

Université de Rennes I

Faculté de Droit et de Science Politique

École des Hautes Etudes en Santé Publique

**Master II Droit de la santé**

Parcours « droit et éthique des institutions et des professions de santé »

---

## **Le recours à l'intérim médical : entre renfort et péril organisationnel des établissements publics de santé**

Claire GIRARD

Septembre 2022

Sous la direction de Monsieur Julien DUBOT, Directeur d'hôpital

### **Jury**

Monsieur Julien DUBOT, Directeur de Mémoire, Directeur d'hôpital

Madame Laëtitia LAUDE, Professeur de l'EHESP



La Faculté de Droit et de Science Politique de Rennes I  
et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entendent donner aucune  
approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos  
doivent être considérés comme propres à leur auteur.

## **Remerciements**

Je remercie sincèrement Monsieur Julien DUBOT pour la qualité de son accompagnement, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de mon étude. Je le remercie également pour son aide précieuse dans la réflexion menée pour aboutir à ce travail.

Je remercie l'ensemble du personnel de la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier de Rennes, en particulier Madame Julie PERODEAU, de m'avoir accueilli en stage avec bienveillance et de m'avoir permis de développer et d'approfondir mes connaissances concernant le sujet objet de la présente étude.

Je tiens également à remercier l'ensemble des intervenants du Master II Droit de la santé et singulièrement la Directrice de cette formation, Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, dont les enseignements m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de les mobiliser lors de ce travail.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille.

## **Sommaire**

### **Introduction**

#### **Partie I - Les enjeux du positionnement actuel du recours aux médecins intérimaires dans les hôpitaux publics**

##### **Chapitre I - La raison d'être et les conséquences du recrutement de médecins temporaires dans la gestion du personnel médical**

##### **Chapitre II - La réalité actuelle de l'intérim médical en contradiction avec la lettre et l'esprit du cadre juridique**

#### **Partie II - L'efficience nuancée de l'ambition de rénovation du recours aux médecins intérimaires**

##### **Chapitre I - Les propositions d'actualisation du cadre juridique de l'intérim médical par le truchement de la loi du 26 avril 2021**

##### **Chapitre II - La réalité actuelle de l'intérim médical en contradiction avec la lettre et l'esprit du cadre juridique**

### **Conclusion**

## Liste des abréviations

AN : Assemblée Nationale

AM : Assurance Maladie

APH : Action Praticiens Hôpital

Art. : Article

Ass. : Assemblée du contentieux

ARS : Agence Régionale de Santé

Cass. : Cour de cassation

CE : Conseil d'Etat

CEMIR : Collège des Enseignants de Médecine Intensive Réanimation

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Commission Mixte Paritaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DAM : Direction des Affaires Médicales

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

OCDE : l'Organisation de Coopération et de Développement Économique

PECH : Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière

PET : Prime d'Exercice Territorial

PRS : Projet Régional de Santé

PST : Prime de Solidarité Territoriale

SNMRH : Syndicat National des Médecins Remplaçants des Hôpitaux

SPH : Service Public Hospitalier

SRS : Schéma Régional de Santé

## Introduction

« Il en est comme de ces beaux songes qui ne vous laissent au réveil que le déplaisir de les avoir crus »<sup>1</sup>. Ces mots de Molière se calquent harmonieusement à la problématique de l'intérim médical sous ses deux aspects fondamentaux. En premier lieu, ils dépeignent le sentiment des directions des hôpitaux publics qui espèrent pallier leurs contraintes par le recrutement de médecins intérimaires, pour ensuite constater que cette solution aggrave en réalité les difficultés de gestion du personnel médical. Dans un angle plus systémique, ils illustrent la désillusion de ces directions lorsqu'elles perçoivent que les interventions des pouvoirs publics en ce domaine n'ont que peu de substance.

Toutefois, percevoir l'entièreté des enjeux de l'intérim médical demande d'en saisir la contenance. *De jure*, le Code du travail<sup>2</sup> définit l'intérim comme « la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission ». Gérard Cornu lui donne une définition fonctionnelle qui convient davantage au latin « *interim* » signifiant « pendant ce temps, dans l'intervalle ». Son ouvrage de vocabulaire juridique le caractérise effectivement comme la « situation temporaire dans laquelle un agent est chargé provisoirement d'une fonction soudainement devenue vacante, en attendant la désignation définitive du nouveau titulaire du poste »<sup>3</sup>. Le rapport parlementaire d'Olivier Véran du 17 décembre 2013, se positionnant plus étroitement sur le secteur sanitaire, précise que le seul cas d'intérim strict dans un établissement de santé est le recours à une agence d'intérim en bonne et due forme pour recruter un médecin temporaire, avec un contrat de mise à disposition<sup>4</sup>. L'intérim doit légalement n'exister que dans le cadre d'un appel à un entrepreneur de travail temporaire. Ce dernier, selon la législation du travail, est « toute personne physique ou morale dont l'activité exclusive est de mettre à la disposition temporaire d'entreprises utilisatrices des salariés qu'en fonction d'une qualification convenue elle recrute et rémunère à cet effet »<sup>5</sup>. Mais, pour étudier correctement le phénomène au sein des hôpitaux publics français, il convient de céder à une perception *largo sensu*. L'intérim strict issu du Code du travail n'existe pas dans les établissements publics de santé. Pour évoquer l'ensemble du sujet, il faut s'accorder à

---

<sup>1</sup> Molière, *Le Malade imaginaire*, Acte III, Scène 3.

<sup>2</sup> Art. L1251-1 du Code du travail.

<sup>3</sup> Cornu, G. (2017). *Vocabulaire juridique* (12<sup>e</sup> éd.). PUF, p.566.

<sup>4</sup> Véran, O. Rapport parlementaire, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte : Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, 17 décembre 2013, p.6

<sup>5</sup> Art. L1251-2 du Code du travail

désigner indifféremment les médecins remplaçants, intérimaires et temporaires. Il faut également s'entendre sur la désignation englobante d'« exercice médical temporaire », qui recouvre divers types de contrats. Comme le préconise Olivier Véran, qui qualifie en 2013 le terme « d'intérimaire » comme impropre <sup>6</sup>, la présente étude s'attache à tous les cas de recrutement de médecins pour des missions temporaires. Le flou sur l'exactitude des notions est une partie intégrante du raisonnement.

À l'inverse, il s'agit de se concentrer spécifiquement sur les médecins. Communément, le médecin est « *la personne qui exerce la médecine, qui est habilitée à l'exercer* » <sup>7</sup>. C'est un dérivé régressif de l'ancien verbe « *médeciner* » signifiant « *soigner, guérir* », lui-même dérivé du terme « *médecine* » <sup>8</sup>. Plus précisément, « *la profession de médecin est l'une des trois composantes de la profession médicale (...), cette dernière s'insérant dans la catégorie plus générale des professions de santé. Par principe, ce professionnel est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement* » <sup>9</sup>. Une conception s'accrochant au paternalisme médical se dissimule : le médecin peut tout, le médecin sait tout. « *Comme les autres professions médicales, il dispose d'un droit général de prescription, ce qui lui fait jouer le rôle de point d'entrée dans le système de santé. Les conditions d'accès à la profession sont strictes (...) [et] les conditions d'exercices nombreuses. Cette profession connaît en effet une organisation ordinale depuis 1945 (...), ordre auquel il faut obligatoirement être inscrit* » <sup>10</sup>. Le médecin doit exercer en respectant la déontologie médicale, laquelle se détermine comme l'ensemble des principes qui doivent guider un médecin dans l'exercice de son art <sup>11</sup>. La profession médicale fait l'objet de spécialisations dont certaines ne donnent pas lieu à une activité directe de soins auprès des patients <sup>12</sup>, ce second cas étant exclu de la présente étude. Plusieurs modes d'exercices sont accessibles. En l'espèce, l'on s'intéresse à la comparaison d'un exercice en tant qu'agent de droit public et en tant qu'intérimaire entendu largement. Le sujet s'attache aux liens entre les médecins intérimaires et les praticiens hospitaliers, médecins agents publics exerçant en établissement public de santé. Expliciter l'étendue de la profession médicale permet de traduire l'intérêt de circonscrire le sujet à l'exercice intérimaire en tant que médecin, en

---

<sup>6</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.6

<sup>7</sup> *Dictionnaire de l'académie française* (9<sup>e</sup> éd.). (2005). Fayard.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *Dictionnaire de droit de la santé - secteurs sanitaire, médico-social et social-*, LexisNexis, p.255

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> Tinot-Thomas, G. Cours magistral de déontologie des professions de santé, 28 janvier 2022.

<sup>12</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. , *op.cit.*



écartant les autres professions médicales et professionnels paramédicaux. La culture médicale entérine la conception d'un mandarin qui, *de facto*, négocie et choisit ses conditions de travail à son bon vouloir. *A contrario*, elle démontre l'image du médecin imprégné par le serment d'Hippocrate et le Code de déontologie qui en font presque un sage s'engageant à agir avant tout dans l'intérêt du patient. Ces deux facettes font naître de multiples interrogations au regard des contours de l'exercice intérimaire.

Au-delà du personnel médical, l'apparition de l'intérim médical et ses conséquences entrent en dissonance avec les valeurs qui émanent des établissements publics de santé. La notion d'établissement de santé date de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière<sup>13</sup>. Elle est définie dans le Code de la Santé Publique (CSP) par une définition fonctionnaliste<sup>14</sup> qui décrit l'établissement de santé par ses missions. « *Les établissements de santé (...) assurent (...) en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (...). Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé* »<sup>15</sup>. L'activité de ces structures se fait sous l'encadrement des pouvoirs publics. Les établissements de santé peuvent être distingués selon leurs activités et leur nature juridique<sup>16</sup>. Ainsi, le présent travail se rapporte aux établissements non pas privés mais publics, qui correspondent à la notion d'« *hôpital* »<sup>17</sup>. Juridiquement, l'hôpital public est une personne morale de droit public soumise au contrôle de l'Etat<sup>18</sup>. Il n'a pas pour objectif, contrairement au secteur privé, le lucre. Les établissements de santé publics ont pour ancêtres les anciens hospices où règnent la charité et l'assistance, eux-mêmes étant les descendants des maisons de charité créées au Moyen-Age<sup>19</sup>. Le terme « *hôpital* » est, dans cette logique, emprunté du bas latin *hospitalis (domus)* signifiant « *(maison) hospitalière* »<sup>20</sup>. Les peu nombreux médecins

---

<sup>13</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>14</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *op.cit.*, p.174

<sup>15</sup> Art. L6111-1 du CSP.

<sup>16</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *op.cit.*, p.175

<sup>17</sup> *Ibid.*, p.180

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Moquet-Anger, M.L. Cours magistral de droit hospitalier, 29 janvier 2021.

<sup>20</sup> *Dictionnaire de l'académie française* (9<sup>e</sup> éd.). (2005). Fayard.

qui exercent dans ces hospices le font par altruisme et de façon discontinue, temporaire. Cette origine illustre déjà les valeurs intrinsèques du médecin mais aussi les premières constatations de personnel médical intervenant temporairement, en cas de besoin. Cette brève chronologie étaye les valeurs qui relèvent de ces établissements et découlent, en principe, de chaque professionnel y exerçant. Plus concrètement, le caractère public amène, d'une part, aux deniers publics, dont la Cour des comptes contrôle le bon emploi <sup>21</sup> puisqu'il s'agit de l'argent du contribuable. D'autre part, il renvoie au service public et aux lois Rolland qui commande celui-ci : l'égalité, la continuité, la neutralité et la mutabilité. Les hôpitaux publics se doivent de garantir l'égalité de traitement des usagers, la continuité du service et son adaptabilité continue. Le service public désigne l'activité destinée à satisfaire un besoin d'intérêt général comme l'organisme administratif chargé de la gestion d'une telle activité <sup>22</sup>. L'intérêt général, c'est le bien public, l'intérêt supérieur à l'avantage de tous et donc le but de l'action administrative <sup>23</sup>. Les établissements publics sont chargés d'une mission de service public et ainsi attachés à agir dans l'intérêt général. Pour les hôpitaux, on retrouve spécifiquement le Service Public Hospitalier (SPH). Cette notion fait partie intégrante de l'essence qui guide les décisions de gouvernance. Le SPH naît par la loi Boulin de 1970 <sup>24</sup>, avant d'être supprimé par la loi Bachelot de 2009 <sup>25</sup> puis réintégré en 2016. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 <sup>26</sup>, qui ressuscite ce concept, le fait apparaître sous une autre forme. Il ne se définit plus par ses missions mais par ses obligations, dans l'ambition de contraindre le secteur sanitaire privé à en respecter les principes. L'application du SPH permet d'affirmer le bénéfice, pour les usagers des établissements de santé, des principes du service public à la française <sup>27</sup>. Définir la substance des établissements publics hospitaliers démontre l'intérêt majeur d'étudier le phénomène de l'intérim médical en leur sein. Le fonctionnement de l'exercice médical temporaire en tant qu'intérimaire indigne davantage face aux grands principes qui entourent le secteur public. Les valeurs et la finalité de l'action publique sous le contrôle de l'Etat se conjuguent difficilement avec la médecine intérimaire. Le corollaire d'appliquer une logique publiciste est qu'en cas de litige, c'est le juge administratif qui est compétent en appréciant les faits sous l'angle du droit public et de sa philosophie souvent opposée aux intérêts privés.

