



**EHESP**

---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

---

## **Les contrats de cliniciens hospitaliers**

Réflexion pour un bon investissement des ressources médicales

---

**Johan MANGIN D'HERMANTIN**

---

# Remerciements

---

Dans un souci de respect de la confidentialité des informations récoltées auprès de mon établissement d'accueil ainsi que ceux de la région, l'identité des intervenants et des établissements n'est pas donnée. Malgré tout je tiens à remercier :

L'ensemble des équipes de la direction des finances pour m'avoir accueilli dans leur service et permis d'utiliser tous les outils nécessaires à la construction de ce mémoire.

La cellule de contrôle de gestion, pour m'avoir si bien intégré dans leur bureau et livré tous les conseils et informations si importants pour mon étude.

La déléguée départementale de l'agence régionale de santé, pour sa disponibilité et son témoignage qui apporte une vision stratégique territoriale de l'accès au soin et de la démographie médicale.

La responsable des affaires médicales, pour son expertise en matière de personnels médicaux.

Enfin je tiens à remercier tout particulièrement mon maître de stage, directeur des ressources humaines et des affaires médicales, pour m'avoir ouvert les portes de l'établissement, suggérer le sujet de l'étude et apporter sa vision systémique, son regard critique et ses conseils précieux dans la rédaction de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Une démographie médicale qui souffre de zones sous-denses et de spécialités en tension, créant un rapport de force défavorable pour les établissements éloignés des grands centres urbains.....	5
1.1 Le constat national de zones de déserts médicaux .....	5
1.1.1 Données de cadrage de la démographie médicale en France et constat de zones sous-denses et de spécialités en tension.....	5
1.1.2 Des explications structurelles à ce déséquilibre géographique dans la répartition des médecins .....	8
1.2 L'exemple d'un établissement éloigné d'un grand centre urbain.....	10
1.2.1 La situation géographique et la démographie médicale du CH qui impliquent des solutions de recours .....	10
1.2.2 Les conséquences des recours dérogatoires en matière de qualité des soins, de contraintes budgétaires et de gestion des ressources médicales .....	13
2 Les préconisations pour un recours efficient au contrat de clinicien hospitalier .....	17
2.1 Le contrat de clinicien hospitalier implique un arbitrage nécessaire entre des intérêts médicaux et économiques.....	17
2.1.1 La mise en place d'outils de contrôle et de suivi afin d'éclairer la réflexion sur le recrutement médical .....	17
2.1.2 Une stratégie globale en termes d'accès au soin .....	20
2.2 Le recours au contrat de clinicien hospitalier nécessite une implication forte et pérenne du pouvoir médical.....	21
2.2.1 Un travail en collaboration avec le pouvoir médical afin de maîtriser les impacts médico-économiques .....	21
2.2.2 La mise en œuvre d'un management médical pour les contrats de cliniciens hospitaliers.....	24
Conclusion .....	27
Bibliographie .....	29
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

Dans l'ordre d'apparition :

CH : Centre hospitalier

GHT : Groupement hospitalier de territoire

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

ETP : Equivalent temps plein

CNG : Centre national de gestion

CME : Commission médicale d'établissement

ARS : Agence régionale de santé

AAH : Attaché d'administration hospitalière

CHU : Centre hospitalier universitaire

PH : Praticien hospitalier

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

T2A : Tarification à l'activité

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RUM : Résumé d'unité médicale

RSS : Résumé de sortie standardisé

GHM : Groupe homogène de malade

## Introduction

« La concurrence joue à plein pour le recrutement des médecins hospitaliers, entre établissements et entre secteurs d'exercice, à l'approche d'une période (2015-2022) qui sera marquée par une démographie médicale particulièrement tendue pour l'ensemble du système de santé. La rémunération des praticiens constitue un enjeu incontournable de l'attractivité, particulièrement prégnant dans certaines spécialités ou encore pour un exercice partagé sur plusieurs sites (...) ». Ce sont par ces mots que commence le rapport ministériel, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », commandé par la ministre de la santé Marisol Touraine au sénateur Jacky Le Menn en 2015 afin d'apporter des propositions en matière d'attractivité médicale.

Si les explications au manque d'attractivité des carrières médicales hospitalières sont multifactorielles, la question de la rémunération reste primordiale. Il est vrai que la comparaison entre les niveaux de rémunération affichés par l'hôpital public et ceux offerts dans le secteur privé est très défavorable au secteur public. A l'intérieur même du secteur public les niveaux de rémunérations varient sensiblement en fonction des statuts des praticiens, des temps médicaux et de permanence de soins réalisés.

Cet environnement concurrentiel est accentué en grande partie par la démographie médicale et l'évolution croissante des besoins de santé liés au vieillissement de la population et aux maladies chroniques. La liberté d'installation des médecins ne permet pas de rapprocher l'offre et la demande. Ainsi les territoires où la part de la population âgée de plus de 60 ans est la plus élevée sont aussi ceux où la densité de médecin est la plus faible<sup>1</sup>. De nombreuses zones du territoire français souffrent d'un manque de médecin à l'inverse des zones les plus riches proches des grands centres urbains.

Si les hôpitaux de petite taille sont les plus concernés par cette désertification médicale, même des gros établissements connaissent des difficultés de recrutement pour certaines spécialités que sont l'anesthésie, la radiologie et la médecine d'urgence. En réponse à ce problème structurel, ces dernières années, le recours à l'emploi médical temporaire s'est particulièrement emballé causant de grands déséquilibres économiques pour les établissements de santé, tel que le présentait Olivier Véran, député de l'Isère, dans son rapport « *Hôpital cherche médecin, coûte que coûte* » en décembre 2013.

---

<sup>1</sup> Le Monde diplomatique, Sarah Cabarry, *Des territoires en voie de désertification médicale*, septembre 2016.

Le Centre Hospitalier (CH) étudié est un établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Trois établissements composent le GHT, deux centres hospitaliers ainsi qu'un hôpital local. Les établissements sont passés en direction commune en février 2018. Le CH support qui m'a accueilli, est un établissement de santé publique accueillant des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), 632 lits et places, de Soins de Suite et Réadaptation, un secteur d'Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, 240 lits. L'établissement est organisé en trois pôles d'activités cliniques et médico-techniques que sont le pôle chirurgie, oncologie et services médico-techniques, le pôle médecine, femme-mère-enfant et le pôle gériatrie autonomie. Au niveau des effectifs, on dénombre 1 220 Equivalents Temps Plein (ETP) de personnels non médicaux et 130 ETP personnels médicaux. Malgré tout, l'établissement a déclaré 18 postes vacants de praticiens hospitaliers au Centre National de Gestion (CNG). Pour pallier ce manque de professionnels médicaux sous statuts traditionnels, la direction de l'établissement est contrainte d'utiliser la contractualisation comme l'intérim ou les contrats de cliniciens hospitaliers pour bénéficier de la présence de médecins remplaçants.

Face à la pénurie médicale et aux contraintes budgétaires, plusieurs enjeux imposent aux établissements de santé de passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique des ressources médicales. La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » dite HPST de 2009 a proposé de nouveaux outils pour pallier les difficultés de recrutement tels que le contrat de clinicien hospitalier. Presque 10 ans après sa création, et malgré les nombreux dispositifs instaurés entre temps, le contrat de clinicien est toujours utilisé par les établissements de santé.

### **Qu'est-ce que le statut de praticien clinicien hospitalier :**

Le recrutement de praticien sous contrat spécifique dit de clinicien est autorisé par l'alinéa 3° de l'article L6152-1 du Code de la Santé Publique pour des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, notamment dans les spécialités confrontées à des difficultés de recrutement.

Le contrat est conclu pour une durée de 3 ans au plus, renouvelable par décision expresse. La durée totale d'engagement ne peut excéder 6 ans. Le service hebdomadaire des praticiens ainsi recrutés est fixé à 10 demi-journées hebdomadaires à temps plein et entre 4 et 9 demi-journées hebdomadaires à temps partiel. La rémunération du clinicien hospitalier comprend une part fixe, déterminée par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers, ainsi qu'une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. Le montant de la

rémunération totale ne peut excéder le montant correspondant au dernier échelon de la grille des praticiens hospitaliers (13<sup>ème</sup> échelon), majorée de 65 %.

Une évaluation est prévue et conduite lors d'un entretien par le chef de pôle. Elle porte sur l'activité et notamment la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. Lorsque le bilan des résultats s'avère notoirement insuffisant, il peut être mis fin au contrat sans indemnité ni préavis après avis du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Le chef de pôle transmet le compte rendu de l'entretien d'évaluation accompagné d'une proposition de montant de la part variable au directeur de l'établissement qui en arrête le montant.

Les dispositions du code du travail et celles du code de la sécurité sociale relatives aux congés annuels, ou de maladie, de maternité ou d'adoption, de paternité, de présence parentale, de solidarité familiale sont applicables aux praticiens ainsi recrutés.

Cette pratique est encadrée et doit être anticipée. Elle est à prévoir dans le contrat d'objectifs et de moyens. Négocié avec la tutelle, le mécanisme est régulé sur le plan régional par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cela permet une cohérence du système dans une région donnée et le respect de l'esprit du texte.

**Dans un contexte de désertification médicale, le recours aux contrats de cliniciens hospitaliers présente manifestement un levier pour l'attractivité médicale. Pour autant, est-il économiquement intéressant pour un établissement d'avoir recours à ce dispositif en comparaison avec les autres dispositifs statutaires traditionnels ?**

La démographie médicale souffre de zones sous-denses et de spécialités en tension sur le territoire français. Les établissements éloignés des grands centres urbains tels que le CH étudié sont particulièrement fragilisés au niveau de l'attractivité médicale ce qui les place dans un rapport de force défavorable vis-à-vis des potentiels recrutements médicaux et les contraint d'un point de vue financier et managérial. (1)

Dans un souci d'efficacité, le recours au contrat de clinicien hospitalier doit tenir compte des enjeux médicaux et économiques et nécessite l'implication du pouvoir médical en place afin d'en maîtriser les aspects managériaux. (2)

## **Méthodologie :**

Cette étude intervient dans le cadre d'un stage de 3 mois réalisé dans un établissement de santé public de type MCO et s'appuie en particulier sur les expériences vécues et les informations recueillies au cours des missions dévouées en tant qu'élève Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), en particulier l'analyse médico-économique de l'activité des praticiens en contrats de cliniciens hospitaliers.

En vue de l'élaboration de ce projet, une double démarche a été mise en place.

D'une part, un recueil de données chiffrées concernant la démographie médicale, l'impact budgétaire des recrutements non statutaires afin de mettre en relief les difficultés d'attractivité médicale du CH. La rentabilité de l'investissement économique en ressources médicales a pu être appréciée par croisement avec les relevés de l'activité clinique réalisée et leur valorisation.

De plus un regard comparatif via une enquête de type benchmarking<sup>2</sup> auprès des principaux CH de la région a été menée afin d'objectiver la particularité de l'établissement en matière de recours au contrat de clinicien. Après avoir identifié les établissements de même activité, MCO, et de taille équivalente au CH étudié, il leur a été demandé le nombre de contrat de clinicien hospitalier en cours ainsi que les spécialités médicales concernées. Ces informations ont pu être comparées au nombre de poste vacant déclaré au CNG avec le calcul d'un taux de recours.

