne la nécessité de recentrer les incitations financières afin de dégager des moyens supplémentaires pour aménager, prioritairement dans les secteurs

⁷⁷ L'avenir de l'assurance Maladie, assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs. Rapport de la cour des comptes, novembre 2017.

difficiles, le cadre de travail auquel aspirent les nouvelles générations de professionnels de santé : à savoir, une QVT supérieure, un exercice regroupé⁷⁸, une délégation des tâches administratives etc.

§2. Attirer et fidéliser les praticiens hospitaliers, deux leviers indissociables

a) Etat des lieux des mesures relatives à l'attractivité du secteur hospitalier

L'attractivité correspond à l'action d'attirer qui prend la forme d'un ensemble d'actions entreprises par l'organisation afin d'attirer les candidats ayant les compétences nécessaires pour occuper un poste vacant (Sekiou et al, 2001)⁷⁹. L'attractivité est donc présente dans les définitions des processus de recrutements qui demande une réflexion et une stratégie claire de la part de l'organisation afin d'embaucher des jeunes entrants sur le marché du travail. Au niveau du secteur hospitalier, l'élaboration de cette stratégie n'appartient que partiellement aux établissements de santé, soumis aux règles encadrant la profession et le recrutement médical. Pour autant, les établissements de santé conservent une certaine marge de manœuvre leur permettant au niveau macro d'attirer les jeunes vers le secteur hospitalier public et au niveau micro de les attirer vers un établissements donné.

En 2014, la commission permanente de la FHF a publié un rapport relatif à l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public⁸⁰. Elle dégage dix propositions d'actions à mettre en œuvre afin que le service public hospitalier redevienne attractif pour les praticiens. Dans ce sens, la commission insiste dans un premier temps sur l'importance d'une meilleure communication relative aux carrières à l'hôpital public. En effet, ces dernières, complexes et peu transparentes restent largement méconnues des étudiants en médecine qui seront dès lors davantage séduit par la perspective d'une carrière dans le secteur privé, en apparence mieux rémunéré et sous un statut moins complexe et encadré que ne peut l'être celui d'un praticien hospitalier.

Pour autant, de nombreux avantages perdurent dans le fait de choisir un exercice public de la médecine (temps de travail, sécurité de l'exercice, rémunération élevée en fin de carrière, bénéfices résultant du statut d'agent public etc). Il est donc nécessaire pour le secteur hospitalier public de travailler à relativiser les points faibles pour mettre en avant les points

78 A l'image des maisons de santé

79 Gestion des ressources humaines. L.Sekiou et al. DeBoeck Université, collection Management, 2001.

80 « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public ». Commission permanente de l'attractivité médicale. FHF, 2014.

forts de la carrière hospitalière. De nombreux leviers peuvent être mis en place à ce titre, que ce soit au niveau national ou au niveau des établissements eux-mêmes.

A titre d'exemple, deux chefs de service du CH du bord de mer (urgence et USC) interviennent auprès des facultés de médecine afin de présenter leur profession et de promouvoir non seulement l'exercice public de la médecine mais également l'exercice de la médecine dans un centre hospitalier de proximité. D'autres politiques ont été menées ailleurs sur le territoire allant dans le sens de cette promotion de la médecine hospitalière publique, comme par exemple la mise en œuvre de speed-dating entre étudiants et praticiens hospitaliers au CHU d'Angers.⁸¹

De même, il est nécessaire pour les établissements publics de santé de développer la visibilité de leurs postes à pourvoir ainsi que de développer une véritable gestion de carrière individualisée pour chaque praticien. Le système de publication des postes vacants est aujourd'hui assuré par la FHF, mais son fonctionnement est peu performants : des annonces impersonnelles, peu détaillées et difficilement accessibles pour les praticiens. La plateforme est peu intuitive et ne correspond plus aux enjeux actuels du recrutement qui sont désormais davantage territoriaux qu'attachés à un établissement. La commission propose à ce titre la création d'une bourse aux postes, permettant de rendre davantage visibles et attractifs les postes non statutaires (non gérés par le CNG).

Pour le moment, en l'absence de ce type de plateforme pourtant très attendue par les établissements publics de santé, ces derniers développent des rubriques recrutement les plus attractives possibles sur leurs sites internet et utilisent les réseaux sociaux tels facebook, tweeter ou encore YouTube pour accroître la visibilité de leurs annonces. Une véritable politique de benchmarking est effectuée auprès des établissements aux effectifs médicaux pérennes afin de reproduire leur méthode de communication sur les recrutements médicaux.

L'attractivité du secteur hospitalier public est un sujet aussi large que riche, qui est une des principales clefs permettant aux établissements de réduire leur consommation d'intérim médical. Cette attractivité doit aujourd'hui se concentrer avant tout sur les praticiens encore en formation afin de les attirer dès leurs premières années d'exercice dans l'hôpital public. S'en suivra un long et profond travail de fidélisation afin de les conserver dans le système public et d'en faire des portes paroles et modèles de réussite pour les génération à venir.

81 Annexe n°6

b) Etat des lieux des mesures visant à fidéliser les praticiens hospitaliers

Les difficultés réelles de recrutement des jeunes praticiens poussent les hôpitaux à surveiller leur propre personnel médical. La fidélisation est un terme très souvent associé au phénomène du turnover mais qui peut en réalité avoir différentes origines. Il peut être soit à l'initiative de l'organisation, soit à l'initiative de l'individu. Mais de manière générale, le dispositif de fidélisation est avant tout perçu comme correspondant à l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés, en l'occurrence ici, des praticiens (Peretti, 1999). La fidélisation est donc liée à l'attractivité, il s'agit non seulement de recruter du personnel, mais aussi et surtout de le conserver à l'intérieur de la structure, et ce, de manière pérenne.