---

<sup>21</sup> Cabrillac, R. (2017). *Dictionnaire du vocabulaire juridique* (8<sup>e</sup> éd.). Lexisnexis. p.192

<sup>22</sup> Cornu, G., *op.cit.*, p.960

<sup>23</sup> Cabrillac, R. *op.cit.*, p.319

<sup>24</sup> Art 2. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>25</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>26</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>27</sup> Moquet-Anger, M. L. (2020). *Droit hospitalier* (5<sup>e</sup> éd.). L.G.D.J. p.81.

Les conséquences qu'entraîne la définition des notions en termes de valeurs et de grands principes qui les encadrent font naître divers enjeux complexes sur la possibilité de recourir à l'intérim médical au sein d'un hôpital public. Avoir recours, c'est demander à quelqu'un son concours, son aide, son appui, faire appel à lui <sup>28</sup>. En arrière-plan, le besoin d'un renfort apparaît. Un renfort, qui au XV<sup>ème</sup> siècle prend le sens de « *doublure* », signifie l'augmentation des effectifs, des moyens. C'est un élément que l'on met en place pour en consolider d'autres et augmenter leur résistance. C'est venir en soutien. Le renfort est le déverbal de « renforcer », qui désigne l'action de rendre plus solide, de donner plus d'intensité, d'éclat, de vigueur à quelque chose <sup>29</sup>. *A contrario*, le péril exprime la situation dans laquelle on est exposé à une menace, à un grave danger <sup>30</sup>. Il s'agit d'une situation qui menace l'existence même de quelque chose. *A priori*, au regard d'un paradoxe explicite entre ces idées, elles ne peuvent pas être la caractéristique d'un même postulat. Pourtant, ces concepts entièrement opposés se transcrivent, chacun par des arguments divergents, dans la situation du recrutement de ressources humaines médicales temporaires. Les médecins intérimaires, pour ce qui relève de l'organisation des hôpitaux, entendue comme la gouvernance et la gestion du personnel médical dans ce travail, expriment réciprocity, opposition et comparaison entre les deux noms. Les médecins intérimaires se trouvent à l'intervalle de la menace et de l'appui. Toutefois, la médiété <sup>31</sup> entre renforcer et menacer gravement ne pouvant pas être admise en pratique, le choix de la préposition « entre » ne peut être satisfaisant. Ce « juste milieu » impossible pour deux concepts pleinement antinomiques amène à désirer une réponse : l'intérim médical est nécessairement l'un ou l'autre.

Le recrutement de médecins intérimaires a été apposé dans le marbre du CSP par la loi de 2016 précitée. Sur le terrain, il s'exerce antérieurement. Les textes juridiques datent la pratique à compter de 1980 par le biais d'une « autorisation » jurisprudentielle <sup>32</sup>. Ces sources antérieures à 2016 permettent d'affirmer l'existence de l'appel à une entreprise de travail temporaire dans « certains secteurs de l'administration » sans plus de précisions. Cela vise les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics administratifs ainsi que les établissements publics hospitaliers. Mais, ce n'est pas une déclaration explicite que le mode d'exercice est présent au sein des hôpitaux publics. Il faut

---

<sup>28</sup> *Dictionnaire de l'académie française* (9<sup>e</sup> éd.). (2005). Fayard.

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> Duguey, I. (2020). L'éthique normative et l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 6, p.33-37.

<sup>32</sup> Circulaire MTSF1009518C du 3 août 2010 Relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique, p.1.

attendre la loi Touraine de 2016 pour en avoir la confirmation. Depuis, les bouleversements entourant la problématique de l'emploi temporaire par des professionnels médicaux issus d'agences d'intérim se dissimulent dans les dispositifs juridiques qui, par étapes, visent à encadrer ce système de recrutement. C'est le droit, la législation sanitaire française, qui étaye les enjeux directs et indirects en ce domaine. Le droit, c'est un ensemble de règles de conduite socialement édictées et sanctionnées qui s'imposent aux membres de la société<sup>33</sup>. Par définition, il est l'explication des comportements des acteurs et des enjeux qui les touchent puisqu'il naît en réaction à ceux-ci. Par l'étude chronologique des règles de droit, on illustre la genèse, les dérives, les conséquences et la pérennité de l'intérim médical dans les établissements de santé publics français. Le sujet, indignant l'opinion publique, du moins les professionnels de santé, se veut discret et cherche à rester officieux. Il faut alors lire entre les lignes des dispositions juridiques pour s'approprier les mouvements en la matière. La loi RIST n° 2021-502<sup>34</sup> est la dernière née sur le sujet. Comme les textes avant elle, c'est une énigme qui, une fois déchiffrée, vaut mieux que tout discours pour éclaircir les dilemmes intrinsèques et extrinsèques du recours aux médecins remplaçants. La clé de voûte de l'étude est l'analyse des textes juridiques et de leurs conséquences pour certifier que l'intérim médical participe à la perte des hôpitaux publics ou, à l'inverse, qu'il représente leur nécessaire renforcement.

### **L'emploi médical temporaire constitue-t-il une réponse idoine aux contraintes organisationnelles des établissements publics de santé ou en est-il l'aggravation ?**

Des premiers desseins de législation concernant l'intérim médical, en passant par l'entrée en vigueur de la loi Touraine jusqu'à l'annonce de la loi RIST, l'analyse juridique établie la possibilité de saisir l'entière substance du sujet. C'est le triptyque socle de l'étude, représentant une ligne directrice souple qui mène à appréhender le sujet dans toute la plasticité de ses aspects. Sous cet angle, nous indiquerons, dans une première partie, l'explication de l'apparition de l'intérim médical et de son déstabilisant maintien. Nous traiterons, dans une seconde partie, de l'influence et du rôle de la loi du 26 avril 2021 sur l'encadrement de l'intérim médical.

---

<sup>33</sup> Cornu, G. *op.cit.*, p.376

<sup>34</sup> Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

## **Partie I - Les enjeux du positionnement actuel du recours aux médecins intérimaires dans les hôpitaux publics**

Appréhender les problématiques relatives à l'intérim médical nécessite de faire un état des lieux des origines et de la cartographie de celui-ci en amont de la loi RIST dans les établissements publics de santé afin de saisir la justification de son ampleur (Chapitre I). Cette approche permet le constat d'une pratique défaillante mais qui est perçue comme indispensable pour les directions de ces établissements (Chapitre II).

### **Chapitre I - La raison d'être et les conséquences du recrutement de médecins temporaires dans la gestion du personnel médical**

L'interrogation est celle de la raison qui contraint la direction d'un établissement public de santé à recourir à des médecins intérimaires (Section I), décision s'avérant n'être pas la solution adéquate aux difficultés de gestion du personnel médical (Section II).

#### **Section I - La justification de l'émergence de l'intérim médical dans l'organisation d'un établissement de santé public**

Les arguments prééminents justifiant l'essor de l'intérim médical sont des constats connus mais non résolus des contraintes relatives aux ressources humaines médicales (paragraphe 1). L'intérim n'est qu'une réponse hâtive à ces difficultés organisationnelles qui se doivent impérieusement d'être comblées (paragraphe 2).

##### **§1 La genèse du recours aux médecins intérimaires**

Le legs d'un manquement de personnel médical (A) et une communauté médicale qui peine à trouver de l'attractivité dans son activité (B) mènent le personnel de la direction des établissements de santé publics à un dispositif qui n'est cohérent qu'en apparence.

##### ***A - L'agrégat du manque de médecins hospitaliers***

« Un jour viendra où le principal avantage d'apprendre la médecine sera de se protéger contre les médecins », avisait Jacques Ferron<sup>35</sup>. Il est possible de présumer que cette ère se fait jour par le remplacement du numerus clausus, estimé comme source du déclin

---

<sup>35</sup> Ferron, J. *Le Saint-Hélias*, 1972

démographique médical <sup>36</sup>, par le *numerus apertus* <sup>37</sup>, se voulant être une partie de la résolution de la déshérence de ressources humaines médicales et donc du recours à l'intérim médical. *Ab initio*, obligation implicite plus que décision de gouvernance, l'emploi de médecins intérimaires naît du déficit établi de personnel médical. Dès 2013, sont évoqués des « *déserts hospitaliers [qui] se creusent par spécialités et par territoires* » <sup>38</sup>, malgré le nombre global de médecins qui augmente. Ce déclin démographique pose une question majeure en termes de santé publique en raison de l'inadéquation qui apparaît, pour plusieurs spécialités médicales, entre le nombre de médecins et la demande en temps médical de l'organisation hospitalière <sup>39</sup>. La circonstance d'une pénurie chronique de praticiens hospitaliers est toujours d'actualité. Pour illustrer, le Collège des Enseignants de Médecine Intensive Réanimation (CEMIR) note, hors pandémie du Covid-19 et pour 299 services de réanimation, que plus d'un service sur deux a au moins un poste médical vacant ainsi que 329 Équivalent Temps Plein médicaux vacants en 2021. Cela représente un doublement en dix ans et mène près de la moitié des services extra-universitaires publics à faire appel à l'intérim médical <sup>40</sup>. L'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) interpelle pareillement sur ce phénomène. Sa Présidente alerte sur « *les chiffres toujours croissants des manques de médecins au sein de nos hôpitaux publics* », citant entre 15 % et 30 % de pénurie en fonction des spécialités <sup>41</sup>. Aussi, le nombre de spécialités reconnues comme étant « en tension » par les Agences Régionales de Santé (ARS) est grandissant. Aux trois spécialités citées dès 2013 que sont l'anesthésie, la radiologie, et la médecine d'urgence <sup>42</sup>, se joignent l'obstétrique, la pneumologie ou encore la psychiatrie.

L'autorité régionale de tutelle de Bretagne cite, en 2017, les motifs incitants, pour sa parcelle d'établissements étudiés mais transposable à une échelle plus large, les directions à recourir aux médecins intérimaires. Principalement, il est énoncé le remplacement de postes vacants <sup>43</sup>. Les médecins, figure des établissements publics de santé, sont la substance de ces

---

<sup>36</sup>Coriat, P. Pontone, S. (2013). Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs. *Les tribunes de la santé*, 40, 37-44.

<sup>37</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022.

<sup>38</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.2.

<sup>39</sup> Coriat, P. Pontone, S. *op.cit.*, p. 37 à 44.

<sup>40</sup> CEMIR, Démographie des réanimations françaises - État des lieux hors pandémie, enquête 2021.

<sup>41</sup> APMnews, Élections présidentielles, l'INPH alerte les candidats sur la « pénurie » de médecins à l'hôpital public *Dépêche APMnews*, Mercredi 9 mars 2022.

<sup>42</sup> Véran, O. , *op.cit.*, p.2.

<sup>43</sup> ARS Bretagne, Enquête relative au recours à l'intérim 2017 pour les professions médicales, 2017, p.10 Annexe 1.

derniers. Pour remédier à leur rareté, l'argument financier ne peut constituer une barrière. Les établissements ont l'obligation de disposer du nombre de praticiens nécessaire pour répondre aux missions énoncées dans le CSP et qui les définissent<sup>44</sup>. Plus largement, la Constitution de 1958 commande d'assurer le droit fondamental à la protection de la santé<sup>45</sup>. C'est le principe liminaire du code précité. Il doit être mis en oeuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne et oblige nommément les établissements de santé<sup>46</sup>. Disposer de ressources humaines médicales n'est pas une variable des hôpitaux, d'où l'expression d'en bénéficier « coûte que coûte »<sup>47</sup>.

La démographie médicale défaillante appelle les établissements à assurer la présence de personnel médical dans leurs services, justifiant le recours à des médecins qui ont choisi l'exercice temporaire, pour des raisons intrinsèques aux contraintes de leur métier.

