



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

**Le recours à l'intérim médical dans les
hôpitaux publics : entre choix stratégique
et décision contrainte**

L'exemple du centre hospitalier intercommunal de « X »

Ahmed BENTAYEB

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à l'ensemble de l'équipe des affaires médicales du CH de « X » et en particulier à la Responsable du service pour son tutorat et sa bienveillance à mon égard.

Je souhaite remercier également les différentes personnes (gestionnaires, adjoints des cadres, attachés d'administration hospitalière, directeurs, personnel soignant, médecins, chercheurs) qui ont contribué à éclairer mes recherches et particulièrement M. Charles, Directeur des affaires médicales au CHU de Rennes.

Enfin, je remercie M. Combes, enseignant chercheur à l'EHESP, pour ses conseils avisés et plus globalement, le temps passé à superviser mon travail.

*« Tout borne l'homme mais rien ne l'arrête.
Il réplique à la limite par l'enjambée.
L'impossible est une frontière toujours reculante »*
Victor Hugo, Les travailleurs de la mer, 1891

Sommaire

Introduction	2
1 L'intérim médical à l'hôpital public : une définition réglementaire appliquée tant bien que mal au sein d'un centre hospitalier de PACA.	5
1.1 L'intérim médical : un cadre juridique existant mais qui peine à être appliqué.	5
1.1.1 Un cadre juridique aux contours flous	5
1.1.2 Des évolutions législatives récentes à la faveur de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016.	8
1.2 Le centre hospitalier intercommunal « X » : un contexte singulier pour faire face au défi de l'intérim médical.....	10
1.2.1 Un établissement de santé avec des atouts pour attirer.	10
1.2.2 Un hôpital en difficulté financière et en mal d'attractivité.....	12
2 Le recours à l'intérim médical en question.....	15
2.1 D'un point de vue éthique et déontologique.....	16
2.2 Au niveau de l'organisation et des conditions de travail.....	19
2.3 D'un point de vue budgétaire et financier.	21
3 Anticiper l'évolution des ressources humaines médicales en cours à travers des solutions à court, moyen et long termes.	23
3.1 A court terme, se saisir du projet médical partagé du GHT comme d'une opportunité : créer un « pool » de remplaçants.	23
3.2 A moyen terme, impulser une véritable coordination inter-hospitalière.	25
3.3 A long terme, « donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester ».....	26
Conclusion	29
Sources et Bibliographie.....	31
Liste des annexes	1

Liste des sigles utilisés

AAH : attaché d'administration hospitalière

ARS : agence régionale de santé

CET : compte épargne temps

CH/CHI/CHU: centre hospitalier/ CH intercommunal/ CH universitaire

CHT : communauté hospitalière de territoire

COPERMO : comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins

CREF : contrat de retour à l'équilibre financier

DAM : direction des affaires médicales

DRH : direction des ressources humaines

GHT : groupement hospitalier de territoire

LMSS : loi de modernisation de notre système de santé -2016

PECH : prime d'engagement de carrière hospitalière

PET : prime d'exercice territorial (ex prime « multi sites »)

PH : praticien hospitalier

TTA : temps de travail additionnel

Avant-propos

L'intérim médical revêt un caractère éminemment épineux. Les sommes en jeu, l'évolution des pratiques professionnelles qu'il symbolise et la pénurie de médecins dont il atteste de manière tangible, sont autant d'éléments qui rendent ce sujet délicat à aborder.

Sans être foisonnante, la littérature ayant trait à ce sujet ne manque pas, mais l'intérim y est décrit davantage comme un problème, que comme une solution. La recherche bibliographique (le rapport du professeur VERAN notamment), la conduite d'entretiens (avec des personnels médicaux et non médicaux) et l'observation directe (au cours de réunions) m'ont conduit à réfuter, d'emblée, un constat aussi simpliste.

Dès lors, l'objet de cette étude ne saurait se résumer à la dénonciation du recours à cette pratique. Il ne s'agit pas, non plus, d'incriminer les établissements ayant recours à l'intérim médical. Le choix de ce sujet tient à un constat qui a pu être établi après plusieurs semaines passées au sein d'un service des affaires médicales, et de rencontres avec différents types de personnels : celui d'une pratique qui tend à se généraliser voire à se banaliser. De ce constat, ont émergé plusieurs interrogations : qu'est-ce qui justifie ce recours compte tenu de son coût? Quelle est son origine ? Existe-t-il un profil type de médecins intérimaires avec des motivations identiques ? Pour ce faire, cette étude s'est construite au moyen de l'observation participante au terme de quatre mois de stage au sein des services de soins et de la direction des affaires médicales, de quelques entretiens individuels semi-directifs (notamment avec deux médecins intérimaires) ainsi que d'une recherche documentaire.

Afin de respecter la volonté d'anonymat de la direction des affaires médicales, de l'établissement, le lieu où s'est déroulé mon stage se nommera CH « X », centre hospitalier intercommunal situé en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

**

Introduction

« *La santé n'a pas de prix mais elle a un coût* ». Cet aphorisme, admis de manière consensuelle, revêt, en période de discipline budgétaire, une plus grande acuité. En effet, nombreux sont les établissements de santé devant faire face à des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF), signés avec les agences régionales de santé (ARS), s'engageant ainsi à respecter une certaine rigueur budgétaire.

L'hôpital public serait soumis aux mêmes règles de comptabilité que n'importe quel autre établissement public. A ce titre, celui-ci doit pouvoir justifier du bon usage des deniers publics. Après le virage de la tarification à l'activité (T2A) et celui de la prise en charge ambulatoire, la gestion comptable des hôpitaux semblerait avoir primé sur des considérations plus humaines. Ce pragmatisme viendrait heurter les valeurs du service public et celles de l'hôpital plus particulièrement. Après plus de vingt-cinq ans de carrière, un praticien hospitalier interrogé de manière informelle, ira même jusqu'à nous confier ses doutes quant à l'avenir de l'hôpital public : « *les hôpitaux vont se retrouver face à un dilemme : le regroupement ou la fermeture. En ce sens, les GHT [groupements hospitaliers de territoire] pourraient permettre une meilleure prise en charge des patients à condition de bien s'en servir. C'est-à-dire créer des pôles spécialisés plutôt que laisser le champ libre au secteur privé* ».

Cependant, en « exhumant » la notion de « service public hospitalier », l'ancienne ministre de la santé (Marisol Touraine), à l'origine de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), a réaffirmé l'importance accordée à l'accès aux soins, en général, et au rôle des établissements de santé, en particulier. Parce qu'il est un acteur incontournable et garant de l'état de santé de l'ensemble de la population, l'hôpital public peut déroger à certaines règles de gestion pour parvenir à assurer sa mission principale : garantir l'accès aux soins.

Pour arriver à garantir l'accès aux soins, les hôpitaux doivent nécessairement avoir tous les facteurs de productions disponibles. Or certains, comme le travail, peuvent venir à manquer. Ce manque s'observe notamment lorsque les hôpitaux n'arrivent pas à attirer des professionnels de santé (et notamment du personnel médical) pour travailler en leurs soins.

L'hôpital doit ainsi jongler entre ses obligations et ses contraintes (internes et externes). Parmi ces dernières, l'attractivité de l'établissement nécessaire à son rayonnement en est

une. Le respect d'une certaine discipline budgétaire à laquelle veillent l'ARS et la chambre régionale des comptes, en est une autre.

Face à ce sentiment d'être « pris en tenaille », comment les établissements de santé parviennent-ils à jongler entre ces objectifs parfois contradictoires ? Comment concilier l'ambition d'attractivité tout en conservant une marge de manœuvre budgétaire suffisante (et par la même assainir ses finances) ? Tel est le défi que doivent relever bon nombre d'hôpitaux publics aujourd'hui. Un des écueils majeurs consiste à lutter contre le déficit de professionnels de santé qui touche de nombreux hôpitaux. Même si le numerus clausus est régulièrement réévalué à la hausse par les pouvoirs publics, de fait, cette solution ne saurait avoir d'effet immédiat. La région PACA¹, pourtant réputée pour être épargnée par les difficultés de recrutement de médecins, ne fait pas figure d'exception. A titre d'exemple, le CH X rencontre des difficultés patentes à recruter dans certaines spécialités et notamment aux urgences. Cette pénurie de certaines professions médicales met en danger la continuité (et la permanence des soins) et, par extension, la prise en charge des patients. Elle contraint les établissements de santé à recourir à l'intérim médical. Or, les coûts liés à l'intérim s'avèrent extrêmement onéreux et cette solution constitue un palliatif pas toujours bien accepté par les confrères titulaires des médecins intérimaires² :

« L'hôpital change, il mise désormais plus sur les équilibres financiers immédiats et moins sur les organisations de travail à long terme. Pourquoi les frais annexes sont-ils remboursés aux intérimaires ? Pourquoi paie-t-on à un tel niveau une journée normale de travail de remplaçant hospitalier ? Pourquoi refuse-t-on à certains praticiens hospitaliers le paiement de leur temps additionnel ? Autant d'interrogations qui renvoient sur la place du médecin hospitalier titulaire, dans l'hôpital public. Autant de certitudes qui vacillent, quand la nouvelle marque de reconnaissance hospitalière privilégie les « outsiders » ou intérimaires libres aux « insiders » titulaires sous contrainte ».

De ce commentaire du représentant du syndicat des PH, il est loisible de se demander : qu'est-ce qui semble poser problème au final ? L'intérim en tant que pratique ou bien l'environnement dans lequel les établissements de santé y recourent ? Cela a pour effet de révéler implicitement les difficultés sous-jacentes liées à l'attractivité et l'organisation du travail.

Après avoir présenté la réglementation qui régit le recours à l'intérim et sa résonance sur un terrain d'observation (I), la présente étude aura pour but d'interroger l'intérim médical au regard de sa pertinence et de sa viabilité en tant que solution (II). Ce faisant, il

¹Cf annexe 4 : « occupation statutaire des postes de PH par régions au 01/01/2017 ».

² Didier REA, journal du syndicat des Praticiens Hospitaliers, n ° 57, Juin 2011.

conviendra d'évoquer des pistes d'améliorations réalistes à l'évolution en cours des ressources humaines médicales et au déficit d'attractivité. Cela, en gardant à l'esprit le contexte financier contraint de l'établissement (III).

**

1 L'intérim médical à l'hôpital public : une définition réglementaire appliquée tant bien que mal au sein d'un centre hospitalier de PACA.

Le recours à l'intérim dans les hôpitaux publics est un phénomène que l'on pourrait difficilement qualifier de nouveau. En effet, les établissements de santé ont eu notamment recours à du personnel paramédical (des infirmières pour l'essentiel) de manière régulière à partir du début des années 1990. A titre d'exemple, l'agence d'intérim *Manpower* a créé un pôle santé en 1995, et son activité est en pleine croissance depuis cette période.