D'autre part, d'un point de vue plus qualitatif, des entretiens ont été menés auprès des responsables des affaires médicales du CH et d'un représentant de l'ARS du territoire dans le but d'apporter une vision managériale et stratégique à la réflexion et finalement de dégager les enjeux qui se cachent derrière le recours aux contrats de cliniciens hospitaliers<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Annexe 1.

<sup>3</sup> Annexes 2 et 3 : Guide d'entretien et fiches synthétiques.

# **1 Une démographie médicale qui souffre de zones sous-denses et de spécialités en tension, créant un rapport de force défavorable pour les établissements éloignés des grands centres urbains.**

Le nombre global de médecins hospitaliers augmente, suffisamment pour couvrir la plupart des besoins de santé. La plupart, mais pas tous. Certains hôpitaux connaissent de graves difficultés de recrutement. S'il existe des disparités régionales, et si les hôpitaux de petite taille et isolés sont les plus concernés, même de gros établissements connaissent des contraintes. Trois spécialités, caractérisées par une forte pénibilité, des tensions démographiques et un fort différentiel de rémunération public/privé, cumulent 70% des difficultés (anesthésie, radiologie, médecine d'urgence)<sup>4</sup>.

## **1.1 Le constat national de zones de déserts médicaux**

### **1.1.1 Données de cadrage de la démographie médicale en France et constat de zones sous-denses et de spécialités en tension**

Entre 2015 et 2020, selon les diverses études et projections connues, près de 30% du corps des praticiens hospitaliers devraient partir à la retraite, il s'agit des baby-boomers nés entre 1946 et 1951. Quand en 2007 les plus de 60 ans représentaient 27% des médecins inscrits à l'Ordre, en 2017 ils représentent 47%. Le vieillissement des médecins est indéniable. On assiste par ailleurs à une féminisation de la profession. Les femmes sont passées de 37% à 42% des médecins inscrits à l'Ordre en dix ans.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tableau de l'Ordre recensait 290 974 médecins dont 215 941 en activité totale et 75 033 retraités (parmi eux 16 853 en cumul emploi retraite). Ainsi sur les dix dernières années le nombre de médecins retraités a augmenté de 93,6% alors que les actifs n'ont augmenté que de 0,9%<sup>5</sup>. De nombreux médecins en retraite maintiennent leur activité du fait du report législatif de la limite d'âge et pratiquent du cumul emploi retraite.

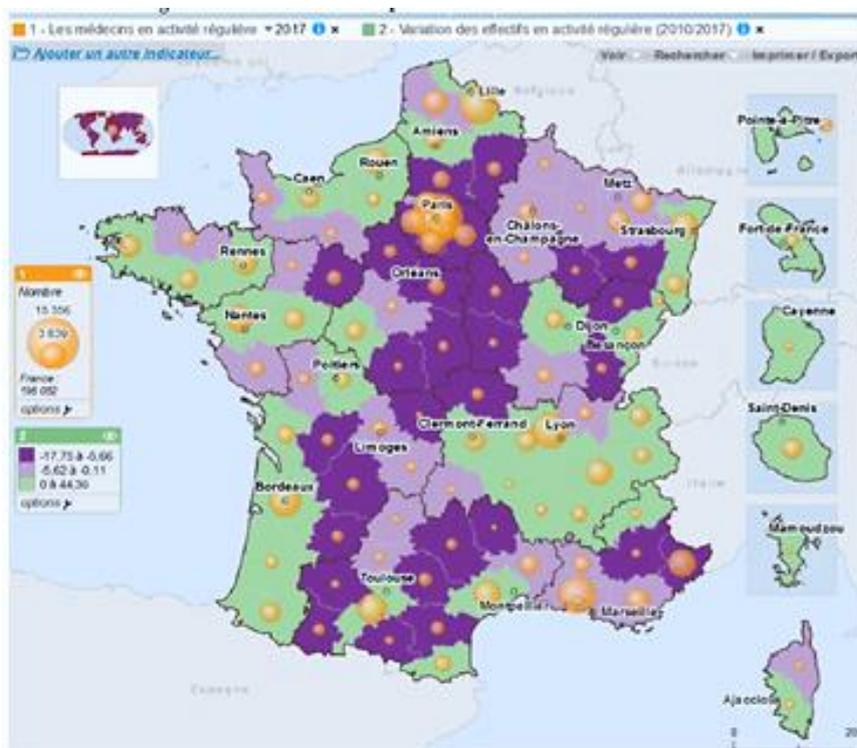
**L'approche territoriale de la variation des effectifs des médecins en activité met en évidence deux France** : d'une part, une France dont la population médicale croît, incluant essentiellement tous les départements de la façade atlantique sans exception,

---

<sup>4</sup> Rapport de M. Olivier Véran : *Hôpital cherche médecin coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, décembre 2013.

<sup>5</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2017.

une large majorité de la région Auvergne-Rhône Alpes et de façon géographiquement isolée quelques départements hospitalo-universitaires (Nord, Somme, Bas-Rhin, Côte d'Or, Doubs, Hérault, Haute-Garonne, Vienne, Indre et Loire) ; et d'autre part, une France qui perd ses médecins, représentée largement par une diagonale de l'intérieur du territoire, du Nord Est au Sud-Ouest de l'hexagone<sup>6</sup>.



Le croisement de la ventilation des données selon les échelles régionales et départementales met en évidence des disparités territoriales. Ainsi, à titre d'exemple, la région Bourgogne, Franche-Comté, qui enregistre une baisse des effectifs sur la période 2007/2017, présente deux départements en évolution positive, la Côte d'Or et le Doubs, particularité liée à l'attractivité des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Dijon et Besançon.

L'approche par spécialité présente également des disparités. Ainsi on recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière inscrit au tableau de l'Ordre, donnée en diminution de 9,1% depuis 2007. Par ailleurs 84 862 médecins spécialistes médicaux sont recensés, soit en augmentation de 7,2 % depuis 2007. Et enfin 24 287 médecins spécialistes chirurgicaux recensés en 2017, soit en hausse de 9,6 %. Si les médecins généralistes sont en diminution globalement sur l'ensemble du territoire, l'évolution des spécialistes, médicaux et chirurgicaux est plus nuancée avec des disparités infrarégionales encore liée à la présence des CHU.

<sup>6</sup> Ibid.



Au niveau national le rapport Véran, de décembre 2013, valorisait à 500 millions d'euros annuel la facture pour l'hôpital public et estimait à 6 000 le nombre de médecins exerçant régulièrement des missions temporaires dans des établissements de santé publics. Ce chiffre peut être confronté au taux de vacance statutaire publié par le CNG, 26,5% en 2017 soit plus de 19 000 postes titulaires<sup>8</sup>.

L'évolution de la démographie médicale et ses disparités territoriales a transformé la gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital. Ce constat de déserts médicaux ne tient pas seulement à des causes démographiques.

### **1.1.2 Des explications structurelles à ce déséquilibre géographique dans la répartition des médecins**

Plusieurs facteurs structurels peuvent expliquer les difficultés de recrutement de médecins pour les établissements hospitaliers sur le territoire.

**Le niveau actuel de recrutement de médecin, en sortie d'études, ne permet pas de répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population, il ne permet déjà plus de compenser les départs à la retraite<sup>9</sup>.** Le choc démographique important, avec toutes ses conséquences et effets pervers, devrait être suivi par un retour des jeunes médecins à l'hôpital grâce à diverses mesures d'ores et déjà prises, dont le relèvement du *numerus clausus*. Mais ce retour n'aura un plein effet qu'à partir de 2020. Réduit drastiquement dans les années 80, le quota d'admission d'étudiants en deuxième année de médecine, dentaire, maïeutique et pharmacie a été réévalué dans les années 2000. Le nombre de places disponibles pour l'année universitaire 2017-2018 est de 8 205 en médecine. Par ailleurs, le *numerus clausus* ne prend pas en compte la densité médicale des régions ni l'évolution des métiers. Le nombre de postes ouverts à l'examen national classant n'est pas ajusté au niveau de chaque région, en fonction de la densité médicale de celle-ci ou de ses besoins par spécialité et du nombre d'étudiants qu'elle est en mesure de former.

La Cour des comptes, dans un rapport sur l'avenir de l'assurance-maladie publié en novembre 2017, plaide pour une limitation de la liberté d'installation des médecins. « *Un système de conventionnement sélectif par l'assurance-maladie, applicable à tous les professionnels de santé libéraux, conditionné à la vérification qu'un besoin de santé existe*

---

<sup>8</sup> CNG, Rapport d'activité 2017, Taux de vacance des praticiens hospitaliers.

<sup>9</sup> Le Monde diplomatique, Sarah Cabarry, Des territoires en voie de désertification médicale, septembre 2016.

*bien sur le territoire d'installation prévu, devrait être sérieusement envisagé* ». C'est un des principes fondateurs de l'exercice médical qui est de plus en plus attaquée. Jusqu'alors, l'Etat a toujours choisit des mesures incitatives pour une meilleure répartition des professionnels sur le territoire mais dont l'efficacité n'est pas au rendez-vous.

**La problématique de la pénurie médicale est également exacerbée par la transformation des aspirations professionnelles des jeunes médecins.** En effet, les jeunes médecins acceptent de plus en plus difficilement les conditions de travail qui étaient celles de leurs aînés. La manière d'exercer la médecine en milieu hospitalier est remise en cause, devant tenir compte de l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, mais également en rationalisant les tâches dévolues au corps médical, qui ne sont plus exclusivement médicales mais de plus en plus administratives. Être médecin aujourd'hui n'est pas seulement une question statutaire ou synonyme de prestige. Désormais les exigences de l'exercice doivent s'articuler avec la construction d'une vie privée. La vie privée détermine en grande partie le choix d'une région pour l'exercice professionnel. En ce sens, la situation familiale, l'emploi du conjoint, l'éducation scolaire et culturelle des enfants sont des critères primordiaux dans la recherche de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour le choix de la région d'installation. De plus l'exercice médical doit se réaliser au sein d'une équipe, et non plus seul. Derrière l'intérêt de la pratique médicale, la qualité du plateau technique, le niveau de compétences scientifiques et la qualité de l'organisation des soins sont des arguments favorables à l'exercice hospitalier. Le secteur public est par ailleurs plébiscité pour ses garanties en matière de protection de l'emploi, d'un salaire régulier et de reconnaissance des droits sociaux<sup>10</sup>. Ces différentes aspirations privées et professionnelles décrivent avec une certaine précision les CHU implantés dans de grands centres urbains. En revanche les hôpitaux de petite ou moyenne taille, éloignés des grands centres urbains, qui ne bénéficient pas de plateau technique à la pointe restent en marge du marché de l'offre médicale.

**Bien que l'intérêt de la rémunération rétrograde au classement des nouvelles aspirations de l'exercice médical<sup>11</sup>, l'écart de salaire existant entre le secteur public et privé est un réel désavantage pour les hôpitaux publics.** En effet, les salaires des praticiens hospitaliers est règlementé et ne permet pas de rivaliser avec les salaires perçus en exercice libéral ou en salariat privé. Seuls les anesthésistes hospitaliers disposent d'un revenu équivalent à celui de l'ensemble des libéraux généralistes, mais restent en deçà de celui des spécialistes libéraux. La part indemnitaire de la permanence

---

<sup>10</sup> SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, Enquête portant sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile de France, Paris, juin 2013.