Les leviers d'action pour fidéliser les acteurs dans une organisation sont multiples et ne s'arrêtent pas uniquement à une augmentation de la valeur financière du travail réalisé (Commeiras et Fournier, 2003), bien au contraire.⁸² L'implication organisationnelle, c'est à dire un comportement caractérisé par une forte croyance dans les buts et valeur de l'organisation (Mowday et al 1982)⁸³ ou encore la QVT sont les critères et outils de fidélisation extrêmement forts et qui doivent être développés et entretenus à l'hôpital. En effet, il apparaît que le critère financier, si il n'est pas négligeable reste pour autant secondaire dans les choix d'installation des praticiens.

En effet, ces derniers accordent davantage d'importance à l'évolution de leur carrière ainsi qu'à la qualité de vie que peut leur offrir l'exercice sous tel ou tel statut que la rémunération qui en sera retirée. Or, si aujourd'hui les établissements publics de santé pâtiennent de la concurrence du secteur libéral et privé, ce n'est pas uniquement car ces modes d'exercice offrent une rémunération supérieure, mais aussi car la QVT et les perspectives de carrières semblent plus visibles et développées que dans les petits établissements hospitaliers publics. Il est donc essentiel pour ces établissements de développer à la fois la QVT mais aussi l'implication des praticiens dans l'établissement. C'est avant tout sur la QVT que se concentrent aujourd'hui les établissements et pouvoirs publics.

⁸² « Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : Eléments de réponse aux problématiques organisationnelles ». R.PETIT. RIMHE, Ed ARIMHE, 2012.

⁸³ « Employee-organization linkages ». R.T.MODWAY et al. Academic Press, 1982.

Ainsi, il ressort d'une étude menée en 2017 par la FHF que, seuls 41,8% des praticiens hospitaliers estiment bénéficier d'une QVT correcte, 87% réclament la mise en place d'une véritable politique de prévention des RPS et 81% souhaitent avoir accès à une cellule de soutien psychologique dédiée à la communauté médicale. L'accélération du turn-over des patients, les contraintes de sécurité, les pathologies lourdes dont l'hôpital public a désormais la charge, des effectifs tendus, induisent des conditions de travail difficiles.

Consciente des difficultés d'exercice rencontrées par les médecins dans le secteur hospitalier public et souhaitant endiguer l'hémorragie des praticiens en partance pour le secteur privé ou libéral, une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail a été présentée le 5 décembre 2016 par la ministre en charge de la santé Marisole Touraine. Cette stratégie qui se subdivise en plusieurs objectifs et qui fait intervenir diverses entités, vise à introduire la RSE dans l'hôpital et à assurer ainsi des conditions de travail décentes aux professionnels de santé. De son côté, la HAS développe actuellement un référentiel dans le domaine de la QVT concernant tous les personnels y compris médicaux, de même la DGAFP vient de débiter un chantier inter fonction publique sur ce sujet. Les institutions se mobilisent donc et les directions hospitalière s'engagent vigoureusement dans cette voie comme en témoigne l'émergence de projets sociaux médicaux, dont la FHF a réalisé un MOOC de présentation sur son site, accessible et illustré par des projets concrets élaborés par des établissements français.

Dans tous les cas, la prévention de la santé des médecins nécessite une approche systémique et pluridisciplinaire qui se doit de débiter dès l'externat et qui nécessite une information claire et partagée.

Améliorer la QVT s'inscrit ainsi dans une double logique : à court terme il s'agit de rendre le praticien plus performant, de se prémunir contre des arrêts maladies et des absences répétées désorganisant le service et obligeant au recrutement de remplaçants. A long terme, il s'agit de tendre vers un hôpital où « il fait bon travailler », donc attractif pour les praticiens.

Section 2 : Vers un hôpital magnétique : les mesures mises en œuvre à l'échelle de l'hôpital pour attirer et fidéliser la main d'œuvre

Si le ministère se saisit de la question de l'attractivité, il ne peut œuvrer seul dans la restauration de l'emploi hospitalier public. Les hôpitaux eux-mêmes doivent développer des politiques internes visant à promouvoir leur établissement, leurs activités auprès des

professionnels. C'est à cette fin que se développe depuis peu un véritable marketing hospitalier (§1) auquel s'ajoute un renouvellement des politiques RH, désormais plus impliquées dans l'accompagnement des médecins et davantage engagées vers le renforcement de leur qualité de vie au travail (§2).

§1) Attirer des praticien par une marque employeur adéquate, le nouveau défi des établissements hospitaliers

a) Promouvoir l'hôpital pour attirer les praticiens, vers un marketing hospitalier

Ce concept a été développé à la London Business School il y a vingt ans par Ambler et Barrow comme étant une transposition de la marque commerciale et de la relation qu'elle entretient avec ses clients à la relation employeur/employés/employés potentiels⁸⁴. Avant tout développée dans le secteur privé, la marque employeur a pour objectif de rendre attractive une entreprise donnée pour ses salariés et futurs salariés. Elle vise ainsi à recruter les meilleurs talents disponibles ou sur le point de l'être, mais aussi à retenir les salariés les plus performants en valorisant l'appartenance à l'entreprise. Ainsi, la marque employeur sert deux stratégies distinctes mais complémentaires : l'attractivité et la fidélisation des employés. Considérée comme un véritable outil stratégique, la grande majorité des entreprises privées ont aujourd'hui développée une stratégie de marque employeur.