Jusqu'à une période relativement récente, ce choix stratégique a pu constituer une réponse réfléchie et fréquemment employée pour faire face à un accroissement temporaire d'activités ou un déficit de personnels. Pourtant, à l'heure actuelle, il constitue en quelque sorte un baromètre de l'attractivité médicale des établissements de santé. Si bien qu'en définitive, un recours massif à des médecins remplaçants, signifie que le rayonnement de l'établissement est écorché et atteste d'un manque de maîtrise de l'hôpital sur sa politique de ressources humaines envers le personnel médical et non médical.

Nous verrons dans un premier temps que le recours à l'intérim est défini par un cadre légal fourni mais qui parfois semble ignoré plus ou moins sciemment (1.1).

Dans un second temps, nous observerons à travers la présentation d'un centre hospitalier, quelles conditions justifient l'emploi de ces médecins remplaçants (1.2).

1.1 L'intérim médical : un cadre juridique existant mais qui peine à être appliqué.

Faire appel à des médecins remplaçants n'est pas une pratique tout à fait récente. En effet, la loi relative au travail temporaire encadre cette pratique depuis 1972 (1.1.1). Ce qui est nouveau en revanche, c'est un recours massif et régulier à ces médecins remplaçants et parallèlement une explosion de l'enveloppe budgétaire allouée à cet effet. Ecueil qu'a tenté de contourner la loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de 2016 (1.1.2).

1.1.1 Un cadre juridique aux contours flous

Le 3 janvier 1972, la loi n° 72-1 relative au travail temporaire légalise le recours à des contrats de courte durée dits « intérim ». Cette loi définit plusieurs principes forts qui se

maintiendront tout au long des années 1980 et 1990 et ce n'est qu'en 2005 que certains seront fondamentalement modifiés : le travail intérimaire ne peut se substituer à l'emploi permanent ; il doit avoir une durée limitée ; les pratiques de double activité sont interdites. A travers cette loi, le législateur a souhaité poser le principe que le recours au travail temporaire ne saurait être une solution durable. Cependant, ce principe s'est rapidement heurté à une conjoncture économique morose. En effet, entre les deux chocs pétroliers (1973 et 1979), un accroissement du travail temporaire a eu lieu. Ce constat vaut pour tous les pans de l'économie. Simplement, la situation dans les établissements publics de santé reste singulière. En effet, ceux-ci sont restés longtemps à l'abri d'un recours à cette forme de contrats de travail dits atypiques au bénéfice d'agents titulaires.

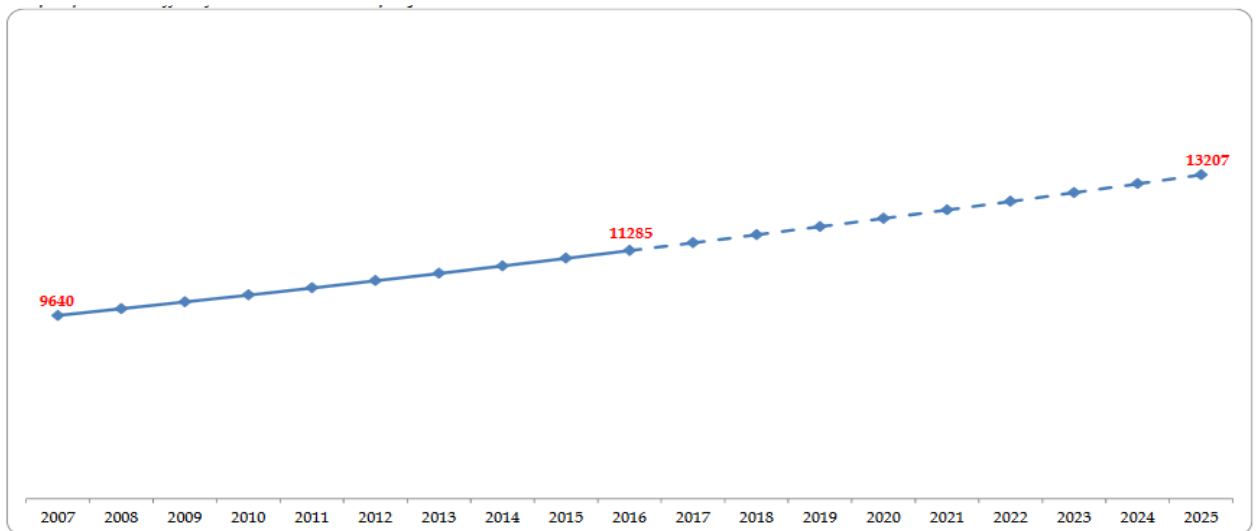
Pour cette raison, le législateur s'est saisi du sujet plus récemment. En effet, la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique introduit l'article 9-3 au sein de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Cet article prévoit que les établissements publics de santé peuvent avoir recours aux services des entreprises d'intérim dans les conditions des articles L.1251-1 et suivants du code du travail.

En application de ce cadre légal, les intérimaires devraient percevoir une rémunération équivalente à celle que percevraient des praticiens hospitaliers de compétence et d'expérience comparables.

Or, et c'est bien la difficulté actuelle, les médecins intérimaires exerçant à l'hôpital perçoivent selon les estimations du rapport parlementaire dit « VERAN » (du nom du médecin ayant été mandaté pour diriger une étude sur le sujet) un salaire journalier de 650 euros nets quand un praticien hospitalier perçoit 260 euros nets pour une journée selon le centre national de gestion (CNG).

Force est de constater que la rémunération des médecins intérimaires à l'hôpital dans ces conditions est alors contraire au cadre légal en vigueur et applicable aux hôpitaux.

Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre des médecins recense 11 285 (sur 285 840 inscrits à l'ordre) médecins inscrits en tant que remplaçants soit une hausse de 17,1% ces neuf dernières années.



Source : atlas de la démographie médicale 2016, conseil national de l'ordre des médecins.

Sont considérés comme étant « remplaçants » les médecins n'ayant pas d'activité régulière. Tel est le cas des médecins enchaînant des contrats à durée déterminée hospitaliers ou salariés courts (moins de trois mois).

L'hypothèse selon laquelle l'intérim médical ne serait pas réglementé doit, de fait, être infirmée. Pour autant, il convient de souligner que ce cadre est parfois ignoré plus ou moins consciemment. Ceci est d'autant plus vrai que le calcul de la rémunération du médecin intérimaire pose d'emblée question. Celle-ci est déterminée selon le nombre d'heures effectuées, et se compose des éléments suivants :

- du salaire de référence prévu par les articles L.1251-18 et L.1251-43 du code du travail. Le salaire de référence est défini comme celui que percevrait dans l'entreprise utilisatrice, après période d'essai, un salarié de qualification équivalente occupant le même poste de travail.
- de deux indemnités, à savoir l'indemnité de fin de mission (10% du salaire qui compense le caractère temporaire de la mission) et l'indemnité compensatrice de congés payés (10% car l'intérimaire ne prend pas, en règle générale, ses congés durant la période de la mission).

Certes, sur un plan réglementaire, un directeur d'hôpital est tenu de proposer à l'intérimaire, au maximum, le salaire d'un praticien hospitalier 4ème échelon, majoré de 10 %. Soit un plafond de 219 euros net par jour. A ce salaire s'ajoutent les prestations que l'hôpital verse par ailleurs directement aux médecins au titre de l'hébergement, du transport et des repas. Au total, une journée d'intérim coûte en moyenne 1370 euros toute taxe comprise à l'hôpital, soit le triple du coût « normal » d'une journée de travail pour un praticien hospitalier.

Cependant, dans la pratique, le remplaçant négocie sa rémunération avec le directeur de l'hôpital. C'est là que le bât blesse. Des journées d'intérim peuvent se négocier jusqu'à 1800 euros lorsque le CH qui y a recours est dans l'urgence, loin des sommes budgétées à cet effet.

En définitive, il apparaît qu'un cadre juridique a été défini très tôt par le législateur. En revanche celui-ci n'est pas exempt de tout reproche, ne serait-ce qu'en raison d'un manque d'exhaustivité qui encadrerait la pratique. Dès lors, des précisions réglementaires étaient requises.

1.1.2 Des évolutions législatives récentes à la faveur de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016.

La loi dite LMSS, portée par l'ancienne Ministre de la santé Marisol Touraine, s'est vu reprocher par le syndicat national des praticiens hospitaliers de « *bien plus répondre à l'enjeu de maîtrise de la dépense publique du personnel hospitalier qu'à celui de l'attractivité de l'hôpital* ». Toutefois, il n'est pas incongru de préciser que la LMSS de 2016 a le mérite d'avoir tenté d'apporter des précisions quant au recours à l'intérim médical.

L'article 33 de cette loi prévoit d'insérer au code de la santé publique dans le chapitre consacré à l'organisation interne des établissements publics de santé, un nouvel article L. 6146-2-1 relatif à l'intérim médical.

Cet article rappelle que :

« *Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des professionnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire dans les conditions de l'article 9-3 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière* ». Suite à ce rappel, le même article précise que :

« *Le montant journalier des dépenses engagées pour un praticien au titre d'une mission est plafonné. Les modalités de fixation de ce plafond sont déterminées par voie réglementaire* ».

Cette précision fait montre d'une ambition importante puisqu'il s'agit d'essayer réguler un marché qui par essence fixe ses tarifs librement. Interrogée sur le sujet en novembre 2006 par le quotidien La Croix, Odile Devarieux³, directrice du CH de Bar le Duc (Meuse),

³ <https://www.la-croix.com/Actualite/France:> « A l'hôpital les-médecins remplaçants s'achètent au prix fort ».

s'exprime en ces termes : « *Des mercenaires ? Mais bien sûr que j'en recrute. Je suis dans l'illégalité mais je n'ai pas le choix* ».

À l'hôpital de Villefranche-sur-Saône (Rhône), le discours est identique. « *Moi aussi j'ai recours à des mercenaires que je paie en dehors de tout cadre légal. C'est ça ou je ferme mon hôpital* », affirme le directeur, Philippe El Saïr, président du Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH). Plus d'une dizaine d'années plus tard, l'application « à la carte » de la règlementation en matière d'intérim reste d'actualité avec une plus grande acuité. Ceci d'autant plus que les sommes engagées sont en constante augmentation tandis que la rhétorique de la rigueur budgétaire enjoint les hôpitaux à maîtriser leurs dépenses.

A travers l'évocation du plafonnement des dépenses d'intérim dans la LMSS, la question est dorénavant de savoir si ce cadre, ainsi déterminé, pourrait s'avérer suffisamment contraignant pour endiguer certains de ces excès à l'œuvre. Au titre de ces dérives, il faut notamment retenir la surenchère (précédemment évoquée) à laquelle se livrent certains médecins remplaçants.