<sup>11</sup> Ibid.

des soins varie avec le statut. Ainsi, pour les hospitalo-universitaires, la rémunération est estimée à 92 134 euros (part indemnitaire 7%), soit un niveau proche en moyenne de celui des libéraux, celles des praticiens hospitaliers (PH) à temps plein, à 76 663 euros (13%), des PH à temps partiel à 58 729 euros (15%), des contractuels à 40 533 euros (23%). Pour les médecins généralistes salariés, le salaire mensuel net débute entre 2 595 euros et 3 200 euros et il culmine à un niveau situé entre 3 101 euros et 3 827 euros. Pour les médecins spécialistes, l'évolution de salaire au cours de la carrière est de l'ordre de 3 404 euros à 4 072 euros. En secteur à but non lucratif, les niveaux de salaire mensuels nets sont relativement plus élevés, variant, pour les généralistes, de 3 617 euros à 5 426 euros, pour les spécialistes, de 4 003 euros à 5 604 euros (les chefs de service bénéficiant de revenus de près de 30% supérieurs à ceux des spécialistes)<sup>12</sup>. En résumé, les médecins salariés en établissement de santé disposent de revenus hétérogènes, entre spécialités, entre statuts, entre secteurs d'activité, entre revenus éventuels d'un exercice libéral mixte et entre régime indemnitaire lié en partie aux activités de permanence des soins. Quant aux écarts globaux de rémunération, selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en 2009, ils varient de 1 à 5 entre les CH et de 1 à 10 dans les CHU<sup>13</sup>.

## **1.2 L'exemple d'un établissement éloigné d'un grand centre urbain**

### **1.2.1 La situation géographique et la démographie médicale du CH qui impliquent des solutions de recours**

**La localisation géographique de l'établissement est un facteur de difficulté pour le recrutement de médecins.** Le CH est localisé dans la diagonale souffrant d'une densité de médecins inférieure à la moyenne nationale et de surcroît en évolution négative. En effet, la densité de médecins salariés du département est de 76,6 contre 118,6 en moyenne nationale. La commune du CH est située au nord du département et ainsi particulièrement éloignée du reste de la région et du CHU de référence, où sont formés les nouveaux médecins et qui ont tendance à rester dans leur région de formation pour leur première installation. Par ailleurs cet éloignement du CHU de référence freine le développement de l'accueil des étudiants et le développement de la formation de médecins. En effet, les 2h30 de trajet, restreignent l'engouement des internes à venir effectuer leur semestre dans l'établissement. Il en est de même pour la faisabilité des conventions d'assistants spécialistes partagés qui s'avèrent qui plus est économiquement sans intérêt du fait de la prise en charge des frais de déplacements. La direction a

---

<sup>12</sup> Jean de Kervasdoué, *Le revenu des professions de santé*, octobre 2014.

<sup>13</sup> Rapport IGAS (Tome I et II), publié sur le site de la Documentation Française, relatif à la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers, janvier 2009.

d'ailleurs choisi en réponse à ce problème de nouer des relations avec l'ARS Ile France et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

**La position géographique est également la source d'un environnement concurrentiel sur le marché de l'offre médicale.** L'établissement est frontalier à plusieurs départements, appartenant à d'autres régions, en pénurie médicale, ce qui crée une situation concurrentielle importante dans le recrutement médical. Dans le département, il est en concurrence avec l'établissement support du second GHT situé au sud du département. Enfin il se trouve également à une heure de l'ensemble de l'offre de soin parisienne et voit ainsi fuir une partie conséquente de son marché, patients et médecins attirés par la capitale, en particulier pour son offre privée.

**L'établissement présente des effectifs médicaux stables avec une démographie médicale qui ne déroge pas aux constats nationaux que sont une féminisation du métier et un vieillissement des professionnels.** Au 31 décembre 2017, l'établissement enregistre 131 médecins pour 106,62 ETP à la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), dont 70,64 ETP de praticiens hospitaliers titulaires, 16,42 ETP de praticiens attachés, 4,17 ETP d'assistants et 15,39 ETP d'autres salariés dans lesquels on retrouve les praticiens contractuels notamment<sup>14</sup>. Parmi les 131 professionnels, le personnel médical est à 40% féminin, moins de 20% ont moins de 40 ans et un quart a 60 ans et plus (dont 20% est déjà en prolongation d'activité)<sup>15</sup>. Ce dernier constat soulève la problématique du remplacement de tous ces futurs départs à la retraite sur un territoire qui est reconnu comme peu attractif.

**Parallèlement à ces postes occupés, l'établissement déclare au CNG une liste des postes vacants de praticiens hospitaliers titulaires, à temps plein et à temps partiel.** Ainsi au total l'établissement déclare actuellement 17 postes à temps plein et 1 poste à temps partiel. Les besoins sont majoritaires en Anesthésie (4 postes), en Médecine d'urgence (2 postes), en Radiologie (2 postes) et en Réanimation médicale (2 postes)<sup>16</sup>. A savoir que les postes déclarés vacants peuvent être occupés partiellement par des praticiens sous statut non titulaire. Ainsi un établissement peut employer sous un statut de praticien attaché, praticien contractuel, à temps plein ou à temps partiel, un médecin sur un poste déclarés vacants au CNG. La vacance est au titre du statut de praticien hospitalier titulaire.

---

<sup>14</sup> <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>, Bordereau Q20 : Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée.

<sup>15</sup> Bilan social 2017, Indicateur 1 : suivi des effectifs et de la masse salariale.

<sup>16</sup> <http://www.cng.sante.fr>, moteur de recherche des postes de praticiens.

**En l'absence de candidat au recrutement sous statut de praticien hospitalier titulaire, l'établissement a recours à l'intérim médical ainsi qu'au statut particulier du contrat de clinicien hospitalier.** Le profil des établissements faisant le plus recours à de l'intérim médical est conforme au profil des postes vacants<sup>17</sup>. Cette constatation au niveau régional se vérifie pour le CH étudié. En effet le recours à l'emploi temporaire concerne quasi exclusivement les spécialités les plus touchées par la pénurie de médecins, soit la radiologie, la médecine d'urgence et l'anesthésie.

D'autre part, le recours au contrat de clinicien hospitalier permet à l'établissement d'attirer des médecins sensibles à l'argument salarial. Ce dispositif lui permet de se rapprocher des salaires offerts dans le secteur privé et libéral. Selon les responsables des affaires médicales, lors des entretiens de recrutements, les discussions autour du dispositif de clinicien viennent des candidats<sup>18</sup>. La situation est subie et la négociation compliquée du fait du rapport de force en faveur des médecins.

**De plus, la réalisation d'une étude régionale de type Benchmarking tend à prouver le lien existant entre la pénurie de médecin et le recours au contrat de clinicien hospitalier.** Il a été demandé aux services des affaires médicales des établissements de même catégorie que le CH étudié le nombre de contrats cliniciens en cours ainsi que les spécialités concernées. Ces informations ont été croisées avec un relevé des postes vacants de praticien hospitalier déclarés au CNG. La synthèse de ce travail<sup>19</sup> présente des taux de recours aux contrats de cliniciens assez variables selon les établissements.

Pour autant il semble que les établissements les plus éloignés de leur CHU de référence ont plus aisément recours à ce type de contrat que les autres. Il faut souligner que le recensement des postes de cliniciens hospitaliers opéré par l'ARS ne correspond pas tout à fait à la réalité du marché. En effet, 25 postes sont recensés en 2018<sup>20</sup> alors que le benchmarking, bien que partiel fait état d'une centaine de postes. On ressent par cet écart le certain dévoiement du système dont parle la déléguée départementale de l'ARS<sup>21</sup>.

En ce qui concerne l'établissement, 14 contrats de cliniciens sont en cours actuellement concernant 10 spécialités médicales dont principalement l'oncologie, la réanimation, l'anesthésie, la chirurgie viscérale et la médecine d'urgence. Le taux de cliniciens rapporté aux postes vacants est le deuxième plus élevé de l'étude, soit 77,78%.

---

<sup>17</sup> CHU de Dijon, 1ère conférence hospitalo-universitaire de Bourgogne, démographie et attractivité médicale, 24 mai 2017.

<sup>18</sup> Entretien du 30 août et du 5 septembre 2018.

<sup>19</sup> Annexe 1.

<sup>20</sup> Entretien du 4 septembre 2018.

<sup>21</sup> Ibid.

Ces constats chiffrés qui confirment le manque d'attractivité médicale de l'établissement ne sont pas sans conséquence pour la qualité des soins, les contraintes budgétaires ainsi que sur la gestion des ressources humaines médicales.

### **1.2.2 Les conséquences des recours dérogatoires en matière de qualité des soins, de contraintes budgétaires et de gestion des ressources médicales**

**Certains hôpitaux ne maintiennent ainsi des pans entiers d'activité opérationnels qu'au moyen d'un recrutement massif de médecins en mission temporaire ou en contrat dérogatoire.** Cette valse incessante de nouveaux médecins met en tension les équipes soignantes, et pèse tant sur les activités de jour, accroissant la charge de travail des équipes, que sur les périodes de garde. Les sources d'inquiétude sont nombreuses, portant sur la qualité, la sécurité, la continuité des soins, mises en jeu par la multiplication d'intervenants médicaux, aux qualités professionnelles variables, et difficilement évaluables<sup>22</sup>. Au CH étudié, ces recours pragmatiques à l'emploi temporaire et aux contrats dérogatoire sont salvateurs en ce qui concerne les activités de radiologie, d'anesthésie ou de médecine d'urgence qui sont trois spécialités particulièrement en tension sur le plan du recrutement médical. Pour autant, sur les trois dernières années, la direction a dû mettre un terme à deux contrats de cliniciens hospitaliers du fait des tensions naissantes au sein des équipes médicales.

**La situation du CH répond à la même problématique entre maintien de l'activité et pénurie médicale.** Ce qu'explique très bien le directeur des ressources humaines et des affaires médicales : *« on ne peut pas parler d'une stratégie d'établissement, on est dans une situation subie, avec d'un côté l'obligation pour la direction de l'établissement de maintenir l'activité et la prise en charge des patients et de l'autre l'impact budgétaire des solutions de recours qui remplacent le recrutement des praticiens hospitaliers (l'intérim, les contrats de cliniciens). A titre d'exemple, pendant la période estivale, une journée d'intérim médicale coûtait 1 600 € par jour. C'est une solution par conséquent très coûteuse sans parler de la qualité des soins et de la prise en charge en question avec des professionnels qui n'ont pas de réel suivi sur les patients. En schématisant la situation, l'établissement a finalement un choix binaire entre payer très cher des personnels ou fermer des activités »*<sup>23</sup>. Dans le cas de l'établissement, le contrat de clinicien hospitalier reste beaucoup plus supportable budgétairement que le recours à l'intérim.

---

<sup>22</sup> Rapport de M. Olivier Véran : Hôpital cherche médecin coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public, décembre 2013.

<sup>23</sup> Entretien du 30 août 2018.