### ***B - Le choix de l'intérim médical comme réponse à l'épuisement professionnel***

« *Les maux s'accumulent, durent et lassent les plus aguerris* ». C'est ce qu'affirment les témoignages de certains praticiens hospitaliers<sup>48</sup>, reflétant une opinion systémique de pénibilité d'exercice au sein d'un hôpital. Rachel Bocher, Présidente de l'INPH, au-delà d'alerter sur le manque de personnel médical, évoque la volonté de retrouver une « *démographie médicale apaisée, réparée* »<sup>49</sup>. C'est un exercice laborieux dans un contexte où il est reconnu que le burn-out est ignoré chez les médecins ou considéré comme une conséquence normale du métier<sup>50</sup>. La crise sanitaire a permis de faire entendre au grand public la fatigue du personnel médical. Un exemple est donné par la Fondation Jean Jaurès, s'intéressant au rouage indispensable que sont les internes et qui souligne que l'année 2020 a été marquée par le suicide de quatre internes en deux mois<sup>51</sup>, sachant que le taux de suicide au sein de la communauté médicale s'appuie sur des données parcellaires. D'années en années, se confirme le paradigme qu'« *il n'y a pas de pire malade qu'un médecin* »<sup>52</sup>. Une

---

<sup>44</sup> Art. L6111-3 CSP

<sup>45</sup> Art. 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

<sup>46</sup> Art. L1110-1 CSP

<sup>47</sup> Véran, O. *op.cit.*

<sup>48</sup> PH : l'intérim améliore-t-elle la qualité de vie des médecins ?, *Le Quotidien du Médecin*, 19 octobre 2021

<sup>49</sup> Dépêche APMnews, *op. cit.*

<sup>50</sup> Shadili, G. Goumard, D. Provoost, J.P., Le Pallec, G. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers, *Revue de l'Information Psychiatrique*, n°94, p.13 à 18

<sup>51</sup> Frajerman, A. La santé mentale des étudiants en médecine, *Fondation Jean Jaurès*, 2 Mai 2020

<sup>52</sup> Parizeau, A. *La Charge des Sangliers*, 1982

réponse à la hâte peut s'avérer être le recours à l'intérim médical. L'attractivité de la fonction publique hospitalière est l'enjeu axiomatique de la médecine temporaire. C'est la ligne de défense du Syndicat National des Médecins Remplaçants des Hôpitaux (SNMRH) : l'intérim se développe car l'attractivité décroît<sup>53</sup>. Il existera perpétuellement cette figure de l'hôpital public dont chacun identifie le positionnement : médecin, professeur, chef de service, qui se dévoue corps et âme à l'établissement et s'investit dans tout comité de la structure. Ce notable pour certains, que d'autres qualifieraient de mandarin, est reconnu de tous. Cependant, peut-être ne représente-t-il pas la manière adéquate d'exercer l'activité médicale, activité difficile demandant une rigueur associée à une empathie à toute épreuve. Le droit de la santé comme la déontologie médicale le confirment, l'exercice de la médecine ne peut fluctuer au gré de l'abattement du praticien ou selon ses intérêts personnels et ses compétences. Le médecin doit assurer au patient des soins consciencieux et dévoués en toutes circonstances<sup>54</sup>. Malgré une ignorance qui semble presque volontaire au regard de la lourdeur de leurs tâches et de la capacité de travail qui leur est demandée, ces derniers engagent leur responsabilité lorsque leur épuisement s'avère néfaste à la prise en charge. Ainsi, les médecins intérimaires peuvent être assimilés à un soulagement de la charge de travail des praticiens hospitaliers. De surcroît, l'exercice temporaire appartient davantage à une conception du métier comme permettant un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, tout en s'assurant un niveau de vie agréable. Nombreux sont les témoignages de médecins titulaires se détachant de leur investissement total envers l'hôpital. C'est « *le choix de la liberté, plutôt que celui d'un rythme toujours plus malmenant* », selon certains<sup>55</sup>. Il faut toutefois avoir foi dans la vision idéaliste du médecin, pénétré par le serment d'Hippocrate, qui voit dans l'intérim médical un exercice permettant des missions variées au sein d'hôpitaux et d'équipes diverses. L'intérim peut également se défendre comme étant synonyme d'adaptabilité. La caractéristique de renfort qui entoure ce mode d'exercice peut faire figure de l'outil qu'il manquait aux hôpitaux publics. Le médecin intérimaire ne serait alors que l'ancien bienfaiteur découragé d'un hôpital qui se meurt, le miroir de ce qu'est l'exercice de la médecine hospitalière à venir, donc un symptôme plutôt que l'origine des maux des établissements publics de santé.

---

<sup>53</sup> SNMRH, note du 19 mai 2019

<sup>54</sup> Art. R4127-32 CSP

<sup>55</sup> Kron, P. Le recours aux médecins intérimaires dans les hôpitaux, une fausse solution pour tout le monde, *Le Monde*, 22 juin 2022



Le médecin temporaire est une conséquence de la décroissance de l'attractivité du métier de praticien hospitalier, comme il en est une tentative de résolution. Les contraintes en termes de ressources humaines médicales sont inévitablement la source du développement du recours à l'emploi de médecins temporaires. Cette logique étant constatée, elle est brièvement encadrée par le droit sanitaire.

## **§2 Le choix de l'intérim comme outil de la gestion du personnel médical**

Le rapport parlementaire d'Olivier Véran de 2013 fait d'ores et déjà état de la montée de l'emploi temporaire pour pallier aux difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers <sup>56</sup>. Cette accentuation reste actuellement identique (A). De cette circonstance, a été élaborée une législation autour de l'intérim, laquelle n'est pas plus approfondie qu'un état des lieux de la pratique (B).

### ***A - L'amplification continue de l'emploi de médecins intérimaires***

En 2013, le nombre de médecins temporaires est conséquent avec une estimation de 7000 postes des hôpitaux publics concernés par des missions temporaires régulières <sup>57</sup>. L'ampleur de l'intérim médical peut être confirmée par un panel révélateur : celui de l'enquête de l'ARS de Bretagne de 2017 relative au recours à l'intérim pour les professions médicales. 19 établissements des huit Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) répondent à cette étude. En accroche, il est évoqué qu'en comparaison à l'année précédente, l'ensemble des GHT étudiés voient leurs dépenses d'intérim augmenter. Notamment, pour le groupement de Bretagne Occidentale, cela représente une dépense annuelle de 5 459 393 € en 2017 contre une dépense à l'année de 1 861 024 € en 2015. Plus généralement, pour les 19 établissements étudiés, l'intérim médical représente un coût total de 23 300 915 €, traduisant une augmentation de plus de 29,08 % par rapport à 2016 <sup>58</sup>. La forte croissance de dépenses consacrées à l'intérim médical est due à l'augmentation du recours à celui-ci ainsi qu'à l'augmentation des tarifs implicitement dus pour « bénéficiaire » de la venue de ces médecins temporaires. L'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence sont traditionnellement les spécialités phares de l'illustration de l'ampleur de la médecine temporaire. On observe que, par rapport à 2015, elles sont grandement plus concernées que pour les années précédentes, traduisant par excellence la montée du phénomène. Dans le GHT de Grande Bretagne, c'est

---

<sup>56</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.8

<sup>57</sup> *Ibid.* p.9

<sup>58</sup> ARS Bretagne, *op.cit.*, p.4

l'augmentation de médecins temporaires au sein des services de gériatrie qui se remarque par un recours qui a doublé voir triplé entre 2015 et 2017 <sup>59</sup>. Les centres hospitaliers de taille succincte sont autant concernés que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) par cet accroissement. Huit spécialités sont davantage impliquées, en partie des spécialités peu attendues telles que la gériatrie <sup>60</sup>. Cette enquête illustre la part croissante de médecins intérimaires au sein des services des hôpitaux publics. Elle démontre, au surplus, que cela impacte de plus en plus de disciplines ainsi que des CHU, lesquels ne sont pas désignés comme acteurs principaux du dispositif. Cette hausse est également visible par un autre exemple : le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et l'établissement de santé. Pour n'en citer qu'un, le CPOM entre l'ARS de Bretagne et le CHU de Rennes pour 2019 à 2023 intègre l'objectif opérationnel de « *maîtriser l'évolution des dépenses liées au recrutement d'intérimaires* » <sup>61</sup>.

Néanmoins, de légères exceptions à la hausse de l'emploi de médecins intérimaires se dessinent. On peut en donner quelques démonstrations. Le coût de l'intérim médical est en baisse, en 2017, dans les centres hospitaliers de Redon et Dinan <sup>62</sup>. Egalement, dans l'échantillon objet de l'étude, la radiologie et la pneumologie sont moins concernées par rapport aux années 2015 et 2016 <sup>63</sup>, même si ces spécialités restent nommées dans les huit spécialités les plus touchées par l'intérim médical. Plus concrètement, le CPOM précité observe, paradoxalement, une large diminution du recours à l'intérim sur les urgences, passant de 223 journées en 2017 à 61 journées en 2018 <sup>64</sup>. Sur ce point, il faut préciser que les CHU ne sont pas les plus représentatifs de l'augmentation de médecins temporaires dans les services d'urgences car ils ne sont pas les premiers utilisateurs de l'intérim médical en termes de quantité. D'autre part, cette baisse ne s'accompagne pas de recrutements sur les postes vacants par d'autres biais. Ces singularités ne retirent rien au bilan global d'un recours aux médecins intérimaires accentué, car requis. Par ailleurs, le fond de la problématique de l'intérim médical n'est pas nécessairement la hausse de son utilisation mais plus catégoriquement son existence.

---

<sup>59</sup> *Ibid.* p.8

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> Fiche objectif du CPOM 2019-2023 entre le CHU de Rennes et l'ARS Bretagne, Annexe 2.

<sup>62</sup> ARS Bretagne, *op.cit.*, p.6

<sup>63</sup> *Ibid.*, p.7

<sup>64</sup> CPOM, *op.cit.*

L'intérim médical existe et grandit. Les pouvoirs publics, de la part desquels se ressent une évidente prudence, ont d'abord soigneusement balisé les conditions de son recours, en suivant le cours de l'évolution de la pratique. De ce point de départ de l'intervention du législateur jusqu'à présent, un jeu infini de règles adoptées puis contournées se met en place. L'édiction de nouvelles normes apparaît pour tenter de juguler les déviations du cadre légal.

### ***B - La nécessité d'un encadrement juridique de l'intérim médical***

La progression de la présence de médecins intérimaires dans les établissements publics de santé a mené les pouvoirs publics à réglementer cet exercice. Ils agissent davantage au fil de l'apparition des dérives plutôt qu'en amont de celles-ci. Appréhender complètement la teneur de la loi RIST, dernier jalon du « contre-pouvoir » face aux abus *contra legem* du travail temporaire, demande un état des lieux du cadre juridique succinct précédant cette intervention législative. En amont du législateur, seule une jurisprudence ancienne des juges du Palais Royal autorise les personnes morales de droit public à faire appel à une entreprise de travail temporaire en cas de « *circonstances exceptionnelles, telles qu'une extrême urgence, qui rendent impossible le recrutement d'agents ayant un lien direct avec l'administration* »<sup>65</sup>. C'est la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique qui intègre officiellement les personnes morales de droit public dans l'encadrement général de l'intérim donné par le Code du travail en son article L1251-1<sup>66</sup>. Des dérives sont déjà à contenir puisqu'une circulaire du 3 août 2010, se voulant pédagogique et préventive, vise à « *clarifier les conditions* » dans lesquelles le recours à l'intérim est possible<sup>67</sup>, sans qu'on puisse la définir comme sévère. L'intérim dans le secteur sanitaire est concrètement mis en place par la loi Touraine n°2016-41 instituant l'article L6146-3 du CSP : les établissements de santé peuvent, à compter de cette législation, avoir recours à des personnels médicaux pour des missions de travail temporaires<sup>68</sup>.

Cet article mentionne également un des nœuds de la problématique du personnel non permanent dans les établissements publics de santé. Il s'agit d'un plafond du montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire. Ce plafond est fixé par voie

---

<sup>65</sup> CE, Ass., 18 janvier 1980, Syndicat CFDT des postes et télécommunications du Haut-Rhin, n°07636.

<sup>66</sup> Art 21. Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

<sup>67</sup> Circulaire MTSF1009518C du 3 août 2010 relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique

<sup>68</sup> Art. L6146-3 CSP

réglementaire au titre du décret du 24 novembre 2017 <sup>69</sup> énonçant les articles R6146-25 et R6146-26 du CSP. La voie réglementaire est plus précise dans l'encadrement de l'intérim au sein des hôpitaux que le législateur, en toute logique avec son rôle d'application de la loi. In fine, c'est un arrêté en date du 24 novembre 2017 <sup>70</sup> qui fixe le montant du plafond journalier à 1 170,04 € pour une journée de vingt quatre heures de travail effectif. Un cadre simple mais univoque est posé : un recours à l'intérim envisageable mais sous condition de nécessité et enfermé dans un plafond. Nonobstant, une souplesse dans la régulation du tarif est donnée dans l'arrêté précité. C'est l'indulgence originelle et malvenue. Une régulation progressive est annoncée, avec un plafond porté, de manière transitoire, à 1 404,05 € pour l'année 2018 et à 1287,05 € pour l'année 2019. La difficulté à contenir les dérives financières de l'emploi médical temporaire apparaît comme l'impossibilité pour les pouvoirs publics d'être stricts sur ce point. La mise en place d'un plafond et d'une réglementation traduit l'existence de situations abusives précédemment à ces règles, les auteurs évoquant des textes « enfin parus »<sup>71</sup>.

L'exercice temporaire de la médecine est installé et succinctement encadré. De ce socle, la pratique ne cesse de grandir tandis que les vulnérabilités organisationnelles relatives au personnel médical persistent, démontrant l'inefficacité de l'utilisation de l'intérim médical.

## **Section II - L'insuffisance des modalités actuelles de l'intérim médical pour répondre aux difficultés de la gestion du personnel médical**

Victoire à la Pyrrhus, l'intérim médical n'a pas corrigé les contraintes de l'hôpital public, qui restent inlassablement inchangées. La vision négative de l'attractivité de la profession n'en a pas été bouleversée (paragraphe 1), tout comme les entraves à une présence médicale solide dans les établissements (paragraphe 2).

---

<sup>69</sup> Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé

<sup>70</sup> Arrêté SSAH1722169A du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire

<sup>71</sup> Cappe, M. (2018). Encadrement de l'intérim médical à l'hôpital : les textes enfin parus. *Revue hospitalière de France*, 580

## §1 L'intérim médical au détriment de l'attractivité de la profession médicale

L'exercice temporaire a une apparence de souplesse mais il est en réalité précaire (A). Et, plus qu'un renfort pour les médecins hospitaliers, il est la source d'une déshérence aggravée du statut de praticien hospitalier (B).