Son apparition dans le secteur public s'est fait bien plus récemment et timidement, se concentrant davantage sur les grands corps de métier comme par exemple l'armée ou encore la santé que sur la spécificité de chaque établissement, entités.

Pour autant, dans un environnement concurrent et en tension démographique comme celui dans lequel évolue l'hôpital, il semble opportun, si ce n'est impératif, de développer une politique de marque employeur afin d'attirer et de fidéliser les praticiens, deux grands objectifs que peinent à remplir la plupart des centres hospitaliers notamment de proximité. Pour un centre hospitalier donné, l'objectif n'est donc pas de convaincre des individus à entrer dans la fonction hospitalière. Ce rôle incombe au ministère de la santé ainsi qu'à la FHF. Mais plutôt de convaincre les praticiens à venir travailler dans cet hôpital particulièrement.

La marque employeur, dans ce contexte, vise dans un premier temps à porter l'ensemble des caractéristiques d'une marque auprès des praticiens et surtout des futurs praticiens de

84 « Marque employeur : Quelle transposition à l'hôpital ? ». D.CRIE. La revue Hospitalière de France n°577, juillet 2017.

l'établissement. L'idée est donc de définir une offre de GRH que recherchent les médecins en termes de management, de perspective de carrière et de QVT. Il s'agit également de mettre en avant la culture et l'identité de l'hôpital afin d'attirer et de fidéliser les praticiens.

Mais cette stratégie ne doit pas se faire sans fondement, elle doit nécessairement reposer sur la formulation d'une promesse qui existe d'ores et déjà, car l'établissement passe un contrat moral avec chacun de ses médecins qu'il ne peut trahir par la formulation de fausses promesses sous peine de sabrer sa marque employeur et de lui donner la teinte du mensonge. La marque employeur doit donc reposer sur un discours de preuve, qui met en avant les échantillons de terrain attestant du caractère réalisable et concret des promesses formulées.

Afin d'assurer son efficience, la marque employeur, doit s'organiser autour d'un plan d'action précis et détaillé nourrissant et communiquant sur les déterminants guidant le choix des futurs praticiens, à savoir : le besoin d'épanouissement et le besoin de réalisation de soi⁸⁵. L'objectif pour l'établissement est de formaliser sa culture, son identité, ses valeurs. Il est donc nécessaire en amont d'élaborer un diagnostic interne qui dans de nombreux établissements se manifeste par l'élaboration d'une enquête de satisfaction menée auprès des praticiens permettant de déceler les points forts et faibles de l'activité dans l'entité donnée et de les réutiliser par la suite dans la marque employeur.

Dans la construction de sa marque employeur, l'hôpital a également tout intérêt à se concentrer sur des points essentiels d'attractivité, comme notamment: la clarification des offres de postes, des procédures de recrutement, de la procédure d'accueil et d'intégration à laquelle les praticiens sont très sensibles (86% des praticiens et 96% des étudiants estiment que les procédures d'accueil et d'intégration sont importantes et doivent être renforcées⁸⁶).

In fine, pour un centre hospitalier, la marque employeur n'a d'autre objectif que de servir un hôpital dit « magnétique »⁸⁷, qui attire patients et professionnels. L'attractivité d'un établissement, son magnétisme, passant indéniablement par la valorisation des pratiques RH⁸⁸.

85 Maslow, précité.

86 FHF

87 « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ». Y.BRUNELLE. Pratiques et Organisation des Soins, 40 (janvier 2009)

88 N. Robin Sanchez, professeure en management et gestion des ressources humaines, EHESP

b) Approche critique de la marque employeur au CH du bord de mer

Certains établissements ont mis en œuvre des politiques de marque employeur innovantes ayant rencontré un franc succès et encourageant donc à poursuivre les efforts dans cette voie. L'un des exemples les plus convaincants est celui du CHU d'Angers. Après avoir constaté que l'établissement ne se situait qu'à la 24^{ème} place sur 28 dans le choix des internes, le Directeur général de l'époque (Y.Bubien) a décidé de réagir en élaborant une campagne de marque employeur novatrice reposant sur la réalisation d'une websérie de 4 mini-films intitulés « adopte un PUPH » présentant avec un humour ciblé l'établissement ainsi que la ville d'Angers. Le résultat fut à la hauteur de l'investissement puisqu'en deux ans, le CHU a gagné 11 places dans le classement des choix des internes. En parallèle de cette campagne cinématographique, des speedating avaient également été organisés entre l'université et le CHU afin de resserrer les liens entre le milieu universitaire et hospitalier. La stratégie de cet établissement a donc été d'utiliser des canaux de communication adaptés au public visé, ciblant avec humour leur centre d'intérêt. sublimer le fond par une forme attrayante, décalée et adaptée au public a donc été la stratégie de marque employeur adoptée par ce CHU⁸⁹.

Au centre hospitalier du bord de mer, la marque employeur s'est concentrée autour de trois canaux principaux de communication : le numérique avec un site internet et une page Facebook, la presse avec une couverture médiatique locale sur les événements organisés par l'établissement et enfin la prospection avec la distribution de flyers présentant l'établissement auprès des médecins libéraux de l'est de la France.