Toutefois, en l'absence d'un décret d'application, cette loi est amputée de sa valeur juridique. En conséquence, celle-ci ne suffit pas à mettre en œuvre un plafond des dépenses pour une journée d'intérim.

Un autre élément auquel le législateur a tenté d'apporter une solution réside dans le rappel du caractère transitoire de l'intérim. En effet, à l'origine, le recours à l'intérim doit demeurer une solution temporaire. Comme le rappelle la Cour de cassation au terme de la décision n°16-10.999 du 21 juin 2017, le contrat de mission 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* ».

Dans la même optique, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2014 (rendu dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale), reprend à son compte les constats établis au sein du rapport VERAN. Le juge des comptes recommande aux hôpitaux « *de maîtriser les dépenses de personnel médical et de revenir sur la réponse coûteuse de l'intérim médical en développant la coopération entre établissements, la gestion du temps médical et paramédical ainsi que la gestion prévisionnelle des compétences (GPEC)* ». Pour y parvenir, la Cour concède néanmoins que « *les hôpitaux sont tributaires de l'action des acteurs nationaux et régionaux* ». En synthèse de ce rapport, le centre national de gestion est invité à améliorer la visibilité des postes vacants et l'ARS à renforcer son rôle dans la gestion territoriale des ressources humaines médicales.

Cette dimension territoriale préfigure l'environnement dans lequel évolue chaque établissement public de santé. Le cas du CH intercommunal X en est l'illustration.

1.2 Le centre hospitalier intercommunal « X » : un contexte singulier pour faire face au défi de l'intérim médical.

En 2012, le centre hospitalier X a fusionné avec un hôpital local de 146 lits, situé à une vingtaine de kilomètres, pour former un centre hospitalier intercommunal comprenant 955 lits et places. Outre les sites principaux, l'établissement dispose notamment d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire ainsi que d'un centre d'action médico-sociale précoce. Le CH X se trouve au cœur d'un territoire de santé dont le poids démographique est relativement important. La coopération entre établissements de santé s'est imposée d'elle-même grâce au potentiel dont dispose l'établissement (1.2.1). Néanmoins, à l'aune du GHT, le CH X doit parvenir à trouver sa place pour asseoir son attractivité et faire face à ses difficultés financières (1.2.2).

1.2.1 Un établissement de santé avec des atouts pour attirer.

Par sa localisation géographique et la population qu'il couvre, le centre hospitalier intercommunal X a dû tenir compte des spécificités inhérentes au bassin de vie sur lequel il est situé. En effet, l'établissement se trouve au sein d'une aire urbaine mais à proximité d'un vaste arrière-pays rural et peu densément peuplé. De ce fait, le CH X a pris l'habitude d'élaborer son projet médical en dépassant les découpages administratifs et en intégrant cette dimension géographique particulière. Le département voisin comprend quelques déserts médicaux et les centres hospitaliers les plus proches sont souvent difficiles d'accès tant certaines communes sont isolées. Ces raisons font du CH X, l'établissement dans lequel se rendent, à la fois, des populations de la ville où il est localisé, des communes périurbaines mais également de communes plus lointaines et isolées.

Par ailleurs, jusqu'à la mise en œuvre des GHT, le CH X était l'établissement de référence d'une communauté hospitalière de territoire (CHT). Novation de la loi dite « HPST⁴ » de 2009, les CHT sont des regroupements d'établissements dont la relative proximité géographique les fait appartenir à un même territoire de santé. A l'origine, la CHT avait pour but de mutualiser les moyens mis en œuvre et ainsi d'articuler l'activité des hôpitaux dits locaux autour d'un CH de taille plus grande. Ce faisant, l'établissement a pris pour

⁴ Loi relative aux hôpitaux, aux patients, à la santé et aux territoires de 2009.

habitude de coordonner certaines de ses activités, par une action commune, avec quelques établissements environnants. Parmi ces derniers, deux d'entre eux sont situés dans le département voisin, hors du groupement hospitalier de territoire (GHT) dont fait partie le CH X. D'autres coopérations avec des établissements spécialisés ainsi que des établissements sociaux et médico-sociaux ont pu être consolidées par la suite. Ces coopérations sont désormais connues des praticiens hospitaliers (PH) qui exercent au sein du CH X et ancrées dans l'esprit de la direction des affaires médicales comme une pratique habituelle. Celles-ci se caractérisent par des mises à disposition de praticiens de manière ponctuelle ou plus régulière. Il en est ainsi d'un pédiatre PH temps plein au CH X mis à disposition une journée et demie par semaine dans l'établissement « partenaire » situé à 30 kilomètres au sud ou encore d'un pneumologue mis à disposition deux demi-journées par semaine dans le CH du département voisin ou bien enfin, d'un chirurgien ORL⁵ rendu disponible une demi-journée par semaine dans ce même établissement. De la même manière, le CH X admet la possibilité d'autoriser certains PH à partager leur expertise (sur la base d'une convention interhospitalière) dès lors que la spécialité (médicale ou chirurgicale) qu'ils exercent le permet. Bien que les coopérations interhospitalières devraient se poursuivre, le CH fait désormais partie intégrante d'un GHT dont il n'est pas l'établissement support. La définition d'un projet médical partagé au niveau du GHT pourrait freiner ou favoriser cette dynamique de coopération impulsée par le CH X. Incontestablement, le CH a des atouts à faire valoir pour attester de sa volonté de rester un établissement de santé attractif.

Qu'il soit perçu comme un frein ou comme une opportunité, l'avènement des GHT a conduit les centres hospitaliers à redéfinir leur stratégie et à trouver leur place en tant qu'acteurs d'un découpage territorial original. Pour ce faire, le centre hospitalier intercommunal dispose d'un budget de fonctionnement de plus de 200 millions d'euros.

Les ressources humaines du centre hospitalier sont composées de près de 3000 personnes dont 361 membres du personnel médical. Le directeur général de l'établissement a souhaité dissocier la direction des affaires médicales (DAM) de la direction des ressources humaines (DRH). Il revient à la DAM de gérer exclusivement les affaires ayant trait au personnel médical. Celle-ci se compose d'une directrice, d'une attachée d'administration hospitalière, d'une adjointe des cadres et de trois gestionnaires. Le rapport d'activité 2016 du CH qualifie l'offre de soins de « *diversifiée et de qualité* ». Le centre hospitalier dispose de toutes sortes de services et spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, neurologie, ...) et chirurgicales (orthopédique, thoracique, viscérale, ...).

⁵ Otorhinolaryngologie

Celles-ci sont renforcées par un pôle mère enfant (composé d'une unité de néonatalogie et d'une unité de Procréation Médicalement Assistée), une filière gériatrique (Hospitalisation A Domicile, court séjour gériatrique et Unité de soins de Longue Durée), ainsi que de services médicotecniques (dont un laboratoire et une pharmacie comprenant une « salle blanche » consacrée à la préparation de chimiothérapies).

En outre, le même rapport annuel fait état d'une « *activité médicale soutenue* » en avançant quelques chiffres clés : près de 71 000 séjours, 193 000 journées d'hospitalisation, 2 496 accouchements, 82 200 passages aux urgences (soit une moyenne de 225 par jour). De plus, le CH bénéficie d'un plateau technique de qualité satisfaisante (trois Gamma caméras, un TEP-SCAN, deux IRM, deux scanographes multi-coupes.).

Cependant, si ses atouts sont indéniables, le CH X est signataire, depuis quelques temps, d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), avec l'agence régionale de santé PACA.

1.2.2 Un hôpital en difficulté financière et en mal d'attractivité.

Parmi ses axes prioritaires, ce contrat de retour à l'équilibre financier prévoit des économies qui affecteront le recrutement de personnel. Or, les dépenses de personnel représentent, d'ores et déjà, près de deux tiers de l'ensemble des dépenses consacrées par l'hôpital. En d'autres termes, les enveloppes budgétaires destinées au recrutement de personnels devraient être « gelées ». En outre, lorsqu'il s'agit d'embaucher des médecins intérimaires, les négociations entre la responsable des affaires médicales au CH X et les intérimaires sont souvent brèves et « difficiles ». Ces négociations aboutissent, en règle générale, au tarif réclamé par le médecin remplaçant qui atteint 1800 euros nets pour une mission de vingt-quatre heures aux urgences, par exemple.

Au sein du CH X, le service des urgences est celui qui réclame, à la grande majorité (92%), des médecins intérimaires. Dans cet établissement, le pôle des urgences, semble avoir subi, de manière brutale, la réforme dite des « 39 heures » sans avoir pu préparer la transition.

Le passage à 39 heures de travail clinique, prévu dans le référentiel national de gestion du temps de travail médical des médecins urgentistes, nécessiterait la création de 277 équivalents temps plein supplémentaires (ETP) dans les CHU métropolitains, et par extension aux CH.

Cette réforme a posé les principes d'une généralisation du décompte horaire (et non plus en demi-journées), dans le cadre d'un temps médical continu. La même réforme a permis la mise en place d'un référentiel national de gestion du temps de travail basé sur une distinction entre le travail clinique et le travail non clinique (appelés autrement travail « posté » et « non posté »). Le travail posté (consacré à la prise en charge médicale des patients) doit être limité à 39 heures hebdomadaires pour 48 heures maximum.

Par ailleurs, il convient de préciser également que les hôpitaux sont soumis à l'obligation de continuité et de permanence des soins. A ce titre, ils doivent assurer une ligne de garde minimum et des astreintes que, bien souvent, ne peuvent pas combler à eux seuls les PH (à l'instar du CH X). Mais les CH ont aussi tenus de veiller à la qualité des soins dispensés en leur sein. De ce fait, ils doivent être en mesure de s'assurer de la « qualité » des intérimaires. Le manque supposé de rigueurs de ces derniers ne saurait être un problème délaissé par les directions des affaires médicales. Or, il apparaît évident que ce sont les intérimaires qui dominent le rapport de force qui s'instaure entre eux et l'administration hospitalière. En effet, lorsque le CH X s'est retrouvé contraint de recourir à des urgentistes intérimaires au cours de l'année 2017, le remplaçant négocie sa rémunération avec le directeur de l'hôpital lorsque la négociation n'aboutit pas avec l'AAH responsable des affaires médicales. Sur un plan réglementaire, ce dernier peut lui proposer, au maximum, le salaire d'un praticien hospitalier 4e échelon, majoré de 10 %. Soit un plafond de 219 euros nets par jour. *« Mais à ce tarif, aucun remplaçant n'accepte de venir, observe Odile Devarieux. Le remplaçant vous dit : "Voilà, je veux tant..." En général, c'est trois fois la somme réglementaire. Vous essayez alors de discuter, mais, au final, vous lui donnez ce qu'il demande car sinon, il ira voir l'hôpital d'à côté ».*

Pour le payer, la responsable des affaires médicales est donc obligée de sortir du cadre réglementaire : *« On s'arrange comme on peut. Le médecin fait une journée et je lui en paie trois ».* Le cumul des frais liés à l'intérim contribue à l'aggravation de la dette du centre hospitalier.