### *A - La précarité caractérisant le statut de médecin intérimaire*

La conception qui émane des acteurs du secteur sanitaire concernant les médecins intérimaires renvoie à l'approche moqueuse du « *Médecin malgré lui* » de Molière. L'exercice temporaire à la réputation d'être le cancre des modes d'exercices de la profession médicale. Toutefois, le médecin qui choisit la flexibilité ne peut se réduire au praticien attiré par le profit et qui ne connaît aucune contrainte. L'exercice non permanent, même en tenant compte des avantages dépassant le cadre légal, ne peut être une solution pérenne pour un professionnel. L'aspect précaire est la principale difficulté du travail par missions courtes. L'intérim est une offre financièrement attractive mais qui demande d'être prédisposé à l'instabilité. Même le manque structurel de personnel médical ne peut garantir des embauches nombreuses et rapides. Le prochain contrat n'est jamais assuré. L'instabilité se répercute négativement concernant la retraite. L'intérimaire doit se prémunir de missions récurrentes pour se garantir de droits à la retraite. Si les périodes sans missions sont trop importantes, le montant de la pension diminue. Le calcul de la pension est, en sus, plus complexe pour le praticien remplaçant : il n'y a pas de relevé annuel comme justificatif mais chaque contrat, qui doit donc être conservé avec attention. Pour anticiper le montant de la pension retraite à taux plein, il faut d'abord déterminer le salaire annuel moyen. Cet indice moyen est comptabilisé à partir des 25 meilleures années de salaires. Il est revalorisé pour tenir compte de l'inflation et définit la future pension. Lorsque l'exercice intérimaire occupe la majorité des années de carrière, le calcul devient fastidieux, les réclamations auprès des assurances ou caisses de retraite également <sup>72</sup>. La retraite n'est pas l'unique désavantage du praticien intérimaire en comparaison avec son homologue hospitalier. Il n'y a pas de temps de formation continue, de congés maladie, de jours fériés, de journées de Réduction du Temps de Travail et l'emprunt n'est pas une tâche aisée au regard de l'instabilité. Sur le terrain, s'adapter à un nouvel environnement, une nouvelle équipe est une réelle compétence à acquérir et le lieu d'exercice peut être éloigné du cadre familial.

---

<sup>72</sup> BRMConseil, Médecin intérimaire : quels sont les avantages et inconvénients ?, 3 janvier 2020

De ce fait, la rémunération considérable du médecin temporaire serait une réponse légitime et louable de la variabilité du mode d'exercice. La prime de précarité de 10 % de la rémunération totale brute versée par l'établissement clôturant l'engagement du professionnel qui est prévue par le Code du travail <sup>73</sup> porterait ainsi convenablement son nom. Bien qu'en pratique son versement réel est sujet à interrogations, le législateur précise qu'elle corrige la précarité de la situation du professionnel. Cette indemnité est versée à l'issue de chaque mission temporaire. Elle ne fait pas office d'injustice puisqu'elle se retrouve également dans le statut de praticien contractuel. Cependant, pour le cas de l'intérimaire, elle est davantage un élément « fixe » de sa rémunération, étant donné qu'il est d'ores et déjà assumé par l'hôpital que la mission temporaire ne donnera pas lieu à un contrat à durée indéterminée et qu'elle peut, en pratique, être intégrée directement à la rémunération négociée. Pour pallier la précarité du mode d'exercice, on peut aussi citer le remboursement de nombreux frais par l'établissement tels que ceux d'hébergement ou de transport. Cela est une contrepartie pour le praticien qui peut exercer loin de son domicile. Surtout, le point névralgique de l'intérim médical est le montant excessif du tarif journalier, traduisant, in fine, un conséquent avantage de l'exercice « éphémère » en réponse à ses inconvénients.

On ne peut remettre en question l'ensemble des valeurs morales d'un praticien uniquement par l'existence d'un tarif journalier attractif. Au regard de la précarité de l'intérim, le praticien temporaire pourrait pleinement se définir comme un bienfaiteur au service d'un hôpital et conserver la grandeur de sa profession. Mais, encore faudrait-il que le renfort dont il est question soit réel et palpable sans uniquement faire office de mirage.

---

<sup>73</sup> Art. L1251-32 Code du travail

## ***B - L'impact négatif de l'intérim médical sur la volonté d'exercer en tant que praticien hospitalier***

Rachel Bocher, Présidente de l'INPH, soutient que « *l'hôpital ne fait plus rêver* »<sup>74</sup>. Une illustration de cette affirmation se retrouve dans le constat amer qu'en 2021, 15,8 % des praticiens hospitaliers à temps plein ont quitté l'hôpital public par démission, contre 13,5 % en 2020. C'est en chirurgie et en radiologie que la part des démissions est la plus importante dans les sorties : respectivement 19,1 % et 18,8 %<sup>75</sup>. Parmi les diverses suites de carrière de ces praticiens, une pratique courante dans les établissements dénonce implicitement le fait que, plus encore que l'exercice en établissement public de santé, c'est le statut lui-même de praticien hospitalier qui est une problématique. En effet, une partie des démissionnaires quittent leur statut de praticien hospitalier pour ensuite continuer d'exercer en tant qu'intérimaire. Parfois, ces praticiens reviennent pratiquer au sein du même établissement où ils exerçaient en tant que praticien hospitalier. Une tendance à la démission suivie d'un mode d'exercice en intérim existe. Cela peut faire miroiter de meilleures conditions de travail, pour le professionnel, notamment de pouvoir refuser une garde lorsqu'il se sent trop sollicité. Sur le terrain, la personne publique ne peut refuser cette « demande » de retour en tant que médecin temporaire. Du fait et en amont du départ du professionnel, l'hôpital a un éminent besoin de personnel médical. Par choix rationnel, il ne peut qu'accepter qu'un praticien qui connaît la structure, ses équipes et protocoles, revienne et ce peu importe son statut. Cependant, comme évoqué précédemment, l'établissement peut tenter de se rassurer en « pariant » que le médecin ait conscience que l'exercice intérimaire n'est pas un exercice d'avenir. En dehors de la gestion facilitée du temps de travail, les intérimaires se voient attribuer les plages horaires redoutées et fastidieuses, ne correspondant pas à l'idéal d'une amélioration de la qualité de vie au travail attendue par le médecin en renonçant à son statut de praticien hospitalier.

Retourner dans un même établissement est une preuve que le professionnel reste loyal à la structure et ne perd pas complètement ses valeurs au profit d'une recherche du lucre. Cela est davantage symptomatique d'une profession qui refuse d'accepter une maltraitance organisationnelle, même involontaire, dans l'exercice de son métier. Par ce biais, l'intérim médical s'identifie comme l'exercice de l'espoir de pouvoir bien faire son travail dans des conditions apaisées, même si cela demande d'accepter la précarité des modalités du mode

---

<sup>74</sup> Dépêche APMnews, *op. cit.*

<sup>75</sup> Galanopoulo, L. (18 Mars 2022) Hausse des démissions de PH, postes vacants : l'hôpital à l'épreuve, *Le Quotidien du Médecin*.

d'exercice. L'appel à l'aide que représente le passage en tant que médecin intérimaire n'est qu'un élément du cercle vicieux dans lequel la communauté médicale est encore enfermée. En outre, il est connu que la hausse d'activité des hôpitaux est une source majeure de la dégradation des conditions de travail des médecins hospitaliers. Pourtant, l'enquête de l'ARS de 2017 précitée démontre que l'emploi de médecins temporaires n'a pas pour objectif de pallier une hausse temporaire d'activité. Il est majoritairement utilisé pour compenser les postes vacants <sup>76</sup>. Si le constat était inverse, il aurait été possible d'affirmer que les directions tentent de venir au secours de leurs praticiens en entreprenant de réduire leur charge de travail par l'emploi d'intérimaires. Cela conforte l'idée que l'intérim n'est pas au soutien des praticiens, déjà absents lorsque le professionnel intérimaire intervient.

L'emploi non permanent n'est pas une source de revalorisation de l'exercice médical hospitalier, permettant de qualifier l'intérim de coquille vide. Un autre schéma révèle une erreur dans le choix précipité de recourir aux médecins intérimaires : il fait éclore de nouvelles contraintes organisationnelles en sus de ne pas absorber celles préexistantes.

## **§2 La persistance de difficultés dans la gestion du personnel médical**

L'intérim médical est un méfait superfétatoire tant la balance entre avantages et coûts est déséquilibrée. Les établissements publics de santé ont, malgré eux, façonné de nouveaux accrocs dans la gestion des ressources médicales par l'intégration des médecins temporaires au sein des services (A), foyers de nouvelles contraintes davantage que de facilités (B).

### ***A - L'existence de situations irrégulières officieuses mais courantes***

La pénurie de médecins étant chronique, l'intérêt de la personne publique est de « sédentariser » et fidéliser le médecin intérimaire. Pour ce faire, un objectif en dehors de l'esprit de la loi naît. La loi énonce en effet que le contrat de mission, quel que soit son motif, ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice <sup>77</sup>. Mais, dans l'optique de fidélisation, dès 2013, sont identifiées des situations abusives qui se multiplient. Certains directeurs reconduisent des contrats de courte durée très bien rémunérés, mois après mois, à tel point que

---

<sup>76</sup> ARS Bretagne, *op.cit.*, p.10

<sup>77</sup> Art. L1251-5 Code du travail



la caractéristique temporaire de l'intérim interroge <sup>78</sup>. Ces contrats à la chaîne ne sont pas téléologiques aux textes énonçant que le médecin doit bénéficier de repos suffisants pour assurer sa protection ainsi que la qualité des soins <sup>79</sup>. Aussi, une autre pratique courante, mise en évidence par le rapport de 2013, est celle de médecins qui cumulent un temps plein salarié à l'hôpital avec des missions courtes dans un autre établissement. Ces « cumulards » perçoivent par la personne publique des sommes indues, qu'il s'agisse d'honoraires ou de salaires. Cette pratique est bien connue des sociétés comme des directions hospitalières, qui s'en accommodent <sup>80</sup>. Concernant cette situation, Agnès Buzyn ambitionnait d'interdire au premier semestre de 2020 le cumul du statut de praticien hospitalier avec celui d'intérimaire dans le Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, énonçant que « *les médecins recrutés par une société de travail temporaire doivent fournir à l'entreprise qui les emploie et à l'hôpital recruteur une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils ne contreviennent pas aux règles sur le cumul d'emploi public* » <sup>81</sup>. C'est une mesure qui est insuffisante lorsque l'on sait que les attestations déjà demandées par le CSP dans le cadre de l'intérim ne sont pas réalisées. Au-delà du cadre légal qui est contourné, ces médecins temporaires ne représentent plus une aide ponctuelle mais des professionnels que l'on souhaite installer durablement dans la gouvernance organisationnelle de l'établissement au regard de l'absence de praticiens hospitaliers.

En pratique, les demandes de ces médecins sont exhaussées. Cela se traduit par le sacrifice de l'organisation habituelle du service. Pourtant, c'est une organisation que les équipes fixes ont forgée de longue date et qui leur permet de travailler ensemble correctement. Il est de coutume que le professionnel soit libre dans son organisation au détriment du restant de l'équipe de soins. Il est accepté, par exemple, qu'un médecin intérimaire ne puisse traiter, dans le service des urgences et en période de pandémie, qu'un nombre limité de patients ou encore qu'il dispose d'un bureau dédié qui ne lui est pas attribué au départ. Ces coquets avantages quotidiens alimentent l'incompréhension des professionnels soignants et médicaux hospitaliers face à leurs homologues intérimaires. Cela renforce un sentiment d'injustice prégnant. Ces avantages dans les conditions d'exercice amènent les équipes hospitalières à s'interroger sur l'intérêt de se dévouer au service public hospitalier, étant donné qu'un personnel qui n'y intervient que temporairement est plus écouté sur ses volontés. C'est aussi

---

<sup>78</sup> Véran, O. *op.cit.* p.16

<sup>79</sup> Art.R.6146-25 3° CSP

<sup>80</sup> Véran, O. *op.cit.* , p.18

<sup>81</sup> Buzyn, A. Pacte de refondation des urgences, 9 septembre 2019, mesure 9

une illustration du fait que le professionnel intérimaire contrevient à la continuité des soins en entravant le fonctionnement quotidien du service.

Après avoir relativisé l'apport réel que représentent les médecins remplaçants du fait des situations conflictuelles qu'ils génèrent, il est important de souligner qu'ils sont la cause de nouvelles contraintes de gestion pour le personnel des directions.

### ***B - Les médecins intérimaires source de nouvelles contraintes dans la gestion du personnel médical***

La personne publique doit intégrer, dans la gestion du personnel médical, celle de ce personnel intérimaire. C'est par ce biais que l'intérimaire est une contrainte organisationnelle supplémentaire. Il représente une charge de travail additionnelle pour le personnel administratif. Pour citer un cas concret, la Direction des Affaires Médicales (DAM) du CHU de Rennes dispose de deux gestionnaires affectées, pour une grande part de leurs missions, à la gestion des médecins temporaires, alors même que l'organisation relative aux médecins hospitaliers connaît une forte tension. Leurs fonctions sont diverses. Elles doivent trouver des médecins intérimaires dans un laps de temps réduit et en urgence, en communication complexe avec l'entreprise de travail temporaire. Elles régissent les multiples conventions intéressant les intérimaires. Au surplus, elles doivent combler leur éventuelle absence imprévue, ce qui montre définitivement que l'intérimaire ne pallie pas le manque d'un médecin hospitalier. Gérer le personnel médical intérimaire, c'est aussi préparer son arrivée dans l'établissement, donc son hébergement, ses repas, son matériel. De plus, le médecin non permanent est à l'origine de nombreuses réunions de travail supplémentaires, en particulier lorsque la tension démographique est palpable dans les services de l'établissement et qu'il faut obligatoirement compenser un poste vacant. Dans ces situations, l'intérim ne répond pas à la pénurie car la problématique d'assurer la présence d'un médecin s'est déplacée : souvent, la DAM peine à anticiper la présence d'un intérimaire pour assurer une garde. De surcroît, ce médecin, qui souvent ne connaît pas les équipes ou ne les intègre pas pleinement, est à l'origine d'une gestion de conflits générés par sa présence ou ses techniques de travail. L'intérim médical, c'est l'ajout d'une charge de coordination de l'organisation productive <sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Sirvens, N. Cours magistral de décisions économiques, 26 Janvier 2022.