Si les canaux de communication d'ores et déjà utilisés semblent pertinents, l'utilisation qui en est faite quant à elle reste très imparfaite. Concernant le numérique, le site internet est peu ergonomique et ne permet pas de mettre en avant de façon immédiate les qualités de l'établissement. Les rubriques pouvant intéresser de futurs praticiens ne sont que très peu développées et se contentent d'énumérations sans véritable mise en valeur. La page facebook, bien que dynamique ne semble pas être l'outil le plus pertinent pour toucher la population médicale, à moins de se lier avec des pages d'université de médecine, d'amicale médicale, afin d'offrir davantage de visibilité à ses publications.

89 Annexe n°6

Concernant le canal des médias, il reste très spécifique au territoire proche de l'établissement et s'inscrit dans une lecture populaire, bien plus que scientifique, ce qui ne permet pas de mettre en avant la dynamisme de l'établissement auprès des praticiens.

Enfin, concernant la communication par distribution de flyers auprès des praticiens libéraux de l'est de la France, on ne peut que souligner à la fois le manque de mise en valeur de l'information contenue dans les documents, se limitant à une énumération impersonnelle des activités et outils à disposition dans l'établissement, ainsi que l'inefficience du public visé : des libéraux situés géographiquement à l'opposé de l'établissement (ce choix résultant d'un découpage des zones de prospection imposé par le GHT).

Il ressort nettement de cette stratégie de communication une méconnaissance des atouts de l'établissement et des attentes des praticiens susceptibles de venir en poste. Un travail a donc été débuté pour corriger ces erreurs, et développer une marque employeur performante travaillant à la fois sur l'attractivité et la fidélisation des praticiens. Un plan d'action a été discuté, consistant dans un premier temps à repérer les forces et faiblesses de l'établissement ainsi que ses caractéristiques, pour ensuite les exploiter suivant divers canaux de communication, et dans le respect des attentes des praticiens. Concernant l'attractivité, le plus gros défi est de contrer l'idée d'isolement géographique planant sur l'établissement. Concernant la fidélisation, l'objectif est de développer l'image d'un établissement dynamique, multiculturel aux projets innovants (maison périnatale, SSR nutrition etc). L'objectif est ensuite de promouvoir l'établissement auprès des facultés de médecines (l'hôpital ayant un besoin conséquent de renouvellement de son effectif vieillissant), auprès et à l'aide des collectivités territoriales, ainsi qu'auprès des praticiens libéraux afin de les inciter à intégrer l'établissement en partage d'activité.

Développer une marque employeur performante est une nécessité pour l'établissement de bord de mer, il s'agit là d'un levier d'action efficace pour développer l'attractivité du site afin de renouveler les effectifs médicaux et limiter les besoins d'intérim. Mais aussi pour fidéliser les praticiens dont le turn over conséquent et la faible ancienneté dans l'établissement empêche la mise en place et le suivie à long terme de projets de services cohérents ainsi que la transmission d'une culture et d'une identité structurant l'exercice et offrant un véritable sentiment d'appartenance aux médecins en poste.

§2. Fidéliser les praticiens par une qualité de vie au travail supérieure

a) Le besoin de renforcer l'implication des praticiens dans le fonctionnement de l'hôpital

La seconde grande difficulté rencontrée par les établissements de santé, et notamment par les établissements de proximité est celle de la fidélisation des professionnels médicaux recrutés. En 2014, sur les 352 établissements hospitaliers recensés, le taux de rotation du personnel médical s'élève à 23,3%. Ce sont les CHU qui présentent le taux de rotation le plus faible (10,8%). Les petits établissements quant à eux sont forcés de composer avec des effectifs irréguliers composés d'une majorité de praticiens en situation contractuelle non définitive : praticien contractuel, praticien attaché, praticien attaché associé, clinicien, stagiaire associé et intérimaires. Une étude des effectifs a été menée au sein du CH du bord de mer qui met en lumière que plus de la moitié (52%) du personnel médical exerce dans l'établissement depuis moins de 5 ans et se compose pour moitié de praticiens hospitaliers et de praticiens contractuels, fragilisant la stabilité des services.⁹⁰

Les conséquences liées à ce manque de fidélisation sont multiples : impossibilité de construire des projets de service performants sur le long terme, faible engagement des praticiens dans la vie institutionnelle de l'établissement, faible enracinement des praticiens sur le territoire proche, absence de praticiens référents, piliers de l'établissement, limitant le développement d'une véritable identité médicale attractive et structurante. Il est donc nécessaire d'une part pour les établissements d'opérer un diagnostic approfondi des raisons de ce manque de fidélisation afin d'élaborer des politiques efficaces permettant de limiter le turn-over et de développer de véritables projets médicaux suivis et performants à long terme. Au niveau national, la FHF a d'ores et déjà travaillé sur cette problématique et proposé des leviers visant à stabiliser les effectifs médicaux. L'un des premiers et principal levier est de renforcer le management participatif, notamment en intégrant les nouvelles recrues dans le processus de décision. La responsabilisation de la profession médicale à l'hôpital n'est pas une nouveauté puisqu'elle est apparue dès 1990 avec la mise en place de la contractualisation interne visant à inclure les forces médicales dans la prise de décision de manière à médicaliser la gestion et à rationaliser la médecine⁹¹. Pour autant jusqu'à présent, cette responsabilisation du personnel médical ne

⁹⁰ FHF

⁹¹ La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? G. LAURENT, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003

concerne essentiellement que les chefs de services et présidents de CME, souvent matures et bien ancrés dans les services.