Et malheureusement, cette situation est subie par les établissements mais également par les autorités de tutelles. En effet les ARS sont bien conscientes des difficultés de recrutement dans certains territoires. Le témoignage de la déléguée départementale de l'ARS fait preuve d'un réel pragmatisme : « *en quelque sorte, nécessité fait loi et il apparait aujourd'hui n'y avoir aucune autre solution pour les chefs d'établissement que de se soumettre à la réalité du marché des ressources médicales* »<sup>24</sup>. La préoccupation majeure de la tutelle est que l'établissement de santé assure une présence médicale suffisante garantissant la prise en charge des usagers dans une qualité et une continuité des soins efficiente.

**En outre, les réglementations en vigueur donnant par ailleurs peu d'autonomie aux hôpitaux, cette situation de tension est propice au développement d'abus en tous genres, et de pratiques border line, voire totalement illégales, qui fragilisent encore plus l'hôpital public**<sup>25</sup>. Le marché de l'intérim, par exemple, s'appuie sur une concurrence déloyale, qui voit le public sommé de s'aligner sur les rémunérations exorbitantes en vigueur dans le secteur privé. Autre exemple, l'ARS a dû refuser des contrats de cliniciens qui présentaient une rémunération allant au-delà des plafonds autorisés dans le texte<sup>26</sup>. En réponse aux pratiques illégales, l'agence avait pris l'initiative de réunir les établissements publics de santé de la région et de travailler sur la mise en place d'une charte de bonne utilisation du contrat de clinicien<sup>27</sup>. La charte avait vocation à rappeler les règles issues du texte de base ainsi que de fonder des règles communes en matière de contractualisation, de fixation d'objectifs et d'évaluation. Force est de constater que le projet a été abandonné. Aujourd'hui l'autorité de tutelles s'attache promouvoir les nouvelles mesures incitatives et maintient une simple information pour ce qui est des contrats de cliniciens.

**Sans même prendre en compte les abus, les solutions de recours ont des impacts budgétaires conséquents sur les finances d'un établissement de santé.** Comme l'ensemble des établissements de santé, les charges de personnel tiennent une part majoritaire dans le budget de fonctionnement. La masse salariale du CH représente un peu plus de 65% des charges de fonctionnement. La gestion des charges de personnel est par conséquent un outil stratégique dans l'organisation générale. Dans l'analyse de la masse salariale, la part des charges relatives au personnel non médical est la plus importante en correspondance avec le nombre supérieur de personnels non médicaux. Pour autant, en proportionnalité, la valorisation des charges de personnel médical

---

<sup>24</sup> Entretien du 4 septembre 2018.

<sup>25</sup> Rapport de M. Olivier Véran : Hôpital cherche médecin coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public, décembre 2013.

<sup>26</sup> Entretien du 4 septembre 2018.

<sup>27</sup> ARS BFC, Charte sur le dispositif des cliniciens hospitaliers, février 2012.

apparaît la plus coûteuse. En effet, si le nombre d'ETP médicaux représentent 11% des ETP totaux, les charges de personnels médicaux se montent à 27% du Titre 1, charges de personnel. Les décisions prises en matière de recrutement et de fidélisation du personnel médical ont donc un impact budgétaire non négligeable.

L'analyse comparative des coûts (brut et charges patronales) par ETP selon les statuts des personnels médicaux fait apparaître une valorisation 11% plus cher entre les statuts de cliniciens hospitaliers et praticiens hospitaliers titulaires. Cette analyse n'est évidemment pas généralisable à tous les établissements considérant qu'il faut prendre en compte les situations individuelles des cliniciens avec des rémunérations négociées ainsi qu'une participation variable à la permanence des soins de la part des praticiens titulaires.

**Une dernière conséquence liée au recours aux statuts non traditionnels pour pallier la pénurie de médecins est le risque de créer des tensions managériales entre médecins au sein du même établissement.** Déjà à l'origine, nombre de médecins s'inquiétaient de la réforme introduisant le contrat de clinicien, motivée par des objectifs de rentabilité. Selon eux, *« le statut du praticien hospitalier, qui doit pouvoir être un frein à la marchandisation de la santé, est le dernier garant d'une éthique et d'une indépendance professionnelle. Comment imaginer que la prise en charge des patients, devant désormais être rentable pour l'hôpital, ne le sera pas au détriment de l'écoute et de la prévention ? »*<sup>28</sup>. Cette inquiétude initiale illustre le contexte concurrentiel créé par le statut de clinicien chez les équipes médicales.

L'aspect managérial est effectivement sensible tel cela a été témoigné par la responsable des affaires médicales du CH : *« concernant les inégalités de traitement, cela crée des tensions dans les équipes médicales. En fin de compte, les médecins sous statuts traditionnels attendent des contrats de cliniciens qu'ils apportent une réelle valeur ajoutée dans la prise en charge. Que ce soit en termes de quantité d'activité ou de qualité, c'est-à-dire sur des prises en charge très spécifique »*<sup>29</sup>. Il apparaît dès lors qu'une attention particulière doit être mise en œuvre dans la gestion des ressources humaines médicales.

**Les établissements de santé éloignés des grands centres urbains tels que le CH étudié subissent la problématique des déserts médicaux en matière de qualité et continuité des soins, de contraintes budgétaires et de gestion des ressources médicales. Dès lors il apparaît indispensable, dans ce rapport de force défavorable de définir un cadre conduisant vers l'efficacité du recours au contrat de clinicien hospitalier.**

---

<sup>28</sup> Question écrite n° 10994 de M. Jacques Mézard (Cantal - RDSE) publiée dans le JO Sénat du 19/11/2009 - page 2680.

<sup>29</sup> Entretien du 5 septembre 2018.



## **2 Les préconisations pour un recours efficient au contrat de clinicien hospitalier**

**Le constat de difficultés en matière de recrutement médical est avéré. Les raisons qui expliquent ces difficultés sont connues. La nécessité de trouver des solutions pragmatiques afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicale est concédée par tous, direction, corps médical et autorité de tutelles. Par conséquent il apparaît primordial de mettre en place des outils permettant à l'établissement d'évaluer la pertinence de ces solutions de recours, et plus précisément la contractualisation avec des cliniciens hospitaliers. L'intérêt de cette démarche tient dans la maîtrise attendue des résultats, qu'ils soient qualitatifs en termes de qualité de prise en charge, mais aussi économiques d'un point de vue rentabilité financière et enfin managériaux afin d'assurer l'organisation des équipes médicales.**

### **2.1 Le contrat de clinicien hospitalier implique un arbitrage nécessaire entre des intérêts médicaux et économiques.**

#### **2.1.1 La mise en place d'outils de contrôle et de suivi afin d'éclairer la réflexion sur le recrutement médical**

**La tendance de ces dernières années, depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2003, penche vers une décortication et une codification accrue des différents actes réalisés à l'hôpital. D'une logique de description de l'activité médicale, on est arrivé aujourd'hui à un outil d'allocation des ressources. Dans cette perspective, le CH étudié, comme beaucoup d'établissement français s'est doté d'un système d'information lui permettant de recueillir toutes les informations nécessaires à l'enregistrement et l'analyse de son activité. Depuis plusieurs années, l'établissement a mis en place une cellule de contrôle de gestion qui travaille à l'analyse de l'activité et à la construction d'une comptabilité analytique.**

Cette structuration préalable à toute étude médico-économique est donc opérationnelle. Pour autant, la direction des finances ne produit à ce jour uniquement des données d'activité par unité médicale et non des données individualisées. Cependant, le système d'information permet à l'établissement d'être en mesure d'identifier chacun des actes réalisés par tel praticien, pour tel patient, à telle date et d'en valoriser à la fois les charges et les recettes correspondantes.

**La première mission du projet a été de construire une étude sur l'activité médicale produite par les cliniciens hospitaliers.** La cellule de contrôle de gestion de l'établissement en lien avec le département d'information médicale avait déjà effectué un travail conséquent auprès des équipes médicales et soignantes pour l'acculturation à la codification. L'approfondissement de l'analyse du recueil des données a permis d'identifier les informations requêtables avec fiabilité à l'échelle individuelle. C'est-à-dire de vérifier la cohérence des informations concernant les actes individualisés des praticiens et par opposition des biais existants. Il a par exemple été identifié un biais d'identification en l'absence de code du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour un médecin dont les actes étaient dès lors affectés automatiquement au chef de service.

Dans un deuxième temps il a fallu analyser les données recueillies afin de prioriser les informations les plus pertinentes en matière de relevé d'activité médicale. Ainsi, en fonction de la spécialité du praticien ou de son service d'affectation et de son activité, les relevés d'activités les plus pertinents divergent. Par exemple, alors qu'on étudiera le nombre de consultations réalisées pour un médecin spécialiste, on relèvera le nombre de séjours selon les catégories majeures de diagnostic, c'est-à-dire correspondant au diagnostic principal, pour un chirurgien, et enfin on analysera le nombre d'actes selon les spécialités chirurgicales en bloc opératoire pour les anesthésistes. Cet affinement dans l'analyse de l'activité, élaboré avec les contrôleurs de gestion, permet de mesurer au plus juste le cœur de l'activité des praticiens.

Enfin cette analyse individuelle n'a de sens que si elle est comparée. La réflexion a donc été de mettre en comparaison le relevé de l'activité du praticien d'une part sur une période par rapport à l'année précédente. Ceci permet de prendre en compte et éventuellement lisser les effets conjoncturels de variation de l'activité. Et d'autre part, de comparer l'activité individuelle à celle du service, ce qui doit permettre de mettre en relief la plus-value apportée ou non par le praticien, soit en part proportionnelle, soit en évolution globale.

**Au-delà du bilan chiffré périodique de l'activité réalisée par les praticiens<sup>30</sup>, l'intérêt pour la direction est de mettre en parallèle ce travail avec les coûts engagés et les recettes rapportées en retour. L'objet est d'évaluer la rentabilité de l'investissement.** Les coûts de fonctionnement n'étant pas identifiables exhaustivement, le choix a été fait de se focaliser sur l'impact budgétaire de la masse salariale médicale. En effet, pour un même service, il est difficile d'affecter directement un montant du coût du personnel non médical ou bien des équipements et énergies utilisés. Ce travail aurait pu être réalisé en utilisant des clés de répartition à déterminer.

---

<sup>30</sup> Annexe 4.

L'impact budgétaire est simple à tracer à partir des données du logiciel de ressources humaines et permet de mesurer des coûts moyens, rémunérations brutes et charges patronales, par médecin, par statut, ou par unité d'affectation. Il faut souligner que ces données budgétaires sont à croiser avec les temps de travail des professionnels, en particulier pour la participation à la permanence des soins. C'est un travail qui reste à développer car le temps de présence médicale n'est pas aujourd'hui identifiable sans retraitements manuels. Ainsi le coût moyen global des praticiens sous statuts traditionnels intègre leur participation à la permanence des soins ainsi que leur temps de travail additionnel. Ce n'est pas le cas des cliniciens hospitaliers dont le temps de participation effectif à la permanence des soins n'est défini qu'à titre indicatif dans leur contrat mais ne vient pas en élément variable de leur rémunération.

En matière de recettes, le choix s'est porté sur l'utilisation d'une donnée disponible dans le système d'information, la valorisation 100% T2A, qui valorise pour chaque Résumé d'Unité Médicale (RUM) les recettes théoriquement reçues. Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs RUM. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts, les Groupes Homogènes de Malades (GHM). Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins : pour le financement des établissements de santé (T2A) ; et pour l'organisation de l'offre de soins (planification)<sup>31</sup>.