Concernant la personne du médecin intérimaire, la question de sa responsabilité civile en cas de préjudice subi par un patient se pose. Il est affirmé de manière constante que la législation relative à la responsabilité pour faute ou sans faute ne diffère pas du fait du « statut » d'intérimaire car l'autorité devant être celle de fait et non celle de la relation juridique. Cela écarte en partie l'entreprise de travail temporaire. En ce sens, le Code du travail dispose que « *pendant la durée de la mission, l'entreprise utilisatrice est responsable des conditions d'exécution du travail, telles qu'elles sont déterminées par les dispositions légales et conventionnelles applicables au lieu de travail* »<sup>83</sup>. Les intérimaires bénéficient du mécanisme de responsabilité du commettant du fait de ses préposés et, dans le secteur public, de la protection fonctionnelle dans les mêmes conditions que l'agent public ainsi que de la notion de faute de service. Cette protection fonctionnelle a pour conséquence que l'établissement peut être, par exemple, amené à prendre en charge la défense d'un praticien accusé au pénal. C'est une source d'inquiétude ampliative pour la personne morale publique, qui doit répondre des actes de médecins qu'elle ne connaît pas et qu'elle n'a pas réellement choisis étant donné que le besoin appelle à ne pas refuser un praticien. En cas de dommages causés par le professionnel intérimaire, la personne publique utilisatrice ne peut s'exonérer de sa responsabilité dans la mesure où elle définit les conditions d'exécution du travail du salarié intérimaire mis à sa disposition<sup>84</sup>. Bien que l'établissement est responsable des conditions d'exécution du travail du salarié intérimaire, il ne dispose pas de la même latitude de gestion et du même degré d'autorité vis-à-vis d'un médecin intérimaire que du personnel hospitalier. Il y a une co-responsabilité vis-à-vis du médecin temporaire qui peut se révéler difficile à organiser et à gérer dans la pratique. Une interstice pour l'hôpital réside dans le fait qu'il peut se retourner contre l'entreprise de travail temporaire si cette dernière a commis une faute dans l'exécution de son obligation contractuelle, en particulier si elle n'a pas satisfait à son obligation de prudence dans le recrutement du personnel qu'elle fournit<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> Art. L1251-21 Code du travail

<sup>84</sup> Circulaire MTSF1009518C du 3 août 2010 Relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique, p.15.

<sup>85</sup> Cass, n° 88-15 -333, 26 février 1991 et Cass, n° 87-14.980 du 2 mai 1989.

« *La réponse est le malheur de la question* »<sup>86</sup> : cette conception est la synthèse de la démonstration selon laquelle l'intérim médical est un remède provisoire, incomplet, voire contre productif à la déshérence de la fonction de praticien hospitalier. De fait, il ne peut être qu'infécond, sans que l'on puisse désigner coupables les professionnels adhérant à ce mode d'exercice. La lignée entreprise est celle de disposer de ressources humaines médicales suffisantes en termes de quantité et ce à tout prix, parfois au détriment de la qualité de gestion du personnel. Cela fait émerger un tournant vers une médecine lucrative en dehors de toutes normes qu'il est désormais ardu de contrôler.

## **Chapitre II - La réalité actuelle de l'intérim médical en contradiction avec la lettre et l'esprit du cadre juridique**

La législation sanitaire donne lieu à un encadrement de la pratique avec pour finalité de créer une situation mesurée et équilibrée. Faute de proposition pour combler les difficultés des ressources humaines médicales, les acteurs des établissements publics de santé ont dû abuser du processus de l'intérim médical, jusqu'à s'extraire des contours fixés par les pouvoirs publics (Section I). L'ampleur des situations abusives est telle que le médecin non permanent a écorché vif les valeurs entourant la profession médicale, viciant de manière durable la réputation de celle-ci (Section II).

### **Section I - L'inobservation systémique du cadre légal et réglementaire**

Les hôpitaux ont visualisé l'encadrement de l'intérim comme une contrainte supplémentaire qu'il était nécessaire d'outrepasser (paragraphe I). C'est un dessein dont les acteurs s'accommodent malgré l'alerte constante des professionnels hospitaliers (paragraphe II).

#### **§1 Le contournement du cadre juridique par les directions des établissements publics de santé**

Le législateur s'est tenté à délimiter les modalités et conditions de recours aux médecins temporaires et la réponse des établissements a été de s'en échapper promptement par une déviation discrète des dispositions législatives (A) et des pratiques tarifaires dans l'ignorance volontaire des textes (B).

---

<sup>86</sup> Blanchot, M. *L'Entretien infini*, 1969

### ***A - L'évitement des textes par la notion de médecin remplaçant***

La législation permet à une personne publique, en l'occurrence un hôpital public, de recourir à l'intérim « pur ». L'article L6146-3 du CSP renvoie à l'article 21 de la loi précitée du 3 août 2009 précisant que les établissements peuvent recourir aux missions temporaires dans les conditions prévues par le Code du travail, la législation du travail rappelant également son application aux personnes morales de droit public <sup>87</sup>. Pour reprendre ce code, l'article liminaire concernant le travail temporaire dispose que le recours à un salarié par une entreprise de travail temporaire doit se faire par la conclusion de deux contrats. Il est nécessaire de conclure un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur, dit « entreprise utilisatrice », et un contrat de travail, dit « contrat de mission », entre le salarié temporaire et son employeur, c'est à dire l'entreprise de travail temporaire <sup>88</sup>. Seul le recours à une agence d'intérim par un contrat de mise à disposition est le recrutement en bonne et due forme d'un médecin provisoire.

Cependant, l'exclusivité des établissements de santé recrute par des contrats de gré à gré et la mise en relation par une société de recrutement. L'établissement, dans un premier temps, conclut un contrat de prestation de recrutement avec l'entreprise de travail temporaire. Ce contrat permet d'officialiser les honoraires dus à la société uniquement pour sa prestation, c'est à dire trouver un « candidat ». Ensuite, c'est un contrat de gré à gré qui est conclu directement entre le médecin et la personne publique. Il s'agit alors d'un contrat de recrutement et le professionnel est considéré comme « médecin remplaçant ». Cette déviation est devenue le processus classique, menant à l'inapplication complète et assumée des dispositions législatives. L'ARS de Bretagne, par une lettre adressée à tous les chefs d'établissements publics de santé de Bretagne, en 2018, met en garde ceux-ci par une démarche nationale coordonnée <sup>89</sup>. L'autorité régionale de tutelle rappelle l'obligation de l'existence des attestations mentionnées par la législation, qui en pratique n'apparaissent guère, et précise que l'article L6146-3 précité, l'intérim pur, ne régit pas l'intégralité des situations de recrutement de remplaçants. Effectivement, pour les cas de recrutement direct par l'établissement, et cela comprend la situation où le candidat a été trouvé par l'agence d'intérim, seuls les statuts de praticiens hospitaliers sont applicables et donc le respect des règles de rémunérations propres à ces statuts. Par conséquent, on observe l'écart abyssal entre

---

<sup>87</sup> Art. L1251-60 Code du travail

<sup>88</sup> Art. L1251-1 Code du travail

<sup>89</sup> ARS Bretagne, lettre du Directeur Général en date 23 avril 2018, Annexe 3.

le cadre juridique permettant de résister aux demandes disproportionnées des médecins provisoires et la pratique où la contrainte a pris le pas sur l'équilibre légal. Par le contrat de gré à gré, les parties contractantes déterminent librement ensemble, par la discussion, les conditions de la convention. À l'inverse, dans le contrat d'adhésion, une partie fixe unilatéralement et à l'avance les conditions du contrat, demandant au cocontractant d'en respecter impérativement le cadre s'il accepte de le conclure. Le contrat de gré à gré permet de sortir du cadre de l'intérim pur conditionné par les textes. Il est alors le berceau des situations abusives.

La conclusion d'un contrat de gré à gré est la pratique des établissements, en dehors du cadre légal. La raison élémentaire du choix de ce contrat est la possibilité de passer outre les tarifs plafonnés relatifs à l'intérim médical du CSP.

### ***B - L'existence assumée de pratiques tarifaires excessives***

*Ab initio*, la circulaire du 3 août 2010 précitée affirme que « le montant de la rémunération doit être égal à celui que percevrait un agent non titulaire de la personne publique de même qualification occupant le même poste de travail. Ce montant doit intégrer, le cas échéant, les primes et accessoires du salaire ». Elle se base sur le Code du travail<sup>90</sup>. Puis, le décret de 2017 fait l'aveu d'une souplesse, alors que son rôle est d'encadrer la pratique, puisqu'il prononce un montant journalier plafonné. C'est un premier relâchement face à la particularité de l'intérim médical par rapport à celui des autres domaines. Ce décret ouvre ainsi la boîte de Pandore, même s'il est peu certain qu'il en aurait été autrement en se basant uniquement sur la législation du travail. C'est le début d'un procédé contractuel par lequel les établissements vont contourner ce montant plafonné. Plus que le contrôle des tarifs excessifs en aval, c'est le contrat de gré à gré en amont qui se doit d'être réglementé. C'est cet outil qui a semblé permettre aux directions de rémunérer démesurément leurs praticiens temporaires, au prix d'une illégalité perçue comme secondaire : celle du non-respect des rémunérations de praticien contractuel. Passer par une société d'intérim mais se détacher de l'encadrement de l'intérim pur pour recruter en tant que médecin remplaçant permet de se défaire, de manière confuse, du plafond de 1 170,04 € pour 24 heures instauré par le droit sanitaire. La première démarche d'encadrement de 2017 rappelle que le montant de la

---

<sup>90</sup> Art. L1251-43 6° Code du travail

rémunération et de ses différentes composantes doit apparaître explicitement dans le contrat<sup>91</sup>. Or, il n'en est rien dans la pratique hospitalière. Les établissements ont fait le choix de cette déviation afin de disposer de souplesse dans le recrutement de médecins temporaires. Pourtant, cela reste des contrats illégaux car ils ne respectent pas les plafonds de rémunération du praticien contractuel. Les directions hospitalières, dans l'optique de combler impérieusement leurs besoins ponctuels ou conjoncturels de personnel médical, ont proposé des rémunérations dépassant le plafond réglementaire. Tradition dont la naissance reste occulte, les hôpitaux sont tombés de Charybde en Scylla en faisant éclore un marché commandé exclusivement par la loi de l'offre et la demande, donnant lieu à des rémunérations ubuesques. Le salaire réglementaire étant d'ores et déjà supérieur à ceux du personnel hospitalier<sup>92</sup>, le déséquilibre s'est avéré débordant avec la dénonciation, souvent par le quatrième pouvoir faisant office de lanceur d'alerte, d'offres à 2000 €<sup>93</sup> ou 3000 € nets<sup>94</sup> la garde de vingt-quatre heures. Un établissement qui rémunère à 786 € brut les dix heures de garde en anesthésie est un bon élève. Plus globalement, l'augmentation des dépenses des établissements relatives à l'intérim médical sont un indicateur flagrant de ces tarifs officieux. La députée Stéphanie Rist, dans le rapport de la loi du 26 avril 2021, énonce des dépenses de personnel non permanent qui atteignent 1,4 milliard d'euros, soit près de 19 % de la paie des médecins dans le public<sup>95</sup>. En fonction des spécialités, les enchères montent, illustrant un des contrastes avec le statut de praticien hospitalier, qui n'est pas rémunéré en fonction de sa spécialité. Cette divergence s'ajoute à celle de l'écart de salaire puisque le dernier échelon d'un temps plein est rémunéré à 8 917,49 € bruts mensuels. Il est à préciser que s'ajoute à cette rémunération les diverses indemnités dues au professionnel, dont certaines sont peu connues telles que l'indemnité due lorsque le contrat de mission n'est pas transmis au salarié dans les deux jours ouvrables suivant sa mise à disposition<sup>96</sup>. Le coût que représente l'intérim pour le système hospitalier public est ce qui indignent l'opinion publique et les acteurs du secteur sanitaire au regard du constat unanime sur les contraintes financières colossales

---

<sup>91</sup> Instruction ministérielle N° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en œuvre du décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

<sup>92</sup> Art. 13 de l'Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>93</sup> Stromboni, C. Paroles de médecins intérimaires : « Je ferai tout mais je ne reviendrai pas à l'hôpital », 22 octobre 2021, *Le Monde*

<sup>94</sup> F.Béguin, Hôpital public : des services en jachère faute de médecins intérimaires , 22 mai 2018, *Le Monde*

<sup>95</sup> Rapport N° 3598 au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification 25 novembre 2020.

<sup>96</sup> L1251-40 Code du travail

auxquelles doit faire face l'hôpital public. Cependant, il est essentiel de relater que certains praticiens hospitaliers sont rémunérés de manière presque similaire aux intérimaires au regard de leur échelon et indemnités.