Or, le défi pour l'hôpital public aujourd'hui est de conserver ses jeunes recrues, souvent convoitées et courtisées par les établissements concurrents et notamment du secteur privé. Il est donc primordial pour l'hôpital de concentrer ses efforts sur les jeunes praticiens afin de les attirer et de les fidéliser au sein du service public hospitalier. Pour se faire, la FHF a émis des recommandations, incitant les établissements publics de santé à intégrer les jeunes praticiens dans le processus de décisions, de les responsabiliser au même titre que leurs aînés afin de les intégrer pleinement dans la politique de l'établissement. Cette stratégie est bénéfique à deux égards, tout d'abord, en étant très tôt intégré au processus décisionnel, le jeune praticien acquiert les compétences managériales nécessaires pour assurer efficacement les tâches de gestion qui lui seront dévolues par la suite. Ensuite, on lui confiant des responsabilités, l'hôpital fait du praticien un acteur de la stratégie de l'établissement, cette promotion sociale et professionnelle intègre et stabilise le praticien dans le service. Au CH du bord de mer, deux chefferies de service ont été confiées à de jeunes praticiens, lauréats de la PAE et non encore nommés praticien hospitalier. Alors que ces deux praticiens s'apprêtaient à quitter l'établissement à l'issue de la procédure PAE, l'offre de la chefferie de service de cardiologie et de gériatrie les a incité à rester dans l'établissement et s'engager dans le développement et le perfectionnement de leurs services respectifs malgré les offres des hôpitaux privés de la région.

Par suite, l'établissement doit assurer un environnement de travail sécurisant et performant pour les jeunes praticiens. Il s'agit pour l'hôpital de travailler à la création d'un réseau de santé efficient intégrant le praticien dans son territoire ainsi qu'à l'élaboration d'une véritable culture et identité propre, distinguant l'établissement des autres et renforçant sa performance. Car comme le soulignent Peters et Waterman (1982)⁹², la culture est facteur de performance en ce qu'elle améliore le fonctionnement de l'organisation, permet le développement de routines organisationnelles idiosyncratiques concurrentielles (Wernerfelt 1984)⁹³ et participe à l'esprit d'innovation.

Il ressort des études sociologiques que les praticiens hospitaliers, de par leur formation structurée autour de la compétition et de la recherche constante de l'amélioration des

92 « In Search of Excellence ». T.PETERS et R.WATERMAN. New-York, Harper and Row, 1982.

93 « A resource-based view of the firm ». B.WERNERFELT. Strategic Management Journal, 1984.

techniques, des savoirs, des protocoles, redoutent l'activité routinière. Hors, la difficulté pour les établissements de proximité est de s'extraire en partie de cette routine créée par l'absence de pôle recherche ainsi que par le traitement de pathologies redondantes et peu complexes.

b) Redonner du sens au travail médical, une nécessité en période de crise identitaire

« Le travail se justifie en soi lorsque le travailleur voit les services qu'il rend »⁹⁴. Cette citation empruntée à George Friedman est d'autant plus vraie dans le milieu médical du fait de l'objet du travail du médecin qui est de porter atteinte au corps afin de le soigner. Les étudiants en médecine pointent régulièrement du doigt ce paradoxe qui est de devoir parfois faire mal au patient, traumatiser le corps pour le guérir. Les sociologues se sont beaucoup intéressés au monde médical du fait de son particularisme tant du point de vue de ses acteurs, de sa structure, que de ses missions. Ainsi, ils définissent le travail médical de façon générale comme étant le fait de « tenter de résoudre les problèmes concrets des individus (...) Il est par nature peu théorique, c'est plutôt un travail d'application ».⁹⁵

En effet, les connaissances abstraites acquises par les médecins au cours de leur longue formation ont un impact limité sur la pratique concrète de la médecine, dans la mesure où le médecin est conduit à adapter ses décisions à une grande variabilité de cas individuels qui ne peuvent se restreindre à l'application de normes établies. C'est d'ailleurs de cette distinction entre la théorie et la pratique que naît de facto l'autonomie professionnelle dont jouit et doit jouir le praticien, s'appuyant sur la liberté thérapeutique et sur l'expérience en situation de travail. On esquisse ici de nouveau les limites de l'intérim médical dont l'expérience en situation de travail est restreinte et qui auront dès lors tendance à réaliser un travail médical s'appuyant davantage sur la théorie que sur la pratique. Tenant moins compte des spécificités des individus et des services, les médecins intérimaires construisent leur pratique autour d'une routine des savoirs et actes. Reproduisant les mêmes actions, prenant les mêmes décisions sans tenir compte des changements de l'environnement (patient, équipe, plateau technique).

En reprenant les caractéristiques de la profession médicale, de l'objet du travail médical, et de la construction de cette profession, il apparaît rapidement plusieurs éléments. D'une part, les praticiens sont des experts formés à réaliser le meilleur d'eux-même. La sélection effectuée tout au long de leur formation les a construits dans l'optique d'une recherche constante de la perfection du geste, du diagnostic, du choix thérapeutique. D'autre part, cette profession en

94 Où va le travail humain ? G.FRIEDMAN, Gallimard, Paris, 1950

95 La profession médicale. E.FREIDSON. Ed Payot, 1984.

apparence peu sujette à l'encadrement est en réalité très contrôlée au sein même de la profession. Un praticien est reconnu et écouté parce qu'il est reconnu et estimé par ses pairs. L'autorité dans les équipes émane donc moins d'un chef nommé que d'un leader reconnu. L'estime des pairs, la reconnaissance des compétences par l'équipe est le socle du pouvoir médical. Enfin, le travail médical est particulier en ce qu'il porte atteinte à l'humain. Il demande persévérance, et abnégation de la part du médecin. C'est un métier à risque en ce qu'il touche à la vie. Le monopole tenu par les médecins s'explique donc non seulement parce qu'ils sont les seuls à détenir le savoir médical, mais surtout parce qu'ils sont les seuls à supporter les risques de leur métier. On ne parle plus ici de la responsabilité juridique, largement transférée aux établissements de santé, mais d'avantage de la responsabilité morale du médecin envers son patient et sa famille.