Cette analyse croisée de l'activité valorisée du praticien avec son impact en masse salariale est une donnée intéressante mais qui ne doit pas se limiter à une soustraction pour apprécier de la rentabilité de l'investissement en ressources médicales.

**La réflexion doit également prendre en considération l'impact difficilement évaluable du développement de l'activité médicale.** Ainsi, à la manière d'un investissement financier, le recrutement d'un médecin doit être étudié sur sa rentabilité à moyen, long terme. En effet, l'augmentation de l'activité, à la différence de l'impact budgétaire des charges de personnel, n'est pas immédiate. L'activité d'un chirurgien dépend, en outre de la prévalence des cas de prise en charge, de l'orientation des patients par les médecins de ville et de la réputation du professionnel et de l'établissement par exemple. Par conséquent, l'étude médico-économique de l'activité des cliniciens hospitaliers a vocation à n'être qu'un outil d'aide à la décision pour mettre en question la nécessité de maintenir l'activité clinique ou à l'inverse le projet de développement de l'activité. La vision médicale doit également faire partie de la réflexion globale lors du recrutement d'un médecin.

---

<sup>31</sup> <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>.

### 2.1.2 Une stratégie globale en termes d'accès au soin

**La stratégie en matière de recrutement médical doit tenir compte de la vision territoriale de l'offre de soins à travers le schéma régional de santé, qui plus est dans les zones sous-denses en termes d'attractivité médicale.** La loi de modernisation de notre système de santé du 21 janvier 2016 a instauré la création des GHT. Aujourd'hui il est indispensable de penser l'offre de soins à l'échelle d'un territoire. Par conséquent la ressource médicale doit également s'appréhender à l'échelle du territoire. L'intérêt médico-économique lors d'un recrutement d'un clinicien hospitalier doit donc s'apprécier dans une logique territoriale et non pas d'établissement. La réflexion doit prendre en compte l'offre médicale des établissements partis du GHT ainsi que celle des établissements des groupements voisins. Les activités cliniques peuvent ainsi être partagées par les établissements en cohérence avec le schéma régional de santé acté par l'ARS. Autrement dit, les recrutements de professionnels médicaux peuvent faire l'objet d'un investissement collectif.

Il est du ressort de l'ARS de définir les activités qui doivent être prise en charge dans chacun des GHT. Aussi il est également possible de réorganiser l'organisation de l'offre de soins régionale. En cas de difficulté de recrutement médical, il doit par conséquent être envisageable de fermer une activité dans l'établissement et de trouver en concertation avec l'agence une réorientation du parcours de soins.

L'accès à des soins spécialisés de qualité en toute sécurité doit être garanti. Pour répondre à cet enjeu, il ne s'agit pas de pouvoir bénéficier en proximité de tous les soins, mais que chacun des patients soit orienté vers les lieux de soins adaptés à ses besoins et à son état de santé. Les activités les plus techniques, notamment chirurgicales, risquent d'être dispersées au sein d'un nombre encore trop important d'établissements pas en capacité de garantir la qualité et la sécurité des soins du fait de l'absence de professionnels formés en nombre suffisant ou de la faible activité réalisée.

**D'autre part, l'attractivité du recrutement médical par le contrat de clinicien hospitalier peut trouver des voies alternatives. Soit par des dispositifs rémunérateurs équivalents soit par des solutions de recours venant combler l'absence de médecins.** C'est ce qui était préconisé dans la charte de l'ARS en 2012<sup>32</sup>. Les récentes réformes ont créé des dispositifs incitatifs à l'exercice territorial des professionnels de santé que l'agence s'attache à promouvoir. Il s'agit de la prime

---

<sup>32</sup> ARS BFC, Charte sur le dispositif des cliniciens hospitaliers, février 2012.

d'engagement dans la carrière hospitalière et de la prime d'exercice territorial<sup>33</sup>. La première finance de 10 000 à 30 000 euros l'installation de jeunes médecins dans une zone en tension en fonction de la spécialité du professionnel. La seconde prime incite l'exercice territorial des professionnels par des rémunérations proportionnelles aux vacations réalisées sur le territoire. Dans certains cas, ces dispositifs peuvent s'avérer être intéressants à la fois pour le salarié, d'un point de vue rémunération et également statutaire, et pour l'établissement d'un point de vue fidélisation du médecin et garantie de l'offre de soins.

L'arbitrage médico-économique doit également prendre en considération la possibilité nouvelle, en l'absence de médecin statutaire, de mettre en œuvre des projets de télémédecine, ou plus récemment de pratiques avancées. Ces dispositifs alternatifs ont vocation à maintenir un accès au soin pour des zones de déserts médicaux. Le CH étudié utilise d'ailleurs la télémédecine pour des expertises radiologiques avec le CHU de référence pour des tours de gardes ou aucun radiologue de l'établissement n'est disponible. Le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée qui encadre les possibilités est récent. Il faudra prendre en compte ce dispositif à l'avenir.

L'étude des intérêts médico-économiques est indispensable, dans l'idéal, avant la contractualisation avec un praticien clinicien hospitalier. Elle permet de mesurer les avantages et les inconvénients inhérents à la signature d'un tel contrat et doit être mise en parallèle avec des solutions alternatives. Une fois le clinicien hospitalier recruté, l'analyse reste un outil indispensable dans le cadre du processus d'évaluation prévu réglementairement dans le dispositif. Ces outils gestionnaires ne peuvent néanmoins pas s'affranchir de la logique médicale.

## **2.2 Le recours au contrat de clinicien hospitalier nécessite une implication forte et pérenne du pouvoir médical**

### **2.2.1 Un travail en collaboration avec le pouvoir médical afin de maîtriser les impacts médico-économiques**

**Le pouvoir médical, à savoir le président de la CME, les chefs de pôles, les chefs de service, ont un rôle important dans l'organisation des soins et dans l'évaluation de la prise en charge médicale.** En effet, le directeur a autorité sur l'ensemble du personnel du groupe hospitalier dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui

---

<sup>33</sup> Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

s'imposent aux professions de santé des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art<sup>34</sup>. Par conséquent, seule une autorité médicale est habilitée à évaluer l'exercice médical d'un médecin. En outre les objectifs fixés pour les cliniciens hospitaliers ont tout intérêt à s'inscrire dans les objectifs définis dans les contrats de pôle. Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses de crédits de remplacement de personnels, médicaments et dispositifs médicaux, de formation du personnel par exemple. Le chef de pôle assure les missions, entre autres, de gestion prévisionnelle des effectifs rémunérés, de gestion du tableau de service des personnels médicaux, de définition des profils de postes des personnels médicaux et d'organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale<sup>35</sup>.

Dans l'esprit du dispositif, l'évaluation des cliniciens hospitaliers est essentielle dans la mesure où elle va déterminer le montant de part variable octroyée. L'alinéa 3° de l'article L6152-1 du Code de la Santé Publique prévoit que cette évaluation est conduite par le chef de pôle, ou par le président de CME dans le cas où le clinicien recruté exerce les fonctions de chef de pôle, et repose sur un entretien qui fait l'objet d'un compte rendu écrit. Ce compte-rendu, accompagné d'une proposition de montant de la part variable, est transmis au directeur qui en arrête le montant.

Par conséquent, il est logique de définir les objectifs contractuels prévus dans les contrats des cliniciens en lien avec les chefs de service, les chefs de pôle et le président de la CME le cas échéant.

**La détermination des objectifs doit prendre en compte divers paramètres, à la fois quantitatifs, considérant le volume d'activité, et aussi qualitatifs, évaluant la qualité des soins prodigués.** L'objet de cette proposition est d'écarter le risque de dérive productiviste au détriment de la qualité de la prise en charge des patients. D'ailleurs, le Conseil national de l'ordre des médecins précise qu'aucune des dispositions légales et réglementaires applicables aux cliniciens hospitaliers n'a abrogé l'article 97 du code de déontologie médicale, qui prévoit qu' « *un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins* »<sup>36</sup>. L'enjeu ici est de préserver la qualité de la prise en charge des patients au travers la pertinence des actes. Le Conseil de l'Ordre préconise la plus grande vigilance s'il est fixé un objectif portant sur un nombre

---

<sup>34</sup> Article L6143-7 du Code de la Santé Publique.

<sup>35</sup> Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

<sup>36</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, questions-réponses relatives aux cliniciens hospitaliers, 21 décembre 2017.

d'actes à accomplir chaque année, et qu'il importe de vérifier que le chiffre à atteindre n'est pas démesurément haut par rapport à ce qu'il est possible de réaliser sans dégrader la qualité des soins<sup>37</sup>.

Ainsi, des indicateurs qualitatifs doivent être intégrés dans les critères d'évaluation des professionnels. Ces critères qualitatifs peuvent porter par exemple sur l'engagement à mettre en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles, l'engagement à respecter les procédures de tenue du dossier médical, peuvent être mesurées<sup>38</sup>. Une concertation entre les chefs de pôles et le service qualité peut éclairer la définition des objectifs qualitatifs et participer au développement du projet qualité de l'établissement.

Dans son projet de charte du contrat de clinicien, l'ARS avait à l'époque préconisé une répartition équitable entre objectifs quantitatifs et qualitatifs où les critères d'activité et de qualité se partageaient à 50% la liste des objectifs contractuels<sup>39</sup>.

**Enfin la collaboration avec le pouvoir médical est pertinente dans la quantification du temps médical et notamment la participation à la permanence de soins.** En effet, les chefs de pôles qui ont dans leurs missions la préparation des plannings médicaux ainsi que d'assurer la continuité du service, sont les mieux à même de déterminer des objectifs quantifiés en temps. Il est indispensable pour certains services faisant l'objet d'une ligne de garde, d'assurer la participation du clinicien hospitalier dans la rotation de la permanence des soins. La responsable des affaires médicales mentionne systématiquement dans les contrats la participation à 2 gardes par semaine<sup>40</sup>. Une concertation avec les chefs de pôles permettrait de quantifier précisément pour chaque situation le volume de participation à la permanence des soins nécessaire.

Ce travail en amont de détermination en volume de temps de travail dans le cycle de la permanence des soins de l'établissement permettra également de valoriser la part variable négociable. Il sera intéressant ainsi d'ajuster le volume de gardes et d'astreintes prévu et réalisé au montant de la part variable en correspondance avec les montants indemnitaires arrêtés pour les praticiens hospitaliers.

En résumé, le corps médical doit être associé en amont dans le projet de structuration du processus de recrutement des cliniciens hospitaliers. En effet, leur collaboration permettra de définir avec pertinence les objectifs en termes d'activité, en nature et volume d'actes ainsi qu'en temps de travail, et de qualité attendue et à établir comme engagements contractuels pour l'évaluation périodique.

---

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Journal du SNPHAR, Interview de Pierre Lesteven, conseiller stratégie et recherche à la FHF, septembre 2009.

<sup>39</sup> ARS BFC, Charte sur le dispositif des cliniciens hospitaliers, février 2012.

<sup>40</sup> Entretien du 5 septembre 2018.

## **2.2.2 La mise en œuvre d'un management médical pour les contrats de cliniciens hospitaliers**

**La particularité du statut de clinicien hospitalier prévoit une évaluation dans le cadre d'un entretien entre le chef de pôle et le médecin mais cependant le texte ne prévoit aucune périodicité.** A l'image de l'évaluation annuelle des personnels non médicaux, l'idée est d'appliquer cette annualisation de l'évaluation aux contrats de cliniciens hospitaliers qui doit tenir compte de la date d'échéance du contrat. La systématisation d'une procédure d'évaluation a deux fonctions essentielles en termes de management hospitaliers.