La persistance de cette anomalie qui coûte in fine au contribuable ne peut se justifier. Le caractère manifestement illégal de la pratique doit susciter de la sévérité et motiver des actions herculéennes pour la dissoudre. Cependant, l'absence de réponse appropriée au manque systémique de ressources humaines médicales mène à négliger cette situation. C'est une résilience visible dans la démarche des pouvoirs publics.

## **§2 L'insuffisance irréfutable du contrôle des modalités de recours à l'intérim médical**

Le dispositif législatif et réglementaire antérieur à loi du 26 avril 2021 ne met pas en place de sanction aux situations abusives existantes (A). De plus, les mesures prises par les pouvoirs publics sont tardives et symboliques (B).

### ***A - L'absence de sanction du non respect du cadre juridique du fait de textes sommaires***

En se concentrant uniquement sur les textes législatifs et réglementaires, le dispositif précédent la loi RIST ne présente aucune sanction concrète aux illégalités assumées dans la pratique hospitalière. Le législateur, en ce qui concerne le CSP, énonce le montant journalier maximum. Mais, il ne l'accompagne pas de mesures permettant la sécurité juridique du processus. Le bon sens commande que le non-respect du tarif entraîne la responsabilité personnelle de l'établissement donc du directeur d'hôpital devant le tribunal administratif. Néanmoins, les insubordinations aux dispositions du Code ne sont pas communément l'affaire du juge tant les acteurs se sont accordés à ce qu'il soit de coutume de dévier du cadre. Alors, il était permis de souhaiter, au regard d'une pratique ancrée dans les situations abusives, que soit anticipée la mise en place de contrôles écrits dans le marbre de la loi. Jusqu'en 2021, l'inaction du législateur dans ce champ est observée. Ce domaine est devenu une zone de non droit hospitalière. On fixe un plafond sans prendre en compte les conséquences en termes de ressources humaines de celui-ci. On le rend, de fait, inévitablement inapplicable. Le plafond de 2017 est anesthésié sous la pression des établissements. Il est, d'ailleurs, une brèche supplémentaire car représente l'interdiction que les hôpitaux vont chercher à contourner inlassablement. Il aurait été judicieux de la part de la législation sanitaire de s'engager dans la



précision des démarches de recrutement qui s'exercent en dehors de l'intérim pur. Il aurait fallu interdire ou avouer le monopole du contrat de gré à gré pour mieux le réglementer. Il y a une ignorance des pouvoirs publics face à la réalité du terrain. Elle ne peut pas s'expliquer autrement que par l'absence de solution concrète pour remédier aux abus. Le législateur pouvait anticiper que les modalités du recours au personnel intérimaire, qui est évidemment lié au sujet de la présence suffisante de personnel médical, ne suffiraient pas à contenir les excès prévisibles. La partie réglementaire n'a pas mieux agi en se contentant d'apposer le cadre sans le sécuriser ni en prévenir les conséquences. Il était à anticiper que le recours traditionnel devant le tribunal administratif n'existerait pas et que régnait un accord tacite sur des pratiques irrégulières du fait du manque de personnel médical.

Le Code du travail est plus strict en ce domaine en évoquant le rôle du juge judiciaire, qui peut ordonner la fermeture de l'agence d'intérim pour une durée qui ne peut excéder deux mois<sup>97</sup>. Mais, l'article ne vise pas la responsabilité de l'hôpital et s'intéresse au préjudice pour le salarié non permanent. La conception du Code du travail est tournée vers une approche qui se veut protectrice de l'intérimaire, car il est habituellement en situation précaire. Il y a une volonté de protéger le travail temporaire qui se caractérise par l'insécurité. Cela ne se relie pas correctement au contexte hospitalier. Le dispositif n'est pas adapté aux établissements publics de santé. L'intérim médical est traité comme l'intérim « commun ». Sa particularité dans le domaine hospitalier n'a pas été prise en compte par le Code du travail ou le CSP. Le fait que le rapport de force s'inverse au profit du salarié non permanent n'est pas assimilé. Assurer l'application du dispositif demande, certes, de réglementer et encadrer. Mais, il est nécessaire qu'en contrepartie, les pouvoirs publics se portent garant de ressources humaines suffisantes. En outre, l'apposition de sanctions efficaces et effectives en cas d'irrespect des normes légales et réglementaires en ce domaine est essentielle.

Le cadre légal et réglementaire étant succinct, les pouvoirs publics ont été dans l'obligation d'agir au gré des dérives par des actions qui se sont avérées fragiles et privées d'effet.

---

<sup>97</sup> Art. L1251-45 Code du travail

## ***B - La faiblesse des mesures pour contrecarrer les dérives de l'intérim médical***

« *Qu'est-ce que le passé, sinon du présent qui est en retard ?* »<sup>98</sup>. Les mots de Pierre Dac peuvent être exploités pour synthétiser la réaction du pouvoir exécutif face aux illégalités perpétuelles des établissements publics de santé. Au regard de textes lacunaires, l'exécutif a dû agir au fil de l'eau. Le rapport de 2013 d'Olivier Véran est en réalité stérile. Il se contente d'être un exposé de l'aveu d'une situation presque inextricable. Ce dernier contient des recommandations, qui sont en fait l'expression d'un idéal utopique. Aucun moyen, tel qu'un financement concret, n'est présenté pour faciliter la mise en place de ces « *idées* » pour contrer l'intérim. Le rapport évoque notamment le fait de faire connaître aux médecins en formation l'exercice hospitalier (hors CHU) et de les inciter à en faire leur projet professionnel<sup>99</sup>. C'est un procédé illusoire lorsqu'on sait que ce n'est pas la méconnaissance du statut qui est concernée, mais sa pénibilité. « *Améliorer l'organisation et appuyer les établissements dans le recrutement des médecins hospitaliers* »<sup>100</sup> est également une volonté louable. Toutefois, il s'agit de la problématique majeure du système public de santé, qui ne peut se résoudre simplement par des mesures non contraignantes et non solidement accompagnées financièrement par l'Etat. Il en va de même pour la volonté d'améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital. Constat plus que résolution, ce rapport n'est pas suffisamment prometteur pour être réalisable. Il se contente de survoler les problématiques plutôt que de les prendre en main. Il en allait de même avec la circulaire du 3 août 2010, qui est un rappel des règles applicables plus qu'une intervention stricte. La fixation d'un plafond en 2017 a, quant à elle, immédiatement perdu en légitimité par l'apposition de tarifs transitoires.

Des dénonciations aux rappels à l'ordre, l'exécutif agit en aval de l'existence des situations illégales et ne fait que constater son impuissance à les contrecarrer. L'aisance des établissements à ignorer le cadre légal et réglementaire du fait de l'absence de conséquences à l'illégalité s'est illustrée à l'aube de la loi de 2021. Cet « événement » juridique donne lieu, de manière hebdomadaire, à des conférences entre un représentant de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et les directions d'établissements de santé publics en vue de prévoir l'application de la loi<sup>101</sup>. Chacun y reconnaît aisément ses tarifs excessifs. Les directeurs,

---

<sup>98</sup> Dac, P. *L'os à moelle*, 1940

<sup>99</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.20

<sup>100</sup> *Ibid.*

<sup>101</sup> Échanges par messagerie électronique entre la FHF et les directions d'établissements de santé de Bretagne, 26 octobre 2021, Annexe 4. .

pourtant responsables, reconnaissent volontiers leurs dépassements et s'insurgent même du danger pratique que représente un futur contrôle des plafonds. L'incapacité de l'Etat d'avoir un rôle de contrepuvoir questionne également sa responsabilité. Dénoncer mais ne donner aucun moyen d'agir ne peut être la ligne directrice de l'intervention législative et réglementaire. Il manque un pièce majeure dans l'espoir d'un intérim apaisé et retrouvant son rôle originel de renfort : l'esprit d'une régulation stricte dont la loi de 2021 se veut être la conceptrice.

L'absence de sanctions efficaces a été la source de l'installation, dans la communauté médicale, de professionnels qui ne se conjuguent pas avec les valeurs entourant le service public hospitalier. Ce postulat s'avère plus dangereux encore que la question financière.

## **Section II - La perception d'un « mercenariat » dans les établissements publics de santé**

La communauté médicale dénonce une lancée vers une pente dommageable à la réputation de la profession (paragraphe 1) et qui menace de perdurer, tel un nuisible qui grandit au sein des établissements de santé publics (paragraphe 2).

### **§1 La remise en cause des valeurs éthiques et morales des médecins intérimaires**

De tous les méfaits engendrés par l'intérim médical, le positionnement des valeurs supposées des médecins provisoires est une source majeure d'incompréhension. Cette conception négative des médecins intérimaires dans les services de l'hôpital public naît de l'image d'un professionnel en contradiction avec la vision de la profession (A) et de la question sur sa réelle utilité (B).

#### ***A - L'idée persistante de « médecins mercenaires »***

L'intégration d'un objectif de profit par le professionnel temporaire dans le service public hospitalier est un paradoxe qui entraîne de la méfiance au sein de la communauté médicale. La déontologie médicale est morcelée par l'image d'un médecin recherchant des avantages financiers et du confort. Cela entre en conflit avec la figure du bienfaiteur désintéressé qu'est le praticien hospitalier exerçant dans l'intérêt de l'établissement avant le

sien. L'esprit de la déontologie demande aux médecins de faire passer l'établissement et les patients avant soi. Le boycott initié par le SNMRH lors de l'annonce de la réglementation des tarifs journaliers en 2017 a entraîné le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) à rappeler la responsabilité éthique des intérimaires. Le CNOM y dénonce des « *comportements, peu soucieux du devoir d'humanité* »<sup>102</sup> qui relèvent donc de la faute éthique donc l'éventuel engagement de la responsabilité personnelle de ces professionnels. Cette même initiative de blocage face à la régulation a permis à Frédéric Valletoux, Président de la FHF, de qualifier le médecin intérimaire de « *cancer de l'hôpital* »<sup>103</sup> et à l'ancienne Ministre de la santé Agnès Buzyn de consacrer l'expression de « *mercenaires* » qui « *profitent d'un système en tension* »<sup>104</sup>. Olivier Véran évoque l'absence de connaissance de l'équipe soignante qui pose problème, pour le médecin, comme pour l'équipe<sup>105</sup>.

La caractéristique temporaire de la mission de l'intérimaire contient en miroir son absence d'investissement dans la structure. Ces médecins « mobiles » ne connaissent pas les protocoles propres à chaque établissement<sup>106</sup>. Il y a un manque d'intérêt pour l'hôpital dans lequel ils exercent et l'ignorance des procédures propres, parfois, à chaque unité de soins. Cela a mené certaines directions à établir des listes noires d'intérimaires à ne plus contacter, illustrant ainsi une charge organisationnelle supplémentaire pour l'établissement public. On s'éloigne alors de la déontologie qui s'applique à chaque médecin exigeant une stricte moralité<sup>107</sup> et des soins dévoués<sup>108</sup>. Toutefois, en légère contradiction avec ce profil de professionnel recherchant une rémunération forte, l'Ordre s'évertue pourtant à rappeler que le gain n'est pas étranger à l'exercice de la profession mais que la rentabilité ne doit pas être l'objectif principal<sup>109</sup>. La venue d'un intérimaire peut aussi être source de temps de formation officieux pour les équipes devant faire avec ce professionnel. Cela éloigne l'idée d'un renfort bénéfique et questionne les compétences du professionnel temporaire. Ce n'est pas une tâche aisée pour l'équipe de soins d'intégrer pleinement un médecin inconnu, qui ne connaît pas les patients ni les locaux. Les professionnels voient un intérêt moindre à l'immiscer correctement dans le fonctionnement du service au regard de son départ hâtif ou de sa présence sporadique

---

<sup>102</sup> CNOM, note « Responsabilités éthiques et déontologiques des médecins intérimaires », 4 Juin 2018

<sup>103</sup> Mollier-Sabe, L. L'intérim est un cancer qui gangrène l'hôpital, 17 juin 2022, Public sénat

<sup>104</sup> Marcel, F. Médecins intérimaires: des « mercenaires » qui « profitent d'un système en tension » pour Buzyn, 4 Juillet 2018, Public sénat

<sup>105</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.18

<sup>106</sup> Cappe, M. *op.cit.*

<sup>107</sup> Art. R.4127-3 CSP

<sup>108</sup> Art. 32 Code de déontologie médicale

<sup>109</sup> Art. 19 Code de déontologie médical, Commentaires du CNOM

dans l'équipe. Comme le mal vient vite, et s'en va lentement, le directeur ne peut renoncer comme il l'entend à l'intérimaire qui n'apporte pas satisfaction. Ce dernier bénéficie de garanties par le Code du travail qui le protège car il ne voit que sa précarité sans l'ajout des complications qu'il engendre, même si une période d'essai courte est possible <sup>110</sup>.

Il existe un conflit opposant une pratique hospitalière inhibée d'un dévouement pour la structure et le nomadisme, voir le détachement caractérisant le professionnel non permanent. Cet écart sous-jacent provoque une perméabilité entre les deux modes d'exercices. Cette distance se confirme lorsque le rôle d'un renfort efficace en compensation du manque de personnel est remis en cause.