Or, ces dernières années le socle sur lequel se construit la profession médicale s'est vu ébranlé par une multitude d'éléments extérieurs mais pour autant indissociable de la profession.

Tout d'abord, la rationalisation économique a entraîné un changement de paradigme dans les décisions médicale. Il ne s'agit plus de faire au mieux pour le patient, mais de faire au mieux pour le patient et l'hôpital. Les praticiens sont donc constamment forcés d'intégrer la variable économique dans leurs décisions thérapeutiques. L'activité médicale devient une activité économique.

Ensuite, le praticien hospitalier, dans cette continuité de rationalisation économique s'est vu attribuer une nouvelle fonction, celle d'un gestionnaire. L'attribution de responsabilités administratives aux chefs de services, managériales aux chefs de pôles, ont quelque peu détourné le cœur de métier du praticien qui désormais soigne et gère sans forcément avoir reçu la formation suffisante pour œuvrer sur ces deux champs convenablement. Le développement conséquent de DE management a destination des praticiens témoigne du besoin de ces derniers de se faire aider pour accomplir les tâches qui leurs sont dévolues et pour lesquelles ils n'étaient pas destinés. Si pour les jeunes praticiens, ces fonctions managériales ne semblent pas poser de problèmes du fait d'une préparation en amont durant les études, pour les praticiens en poste la situation est plus délicate. De véritables tensions de

rôle émergent de cette hybridation du métier, entraînant, en l'absence d'accompagnement, une véritable perte de sens et désaffection du métier de praticien hospitalier⁹⁶.

L'intérim médical vient s'ajouter à cette fragilisation de l'identité du praticien hospitalier, en ajoutant une pression supplémentaire sur les équipes en poste, en remettant en question leur manière d'exercer mais aussi et surtout en suscitant un sentiment profond d'injustice, l'intérim hospitalier achève de faire éclater la crise qui grondait depuis quelques années aux sein des professions médicales hospitalières. Il est désormais nécessaire de redonner goût et foi au métier de praticien hospitalier en accompagnant ces derniers dans l'évolution de leur profession, en renouant avec leur cœur de métier et en attribuant les ressources nécessaires pour leur permettre d'exercer la profession pour laquelle ils ont été formés.

⁹⁶ Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle : Une étude exploratoire. G.LOUBET. Thèse Université de Montpellier, 2007.

Conclusion

Le travail temporaire hospitalier est la manifestation d'un hôpital public malade. Il a émergé de son incapacité à attirer et fidéliser les praticiens, s'est renforcé avec la mutation du métier médical et aujourd'hui atteint son apogée en colonisant l'ensemble des établissements hospitaliers publics français. Son impact sur le système de santé public est préoccupant et laisse présager une crise sans précédent de la profession médicale hospitalière. Si son développement et ses répercussions sont stupéfiantes, il n'en reste pas moins que l'intérim hospitalier n'est pas une fatalité pour l'hôpital public. De nombreux leviers existent et ont déjà fait la preuve de leur capacité à réguler le phénomène. Trop longtemps concentré à panser les plaies plutôt qu'à les prévenir, le législateur est pour le moment tenu en échec par l'intérim. Mais le manager, par sa liberté d'action et son expérience de terrain peut innover et mener une politique de régulation performante de l'intérim en s'attaquant à ses sources. Des stratégies relatives à l'attractivité et à la fidélisation des praticiens sont d'ores et déjà mises en œuvre sur le territoire et rencontrent un franc succès pour les établissements les ayant développées. Soutenu par le ministère de la santé, le management hospitalier se renouvelle et s'organise pour devenir le fer de lance de ce combat contre l'intérim qui n'est autre qu'un combat pour la construction d'un hôpital public performant non plus uniquement financièrement.

Annexes

Pour des raisons de confidentialité, les annexes ne sont pas accessibles au public

Bibliographie

1- Textes législatifs

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 31^e éd. DALLOZ, 2017.

CODE DU TRAVAIL, 79^e éd. DALLOZ, 2017.

2- Ouvrages

2.1. Ouvrages généraux

CADIN, Loïc. GUERIN, Francis. PIGEYRE, Frédérique. PRALONG, Jean. *Pratiques et Eléments de Théorie GRH*. 4^e éd. Dunod, 2012.

HOLCMAN, Robert. *Management hospitalier - manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. 2^e éd. Guides Santé Social. Dunod, 2015.

ABBAD, Jean. *Organisation et Management Hospitalier*. Berger- Levrault, 2001.

MOQUET-ANGER, Marie-Laure. *Droit hospitalier*. Manuel. 4^e éd. LGDJ, 2016.

PLANE, Jean-Michel. *Management des organisations*. 4^e éd. Dunod, 2016.

2.2. Ouvrages spéciaux

BELBIN, Meredith. *Les rôles en équipe*. 1^{re} éd. Ed organisation. Editions d'Organisation, 2006.

BECKET, H. Préface à DEMAZIERE D. et GADEA C (dir). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. La découverte, Paris, 2009.