Précisons à cet effet que le CH est également, depuis peu, suivi et soutenu par le comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Le COPERMO favorise le lancement d'un vaste programme de réhabilitation et de construction de locaux regroupant les services de soins. Le coût total de l'opération s'élèverait à 71 millions d'euros dont 27 millions proviendraient de fonds propres.

Le CREF et le chantier soutenu par le COPERMO ont réduit les marges de manœuvre budgétaire dont dispose l'établissement. Or, pour maintenir une activité médicale suffisante, la DAM doit compenser le manque d'effectifs de personnels médicaux, a fortiori

dans des spécialités où ce manque atteint un seuil critique. En définitive, le CH X se trouve tiraillé entre d'une part, de nouveaux moyens à déployer et d'autre part, des économies substantielles à faire. Le recours à l'intérim médical en est l'illustration.

2 Le recours à l'intérim médical en question.

« L'intérim médical hospitalier, autrefois marginal, prend depuis plusieurs années une ampleur sans cesse croissante. Les médecins intérimaires sont des confrères qui, pour des raisons qui leur appartiennent, ont souhaité ce mode d'exercice et ne doivent donc pas subir l'ostracisme et le mépris dont ils souffrent souvent. Pour parler-vrai, nous savons tous qu'ils sont appelés par le terme guerrier de mercenaires ». Ainsi débute le rapport de la confédération des praticiens des hôpitaux, publié en 2011, sur le thème de l'intérim médical à l'hôpital public.

Le recours croissant à l'intérim médical dans l'ensemble des spécialités (+ 27 % selon la Fédération Hospitalière de France), et particulièrement dans certaines disciplines comme l'anesthésie et la radiologie, est en lien direct avec la démographie médicale, pour deux raisons majeures. D'une part, l'absence d'une régulation géographique nationale des praticiens qui mettrait fin aux déserts médicaux. D'autre part, le manque d'attractivité du statut de praticien hospitalier au regard des pratiques constatées dans d'autres secteurs.

Le rapport VERAN (auparavant cité) estime *« qu'en tenant compte des intérimaires médicaux qui représenteraient 6 000 médecins, le coût de l'emploi temporaire médical pour les hôpitaux s'élèverait à 500 millions d'euros ».* Aussi, il est légitime de s'interroger sur le profil type de ces médecins ayant opté pour ce choix d'exercice de la médecine? Pourquoi sont-ils autant décriés alors qu'ils sont employés pour un combler un déficit ?

Assurément, ces dépenses appellent à d'autres questionnements, à bien des égards. Tout d'abord, qu'en est-il de l'éthique de ces professionnels qui exercent à l'hôpital public ? (I). Ensuite, comment se déroule l'intégration de ces médecins dans une équipe et quelle place leur est dévolue dans l'organisation des services de soins ? (II). Enfin, cette solution est-elle viable d'un point de vue budgétaire ? (III).

2.1 D'un point de vue éthique et déontologique.

Le vendredi 10 mars 2017, au cours d'une réunion régionale des directeurs des affaires médicales de la région PACA, l'un d'eux se targuait d'avoir recruté un gynécologue intérimaire au prix de 3000 euros nets (pour 24 heures) alors que celui-ci en réclamait 4500 euros. Etonnés, nous l'interrogeons alors sur les raisons justifiant un tel coût et les solutions envisagées pour y remédier. Ce à quoi celui-ci répond résigné : « *qu'est-ce que je peux y faire, je n'ai pas le choix* ». Ce fut le point de départ de notre réflexion.

Plus surprenant encore, le tour de table qui s'en est suivi a révélé que le recours à l'intérim médical (avec des coûts presque aussi élevés que dans cet exemple) est un phénomène relativement courant et ce, depuis quelques années déjà. Le CH, objet de notre terrain d'observation, n'échappe pas à ce constat, il est même coutumier du fait.

Au terme de l'article 136 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), il est question de la réglementation de ce marché de l'intérim médical. Le dispositif légal intervient en ce qui concerne la gestion des ressources humaines médicales : « *les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux pour des missions de travail temporaires dans les mêmes conditions que les personnels non médicaux* ». La « réglementation » de l'intérim médical offre la possibilité, aux établissements publics de santé, d'avoir un lien contractuel direct avec des agences d'intérim. Le médecin contractualisera avec l'agence (et non plus directement avec les établissements). Un décret étant censé fixer un plafond précisant le montant journalier des dépenses engagées au titre de la mission de remplacement. A ce jour, ce décret n'est toujours pas entré en application.

En présence de ce « flou juridique », certains médecins intérimaires n'hésitent pas à revaloriser, de façon arbitraire, le coût de leur prestation. Il en va ainsi d'un intérimaire urgentiste qui a refusé de venir si son contrat ne passait pas de 1200 à 1500 euros la mission de vingt-quatre heures. Ce refus a été annoncé la veille de la mission. Pris au dépourvu, quel autre choix avait la DAM que de céder à cette revendication ? Cette requête ne peut qu'interpeller sur les motivations d'un professionnel de santé appelé à soigner des patients, par définition, en état d'urgence. Cela d'autant plus que ce médecin est coutumier du fait puisqu'il se livre fréquemment à une surenchère au bout de laquelle, il finit par obtenir la revalorisation qu'il réclame. De la même manière, le chef de service des urgences du CH X s'est plaint à plusieurs reprises de l'investissement, jugé limité, de certains remplaçants. L'un d'eux a quitté ses fonctions six heures avant le terme de la mission sans prévenir le chef de service. Un autre s'est endormi pendant sa garde et est

resté introuvable. Ce comportement est d'autant plus inapproprié que c'est bel et bien au sein des hôpitaux publics que ces pratiques sont à l'œuvre.

Toutefois, il convient de préciser à cet effet que ce comportement (que d'aucuns qualifient de mercenariat) ne saurait refléter l'ensemble des motivations des médecins dits remplaçants. A titre d'exemple, un médecin intérimaire⁶ que nous avons rencontré nous a intrigués par son profil. En effet, celui-ci est appelé régulièrement à exercer des missions bien qu'il soit lui-même un ancien praticien hospitalier du CH X ayant démissionné, il y a quelques années. Cela peut paraître surprenant que l'on fasse appel à cet ancien PH qui assume avoir « *choisi délibérément de quitter l'établissement, pour obtenir une rémunération plus en phase avec ce que devrait être la prestation d'un urgentiste* ». Pour autant, ce dernier est apprécié pour sa fiabilité, son investissement et sa capacité à s'intégrer dans une équipe de professionnels de santé. Les missions qu'il remplit sont facturées au coût réglementairement défini et sont prévues plusieurs semaines à l'avance, sans qu'il ne demande une revalorisation de dernière minute.

Un entretien que nous avons mené avec une représentante de l'association « Médecins remplaçants de France » s'est révélé particulièrement éclairant. Celle-ci se porte en faux contre le manque de rigueur supposé des médecins remplaçants et a insisté sur l'objectif de l'association.

« Notre association est engagée notamment dans les missions suivantes :

- *Accompagner les médecins remplaçants en tenant compte de leur mobilité sur le territoire*
- *Améliorer la communication entre médecins :*
- *Relayer les actions menées par les Conseils de l'Ordre, les URPS, les ARS, les syndicats et les associations locales auprès des médecins remplaçants*
- *Servir l'intérêt général :*
- *Mettre en avant auprès des médecins remplaçants les zones de sous-densité médicale*
- *Lutter contre la désertification médicale et les déséquilibres intra et extrarégionaux*

⁶ Entretien avec un PH démissionnaire du CH X appelé à intervenir sur des missions d'intérim.

- *Aider à pérenniser l'offre de soin sur le territoire ».*

L'association rejette les accusations dont sont victimes les médecins amenés à effectuer des missions d'intérim. Celle-ci parle d'une réputation qui viendrait de quelques rares cas de médecins désinvoltés. Elle préfère « *insister sur le caractère volontaire de ces remplaçants toujours disponibles pour proposer leur service et assurer un renfort apprécié par les hôpitaux* ».

Pour autant, il n'est pas incongru d'affirmer que quelques candidats à l'intérim sont motivés par le seul aspect lucratif de la mission qu'ils ont vocation à occuper. Certes, le profil et les motivations de ces candidats ne sont pas uniformes. Mais la présence de comportements « en décalage » avec la mission de service public que poursuit l'hôpital pose question. En effet, a priori, seuls les PH exerçant à temps partiel sont autorisés à effectuer des missions temporaires. Malgré tout, certains PH temps plein tentent de se positionner sur des missions d'intérim et voient leurs candidatures rejetées. De la même manière, les candidats à l'intérim doivent justifier d'une inscription à l'ordre ainsi que de l'obtention du diplôme de médecine. Qu'en est-il d'un intérimaire qui n'a jamais exercé ou qui n'a plus pratiqué depuis plusieurs années ? Ces éléments posent naturellement question sur leur fiabilité en tant que professionnels de santé.

Les valeurs du service public et par extension, celles promues par l'hôpital n'ont pas vocation à tomber en désuétude. La continuité et la qualité des soins pourraient être entachées par l'évolution des pratiques professionnelles.

2.2 Au niveau de l'organisation et des conditions de travail.

Le responsable des affaires médicales du CH X, comme bon nombre de ses homologues, doit réussir le challenge de faire cohabiter des confrères médecins (soumis au statut de praticien hospitalier) et des intérimaires (dont les termes de la mission sont définis dans un contrat du travail). Nous avons pu nous rendre compte de l'impact que pouvait avoir des relations sociales tendues au sein du service des urgences. Des réunions de crise sont fréquemment organisées avec la direction des affaires médicales, à la demande du chef de pôle des urgences et en présence du directeur général et du vice-président de la CME. Elles ont attesté de ces difficultés relatives aux conditions et à l'organisation du travail. Ce constat vient égratigner le statut de PH qui peine à rester attractif aux yeux de certains médecins urgentistes.

Il convient de rappeler d'emblée qu'un des avantages de l'intérim, de manière générale, est de mettre en évidence un signal, celui d'une pénurie de personnels et de parvenir à contourner cet écueil. Ainsi, on fait régulièrement appel à de l'intérim pour embaucher temporairement des infirmières par exemple.

Pour les médecins, le cas est plus récent mais force est de reconnaître que le recours à l'intérim médical permet, a minima, de combler un manque d'effectif ponctuel. La souplesse de ce système de recrutement permet, avec une certaine réactivité, de faire face à une pénurie épisodique de personnel médical. Dans le cas du service des urgences, l'intérim constitue un palliatif efficace. En effet, celui-ci permet de trouver rapidement du personnel médical disponible. Il permet également aux chefs de pôle et de service, de filtrer les candidatures de ces intérimaires (lorsque ceux-ci ont déjà été sollicités auparavant). Les candidats ne correspondant pas au profil attendu sont écartés, à condition que le nombre de postulants soit élevé.