### ***B - La vision d'une fausse réponse à l'application des principes et devoirs entourant l'hôpital public***

Tel le mythe de Sisyphe, l'intérim médical peut se définir comme un faux remède aux maux des établissements publics de santé. Il se rapproche davantage de l'aggravation de ceux-ci. « *On prête toujours à l'ennemi les vertus qui manquent à l'allié* » <sup>111</sup>. Il a été perçu dans le médecin intérimaire la réponse aux manquements de l'effectivité du droit de la protection à la santé et aux devoirs demandés par le service public hospitalier. Mais, par exemple, la continuité reste touchée même après intégration des intérimaires dans le fonctionnement des services. Souvent dénichés au dernier moment et intervenant sans connaissance du service, des équipes, des personnes auxquelles s'adresser, la continuité des soins est mise à mal. Cette dernière demande aux structures et aux personnes assurant le service public hospitalier de garantir à tout patient accueilli la permanence de l'accueil et de la prise en charge ainsi que le devoir professionnel de continuité des soins qui rejoint le principe de continuité <sup>112</sup>. Le droit à la protection de la santé, devant être mis en oeuvre par tous moyens <sup>113</sup>, commande nécessairement la recherche de la qualité des soins, laquelle est le point principal de vigilance du recours aux intérimaires. Celle-ci interroge au regard des compétences des médecins intérimaires du fait de l'absence des attestations entourant leur recrutement, d'entretiens professionnels, d'évaluation ou de formation les concernant. La seule condition à remplir pour effectuer une mission temporaire est l'inscription au tableau,

---

<sup>110</sup> Art. L1251-14 Code du travail

<sup>111</sup> Hollier, R. *Marche ou Crève, Carignan*, 1962

<sup>112</sup> Moquet-Anger, M.L. (2020). *Droit hospitalier* (5<sup>e</sup> éd.). L.G.D.J.

<sup>113</sup> Art. L.1110-1 CSP

alors même que parfois ces médecins intérimaires peuvent être des retraités et n'ont pas exercés depuis une période déterminante. Les conflits relationnels avec les homologues hospitaliers entravent pareillement la qualité de la prise en charge à l'égard du patient. Ils apparaissent par des lacunes de communication dans l'équipe ou par le relationnel amoindri entre le médecin temporaire et le patient.

La volonté de remplir à tout prix le « quota » de médecin dans un service coûte in fine au patient. La diminution du nombre de médecins dans plusieurs spécialités indispensables au fonctionnement de l'hôpital a conduit les établissements à renforcer un système de soins plus centré sur l'offre de soins que sur le patient lui-même <sup>114</sup>. Une application téléologique des textes, en particulier depuis la loi Kouchner <sup>115</sup>, recommande de faire du bénéfice au patient le socle des décisions de gouvernances hospitalières. Pourtant, le contexte de contraintes ne permet que de mettre en place le mirage d'un hôpital qui remplit tous les critères de fonctionnement plus qu'il ne fonctionne réellement. Un cercle vicieux apparaît : on tente de remédier à une qualité des soins menacée par une déshérence de la profession hospitalière, tout en intégrant un acteur qui contribue à malmener un exercice sain de la médecine. C'est aussi la conjugaison de ces médecins recrutés à tout prix avec la politique imposant la maîtrise des dépenses de santé qui fait confusion. Cette politique imprègne l'hôpital depuis 1991, où la loi Evin entreprend un lien entre les finances sociales et l'hospitalisation. Elle est plus officielle en 1996 <sup>116</sup>. L'étouffement de l'hôpital public ne peut être accepté si, *a contrario*, les financements de l'établissement sont écoulés sans compter pour du personnel non permanent.

L'intérim médical peut être perçu comme l'ajout d'un défaut dans une prise en charge qualitative du patient. La vision d'un médecin qui recherche la rentabilité tout en semant, malgré lui, une menace sur la sécurité des soins due aux patients est aussi dangereuse. Pourtant, l'hôpital semble rester fidèle à ce mode opératoire, qui s'impose facilement face à l'absence d'autres solutions pour les établissements publics.

---

<sup>114</sup> Coriat, P., Pontone, S. *op.cit.*

<sup>115</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>116</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

## **§2 La pérennité inéluctable des dérives des professionnels non permanents de l'intérim médical**

Intrinsèquement au dispositif de l'intérim médical, la concurrence créée par des dérives montantes amène le professionnel non permanent à cultiver ses avantages indus (A). Une conclusion *largo sensu* permet d'affirmer une cause davantage centrifuge au regard de la conception de l'encadrement du système hospitalier par les pouvoirs publics (B).

### ***A - Le rapport de force profondément au bénéfice des médecins remplaçants***

La culture médicale et l'indépendance dans l'exercice de leur art dont sont imprégnés les médecins est une source de négociations perpétuelles entre le personnel médical et les hôpitaux publics. Le directeur d'hôpital n'étant pas le supérieur hiérarchique du médecin, son devoir d'assurer l'organisation de l'établissement doit s'exercer avec les nuances qu'importent l'irrévérence du praticien, dont le lien de subordination fait défaut. Un dilemme ampliatif s'ajoute lorsque ce professionnel relève en premier lieu de l'agence d'intérim et qu'il négocie son contrat avec la pleine conscience que le rapport de force oblique en sa faveur. L'intérimaire est conscient de la politique du « quoi qu'il en coûte ». Il sait que le directeur doit s'adapter plus qu'à proprement parlé faire du recrutement. La concurrence est installée entre les hôpitaux et, bien que malvenue dans le système hospitalier public, elle conduit les établissements à ne plus regarder à la dépense pour assurer l'effectif médical et donc de maintenir la qualité des soins. Le contrat de gré à gré devient, à peu de choses près, un contrat d'adhésion dont le directeur accepte les conditions ou les refuse au risque de voir l'intérimaire, sans difficultés, exercer ailleurs. Cette pression était éclatante lorsque la régulation de 2017 s'est mise en place et a permis aux professionnels « nomades » de comprendre à quel point leur intervention, du point de vue des hôpitaux, participait à ne pas nuire à la prise en charge du patient. C'est une confrontation que les intérimaires ont gagné lorsqu'on connaît les tarifs actuels. Le rapport de 2013, démonstration idoine que la pratique n'évolue pas, énonce « *une surenchère salariale de la part des candidats, dans un contexte de tension entre l'offre et la demande, qui met en concurrence les établissements entre eux* »<sup>117</sup>. Néanmoins, les plannings peu avantageux effectués par le médecin non permanent se comprennent également comme un arrangement pour les praticiens hospitaliers peu désireux des horaires de nuits ou des gardes à répétition, qui sont plus supportables pour un praticien n'exerçant pas à temps plein. C'est aussi une des raisons de la pérennité du mode d'exercice.

---

<sup>117</sup> Véran, O. *op.cit.*, p.15

Se plier aux exigences financières et matérielles des intérimaires est de coutume, au prix de la sécurité juridique du directeur d'hôpital qui engage sa responsabilité directe sur ses fonds propres. C'est aussi les entreprises de travail temporaire qu'il faut désigner responsables de la pression exercée sur les établissements, par le même constat d'absence de régulation les concernant. Leur fonctionnement, qui s'apparente à celui hors du secteur sanitaire, n'a pas su prendre en compte la particularité des établissements publics de santé. Elles se comportent comme une entreprise classique. Ainsi, un terrain concurrentiel est inévitablement en germe, ignorant la spécificités des prestations et services des hôpitaux. Une logique privatiste peine à s'intégrer sagement dans les hôpitaux publics.

L'usage des situations abusives se perpétue grâce à un positionnement contextuel en faveur des intérimaires. L'intérim médical est voué à durer car s'inscrit dans une situation politique dépassant les directions des hôpitaux.

### ***B - L'immuabilité de l'intérim médical, conséquence d'une politique publique contraignante***

La politique de santé publique est d'abord l'affaire de l'Etat <sup>118</sup>. Elle relève de sa responsabilité <sup>119</sup> malgré sa territorialisation. Les établissements de santé doivent en faire l'application. Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 intègrent la notion de maîtrise des dépenses de santé qui a imprégné le CSP et le Code de déontologie médicale. L'exemple parlant pour ce dernier est celui du devoir de limiter la prescription à ce qui est nécessaire <sup>120</sup>. Le plan Juppé se fondant sur la limitation des dépenses de santé, la performance des hôpitaux prend désormais en compte la notion d'économie. Il faut soigner tous les malades avec la plus grande humanité et en leur offrant la meilleure qualité des soins, mais au meilleur prix <sup>121</sup>. L'objectif est de resserrer au maximum les dépenses pour lutter contre le déficit de l'Assurance Maladie (AM) car on estime la France en retard par rapport aux autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Un rationnement s'orchestre. Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, la France connaît l'introduction de logiques gestionnaires qui se caractérisent par l'orientation de l'action vers les notions de coût, d'efficacité et de qualité. Il y a une attention pour l'organisation de la production plutôt

---

<sup>118</sup> Apollis, B. Truchet, D.(2020) *Droit de la santé publique*, (10e éd), Dalloz, p.72

<sup>119</sup> Art. L1411-1 CSP

<sup>120</sup> Art. 8 Code de déontologie médicale

<sup>121</sup> De Kervasdoué, J. *L'Hôpital*, 2015



que pour la production de soins elle-même <sup>122</sup>. De cette volonté de maîtriser les dépenses, est née la concurrence par comparaison entre les hôpitaux avec la tarification à l'activité, et se travaille parallèlement la mise en place d'une concurrence sur la qualité. L'enveloppe fermée de la tarification à l'activité est l'entrée de la théorie de la « *yardstick competition* » à l'hôpital <sup>123</sup>. Il y a une pression exercée sur les hôpitaux. Par le recours à l'intérim médical, se joint à la concurrence implicite financière, une nouvelle concurrence sur les ressources humaines. Cette concurrence illustre les limites d'une politique publique toujours plus contraignante. La maîtrise des dépenses de santé occasionne un abaissement de l'attractivité de l'exercice hospitalier. Cela a fait émerger une concurrence qui, à l'inverse, participe au débordement des dépenses. « *C'est double plaisir de tromper le trompeur* » <sup>124</sup> : ce constat paradoxal doit en effet amener les pouvoirs publics à réexaminer l'efficacité et les limites des contraintes financières imposées aux hôpitaux. Il n'en est rien tant les moyens financiers sont coupés à l'hôpital, lequel doit s'en référer à la seule solution à sa disposition : le coûte que coûte. La lutte contre les dérives de l'intérim médical ne passe donc pas par l'intérim médical, mais par une priorité donnée au système de santé. C'est un choix qui relève d'enjeux politiques plus généraux s'imposant aux pouvoirs publics qui se doivent, comme tous les acteurs du système sanitaire, garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

L'intérim médical est axiématique des maux de l'hôpital public. Il en est une conséquence comme une explication. En revanche, il n'en est pas la réponse. Il doit servir de miroir et de cartographie des dommages organisationnels d'un établissement sans en être le remède. L'intérim est un aveu de difficultés. Il est dépourvu de bienfaits et ce pour tous les protagonistes participant à l'alimenter. La preuve de l'erreur de se concentrer sur l'intérim lui-même est l'absence d'effet des mesures visant à le dompter. De cette conclusion, la réforme par la loi RIST est l'ultime pierre à l'édifice qui peut démontrer l'intention véritable des pouvoirs publics face aux dilemmes hospitaliers. Elle peut traduire une volonté d'appréhender réellement les dilemmes hospitaliers. Ou, à l'opposé, elle peut démontrer une dénonciation chimérique de l'intérim qui n'est en réalité qu'un arrangement confortable face au vide de propositions concrètes pour venir au secours du service public hospitalier.

---

<sup>122</sup> Routelous, C. Vedel, I. Lapointe, L. (2011) Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 47, 147-164

<sup>123</sup> Sirvens, N. Cours magistral de décisions économiques, 26 Janvier 2022.

<sup>124</sup> De la Fontaine, Le Coq et le Renard, 1668.

## **Partie II - L'efficace nuancée de l'ambition de rénovation du recours aux médecins intérimaires**

La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 se veut être l'épilogue de la résolution de la problématique de l'intérim médical. À cet effet, elle présente un mécanisme de lutte contre le phénomène dont la caractéristique de réel renouvellement interroge (Chapitre I). L'étude des assertions de cette nouvelle législation sert à en relever les manquements. En conséquence, cela démontre l'influence sporadique d'une offensive presque lymphatique à l'encontre des médecins temporaires sur les problématiques hospitalières (Chapitre II).

### **Chapitre I - Les propositions d'actualisation du cadre juridique de l'intérim médical par le truchement de la loi du 26 avril 2021**

L'établissement d'un état des lieux des propositions de la loi initiée par la députée Stéphanie Rist éclaire la ligne directrice des pouvoirs publics dans leur réaction aux dérives de l'intérim médical et constitue une source d'enseignements (Section I). Dans une approche plus pratique, les dispositions renouvelées, principalement l'article 33 qui établit la réforme de l'encadrement de l'exercice intérimaire, ont des conséquences sur le positionnement des acteurs des établissements de santé (Section II).

#### **Section I - La volonté psalmodique d'un contrôle strict du recours aux médecins intérimaires**

La réflexion législative remaniée dépeint un schéma similaire aux précédents à l'égard de la conception du contrôle du travail temporaire (paragraphe I), principalement par l'angle d'attaque choisi pour cette régulation, à savoir la rémunération du personnel médical intérimaire (paragraphe II).

## §1 La réflexion menant à l'article 33 de la loi RIST

Les motivations entourant l'initiative d'une intervention législative encadrant l'exercice intérimaire (A) et les contradictions relevées menant au texte final (B) sont téléologiques aux idées antérieures qui, pour mémoire, sont restées veines de résultats.