**D'une part elle doit servir au chef de pôle à transmettre sa proposition de montant de la part variable et de donner son avis sur l'intérêt de la prolongation ou de la fin du contrat.** En effet il faut rappeler que le versement mensuel de la part variable n'est qu'un acompte qui peut être corrigé au moment de l'évaluation<sup>41</sup>. Il peut donc être procéder à la régularisation du trop perçu ou au versement du complément en fonction de l'atteinte des objectifs contractuels. En outre le texte prévoit que *« lorsque le bilan des résultats s'avère notoirement insuffisant, il peut être mis fin au contrat sans indemnité, ni préavis, après avis du président de la commission médicale d'établissement »*.

Au vu des répercussions importantes qui suivent l'évaluation, la matérialisation écrite de cette procédure est par conséquent indispensable. Le compte rendu d'évaluation est à la fois l'assurance en interne d'avoir un suivi des médecins et de leur carrière, mais c'est aussi un élément de justification légale vis-à-vis du Trésor Public pour le paiement des salaires, en particulier la part variable.

**D'autre part, la mise en place d'une évaluation permettra l'affirmation d'un lien hiérarchique entre les chefs de pôles et les médecins dans le but de maîtriser les impacts managériaux liés au recrutement d'un nouveau médecin, de surcroît en contrat de clinicien hospitalier, avec tous les risques de tensions qui vont avec.** Le risque de tension est double. D'abord il y a un risque avec les équipes paramédicales pour des médecins venant souvent du monde libéral, peu accoutumés au milieu hospitalier. Ensuite il y a un risque de tension entre médecin avec des inégalités salariales qui seront critiquées. Il sera alors du ressort du chef de pôle d'exercer son autorité fonctionnelle. L'évaluation viendra en appui pour le chef de pôle afin d'apprécier, ou pas, la qualité et la plus-value du travail réalisé par le clinicien justifiant la majoration salariale.

---

<sup>41</sup> Arrêté du 14 octobre 2010 fixant le montant et les modalités de versement de la rémunération des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 3° de l'article L6152-1 du code de la santé publique.

**Cette procédure d'évaluation doit permettre en outre de tendre vers l'individualisation des carrières médicales.** En effet si l'évaluation par entretien permet de faire le point sur les résultats du praticien et doit permettre de fixer des objectifs à venir, elle doit aussi être l'occasion de recenser les attentes et les projets individuels des médecins. Cette nécessaire projection sur la carrière des professionnels pourrait permettre de leur apporter un éclairage sur les statuts médicaux traditionnels et des avantages en termes de stabilité et de protection des droits sociaux. Elle pourrait également être l'occasion de construire des projets médicaux, à l'échelle territoriale par exemple.

**Enfin, il appartient aux managers administratifs que sont le directeur des ressources humaines et le responsable des affaires médicales de s'assurer que les chefs de pôle possèdent tous les outils nécessaires à l'évaluation.** En effet, les managers médicaux doivent avoir à disposition, pour la bonne réalisation de leur entretien d'évaluation, les informations nécessaires, que ce soit le bilan chiffré ou les engagements contractuels. Dans cet objectif, il serait intéressant de proposer, le cas échéant, une formation au management des ressources médicales. Enfin la procédure d'évaluation doit être pensée pour ne pas alourdir de manière trop importante les tâches administratives des chefs de pôles. Ainsi le service des affaires médicales doit accompagner cette procédure au plus près des responsables médicaux afin de simplifier au maximum leur contribution.

La mise en place d'un management médical par le corps médical vise à reconnaître, dans l'organisation interne des établissements, les équipes médicales comme le socle à partir duquel l'organisation s'articule pour réguler et développer l'activité hospitalière.



## Conclusion

Dans une période marquée par une démographie médicale particulièrement tendue, la rémunération des praticiens constitue un enjeu incontournable de l'attractivité. Ce constat est particulièrement accentué pour une partie importante du territoire français et pour certaines spécialités médicales. Les établissements de santé éloignés des grands centres urbains sont les plus en difficulté dans cet environnement concurrentiel du recrutement de la ressource médicale.

Ce rapport de force défavorable en termes d'attractivité pousse ces établissements au recours aux médecins sous statuts non traditionnels tels que les emplois temporaires ou les contrats dérogatoires. Face à la nécessité d'accès aux soins de qualité et aux contraintes budgétaires, plusieurs enjeux imposent aux établissements de santé de passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique des ressources médicales. Dès lors il apparaît indispensable de poser un cadre conduisant vers l'efficacité du recours au contrat de clinicien hospitalier.

Les préconisations faites dans ce travail sont doubles. D'une part l'analyse médico-économique du recours au contrat de clinicien doit permettre de trouver un équilibre entre l'investissement financier réalisé en termes de recrutement et les retours attendus en temps et actes médicaux mais aussi en qualité et continuité des soins, notamment dans un système de tarification à l'activité qui tend vers une prise en compte de la pertinence des actes.

Et d'autre part l'enjeu managérial fait l'objet d'une attention particulière dans le but de positionner les équipes médicales comme le socle à partir duquel l'organisation s'articule pour réguler et développer l'activité hospitalière. En ce sens il est indispensable d'impliquer le pouvoir médical dans la gestion des ressources humaines médicales.

Cette étude n'a pas vocation à orienter les perspectives du dispositif de clinicien hospitalier, dont la suppression a été évoquée dans un rapport ministériel de 2015, mais doit éclairer la direction d'un établissement dans sa gestion stratégique des ressources médicales. Cette gestion doit notamment prendre en compte de plus en plus les aspirations individuelles des professionnels.

Enfin, la problématique de l'attractivité médicale reste à ce jour dépendante de la régulation politique de l'équilibre géographique. La question de la libre installation des médecins doit-elle être soulevée ?



---

# Bibliographie

---

## Textes juridiques

- Loi HPST 2009-879 du 21 juillet 2009
- Décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant des difficultés particulières à être pourvus.
- Arrêté du 14 octobre 2010 fixant le montant et les modalités de versement de la rémunération des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 3° de l'article L6152-1 du code de la santé publique.
- Article L6143-7 du code de la santé publique.
- Article L6152-1 alinéa 3 du code de la santé publique.
- Article R6152-701 à 712 du code de la santé publique.
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.
- Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière
- Question écrite n° 10994 de M. Jacques Mézard (Cantal - RDSE) publiée dans le JO Sénat du 19/11/2009 - page 2680

## Rapports ministériels

- Rapport de mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public, rédigé par Elie Aboud, François Aubart, Alain Jacob, Bruno Mangola et Didier Thévenin, 23 juillet 2009.
- Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 2007.
- Rapport de M. Olivier Véran : *Hôpital cherche médecin coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, décembre 2013.
- Rapport de Jacky Le Menn, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, 23 juin 2015.

## Ressources documentaires, études, enquêtes, rapports

- Rapport IGAS (Tome I et II), publié sur le site de la Documentation Française, relatif à la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers, janvier 2009.
- ANAP, *La Loi HPST à l'Hôpital : les clés pour comprendre*, novembre 2010.
- Jurisanté, Dossier : *Médecins non statutaires à l'hôpital : quoi de neuf docteur ?* N° 75 septembre-octobre 2011.
- SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, Enquête portant sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile de France, Paris, juin 2013.
- Jean de Kervasdoué, *Le revenu des professions de santé*, octobre 2014.
- DREES, *Portrait des professionnels de santé, fiche 9 : les salaires des professionnels de santé dans le secteur hospitalier*, édition 2016.

- CNG, Rapport d'activité 2017.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2017.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, questions-réponses relatives aux cliniciens hospitaliers, 21 décembre 2017.
- ARS BFC, Projet régional de santé, Bourgogne Franche-Comté, juillet-juin 2018.

#### Documents professionnels internes

- ARS BFC, *Charte sur le dispositif des cliniciens hospitaliers*, février 2012.
- CHU Dijon, 1ère conférence hospitalo-universitaire de Bourgogne, *démographie et attractivité médicale*, 24 mai 2017.
- CH étudié, Bilan social, Indicateur 1 : *suivi des effectifs et de la masse salariale*, édition 2017.

#### Articles de périodique

- Journal du SNPHAR, Interview de Pierre Lesteven, conseiller stratégie et recherche à la FHF, septembre 2009.
- Gestions hospitalières, *Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST*, n°507, pages 421-423, juin-juillet 2011.
- Enquête HOSPIMEDIA, *Le contrat de clinicien hospitalier peine à s'imposer*, publié le 4 septembre 2012.
- Le Monde diplomatique, Sarah Cabarry, *Des territoires en voie de désertification médicale*, septembre 2016.

#### Sites internet

- <http://www.cng.sante.fr>, moteur de recherche des postes de praticiens.
- <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>, Bordereau Q20 : Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée.
- <https://www.atih.sante.fr/mco/presentation>.

---

## Liste des annexes

---

<u>Annexe 1</u> : Etude régionale de type Benchmarking .....	II
<u>Annexe 2</u> : Grille d'entretien .....	IV
<u>Annexe 3</u> : Synthèse écrite des entretiens.....	V
<u>Annexe 4</u> : Fiche individuelle de suivi d'activité clinique .....	XI

## Annexe 1

### Etude régionale de type Benchmarking

Région	Dept	CH	ETP PM	dont med.	dont chir.	dont anes.	dont gyn.	Postes vacants PH Tps plein	Postes vacants PH Tps partiel	Cliniciens	Cliniciens / postes vacants	
Infra Région 1	Dept 1	CH A	55,95	26,22	9,72	5,71	3,06	13	2	5	33,33%	
		CH B	57,27	24,46	7,88	6,55	3,80	31	1	5	15,63%	
	Dept 2	CH C	142,27	88,49	18,86	8,08	5,98	30	-	14	46,67%	
	Dept 3	CH D	151,91	103,37	13,72	12,76	8,30	18	3	13	61,90%	
		CH E	148,93	90,05	13,08	5,57	7,10	10	2	14	116,67%	
		CH F	45,54	27,62	7,07	3,00	2,05	16	6	10	45,45%	
	Dept 4	CH G*	123,75	71,95	14,45	13,75	7,20	24	1			
		CH étudié	106,62	62,12	13,30	13,04	5,82	17	1	14	77,78%	
Infra Région 2	Dept 5	CH H	69,04	37,81	9,05	5,94	4,69	14	1	3	20,00%	
	Dept 6	CH I	68,19	47,30	7,10	1,00	5,96	14	3	11	64,71%	
		CH J	102,12	67,41	13,25	6,45	4,35	19	4	3	13,04%	
	Dept 7	CH K*	137,80	84,76	24,84	8,67	9,43	8	-			
	Dept 8	CH L	249,80	147,42	44,15	18,96	12,68	51	8	6	10,17%	

**Sources :**

- nombre de personnels médicaux --> HospiDiag
- nombre de postes vacants PH --> CNG

\* : ces établissements n'ont pas communiqué les informations concernant les cliniciens hospitaliers

Région	Dept	CH	Spécialités dans l'ordre décroissant des ETP de cliniciens hospitaliers									
--------	------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Infra Région 1	Dept 1	CH A	Anesthes.	Chir. Uro.									
		CH B	Anesthes.	Gyn./Obst.	Imag./Radio.								
	Dept 2	CH C	Réanimat.	Gyn./Obst.	Gériatrie	Pneumo.	Chir. Uro.	Cardio.	Neuro.	Méd. Prév.	DIM	Diabeto	
	Dept 3	CH D	Imag./Radio.										
		CH E	Anesthes.	Cardio.	Imag./Radio.	Chir. Visc.	Méd. Prév.	Réanimat.	Psychiat.	Douleur			
		CH F	Chir. Visc.	Med. Gén.	Urgences								
	Dept 4	CH G*											
		CH étudié	Oncologie	Réanimation	Anesthes.	Chir. Visc.	Urgences	Gyn./Obst.	Neuro.	Imag./Radio.	Addict o	Neuroc hir	

Infra Région 2	Dept 5	CH H	Chir. Visc.	Gastro. Ent.	Anesthes.							
	Dept 6	CH I	Anesthes.	Cardio.	Imag./Radio.	URC	Nephro.	Ophtalmo.				
		CH J	Pneumo.	Gyn./Obst.	Pharmacie							
	Dept 7	CH K*										
	Dept 8	CH L	Chir. Ortho.	Anesthes.	Chir. Vasc.	Ophtalmo.	Chir. Visc.	Chir. Uro.				