Pour autant, si l'intérim permet d'assurer des lignes de garde et une prise en charge minimale, en revanche, il met en lumière d'autres écueils. En effet, les difficultés de recrutement aux urgences révèlent, au moins, deux hypothèses : d'une part des difficultés à travailler en équipe avec ces candidats et, d'autre part, une incapacité à maintenir en l'état les effectifs de PH dans ce service.

On saisit aisément la portée et l'enjeu de l'organisation des services pour un chef de service. Il arrive que ce dernier déplore une incapacité supposée du médecin remplaçant à s'intégrer dans une équipe, mais cet effort revient autant à l'équipe médicale en place qu'à l'intérimaire. Par ailleurs, dès lors que les compétences de ces médecins sont remises en cause, on obtient difficilement la reconnaissance de ses pairs. Emerge

progressivement une sorte de schisme (un intérimaire peut recevoir un revenu trois fois supérieur à celui d'un PH). Dans ce contexte, la viabilité des équipes de professionnels de santé (le lien, la coordination et l'organisation du travail entre pairs) ne peut qu'interpeller sur la qualité de la prise en charge du patient.

Un praticien hospitalier (PH) exerçant en chirurgie viscérale, en poste au sein de l'hôpital depuis plus de 20 ans, confie éprouver des difficultés dans les transmissions d'informations avec ses confrères intérimaires, « *ils ne sont là [les médecins intérimaires] que pour une durée très limitée donc on ne sait pas comment ils fonctionnent, on a peur d'une mauvaise interprétation du diagnostic médical que l'on pourrait leur faire* ».

Au cours de cet entretien il nous a été permis de réaliser que cette forme d'exercice de la médecine peut entrer en confrontation avec des PH habitués à tisser des relations de confiance. En définitive, seule la répétition de ces missions de courte durée sur un même établissement participerait de l'intégration des médecins remplaçants. C'est le cas d'une jeune médecin intérimaire⁷ qui s'est vu proposer et a accepté un poste de PH à temps partiel au sein du CH X. Celle-ci nous a révélé que sa motivation principale en tant qu'intérimaire résidait « *dans la souplesse qu'offre le choix de travailler quand on le souhaite, les jours qu'on a déterminé parfois plusieurs mois à l'avance* » et d'ajouter : « *en tant que mère d'un petit garçon, j'ai voulu trouvé un équilibre entre ma vie privée et mon travail que j'exerce avec passion* ». Lorsque nous l'interpellons sur le qualificatif de mercenaire, celle-ci précise que : « *malgré ce qu'on en dit, on ne peut pas être intérimaire durant toute sa carrière, c'est une forme d'emploi précaire malgré les sommes annoncées. J'ai choisi de devenir PH à temps partiel pour me stabiliser. Les médecins comme Monsieur et Madame tout le monde, ont droit à une vie de famille et d'être rémunéré à leur juste valeur* ».

La permanence des soins impose une réorganisation permanente des lignes de garde et des astreintes. La contrainte économique s'amplifie.

⁷ Entretien avec une jeune médecin intérimaire intervenant aux urgences du CH intercommunal X.

2.3 D'un point de vue budgétaire et financier.

Dès 2014, Olivier VERAN, neurologue, publie un rapport⁸ dans lequel il évoque l'intérim médical. Ce rapport se conclut par l'idée que l'intérim « *plombe les comptes de l'hôpital public et coûte concrètement 500 millions d'euros à l'hôpital* ». Une de ses propositions phares était le plafonnement des revenus des intérimaires.

« *L'intérim aujourd'hui est un fléau pour les finances des hôpitaux* », martèle Frédéric Valletoux, président de la fédération hospitalière de France (FHF). Et d'ajouter : « *La FHF aimerait également que les tarifs versés aux médecins intérimaires soient plafonnés* ». Actuellement, un médecin intérimaire peut gagner plus de 20 000 euros par mois (tel est le cas d'un urgentiste employé au CH X pour dix missions effectuées au mois de mai). Une journée de travail (1 370 euros nets) équivaut, en moyenne, au triple du coût d'un médecin titulaire. Ce recours concerne tout particulièrement la médecine d'urgence, la radiologie et l'anesthésie.

A plusieurs reprises au cours des mois de juillet et août, il nous a été possible d'assister directement à la proposition des missions d'intérim. Nous avons pu observer la procédure dans son ensemble, autrement dit de la négociation des termes du contrat au règlement des frais de déplacement, une fois la mission terminée. Dans la plupart des cas, le remplaçant négocie sa rémunération avec le directeur de l'hôpital. Si l'on se réfère à la réglementation, celui-ci peut lui proposer, au maximum, le salaire d'un praticien hospitalier 4e échelon, majoré de 10 %, comme défini précédemment, soit un plafond de 219 euros net par jour. « *Mais plus aucun remplaçant n'accepte d'offrir ses services à ce tarif* » me confie l'AAH en charge des affaires médicales. Dans la plupart des cas, c'est l'intérimaire qui vous dit : « *Je veux 800 euros (pour 12 heures) en temps normal, c'est trois fois la somme réglementaire. Quand il y a pénurie, il fait même jouer la montre pour obtenir plus. Vous essayez alors de négocier, mais, au bout du compte, vous cédez par peur qu'il aille voir l'hôpital d'à côté* ».

⁸ Rapport d'Olivier VERAN publié en 2013 : « *Hôpital cherche médecins coûte que coûte* ».

Pour le payer, la direction des affaires médicales est donc obligée de sortir du cadre réglementaire. « *On s'arrange comme on peut. Le médecin fait une journée et je lui en paie trois* », explique Odile Devarieux (auparavant citée).

Au sein du CH X, entre 2014 et juin 2017, le budget alloué à l'intérim médical a connu une augmentation constante ⁹ (hausse de 120% entre 2014 et 2015 et de 72 % entre 2015 et 2016). Le coût de l'intérim pour l'année 2017 est estimé à 3 232 387 euros (soit une augmentation de 80% entre 2016 et 2017). En seulement six mois, celui-ci a quasiment atteint le coût de l'année précédente. Entre 2014 et 2017, ce coût est passé de 474 582 euros à 3 232 387 euros, ce qui représente une hausse du budget alloué à l'intérim médical de 581%. Enfin, il est à noter que le service des urgences est celui à l'origine de la grande majorité des dépenses d'intérim médical (92% du montant total en 2017). A ces coûts s'ajoutent les frais de déplacements¹⁰ qui peuvent atteindre des sommes conséquentes. Ces dernières sont particulièrement élevées lorsque les intérimaires parcourent plus de 700km pour effectuer un remplacement d'une journée (tel que le révèlent quelques contrats de remplacement visibles en annexe 3).

Cette évolution récente a conduit la direction des affaires médicales à nous confier le soin de réfléchir à la possibilité de passer prochainement un marché public. Il a d'abord été question de rechercher des modèles de marchés passés dans d'autres établissements tels que le CHU de Clermont-Ferrand ou de Colmar. A partir de ces modèles, il a fallu établir des critères de sélection en fonction des attentes exprimées par l'ensemble de l'équipe de la DAM. Pour ce faire, nous avons spécifié clairement certaines clauses (plafond de dépenses, vérification des aptitudes professionnelles,...) pour encadrer au mieux le recours aux médecins intérimaires. En résumé, conclure un marché public avait pour intérêt d'éviter des dérives lors des prochaines missions d'intérim. Une fois l'ensemble des éléments requis réunis (fiche de liaison et cahier des clauses techniques particulières), le marché a pu être lancé par la direction des achats publics de l'établissement. Précisons ici que la fonction achat sera prochainement mutualisée au niveau des GHT. Dans l'optique d'anticiper ce processus, le CH X envisage de se rallier au marché public, lancé un an plus tôt par le CHU voisin, dans le cadre d'une possible reconduction.

Cette initiative fait état d'une préoccupation majeure de bon nombre de responsables des affaires médicales pour maîtriser chacun des postes de dépenses (et des frais d'intérim en particulier). Dès lors, il apparaît opportun de faire une focale sur des solutions potentiellement réalistes.

⁹ Cf. annexe 1 : coût total des intérimaires par pôle et service.

¹⁰ Cf. annexe 3 : états de frais de trois médecins intérimaires.

3 Anticiper l'évolution des ressources humaines médicales en cours à travers des solutions à court, moyen et long termes.

En tant qu'attaché d'administration hospitalière (AAH), un des postes que l'on peut occuper est celui de responsable des affaires médicales. Ce dernier est d'ores et déjà confronté à la problématique de l'attractivité médicale. Et face au déficit de personnel médical dans certaines spécialités (notamment l'anesthésie, la radiologie et les urgences), le recours à l'intérim médical tend à se banaliser et surtout à s'amplifier. Quelles solutions réalistes pourraient constituer une alternative crédible et ainsi permettre au CH de reprendre la main ? Sans être exhaustives, il existe des initiatives qui peuvent être envisagées à court (I), moyen (II) et long termes (III).

3.1 A court terme, se saisir du projet médical partagé du GHT comme d'une opportunité : créer un « pool » de remplaçants.

Depuis le 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT dont fait partie le CH X est entré en phase de finalisation. Même si ce regroupement semble avoir été amorcé sous la contrainte, il est désormais ancré et vécu comme un biais par lequel il est possible de coopérer de façon optimale. Au sein même du GHT, plusieurs établissements sont concernés par des difficultés de recrutement dans les spécialités auparavant citées. Ces difficultés de recrutement justifient le recours à l'intérim médical. Dès lors, il est loisible d'envisager la création d'un « pool » de remplaçants au niveau du GHT. En effet, la coopération et les regroupements d'établissements constituent une véritable opportunité pour les établissements de santé. Aussi, il serait intéressant d'envisager la constitution des groupements d'employeurs en vue de faciliter la mobilité des personnels médicaux et non-médicaux sur un territoire : la région, le « territoire de santé » ou autre périmètre selon les enjeux locaux.

Le pool de médecins intérimaires aurait le mérite de créer une relation de confiance entre les praticiens hospitaliers et leurs confrères intervenant de manière ponctuelle. Par extension, on pourrait même envisager de faire appel plus régulièrement aux intérimaires étant jugés fiables par leur pairs. Le directeur des affaires médicales d'un CH voisin de notre terrain d'observation nous a révélé avoir élaboré une « blacklist » dans laquelle il recense les remplaçants n'ayant pas satisfait aux missions confiées. L'idée défendue par celui-ci est la suivante : les chefs de service remplissent, au moyen d'une fiche

d'évaluation, plusieurs items comprenant des critères d'appréciation (disponibilité, implication, assiduité, capacité de communiquer avec l'équipe médicale, écoute,...) sur la manière d'exercer de ces intérimaires. En bas de page de cette fiche, une appréciation globale est rédigée. Une fois transmise à la DAM, un échange a lieu avec les chefs de service concernés. Au terme de ces réunions, les médecins intérimaires dont les compétences sont jugées véritablement lacunaires sont recensés sur la blacklist. Cette idée est d'autant plus efficace si elle est menée à une plus grande échelle telle que celle du GHT. Nous ne sommes pas sans ignorer que certains intérimaires ont tendance à aller voir d'autres établissements lorsqu'ils n'obtiennent pas les conditions salariales exigées. Mettre en commun ces listes rédigées par chaque établissement susceptible de recourir aux intérimaires prémunirait le CH X contre ce jeu de surenchère.