BENCHEMAN, F. *Gestion des ressources humaines*. Ed Gualino, 2009

CADIN, Loïc. BENDER, Anne-Françoise. De SAINT-GINIEZ Véronique. *Les carrières nomades*. Gestion. Vuibert, 2003.

DEJOUX, Cécile. *Gestion des Compétences et GPEC*. 2^e éd. Les Topos. Dunod, s. d.

DUPRIEZ, Pierre. SIMONS, Solange. *La Résistance Culturelle*. Management. de boeck supérieur, 2002.

FREIDSON.E. *La profession médicale*. Ed Payot, 1984.

FRIEDMAN. G. *Où va le travail humain ?* Gallimard, Paris, 1950

MALLET, L . « *Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines* ».Paris, Editions Liaisons, 1991

- GLAYMANN, Dominique. *L'intérim*. Repères. La Découverte, 2007.
- HOCQUET-BERG, Sophie. PY, Bruni. *La responsabilité du médecin*. Droit Professionnel. HdF, 2006.
- KNIBHIEHLER, Yvonne. *Soignantes dans un hôpital local - des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*. Métier Santé Social. Presses de l'EHESP, 2013.
- LE TAILLANDIER, Vincent, *Le praticien hospitalier*. 2^e ed. Berger-Levrault, 1996.
- MASLOW, A.H. *Motivation and Personality*. Ed Pearson, 1970.
- MAUGÛE, Christine. THIELLAY, Jean-Philippe. *La responsabilité du service public hospitalier*. Systèmes droit. LGDJ, 2010.
- SEKIOU, L et AL. *Gestion des ressources humaines*. DeBoeck Université, collection Management, 2001
- SCHEIN, Edgar H. *Organizational Culture and Leadership*. 3^e éd. John Wiley & Sons, 2006.
- THEVENET Maurice. *La culture d'entreprise*. Que sais-je? PUF, 2015.
- WALLACH, Daniel. *Numerus clausus - pourquoi la France va manquer de médecins*. Springer, 2011.

3- Articles de recherche

- ARPAJOU, Gilles. BYET, Nicolas. BARAT, Jean Christophe. CLAVIER, Thomas. RIGAUD, Jean Philippe. DUREUIL, Bertrand. « Qualité du dossier de consultation préanesthésie au sein d'une unité d'anesthésie ayant recours à l'intérim médical », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 1, n° 2 (avril 2015). www.em-consulte.com/revue/anrea.
- BOURRET, Rodolphe. MARTINEZ, Eric. VIALLA, François. « Le rapport Veran "hôpital cherche médecins, coûte que coûte - essor et dérives du marché de l'emploi temporaire a
- BRUNELLE, Yvon. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (janvier 2009): 39 à 48. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>.
- CORIAT, Pierre. PONTONE, Silvia. « Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs », *Les Tribunes De La Santé*, n° 40 (mars 2013): 37 à 44.
- CRIE. D « Marque employeur : Quelle transposition à l'hôpital ? ». *La revue Hospitalière de France* n°577, juillet 2017
- DAIEFF, Sylvie. BABADJIAN, Philippe. « Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique », *Gérontologie et société*, 31, n° 126 (mars 2008): 105 à 111.
- DIVAY, Sophie. « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77 (janvier 2010): 87 à 109.
- FOEST, V., SERUMAGA, B., et al « Rémunération à la performance et mérite individuel : les limites d'une approche par l'incitation ». *BMJ*, 2011

GAGNON, Stéphanie. « Gérer le changement au sein d'une main-d'oeuvre professionnelle: le cas d'un centre hospitalier », *Gestion*, 34 (janvier 2009): 20-26. <https://doi.org/10.3917/riges.341.0020>

GUIGUE, Marion. « Fiche technique 1: les infractions relatives a l'exercice des professions de sante », *Revue droit & santé*, n° 34 (s. d.): 199 à 203.

LIEUTAUD, T. « Besoins, intégration, conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs remplaçants dans les centres hospitaliers généraux en régions Rhône-Alpes », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n° 32 (2013): 409 à 415.

MAINHAGU, Sébastien. « Le pouvoir paradoxal des soignants sur la GRH », *@GRH*, n° 4 (mars 2012): 33 à 52.

MAISONNASSE, Floriane. « L'encadrement du recours excessif aux CDD », *Droit social*, n° 74 (s. d.): 969 à 974.

NOGUERA, Florence. LARTIGAU, Jérôme. « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière: enjeux et perspectives », *Management et Avenir*, n° 25 (mai 2009): 290 à 314.

PETERS, Tet WATERMAN, R. « In Search of Excellence ». New-York, Harper and Row, 1982

RANDON, Sophie. BARET, Christophe. PRIOUL, Christine. « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale », *Management et Avenir*, n° 49 (septembre 2011): 133 à 149.

SCHWEYER, François-Xavier. « Santé, contrat social et marche: fonction publique hospitalière en reformes », *Revue Française D'Administration Publique*, n° 132 (avril 2009): 256. <https://doi.org/10.3917/rfap.132.0727>.

TERROIR, Mathieu. « Démographie médicale et soignante ». *Revue hospitalière de France*, 2003

Smith, H.L. « Two lines of authority : The hospital's dilemma ». The Free Press, 1958

WERNERFELT, B. « A resource-based view of the firm ». *Strategic Management Journal*, 1984.

4- Mémoires et Thèses

CARIVEN, Laurence. « Un enjeu important: la gestion de l'absentéisme au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand ». Mémoire de recherche, ENSP, 2004.