**Sources :**

*données déclaratives des directions des affaires médicales des établissements de santé*

*\* : ces établissements n'ont pas communiqué les informations concernant les cliniciens hospitaliers*

## Annexe 2

### Guide d'entretien

#### **Mise en confiance : présentation de l'établissement et missions personnelles**

- Quel est votre parcours ? Quelle est votre fonction dans l'établissement ?

#### **Démographie médicale, contexte budgétaire et politique d'établissement**

- Dans un contexte national de démographie médicale en tension, comment se situent l'établissement, le territoire sur le plan de l'attractivité ? Y a-t-il des spécialités médicales plus en tension que d'autres ?
- Quelles sont les actions mises en œuvre pour favoriser le recrutement de médecins ?
- Quelle est la stratégie de l'établissement par rapport aux recours aux statuts non traditionnels tels que l'intérim ou les contrats de cliniciens hospitaliers ? Quel est l'impact budgétaire de ces dispositifs ?
- Quels sont les éléments de discussions avec l'ARS BFC en faveur de l'autorisation des contrats de cliniciens hospitaliers ?

#### **Le contrat de clinicien hospitalier**

- Quels sont les profils de candidats qui postulent pour le contrat de clinicien ? quelles sont leurs motivations ? Quel est le poids de la négociation salariale lors des entretiens de recrutement ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du contrat de clinicien pour le salarié ? pour l'établissement ?
- Quels sont les objectifs contractuels inscrits dans les contrats ? Comment sont-ils déterminés ? Quels sont les outils mis en place pour assurer le suivi et l'évaluation des contrats ?
- Quelles sont les répercussions en termes de management des ressources médicales ? perte de l'indépendance du médecin dans son exercice professionnel ? logique productiviste au détriment de la qualité des soins ? iniquités de traitement des équipes médicales ?

#### **Perspectives d'avenir**

- Le contrat de clinicien hospitalier peut-il être une stratégie à long terme pour un établissement ?
- Le rapport Le Menn en 2015 préconisait de mettre en extinction ce dispositif, quel est votre avis ? quel serait l'impact pour l'établissement ?

### Synthèse écrite des entretiens

#### **I. Entretien avec le Directeur des ressources humaines et des affaires médicales**

##### **M. G.F., DH (EHESP 2011-2013)**

- Directeur des finances et des affaires générales dans un EPSM (2014-2016)
- Directeur des ressources humaines et des affaires médicales dans un EPSM (2017)
- Directeur des ressources humaines et des affaires médicales au CH étudié (janvier 2018)

##### **Démographie médicale, contexte budgétaire et politique d'établissement**

Le CH est un établissement éloigné d'un grand centre urbain, dans un département, en forte tension du point de vue de la démographie et de l'attractivité médicale. L'hôpital est en quelque sorte soumis à la pénurie de médecin et connaît de grandes difficultés pour le recrutement des professionnels. De même, étant très éloigné du CHU de référence de la région, l'établissement peine à accueillir un nombre suffisant d'internes (2 sur ce semestre).

Parmi les spécialités pour lesquelles on connaît les plus grandes difficultés de recrutement, on retrouve, à l'image de ce qui se passe au niveau national, les urgences, la réanimation, les anesthésistes.

Aujourd'hui, on ne peut pas parler d'une stratégie d'établissement, on est dans une situation subie, avec d'un côté l'obligation pour la direction de l'établissement de maintenir l'activité et la prise en charge des patients et de l'autre l'impact budgétaire des solutions de recours qui remplacent le recrutement des praticiens hospitaliers (l'intérim, les contrats de cliniciens). A titre d'exemple, pendant la période estivale, une journée d'intérim médicale coûtait 1 600 € par jour. C'est une solution par conséquent très coûteuse sans parler de la qualité des soins et de la prise en charge en question avec des professionnels qui n'ont pas de réel suivi sur les patients. En schématisant la situation, l'établissement a finalement un choix binaire entre payer très cher des personnels ou fermer des activités.

##### **Le contrat de clinicien hospitalier**

Dans la situation actuelle, la négociation salariale est un élément prépondérant de la capacité à recruter et la balance penche très clairement en faveur des médecins. Majoritairement, la discussion sur le contrat de clinicien vient des professionnels, c'est à leur demande, non pas une offre de l'établissement. Et cela concerne tous les profils de professionnels, les premiers recrutements à l'hôpital public, les fins de carrières, mais aussi après l'obtention de la PAE par exemple. Le contrat de clinicien est clairement un avantage financier pour les professionnels avec une rémunération de base plus forte que pour un praticien hospitalier.

Le temps de présence médical incluant la participation à la permanence des soins est un élément à ne pas négliger dans la négociation. Il me paraît important de spécifier et surtout quantifier le temps de travail et la rotation dans la permanence des soins de l'établissement dans les objectifs contractuels. Car si on ne peut pas parler d'iniquité de traitement, on entre

dans une logique d'individualisation de la rémunération et de la carrière médicale. Pour l'établissement, le risque est de perdre du temps médical pour un coût budgétaire malgré tout supérieur.

Le contrat prévoit une part variable de la rémunération qui est révisable en fonction de l'activité du praticien. Cela pourrait donc être un outil managérial intéressant vis-à-vis du corps médical, de surcroît dans un système de financement à l'activité. Pour autant, la dépendance de l'établissement à la présence médicale est beaucoup trop importante pour utiliser ce levier.

Enfin il faut garder à l'esprit que ce dispositif est une solution à court terme, puisque les contrats sont pour une durée de 3 ans maximum, renouvelable une fois.

### **Perspectives d'avenir**

Le contrat de clinicien ne peut pas être une stratégie à long terme pour l'hôpital. C'est une solution pragmatique qui correspond aujourd'hui aux attentes de l'offre médicale et qui permet aux établissements de garantir la prise en charge des patients.

Dans le système T2A, le recrutement de la ressource médicale est un investissement financier. On a d'une part les charges de personnel, les charges liées à l'activité, et de l'autre les recettes. La direction d'un établissement devrait être en mesure de trouver un équilibre financier. Ce n'est pas le cas avec les contrats de cliniciens dans une situation de pénurie médicale.

Les tensions liées à la démographie médicales doivent être solutionnées par des mesures nationales. Il appartient à la volonté politique de permettre une régulation de l'offre médicale.

**Entretien réalisé en présentiel, le jeudi 30/08/18, durée 2 heures.**

---

## **II. Entretien avec la responsable des affaires médicales**

### **Mme R.M., AAH**

- Contrôle de gestion et affaires financières à l'AP-HP
- Responsable des affaires médicales au HCL
- Responsable des affaires médicales au CH étudié (janvier 2018)

### **Attractivité médicale, contexte budgétaire et politique d'établissement**

L'établissement connaît effectivement comme beaucoup d'autres des difficultés pour le recrutement des médecins. Cela concerne l'ensemble des spécialités et les difficultés sont réelles rien que pour l'accueil des internes.

On ne peut pas parler de véritable politique d'établissement en matière de recrutement. La direction fait appel aux cabinets de recrutement spécialisés. Le problème est que lorsqu'un cabinet comprend que l'on recrute une première fois un contrat de clinicien, il nous envoie par la suite systématiquement des profils qui demandent ce dispositif. L'idée est de diversifier notre champ de recherche et de cabinets de recrutement.

Après dans la procédure de recrutement, le médecin est clairement en position de force. Lors des entretiens, les médecins ne sont pas curieux en termes de conditions matériels et dans la majorité des cas, ils ne connaissent rien dans les statuts médicaux. En revanche ils sont très exigeants en ce qui concerne leur rémunération.

### **Le contrat de clinicien hospitalier**

Aujourd'hui le contrat de clinicien est le dispositif qui répond le mieux aux exigences salariales des médecins. Pour autant, c'est un statut qui prévoit beaucoup moins de droits sociaux que les statuts traditionnels. Il faut savoir qu'ils n'ont pas de droits en termes de maintien de salaire en cas de maladie ou de maternité par exemple. Ils reçoivent les indemnités journalières calculées par la sécurité sociale. Il n'y a pas non plus de droit RTT. Bien souvent les professionnels ne savent pas tout ça et sont surpris quand ça arrive.

En termes de participation à la permanence des soins, on inscrit systématiquement l'obligation de 2 gardes par semaine dans les contrats. Dans un établissement comme le nôtre, cela ne pose pas trop de problème car il y a 5 lignes de gardes et par conséquent c'est plutôt souple pour les médecins.

On rencontre différents profils de candidats en demande du contrat de clinicien. Il y a les médecins libéraux pour qui l'échelle de rémunération la plus proche de leurs revenus précédents est le contrat clinicien. On a de plus en plus souvent les praticiens hospitaliers qui considèrent, à la fois en début de carrière mais aussi en fin de carrière, qu'ils ne perçoivent pas assez et se penchent vers cette négociation sous la menace de quitter l'établissement. Parmi les PH, ceux qui ont une activité libérale et qui ne veulent plus assurer leurs charges administratives liées à cette activité, se tournent aussi vers nous pour demander un contrat de clinicien. Enfin il y a les médecins à diplôme étranger qui, après leurs années d'assistant, d'attaché et l'obtention de la PAE, considèrent que le début de la grille de rémunération du statut PH n'est pas assez élevé au regard des années d'exercice déjà réalisées.

L'aspect managérial est compliqué aujourd'hui. Concernant les inégalités de traitement, cela crée des tensions dans les équipes médicales. En fin de compte, les médecins sous statuts traditionnels attendent des contrats de cliniciens qu'ils apportent une réelle valeur ajoutée dans la prise en charge. Que ce soit en termes de quantité d'activité ou de qualité, c'est-à-dire sur des prises en charge très spécifique comme c'est le cas pour un neurochirurgien recruté récemment. Après il est de notre ressort aux affaires médicales en lien avec les chefs de pôle d'être vigilants sur les profils des candidats et leur tempérament, compatible avec les équipes ou pas.