En outre, le CH X aurait tout intérêt à mettre en place des actions de prévention complémentaires dont la vigilance serait le mot d'ordre. Pour cela, pourrait être rédigé un guide des bonnes pratiques à l'attention des intérimaires amenés à exercer une mission au CH X. Nous a été confié le soin de rédiger un livret d'accueil pour les étudiants hospitaliers (« externes ») effectuant un stage de 6 mois. La rédaction d'un livret de ce type pour inciter les intérimaires à conclure une sorte de pacte moral pourrait être intéressante. En contrepartie d'une convention visant à les retenir sur plusieurs missions à venir, ceux-ci s'engageraient à respecter une « charte de bonne conduite » à l'instar de ce qui existe déjà auprès du CHU situé à proximité.

Le pool de médecins intérimaires concrétiserait une mutualisation du savoir dans l'esprit du GHT. Ce dispositif est déjà à l'œuvre dans les établissements de santé mais concernent essentiellement la profession d'infirmière. Le pool serait composé de praticiens hospitaliers volontaires pour ce mode d'exercice. Cette équipe de praticiens remplaçants pourrait combler de manière ponctuelle les besoins en personnels. Cette hypothèse présente, au moins, deux avantages : d'une part, elle a le mérite de contourner l'écueil de la surenchère et, d'autre part, elle constitue un levier d'anticipation à disposition des DAM, leur permettant une visibilité à moyen terme.

Pour aller plus loin, il n'est pas incongru d'envisager la création de ce pool à l'échelle régionale. La région PACA dispose de deux CHU (Nice et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille). Portée par ces établissements de grande envergure, l'initiative prendrait certainement une dimension plus importante et trouverait l'adhésion des CH de taille moyenne. Les réunions des directeurs des affaires médicales de la région PACA ont semblé corroborer cette impression. En effet, le directeur des affaires médicales du CHU de Nice est souvent force de propositions.

Ce faisant, le pool de remplaçants pourrait mettre fin à une sorte de concurrence entre centres hospitaliers pour s'accaparer des médecins intérimaires. En outre, cela pourrait avoir pour effet de faire pression sur les agences d'intérim et les intérimaires favorisant ainsi, une autorégulation « raisonnée » du marché de l'intérim. Au bout du compte, la surenchère ne saurait plus être entretenue par les centres hospitaliers eux-mêmes.

3.2 A moyen terme, impulser une véritable coordination inter-hospitalière.

Les directeurs et responsables des affaires médicales des établissements de santé de la région PACA ont fait le choix de la concertation. Depuis quelques années, à fréquence d'une fois tous les deux mois, une réunion est organisée au sein d'un des CH de la région autour d'un ordre du jour défini. Ces réunions ont plusieurs buts. Tout d'abord, elles permettent un échange de bons procédés. Ensuite, elles sont l'occasion de s'exprimer et d'éclaircir des points concernant un texte réglementaire récent. Enfin, elles sont l'occasion de débattre et d'essayer d'harmoniser des pratiques et ainsi s'accorder sur une pratique salariale commune. Nous avons évoqué précédemment des situations au cours desquelles certains intérimaires se rétractent 24 heures avant le début de la mission, notamment aux urgences, ce qui est d'autant plus problématique. Si ces médecins se permettent de faire monter les prix, c'est parce qu'ils sont dans une position dite d'oligopole (peu d'offres pour une multitude de demandeurs). Cette position dominante a un double effet. D'une part, elle rend ces intérimaires indispensables au sein du rapport de force entre eux et les hôpitaux. D'autre part, elle met les établissements de santé en situation de concurrence. Dès lors, il est envisageable de raisonner la concurrence et d'avoir un prix fixe déterminé par les établissements eux-mêmes.

Ces réunions peuvent être le point de départ d'une coordination plus poussée. En effet, les pratiques peuvent être harmonisées de sorte à ce que les établissements parlent d'une seule et même voix sur des sujets aussi sensibles que le recours à l'intérim médical par exemple. Une des réunions concernant le temps de travail additionnel a révélé des divergences de pratiques entre CH proche géographiquement. Or, cette divergence a conduit certains PH à opter pour un établissement plus rémunérateur que le CH voisin. Dans le cas de l'intérim, les mêmes effets se produisent. L'absence d'harmonisation des pratiques constitue assurément une faille. Cette brèche alimente les comportements qualifiés de « mercenaires ». Les CH ont tout intérêt à ne pas laisser « lettre morte » les velléités de coordination. Au-delà des volontés affichées, s'en tenir à un accord sur des

pratiques communes permettrait de ne plus céder à quelconque chantage. Les CH seraient gagnants à fixer ensemble des mesures d'application qu'ils appliqueraient de façon uniforme. A l'instar de ce gynécologue qui fixerait le coût de sa prestation d'intérim de façon arbitraire, ces comportements tendraient à être freinés par un rejet collectif de la situation.

Deux solutions réalistes pourraient être d'ores et déjà envisagées. La première d'entre elles réside dans la passation du marché public (développée en page 22). Dans le cadre de la rédaction du cahier des clauses techniques particulières, élaboré par nos soins, nous avons précisé certaines clauses (butoir, de sauvegarde,...) qui cadrent les tarifs pratiqués par les agences d'intérim. La seconde solution serait en quelque sorte le prolongement de la première. L'établissement pourrait opter pour l'adhésion à un réseau d'achats groupés. Le CH X n'étant pas membre du réseau d'achats hospitaliers (Résah), cette solution pourrait s'avérer d'autant plus intéressante pour bénéficier des tarifs les plus avantageux. Celui-ci pourrait également se rallier au marché public de l'intérim médical lancé par le CHU voisin. L'idée étant de se voir attribuer un lot déterminé par un accord cadre du CHU dans le cadre d'une entente commune. Cette solution a été accueillie favorablement par la responsable des affaires médicales et la responsable des achats du centre hospitalier intercommunal.

Sans aller jusqu'à parler de mutualisation complète, la coordination des DAM PACA peut être vecteur d'une véritable coopération entre établissements de santé. Cela aurait pour effet d'afficher son unité et sa détermination dans la prise de décisions.

A ce titre, le rôle catalyseur des CHU paraît indispensable à une coordination inter-hospitalière à l'échelle régionale (en animant des groupes de travail). En effet, c'est en leur sein que se trouvent les internes, autrement dit ceux qui seront appelés à être les futurs praticiens hospitaliers ou bien, les futurs intérimaires.

3.3 A long terme, « donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester »¹¹.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs réformes ont bouleversé le fonctionnement des hôpitaux, en général, et affecté le corps médical, en particulier. Du repos de sécurité au temps de travail additionnel en passant par la tarification à l'activité, la profession de praticien hospitalier a dû s'adapter. Or, ces pratiques contrastent fortement avec la culture

¹¹ Du nom du rapport Le MENN/CHALVIN, juin 2015.

médicale. En effet, le temps de travail du praticien hospitalier est décompté, tout comme celui de la prise en charge du patient. Le développement de la prise en charge ambulatoire a imposé de concevoir la plus courte durée de séjour possible. On assiste ainsi à une évolution du métier de PH, et par la même, à une certaine forme de « désacralisation » de la figure du médecin.

Il est évident que la carrière de praticien hospitalier n'est plus aussi attractive qu'auparavant. Le tapage médiatique autour du suicide du professeur Mégrien il y a près de deux ans a retenti comme le signe d'un malaise évident à l'hôpital public. A l'image de la tendance nationale, le service des urgences du CH X est sans nul doute l'un des plus impactés par ce déclin d'engouement. Susciter de l'intérêt à embrasser une carrière de PH repose sur des critères qualitatifs et quantitatifs.

Rendre attractive la profession de PH passe irrémédiablement par une valorisation salariale de la profession. C'est l'objet de plusieurs primes nouvellement entrées en application. Il en va ainsi de la prime d'engagement de carrière hospitalière. Son montant peut atteindre jusqu'à 30 000 euros. Cette somme est versée aux praticiens hospitaliers recrutés sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est ou risque d'être insuffisante. Dans le même esprit, la prime d'exercice territorial (PET) peut être attribuée aux médecins exerçant sur plusieurs sites. Héritière de la prime dite « multi sites », la PET participe d'une revalorisation salariale du PH. En outre, il est possible pour un PH exerçant à temps plein d'occuper une partie de son temps médical (dans la limite de 20%) à exercer une activité libérale ou une activité d'intérêt général. Le dispositif du compte épargne temps et les possibilités qu'il permet (congrés rémunérés ou rémunération supplémentaire) participent également à cette valorisation salariale. L'ensemble de ces efforts en faveur de l'attractivité médicale doivent être maintenus voire poursuivis.

D'un point de vue qualitatif, plusieurs leviers peuvent être activés.

La reconnaissance de la pénibilité de certaines professions (telles que celle de médecin urgentiste) comprend une dimension symbolique importante. Le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public (proposé par Marisol Touraine en 2015) en a fait une de ses propositions phares. Il en est de même s'agissant de la possibilité de prolonger l'activité d'un PH ayant atteint l'âge de la retraite. C'est l'objet notamment de la procédure du cumul emploi retraite et du temps de travail additionnel. Ces mesures ont pour but de prolonger la durée et le temps de travail des praticiens hospitaliers au sein de leur établissement.

Certaines des idées promues par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes dans le cadre d'une étude sur le sujet peuvent être reprises. L'étude propose entre autres la mise à disposition de praticiens par le CHU le plus proche, le recours à des assistants temps partagé et la

promotion des contrats de clinicien hospitalier. Le recours aux cliniciens pourrait notamment contribuer à fidéliser les médecins considérés comme étant les plus fiables. Ces contrats ont été créés pour attirer à l'hôpital public des médecins grâce à un revenu supérieur mais moyennant en contre partie des engagements en terme de qualité et de quantité. Ces contrats (dont la durée est de trois ans au plus renouvelable dans la limite de 6 ans) peuvent être proposés sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Une partie de la rémunération est variable, subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. L'aspect moral de ce contrat peut servir de base à la fidélisation des médecins hospitaliers.