HARDY, Anna-Chantal. « Variations sociologiques sur le thème de la médecine ». Sociologie, Thèse Université de Nantes, 2010

LAURENT, G. « La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003

LOUBET, G « Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle : Une étude exploratoire ». Thèse Université de Montpellier, 2007.

MARCHAND, A. « Le numerus clausus : ses effets secondaires, sa place dans la globalisation de la médecine ». Thèse Université Paris 7 Denis Diderot, 2009.

ORSATELLI, Jean-Michel. « L'optimisation du processus de recrutement: un levier de performance hospitalière? L'exemple du centre hospitalier de Versailles ». Mémoire de recherche, EHESP, 2011.

PIGNY, F. « En quoi le gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose t'elle aujourd'hui à l'hôpital public ? ». Mémoire de recherche, EHESP, décembre 2008

ROESH, Y. « La gestion des ressources humaines en milieu hospitalier ». Thèse Université Lumière Lyon 2 sous la direction de H.COMTE, 26 mars 1999

5- Rapports

« Atlas de la démographie médicale en France - profils comparés : 2007/2017 – les territoires au cœur de la réflexion ». BOUET, Patrick. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2017.

« Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires ». COSTARGENT, Georges. LE COZ, Gildas. IGAS, juillet 2003.

« Exercice médical à l'hôpital ». CNG, 2011

« Evaluation des compétences des professionnels de sante et certification des établissements de sante ». Rapport d'étude. HAS, novembre 2015.

« Hôpital cherche médecins, coute que coute - essor et dérives du marche de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public ». VERAN, Olivier. Assemblée Nationale, décembre 2013.

« L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public ». Commission permanente de l'attractivité médicale. FHF, 2014.

« L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public ». LE MENN, Jacky. CHALVIN, Paul. Ministère des Solidarités et de la Santé, 23 juin 2015.

« L'avenir de l'assurance Maladie, assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs ». Rapport de la cour des comptes, novembre 2017.

« Modalités et conditions dévaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ». Matillon M. Rapport de mission d'août 2003

« Rapport d'activité 2015 ». CNG, juillet 2016

« Rapport d'activité 2016 ». CNG, juin 2017

« Rapport observatoire définitifs centre hospitalier Saint-Cyr Villeneuve-sur-Lot ». MONTEILS, Jean-François. s. d.

« Rapport d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail ». Rapporteur ROMAGNAN, B.

6- Articles de presse

« AP-HP. L'abus d'intérim nuit à la santé publique ». 24 décembre 2015, L'Humanité édition, sect. Social-Eco.

« Ce qu'il faut savoir sur les médecins "mercenaires" qui ruinent l'hôpital public », L'EXPRESS.fr. 17 décembre 2013, L'Express édition, sect. L'Expansion.

« Cette France en mal de médecins : inégalités territoriales et incuries des pouvoirs publics ». Le monde diplomatique, septembre 2016

« Comment attirer (et retenir) les médecins à l'hôpital public ? ». 4 octobre 2016, Le Monde.

« Les jeunes médecins veulent mieux concilier vie professionnelle et vie privée », Le Monde, 20 juin 2013

« L'intérim à l'hôpital, un tabou qui coûte cher ». Août 2013, Le Monde édition.

« Médecins mercenaires? "Il n'y a rien de honteux à cela ». Août 2013, Le Monde édition.

« 1400 euros maximum pour 24 heures : la rémunération de l'intérim médical plafonnée dès 2018 », BAYLE-INIGUEZ Anne, 27 novembre 2017, Le quotidien du médecin.

« Le rémunération des médecins intérimaires dans les établissements de santé sera plafonnée dès 2018 », NAYRAC, Clémence. 27 novembre 2017, HOSPIDEMIA.

« Royaume-Uni : l'hiver pousser le système de santé au bord de la crise de nerfs ». Courrier International, 4 janvier 2018

« Un tiers des 250 000 médecins exerçant au Royaume-Uni n'ont pas été formés dans ce pays ». 31 octobre 2008, Le Monde édition.

7- Documents Divers : Enquêtes, Etudes, Sondages, Communiqués de Presse

« Double Emploi », Sud Santé AP-HP. s. d. <http://www.sudsanteaphp.fr/>.

« Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » Direction des hôpitaux, Ministère de la Santé, mai 1997.

« Intérim et double emploi à l'AP-HP », Union syndicale solidaire. Sud Santé AP-HP, février 2016.

« Intérim médical: soigner les causes et non les symptômes », FHF.

« La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation » TONNEAU, Dominique. DRESS, document de travail, série études, 117, 2003.

« Loi de modernisation du système de santé : dispositions impactant les ressources humaines hospitalières », Pôle RHH, mars 2016.

8- Colloques, Séminaires et Conférences

« De l'intérim infirmiers aux intermittents de la sante ». ARBORIO, Anne-Marie HAL, 2005.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00006227/document>.

9- Reportages, Emissions, Interview

« Dans le ventre de l'hôpital », LE MAIRE, Jérôme. Arte F, 2015

« Hôpital public, la loi du marché », PICHOT, Julie. France 2, Envoyé spécial, 7 Septembre 2017

« Frédéric Valletoux : à l'hôpital public, « l'intérim est une gangrène » », Europe 1, rubrique société, 8 novembre 2017

« Pr Grimaldi : « on a poussé l'hôpital comme si c'était une entreprise », Europe 1, rubrique santé, 24 octobre 2017