La 2<sup>ème</sup> difficulté managériale est que les objectifs contractuels ne sont pour le moment pas bien définis. On a un réel déficit dans l'implication et la capacité du corps médical à quantifier l'activité et définir des objectifs concrets. Il y a un gros travail à réaliser pour définir des objectifs précis dans les contrats. Enfin il existe un frein du fait de l'absence de réels liens hiérarchiques entre les médecins. Il est donc très difficile de parler de management.

## **Perspectives d'avenir**

Le service des affaires médicales a 2 objectifs à court terme. D'une part un travail nécessaire sur la définition des objectifs et la formalisation de l'évaluation prévue. C'est nécessaire à la fois pour avoir un regard sur le service rendu par le médecin et permettre d'apprécier la rentabilité du contrat et c'est surtout obligatoire vis-à-vis des tutelles. On doit être en mesure de prouver que l'évaluation prévue dans le texte est réalisée et que la part variable versée est justifiée.

D'autre part je pense qu'il faut travailler sur l'information donnée aux médecins. La tendance est à l'individualisation des parcours. On doit être capable d'informer et d'orienter les médecins dans leur évolution de carrière (rémunération, droits statutaires, mais aussi projets médicaux). Les dispositifs créés par le plan d'attractivité médicale de 2015 que sont la prime d'exercice territoriale ou la prime d'engagement dans la carrière hospitalière sont intéressants, mais quand on calcule ils n'arrivent pas au niveau de rémunération du contrat de clinicien.

Mais le contrat de clinicien n'est pas une solution à long terme, ne serait-ce que par la durée maximum du contrat. Aujourd'hui nous sommes soumis aux attentes des médecins, qui sont concentrés essentiellement sur leur rémunération. Et on commence à voir arriver des attentes qui dépassent les possibilités offertes par ce dispositif. En termes d'activité par exemple puisque le contrat ne prévoit pas des durées inférieures à 4 demi-journées. On voit des candidats qui demandent des contrats à la journée.

**Entretien réalisé en présentiel, le mercredi 05/09/18, durée 1 heure.**

---

### **III. Entretien avec un représentant de l'Agence régionale de santé**

#### **Mme A. G., déléguée départementale de l'ARS BFC**

Les ARS sont des établissements publics autonomes au niveau administratif et financier. Elles sont dirigées par un directeur général nommé en Conseil des ministres. Le siège de l'ARS BFC est à Dijon. 8 délégations départementales sont présentes sur le territoire afin de représenter l'agence au plus près des acteurs.

La mission principale de l'ARS est de piloter le système de santé dans sa globalité : de la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social.

Leur champ d'actions couvre tous les domaines de la santé publique : la prévention des maladies, de la perte d'autonomie et des risques sanitaires y compris environnementaux, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de soins en ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales, la qualité et la sécurité des soins, la performance du système de santé.

Parmi les différents services de l'agence on retrouve ainsi un département consacré aux RH médicales, chargé de suivre la démographie médicale sur le territoire et de mettre en place des actions pour favoriser l'implantation des professionnels.

## **Démographie médicale, contexte budgétaire et stratégie nationale, régionale de santé**

En termes de démographie médicale, l'agence se fait le relai de la politique nationale impulsée par le ministère.

L'ARS BFC s'est activement projeté sur le plan d'attractivité médicale de la Ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, en travaillant sur les 3 axes du plan que sont :

- Favoriser l'engagement dans la carrière médicale hospitalière
- Fidéliser les professionnels et favoriser leur implication dans les projets médicaux de territoire
- Renforcer l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital.

Sur le plan de l'attractivité notamment salariale, le projet prévoit la création de nouvelles primes, la prime d'engagement dans la carrière hospitalière et la prime d'exercice territoriale par exemple.

L'agence travaille par ailleurs sur des thématiques particulières telles que les médecins à diplômes étrangers qui peuvent connaître des difficultés administratives pour être recrutés. Pour ces cas particuliers l'ARS apporte un éclairage auprès du Préfet afin de favoriser le recrutement, le cas échéant, avec un dispositif dérogatoire. Également, l'ARS BFC intervient dans le dispositif d'affectation des internes du CHU, par l'organisation de rencontres entre le doyen et les chefs d'établissements.

Aujourd'hui il faut être conscient de la difficulté pour la région BFC et plus particulièrement le département du CH de recruter des médecins. Il y a des spécialités plus en tension que d'autres, telles que les urgences, la réanimation/anesthésie, l'imagerie, mais même au niveau de la médecine de ville on constate un manque de professionnels. Mais notre région ou notre département n'est pas plus touché que d'autres. Chaque territoire a sa vérité, ses particularités et ses difficultés. Le problème ne doit pas être vu sous l'angle de la concurrence entre établissements pour recruter des médecins.

### **Le contrat de clinicien hospitalier**

Le contrat de clinicien est un dispositif qui commence à être ancien (loi HPST 2009), qui a été suivi de près à ses débuts. Le cadre du dispositif prévoyait un contrôle de l'ARS avec une contractualisation dans les CPOM au regard de l'activité prévue, de la spécialité et de la situation particulière de l'établissement (ex : en zone sous-dense).

Les principaux motifs de refus que l'ARS a pu objecter étaient liés au niveau de rémunération qui dépassait le plafond prévu dans le texte ou ne correspondait pas à une entrée dans la carrière hospitalière, ou bien que l'activité ou la spécialité n'entraînait pas dans les critères d'attribution du contrat. Bien souvent les refus s'exposaient à une négociation plus politique faisant changer la décision. Ainsi, d'une procédure d'autorisation, nous sommes passés à une procédure d'information de l'agence.

Face à ce dévoiement du système, une réflexion a été engagée en 2012 pour l'élaboration d'une charte de bonne utilisation du contrat de clinicien. Ce projet réunissait l'ARS, les établissements volontaires et la FHF. La charte prévoyait le respect du cadre de rémunération avec une grille permettant de situer le professionnel en fonction de sa carrière et de sa spécialité, la bonne formalisation des objectifs et la création d'une fiche d'évaluation. Malheureusement, faute d'engouement généralisé, le projet a été laissé à l'abandon.

Malgré tout l'ARS recense dans un tableau les contrats de cliniciens qui lui sont soumis pour information. Pour la Bourgogne, 24 ont été inscrits en 2018, 26 en 2017, 32 en 2016. Pour la Franche-Comté, 1 seul inscrit en 2016. Les disciplines concernées sont majoritairement l'imagerie, la cardiologie, les urgences, la réanimation, la gynéco et la santé au travail.

### **Perspectives d'avenir**

Il faut être conscient des difficultés pour les établissements de recruter des médecins et il est du rôle de l'agence de garantir la continuité des soins. En quelque sorte, « nécessité fait loi » et il apparaît aujourd'hui n'y avoir aucune autre solution pour les chefs d'établissement que de se soumettre à la réalité du marché des ressources médicales. Il est même arrivé à l'ARS de financer elle-même un contrat de clinicien pour assurer la présence d'un médecin généraliste sur un territoire.

Néanmoins il ne faut pas occulter l'obligation de respect du cadre légale. La DGFIP peut refuser de payer dans un cas de contrat extra-légal.

Il appartient aussi aux fédérations (la FHF) de travailler sur des projets, à l'image de la charte de bonne utilisation du contrat de clinicien, permettant de réguler le marché de l'offre et la demande des ressources médicales. Bien que l'on ait constaté avec le plafonnement de l'intérim que les règles du jeu ne sont pas simples à faire respecter.

Les contrats de cliniciens ne sont pas une solution viable sur le moyen/long terme. En outre d'être un poids budgétaire conséquent, le dispositif ne garantit que partiellement dans le temps la continuité des soins. Et son application telle qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire subie, n'assure pas non plus la qualité des soins, pas plus que pour les praticiens sous statuts traditionnels.

Les solutions d'avenir qui permettent de garantir les prises en charge et de faire face aux difficultés liées à la démographie médicale sont la télémédecine ou les pratiques avancées.

**Entretien réalisé en présentiel, le mardi 04/09/18, durée 1h30.**

## Annexe 4

### Fiche individuelle de suivi de l'activité clinique

<u>Date début contrat</u>	01/07/2016	<u>Quotité</u>	50%
<u>Date fin contrat</u>	30/06/2019	<u>Echelon</u>	13
<u>ETP moyen PM / UF</u>	3,47	<u>Part Variable</u>	33%

#### BILAN CHIFFRÉ DE L'ACTIVITÉ

Catégories Majeures de Diagnostic	Cumul au 30/04/2018		Cumul de l'année 2017	
	Nbre de séjours du Médecin	Nbre de séjours du Service	Nbre de séjours du Médecin	Nbre de séjours du Service
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	0	2	1	7
04 - Affections de l'appareil respiratoire	0	3	1	5
05 - Affections de l'appareil circulatoire	43	80	181	188
06 - Affections du tube digestif	0	153	16	481
07 - Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	0	55	2	192
08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	0	6	6	19
09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3	26	25	103
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	13	104	39	309
11 - Affections du rein et des voies urinaires	1	4	0	9
13 - Affections de l'appareil génital féminin	0	0	0	10
14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	0	0	1	0
16 - Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0	1	2	2
17 - Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0	1	0	2
18 - Maladies infectieuses et parasitaires	0	1	0	8
19 - Maladies et troubles mentaux			0	1
21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements	0	1	1	7
22 - Brûlures	0	1	1	3
23 - Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2	9	4	60
26 - Traumatismes multiples graves	0	1	0	2
Total général	62	448	280	1408
Valorisation des RUM (T2A)	198 593,30 €	1 606 669,82 €	1 006 746,05 €	4 812 503,10 €

Autres activités de consultation	Cumul au 30/04/2018		Cumul de l'année 2017	
	Nbre de consult. du Médecin	Nbre de consult. du Service	Nbre de consult. du Médecin	Nbre de consult. du Service
CONSULTATIONS EXTERNES CHIRURGIE	289	1783	894	4186
URGENCES	0	6	4	26
Total général	289	1789	898	4212
Montant total facturé	10 448,16 €	59 118,96 €	32 166,05 €	134 790,80 €



MANGIN D'HERMANTIN

Johan

Décembre 2018

## Attaché d'Administration Hospitalière Promotion 2018

### Les contrats de cliniciens hospitaliers

Réflexion pour un bon investissement des ressources médicales

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EHESP

#### **Résumé :**

La concurrence joue à plein entre établissements pour le recrutement des médecins dans une période marquée par une démographie médicale tendue pour l'ensemble du système de santé. La rémunération des praticiens constitue un enjeu incontournable de l'attractivité, particulièrement prégnant dans certaines spécialités.

La loi dite « HPST » de 2009 a proposé de nouveaux outils pour pallier les difficultés de recrutement tels que le contrat de clinicien hospitalier. Presque 10 ans après sa création, le contrat de clinicien est toujours utilisé par les établissements de santé.

Les établissements de santé éloignés des grands centres urbains tels que le CH étudié subissent en premier lieu les conséquences du manque d'attractivité, en matière de qualité et continuité des soins, de contraintes budgétaires et de gestion des ressources médicales. Il est donc indispensable, dans ce rapport de force défavorable, de définir un cadre conduisant vers l'efficacité du recours au contrat de clinicien hospitalier.

#### **Mots clés :**

Affaires médicales, recrutement, attractivité, désertification, praticiens, médecins, cliniciens hospitaliers

*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.*