Réussir le pari de l'attractivité consiste également à s'adresser et séduire les futurs praticiens hospitaliers. Un entretien avec un interne m'a permis de tester en quelque sorte ses motivations quant à la perspective d'une carrière de praticien hospitalier. Il en résulte comme motivation première la volonté de se voir proposer une opportunité de carrière intéressante. Une étude publiée dans la revue « Science et avenir », en juin 2017, précise que « 27 % de jeunes médecins souffrent de dépression ».

Enfin, la rédaction d'un livret d'accueil à l'attention des étudiants de quatrième année nous a permis de comprendre que les carrières se dessinent à la faveur d'influences et de ressentis. C'est aux CH de faire valoir leurs atouts pour séduire ces médecins de demain. C'est dans ce but que nous avons rédigé un livret d'accueil destiné aux externes.

**

Conclusion

Au terme de ce raisonnement, il apparaît évident que l'intérim médical est un sujet d'actualité qui a le mérite de susciter des controverses et de provoquer des débats. Celui-ci donne à voir comment les établissements de santé répondent aux injonctions paradoxales auxquelles ils sont confrontés. Certes, il est une véritable gageure que d'accroître l'activité médicale lorsque les contraintes économiques sont croissantes et que la démographie médicale tend à décliner. Et même si au niveau national, on recense de plus en plus de médecins par habitants, leurs répartitions géographiques et le choix des spécialités posent question. En effet, sur la période 2007/2016, si le nombre de médecins en activité régulière reste stable (-0,4% soit 285 850 médecins), le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+87,7%). Cette évolution augure de futurs écueils que les établissements de santé devront contourner, mais les établissements de santé font montre d'une adaptation au changement et parviennent à trouver des solutions, parfois innovantes.

Ainsi relevé, ce défi montre toutefois ses limites. En effet, le recours à l'intérim n'est pas viable en soi. Face à certaines sommes engagées, il en résulte de manière générale que les avantages en la matière apparaissent dérisoires.

La loi de modernisation de notre système de santé a amorcé une tentative de résolution aux sommes excessives que réclament certains intérimaires. Désormais, « l'essai doit être transformé ». Il existe un risque pour les pouvoirs publics s'ils se dessaisissent de ce dossier. Celui de ne plus pouvoir contrôler les dérives (financières, réglementaires et professionnelles) si le marché n'est pas régulé. Ces dérives doivent servir de message d'alerte. Peut-on faire un parallèle entre l'intérêt grandissant que suscite la position d'intérimaire chez les praticiens et un désintérêt croissant pour la carrière hospitalière ? Assurément, oui. Au même titre que la prise en charge des patients, le bien-être des médecins doit être garanti au sein de l'hôpital public.

Lorsqu'il est appelé à occuper des fonctions de responsable des ressources humaines médicales, il revient à l'attaché d'administration hospitalière de tenir compte de l'évolution du métier de praticien hospitalier pour l'anticiper et s'y préparer au mieux. La gestion de l'humain nécessite de savoir rester professionnel et se garder de jugements de valeur à l'égard de ces médecins. Pour cela, l'AAH gardera à l'esprit que gérer des ressources humaines médicales nécessite d'aborder cet enjeu avec une vision d'ensemble dans le cadre d'un calcul rationnel (coûts/avantages). L'aphorisme évoqué en introduction « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût » reste plus que jamais d'actualité. Mais, à l'aune des

GHT, il devra tenir compte de ce nouveau découpage territorial. Si la fonction achat a été mutualisée non sans inquiétude, nul doute que la mutualisation des RH représenterait un défi davantage épineux qu'il est loisible d'envisager.

**

Sources et Bibliographie

Articles et reportages :

- *BERTEAU.F*, septembre 2015, « *Les aléas de l'intérim médical* », Reportage Arte info.
- *CLAVREUL.L*, août 2013, « *L'intérim à l'hôpital, un tabou qui coûte cher* », *Le Monde*.
- *CLAVREUL.L*, décembre 2013, « *Médecins intérimaires : un surcoût de 500 millions d'euros par an pour les hôpitaux* », *Le Monde*.
- *CLAVREUL.L*, août 2013, « *Médecin mercenaire ? Il n'y a rien de honteux à cela* », *Le Monde*.
- *SANTI.P*, avril 2016, « *Le patient en tant qu'humain et soignant est complètement nié* », *Le Monde*.
- *VAN DER KLUFT.M*, juin 2017, « *27 % de jeunes médecins souffrent de dépression* », *Science et avenir*.

Rapports :

- *HAUTE AUTORITE de SANTE*, septembre 2014, « *prise en charge des urgences et des soins non programmés* ».
- *LE MENN.J, CHALVIN.P*, juin 2015, « *57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester* ».
- *REA.D*, juin 2011, « *L'intérim médical hospitalier* », syndicat national des praticiens hospitaliers.

- VALLETOUX.F (président de la FHF), février 2017, « *Hôpital : 50 propositions pour sortir de la crise* ».
- VERAN.O, décembre 2013, « *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public* ».

Textes législatifs et réglementaires :

- Articles L. 1251-1 et L.1251-60 du code du travail
- Loi n° 72-1 relative au travail temporaire du 3 janvier 1972.
- Loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière du 9 janvier 1986.
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Coût total des intérimaires par pôle et service
- **Annexe 2** : Quelques modèles de contrats de recrutement d'intérimaires
- **Annexe 3** : Exemple d'un état de frais de trois médecins intérimaires (frais de juin payés en août)
- **Annexe 4** : Occupation statutaire des postes de PH par région au 01/01/2017
- **Annexe 5** : Grille d'entretien à l'attention des médecins intérimaires

Annexe1 : Coût total des intérimaires par pôle et service

Pôle	Libellé Pôle	CR	Libellé CR	2014	2015	2016	JANV à JUIN 2017
02	CARDIOLOGIE	9000	MEDECINE	17 544,33	0,00	0,00	0,00
03	FEMME-ENFANT	1040	PEDIATRIE	0,00	1 452,00	139 274,37	92 274,96
03	FEMME-ENFANT	9020	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	84 770,71	139 691,86	4 196,83	71,04
04	IMAGERIE MEDICALE- MED.NUCLEAIRE	4000	IMAGERIE MEDICALE	0,00	170 964,50	176 433,19	151,69
06	NEPHROLOGIE- HEMODIALYSE	1400	NEPHROLOGIE ET HEMODIALYSE	338,40	0,00	0,00	0,00
10	URGENCES	1010	URGENCES PRINCIPAL SITE	15 422,69	227 337,13	925 456,92	1 225 759,38
10	URGENCES	1020	SMUR	0,00	0,00	393,43	0,00
10	URGENCES	1025	UNITE SANITAIRE MILIEU PENITENTIAIRE	0,00	4 390,73	0,00	0,00
10	URGENCES	9050	URGENCES ANNEXE SITE	356 506,33	357 935,67	394 911,56	261 642,25
19	ANESTHESIE	8110	ANESTHESIOLOGIE	0,00	46 087,95	106 397,01	20 742,21
20	GERIATRIE	2300	MEDECINE GERIATRIQUE	0,00	72 007,63	43 666,75	13 867,22
20	GERIATRIE	9040	MOYEN SEJOUR	0,00	24 831,39	5 590,69	1 684,86
TOTAL				474 582,46	1 044 698,86	1 796 320,75	1 616 193,61

Le coût de l'intérim a connu une augmentation constante depuis 2014 à ce jour (hausse de 120% entre 2014 et 2015 ; de 72 % entre 2015 et 2016).

Le coût de l'intérim pour l'année 2017 est estimé à **3 232 387 euros** (soit une **augmentation de 80%** entre 2016 et 2017). **En six mois, celui-ci a quasiment atteint le coût de l'année précédente.**

Entre 2014 et 2017, ce coût est passé de 474 582 euros à 3 232 387, ce qui représente **une hausse de 581%**.

Enfin, il est à noter que le **service des urgences** est celui à l'origine de la grande majorité des dépenses d'intérim médical (**92% du montant total en 2017**).

CONTRAT DE RECRUTEMENT EN QUALITE DE MEDECIN REMPLACANT

- ♦ Vu la délégation de signature en date du

VU l'ordre de mission établi en date du 31 mars 2017 par ...

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

● ARTICLE 1

M. le docteur ... demeurant ... en **BELGIQUE** est recruté du 8 avril 2017 8h30 au 9 avril 2017 8h30 et du 15 avril 2017 8h30 au 16 avril 2017 8h30 afin d'assurer un remplacement dans le service des urgences du Centre Hospitalier de..., **situé en région Provence Alpes Côte d'azur.**

● ARTICLE 2

Durant cette période M. le docteur ... percevra une **rémunération forfaitaire de 1 500,00 € nets par 24 heures**, soit un total de **3 000,00 €.**

Les frais de transport seront remboursés à M. le docteur ... sur présentation de justificatifs originaux. Base de remboursement du domicile au lieu de la mission hors location de véhicule et taxi.

● ARTICLE 3

Durant la période de mise à disposition de M. le docteur ..., **l'établissement assurera la prise en charge de sa nourriture. Concernant le logement, l'établissement en assurera la prise en charge**, dans la limite des chambres disponibles à l'internat, sinon l'établissement réservera une chambre dans un hôtel à proximité, pour laquelle le praticien devra s'acquitter directement des frais et se fera ensuite rembourser la facture de la ou des nuitées par l'établissement.

● ARTICLE 4

Le Centre Hospitalier de ... conservera la charge exclusive de la réparation des dommages de toute nature survenant à l'occasion de l'activité de M. le docteur ... dans l'enceinte de l'établissement à ses personnels, aux malades et à leurs visiteurs ainsi que des dommages causés au médecin lui même et notamment des accidents survenus dans l'exercice de ses fonctions ou des maladies contractées en service.

● ARTICLE 5

Durant cette période M. le docteur ... contractera une police d'assurance en matière de responsabilité civile.

..., le 6 avril 2017

Dr...

P/le directeur et par délégation

...
Directeur adjoint

CONTRAT DE RECRUTEMENT EN QUALITE DE MEDECIN REMPLACANT

- ♦ Vu la délégation de signature en date du

VU l'ordre de mission établi en date du 10 juillet 2017 par ...

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

● ARTICLE 1

Mme le docteur ... demeurant ..., **67 000 Strasbourg** est recrutée du 1^{er} août 2017 à 8h30 au 2 août 2017 à 8h30 afin d'assurer un remplacement dans le service des urgences du Centre Hospitalier de ..., **situé en région Provence Alpes côte d'azur.**

● ARTICLE 2

Durant cette période Mme le docteur ... **percevra une rémunération forfaitaire de 1 800 nets par 24 heures** soit un total de **1800,00 €.**

Les frais de transport seront remboursés à Mme le docteur ... sur présentation de justificatifs originaux. Base de remboursement du domicile au lieu de la mission hors location de véhicule et taxi.

● ARTICLE 3

Durant la période de mise à disposition de Mme le docteur ..., **l'établissement assurera la prise en charge de sa nourriture. Concernant le logement, l'établissement en assurera la prise en charge**, dans la limite des chambres disponibles à l'internat, sinon l'établissement réservera une chambre dans un hôtel à proximité, pour laquelle le praticien devra s'acquitter directement des frais et se fera ensuite rembourser la facture de la ou des nuitées par l'établissement.

● ARTICLE 4

Le Centre Hospitalier de ... conservera la charge exclusive de la réparation des dommages de toute nature survenant à l'occasion de l'activité de Mme le docteur ... dans l'enceinte de l'établissement à ses personnels, aux malades et à leurs visiteurs ainsi que des dommages causés au médecin lui même et notamment des accidents survenus dans l'exercice de ses fonctions ou des maladies contractées en service.

● ARTICLE 5

Durant cette période Mme le docteur ... contractera une police d'assurance en matière de responsabilité civile.

..., le 17 juillet 2017

Dr ...

P/le directeur et par délégation

...
Directeur adjoint

CONTRAT DE RECRUTEMENT EN QUALITE DE MEDECIN REMPLACANT

- ♦ Vu la délégation de signature en date du

VU l'ordre de mission établi en date du 09/06/2017 par ...

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

● ARTICLE 1

M. le docteur ... demeurant ... **75014 Paris** est recruté du 13/06/2017 à 8h30 au 14/06/2017 à 8h30 afin d'assurer un remplacement dans le service des urgences du Centre Hospitalier de ..., situé en **Région Provence Alpes Côte d'azur**.

● ARTICLE 2

Durant cette période M. le docteur ... **percevra une rémunération forfaitaire de 1 800,00 € nets par 24 heures**, soit un total de **1 800,00 €**.

Les frais de transport seront remboursés à M. le docteur ... sur présentation de justificatifs originaux. Base de remboursement du domicile au lieu de la mission hors location de véhicule et taxi.

● ARTICLE 3

Durant la période de mise à disposition de M. le docteur ..., **l'établissement assurera la prise en charge de sa nourriture. Concernant le logement, l'établissement en assurera la prise en charge**, dans la limite des chambres disponibles à l'internat, sinon l'établissement réservera une chambre dans un hôtel à proximité, pour laquelle le praticien devra s'acquitter directement des frais et se fera ensuite rembourser la facture de la ou des nuitées par l'établissement.

● ARTICLE 4

Le Centre Hospitalier de ... conservera la charge exclusive de la réparation des dommages de toute nature survenant à l'occasion de l'activité de M. le docteur ... dans l'enceinte de l'établissement à ses personnels, aux malades et à leurs visiteurs ainsi que des dommages causés au médecin lui-même et notamment des accidents survenus dans l'exercice de ses fonctions ou des maladies contractées en service.

● ARTICLE 5

Durant cette période M. le docteur ... contractera une police d'assurance en matière de responsabilité civile.

..., le 12/06/2017

Dr ...

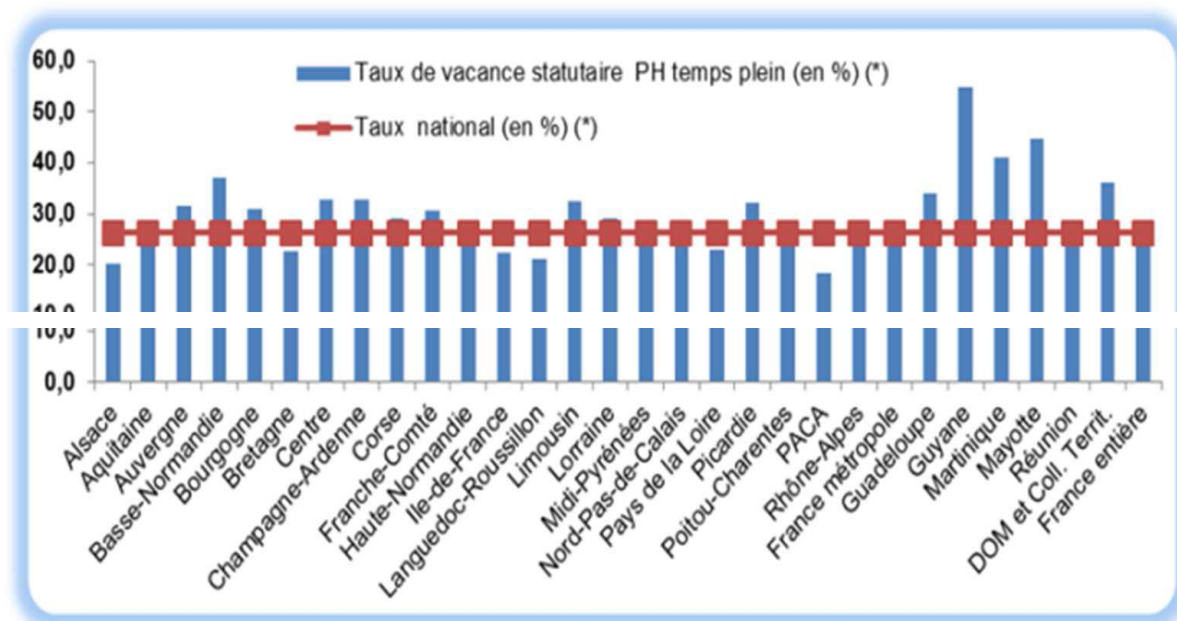
P/le directeur et par délégation

...
Directeur adjoint

Annexe 3 : Exemple d'un état de frais de trois médecins intérimaires (frais de juin payés en août)

NOM - PRENOM	SE	RVI	CE	SITE	DATE	MISSION	AGENCE	REF CONW/ OU ORDRE DEMISSION	LIEU DE RESIDENCE	NBRE KMS	NBRE KMS AIR	NB RE	TR AJ ET	NB CV	TAUX KMS	MONTAN INDEM KMS	PEAGE	AVI SNC	F	AUTRES	FRAS DE MISSION	SOMME MEDICIN	
																							TOTAL
DOCTEUR X	UR		G		27/06/2017	APPEL MEDICAL				745	1491	1	24	0,35	521,71 €	69,40 €				139,00 €	730,11 €		
DOCTEUR X	UR		G		20/06/2017	MED OFFICE				745	1491	1	24	0,35	521,71 €	69,40 €					591,11 €	1.321,22 €	
DOCTEUR Y	UR		G		17/06/2017	ACTIV DR				785	1570	1	10	0,35	549,57 €	102,30 €						651,87 €	
DOCTEUR Z	UR		G		28/06/2017	APPEL MEDICAL				987	1975	1	6	0,32	631,94 €							631,94 €	
TOTAL																					2.605,03 €		

Annexe 4 : Occupation statutaire des postes de PH par région au 01/01/2017



Source : CNG, PRATICIENS HOSPITALIERS ET PERSONNELS ENSEIGNANTS HOSPITALIERS
Situation au 01/01/2017.

Selon le **Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)**, la densité des médecins passe de 336,5 médecins pour 100 000 habitants en 2015 à 336,8 en 2016, soit une très légère hausse de +0,3. Le RPPS confirme une concentration de médecins en Ile-de-France et dans les régions du sud.

Selon les données de la Drees, 2 régions se distinguent par une forte densité de médecins ; il s'agit des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (407,8 médecins pour 100 000 habitants) et Ile-de-France (398,3). Si l'Ile-de-France est la région la mieux dotée en médecins spécialistes, avec 248,8 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, la région PACA reste la mieux dotée en médecins généralistes.

Entre 2016 et 2017, l'effectif des **PH temps plein** progresse ou se stabilise dans l'ensemble de régions, à l'exception de la Guadeloupe. La région PACA enregistre le taux de vacance statutaire des PH temps plein le moins élevé (26,1%).

Le taux de vacance statutaire des **PH temps partiel** poursuit sa progression entre 2016 et 2017 mais à un niveau plus faible que celui observé l'année précédente. Quatre régions enregistrent un taux de vacance statutaire en dessous du taux national de 46,1 %. Il s'agit de Provence-Alpes-Côte d'Azur (33,8 %), l'Ile-de-France (35,8 %), l'Occitanie (40,0 %) et la Bretagne (42,6 %).

Annexe 5 : Grille d'entretien à l'attention des médecins intérimaires

- Question 1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
- Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'intérimaire ?
- Question 3 : Quels sont selon vous les principaux avantages à exercer votre activité sous cette forme-là ?
- Question 4 : Et les principaux inconvénients ?
- Question 5 : Si on vous propose un contrat de PH, que répondrez-vous ? Pour quelles raisons ?
- Question 6 : Comment décririez-vous les relations de travail avec vos confrères médecins hospitaliers ?
- Question 7 : Selon vous le statut de PH répond-il aux attentes de vos confrères titulaires ?
- Question 8 : Quelle est votre principale motivation à l'idée d'exercer dans un établissement public de santé ?
- Question 9 : Certaines personnes qualifient les intérimaires de « mercenaires », qu'en pensez-vous ?
- Question 10 : Comprenez-vous que les sommes évoquées (1800 euros la garde de 24 heures) puissent choquer dans un établissement public de santé ?
- Question 11 : Comment voyez-vous l'avenir de l'hôpital public ? De la profession de médecin ?

(Questions complémentaires posées à l'intérimaire PH démissionnaire) :

Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à démissionner ?

Quel est le regard que portent vos anciens collègues sur votre décision ?

(Questions complémentaires posées à l'intérimaire futur PH à temps partiel) :

Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à devenir PH ?

BENTAYEB

Ahmed

Décembre 2017

FILIERE Attaché d'administration hospitalière

Promotion 2017

Le recours à l'intérim médical dans les hôpitaux publics : entre choix stratégique et décision contrainte. L'exemple du centre hospitalier intercommunal de « X »

Résumé :

Cette étude traite des antagonismes qui entourent le fonctionnement des RH médicales à travers l'exemple du recours à l'intérim médical.

En effet, si l'intérim génère des dépenses, en revanche il comble temporairement un déficit de personnels.

Il nous a semblé pertinent de partir du constat (un recours de plus en plus fréquent aux médecins intérimaires) qui vaut au niveau national pour faire une focale sur un établissement appartenant à la région supposée la plus attractive (PACA). Le choix de ce terrain d'observation a permis de mettre en lumière le jeu d'équilibriste auquel le responsable des affaires médicales doit (ou devra) faire face.

Ce sujet d'actualité s'est avéré éminemment épineux en raison des enjeux qu'il sous-tend (financiers, stratégiques, déontologiques,...) mais il convient de l'aborder comme un atout autant que comme un inconvénient.

En définitive, l'environnement qui encadre cette pratique pose autant problème (sinon plus) que la pratique elle-même.

Mots clés :

Intérim médical ; praticiens hospitaliers ; attractivité ; budget, affaires médicales, centre hospitalier intercommunal X.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