### *A - La conception inchangée des pouvoirs publics dans le processus de régulation de l'intérim médical*

« *Les erreurs sont les portes de la découverte* »<sup>125</sup>. Pourtant, l'impulsion relançant le devoir moral d'agir contre l'intérim médical est décevante, puisque répétitive. L'échec des mesures antérieures ne fait pas émerger un discours déconstruit du symbole que représente l'intérim médical, lequel recouvre inopportunément sa genèse véritable. La question, initiée par le Pacte de refondation des urgences de 2019, a été réouverte par le biais de sa reprise dans le Ségur de la santé, étalement du mal-être hospitalier. Cette concertation de grande ampleur entre les différentes échelles d'acteurs du secteur sanitaire entérine l'intérim médical dans ses principales conclusions. L'énoncé est explicitement brut : la sixième conclusion escompte de « *mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public* »<sup>126</sup>. Cette revendication s'inscrit dans un pilier dont la dénomination fait espérer une avancée de position : « *transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent* »<sup>127</sup>. Nonobstant, le virage n'est pas opéré puisqu'il est cité « *l'inflation des prétentions des médecins* » et l'idée moralisatrice selon laquelle « *c'est sur eux qu'il faut agir* »<sup>128</sup>. La diabolisation du médecin temporaire réapparaît, dont on sait qu'elle est improductive. Dans un schéma habituel, les pouvoirs publics font le choix de s'attaquer au contenu plutôt qu'au contenant alors qu'il est explicite que l'intérim médical est un symptôme, non une cause. L'identité de réflexion avec les tentatives de régulation préexistantes fait présager un résultat similaire sur les questions d'attractivité dans l'hôpital public. Cela annonce une absence de mesures concrètes avec un rabattement sur la dénonciation de l'intérim, angle d'attaque vain. Un processus circonspect et réfléchi de recherche de revalorisation de l'exercice médical dans les établissements de santé publics aurait permis un extrême inverse. Cet autre penchant est celui de ne pas évoquer les situations abusives de l'exercice intérimaire. Mais, il s'agit plutôt de s'attacher aux conditions de travail à l'hôpital public. Une attractivité rétablie et installée de l'exercice en établissement

---

<sup>125</sup> Brussolo, S. *Les rivages incertains (la fille aux cheveux rouges)*, 2006

<sup>126</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ségur de la Santé : les conclusions*, dossier de presse, Juillet 2020 p.13

<sup>127</sup> *Ibid.*

<sup>128</sup> *Ibid.*

de santé oblitère la mise en place de dérives pour maintenir le fonctionnement de l'établissement.

Il convient néanmoins de relever que les conclusions du Ségur de la santé se veulent davantage strictes comparativement aux interventions précédentes. Elles font miroiter l'élaboration d'une stratégie moins illusoire. Le législateur appose ouvertement la mise en œuvre d'une sanction. On ajoute des conséquences à l'irrespect d'une règle de droit. Le législateur outrepassé son rôle car, en principe, c'est au pouvoir réglementaire d'assurer l'application de la loi. Mais, en l'absence de réaction de la part de ce dernier, il a été décidé de détourner légèrement cette distinction de compétences. Le pouvoir réglementaire est plus exactement chargé de l'application du contrôle du respect de la loi, lui-même inscrit dans la loi. La loi a une force juridique supérieure au règlement<sup>129</sup>. L'inscription de la sanction à l'irrespect des règles encadrant l'intérim médical en son sein doit donc accentuer l'effectivité de celle-ci. La sanction arrêtée procède à une juridicisation du contrôle des dérives de l'exercice intérimaire. L'intégration du juge administratif signale l'apparition de réponses concrètes aux pratiques abusives. Cependant, l'utilisation de l'intérim comme trompe-œil face à l'absence d'autres initiatives se confirme dans l'instruction ministérielle du 4 novembre 2021<sup>130</sup> où l'on retrouve un discours de constats plus que de solutions, à l'image du rapport d'Olivier Véran de 2013.

La redondance des motivations dans la relance de la lutte contre l'intérim médical a été soulignée lors de l'élaboration de la loi du 26 avril 2021 et moindrement prise en compte.

### ***B - Les débats parlementaires illustrant la récurrence dans la conception de la réforme de l'intérim médical***

La députée Stéphanie Rist, figure de l'initiative, et les députés Christophe Castaner, Fadila Khattabi et Christine Cloarec ont déposé à l'Assemblée Nationale (AN), le 22 octobre 2020, une proposition de loi qu'ils présentent comme « *la traduction législative des mesures issues des conclusions du Ségur de la santé* »<sup>131</sup>. L'article 33 est l'effigie du volet de l'intérim médical dans l'amélioration des conditions d'exercice au sein de l'hôpital public. Réguler

---

<sup>129</sup> Kelsen, H. *Théorie pure du droit*, 1934

<sup>130</sup> Instruction ministérielle N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021 relative au report du contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé.

<sup>131</sup> Site officiel du Sénat, proposition de loi « Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », 21 août 2022

l'intérim médical paraît d'ores et déjà vain tant les pratiques actuelles l'ont éloigné de son rôle envisageable d'aide ponctuelle au manque de praticiens hospitaliers. Toutefois, une stratégie de régulation réfléchie et consciencieuse peut traduire une volonté d'agir plus qu'un souhait de dissimuler une absence de possibilités d'intervenir. Pour ce faire, elle se doit d'être efficace et compatible avec des propositions plus larges.

C'est dans cet objectif que la navette parlementaire de l'article 45 de la Constitution de 1958 vise à évaluer la teneur réelle des ambitions de régulation du recours à l'intérim médical. L'étude et le remaniement d'une proposition de loi entre l'Assemblée Nationale et le Sénat a la capacité d'être la source d'un travail de détail sur les conséquences des manquements de ce qui était, *ab initio*, l'article 10 de la loi RIST. La navette parlementaire permet de prendre en considération des aspects manqués par les rapporteurs initiaux. Ainsi, il est regrettable que le gouvernement, le 3 novembre 2020, ait engagé la procédure accélérée<sup>132</sup>, ramenant la discussion à une seule lecture par chaque assemblée avant de provoquer la réunion d'une Commission Mixte Paritaire (CMP) chargée, en dernier recours, de proposer un texte faisant office de compromis. Ce point du processus législatif démontre, identiquement aux réformes précédentes, une réponse trop hâtive aux enjeux hospitaliers, qui ne prend pas le temps d'étudier l'entièreté des aspects de la problématique. Il s'agit, derechef, de satisfaire l'opinion publique, en s'accommodant d'un procédé éclopé sur le fond bien que louable et légitime de prime abord. La sénatrice Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat lors des débats parlementaires, évoque « *une disposition d'affichage, dont nous comprenons la motivation, mais dont nous restons persuadés qu'elle présente plus de dangers que de ressources* ». Elle dénonce une réforme qui ne présente que de « *faux espoirs* »<sup>133</sup>. L'inefficacité de la lutte est reconnue au sein des pouvoirs publics, permettant de s'étonner de la revendication par la députée Stéphanie Rist, lors des débats, d'outils uniquement « *dissuasifs* »<sup>134</sup>. En première lecture au Sénat, le rapporteur Alain Milon exprime déjà le caractère inadapté des propositions déposées le 22 octobre 2020<sup>135</sup>. Son rapport semble enfin s'intéresser à l'application de la réforme sur le terrain. Dans cette optique, il l'a aménagée aux contraintes hospitalières en ajoutant un délai de six mois entre la publication de la loi et

---

<sup>132</sup> Article 45 de la Constitution de 1958

<sup>133</sup> Rapport n° 3935 de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, déposé le 2 mars 2021

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> Rapport n° 356 (2020-2021) de A. Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 février 2021

l'entrée en vigueur effective de l'article 33. Nonobstant, cette modification est l'unique apparition d'une volonté de réforme pour concrètement renouvée l'état actuel du droit. Effectivement, la loi du 26 avril 2021, in fine, présente un article 33 correspondant aux propositions initiales, ignorant les avertissements du Sénat sur le risque d'un dispositif infructueux.

La procédure réflexive menant à l'adoption de la loi RIST atteste de la phraséologie de la lutte contre les abus de l'intérim médical. Elle traduit qu'une méfiance est permise quant à l'efficience du nouveau cadre législatif. Plus concrètement, le contenu des dispositions et les changements pratiques qu'elles apportent peuvent renforcer ou atténuer cette appréhension.

## **§2 La revendication cyclique d'une réaction stricte aux rémunérations excessives**

La substance de la réforme de l'exercice intérimaire s'applique singulièrement à contrecarrer les abus financiers du phénomène (A). Cela mène à des dilemmes techniques dont la résolution constitue la pierre angulaire de l'application du dispositif (B).

### ***A - La concentration principale de l'article 33 sur le contrôle financier de l'intérim médical***

L'article 33 de la loi n°2021-502 donne lieu à l'actuel article L6146-4 du CSP. Il se veut, de prime abord, général. Le législateur énonce le contrôle de « *l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire* »<sup>136</sup>. Malgré la notion d'irrégularité qui dépasse l'unique illégalité de rémunération, la limitation du contrôle est nécessairement instaurée par les frontières de l'office du comptable public. La loi dispose qu'il effectue un contrôle « *sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire* » quand « *leur montant excède les plafonds réglementaires* »<sup>137</sup>. Le comptable public étant l'informateur du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS), l'irrégularité que ce dernier défère au tribunal administratif ne peut être qu'uniquement relative à la rémunération du praticien intérimaire. Supplice de Tantale, le résultat de débats houleux est celui, minime, d'un dispositif inchangé, hormis par l'approfondissement du contrôle financier. Il est tout de même autorisé de reconnaître que le législateur franchit une étape. Enfin, une

---

<sup>136</sup> Art. L.6146-4 du CSP

<sup>137</sup> *Ibid.*

sanction est écrite dans le marbre de la loi concernant les abus financiers : la menace directe du recours devant le juge administratif.

Cependant, le pouvoir public n'a pas saisi la quintessence de l'ouvrage. Les rémunérations abusives ne peuvent être jugulées par une intervention sur ces mêmes rémunérations. Effectivement, les dispositions anciennes démontrent que l'intérim médical ne peut être contrecarré que par des procédés qui ne le concernent pas. On peut se lamenter de l'absence de modification de l'article L6146-3<sup>138</sup>. Ce dernier autorise le recours au personnel intérimaire en se montrant excessivement souple. Il aurait pu être la base de la mise en place d'une sanction du recours au personnel médical temporaire en dehors de l'intérim pur. L'absence de dureté dans le type exact de contrat qui peut donner lieu à une mission temporaire mène à maintenir les abus qui trouvent leur origine dans les détournements du contrat de mise à disposition. Cette lacune, qui est pourtant la source majeure des situations irrégulières, peut faire craindre pour l'applicabilité du cadre juridique renouvelé. La sécurité juridique, qui demande à la loi d'être cohérente et de permettre à l'individu d'être fixé sur le droit applicable<sup>139</sup>, est remise en cause dans ce dispositif.

Hormis le constat d'un intérêt uniquement centré sur le contrôle financier, il est essentiel d'étudier les possibilités de régulation vertueuse que le procédé pourrait éventuellement contenir.

### ***B - La définition périlleuse d'un dispositif de contrôle du respect du plafond journalier***

La loi du 26 avril 2021 ne peut pas se définir comme le symbole d'un tournant dans l'encadrement de l'intérim médical car la logique législative antérieure refait surface. L'inquiétude des directions des établissements face à son arrivée démontre la complexité de l'application des textes sur le terrain. Un vent de panique gagne les hôpitaux par l'appréhension de devoir réellement respecter ce texte, entièrement ignoré jusqu'à lors. La scène de l'affolement à l'occasion de la mise en place du décret de 2017 se rejoue. Ce décret n'a pourtant eu aucune incidence contraignante en pratique. Il est légitime de se demander si, cette fois, la tentative va être réussie. Mais, se dessine un avenir équivalent. En premier lieu, le plafond réglementaire ne varie guère. La loi RIST maintient le plafond de 2017. Son

---

<sup>138</sup> Art. L6146-3 CSP

<sup>139</sup> Cabrillac, R. *op.cit.*, p.501

objectif est donc de le faire véritablement appliquer. C'est les modalités de contrôle qui ont été choisies comme angle d'attaque. La gradation dans la lutte contre les dérives de l'exercice médical intérimaire se fait sur ce point. Il s'agit de mettre en place un contrôle administratif concret du respect du plafond par le comptable public où l'illégalité mène directement devant le juge de l'administration.

La non pertinence d'un procédé concentré sur la régulation des dépassements des plafonds peut être démontrée. En effet, la brèche actuelle est identique. Le contrat de gré à gré, relation contractuelle majoritaire dans les établissements, reste le contournement qu'il est actuellement. Certes, le projet d'instruction ministérielle prévoit que le contrôle du comptable public s'effectue sur les relations contractuelles directes entre intérimaire et établissement<sup>140</sup>. Mais, la loi n'évoque pas ce cas. L'article R6146-25 du CSP, au contraire, ne mentionne que le contrat de mise à disposition. Ce flou législatif, comme les précédents, fait la promesse de faire perdurer les abus permis par les interstices des textes. Par l'adage « *dura lex sed lex* »<sup>141</sup>, on comprend que le juge administratif qui se verra déférer des contrats de gré à gré ne pourra qu'admettre son incompetence, même si l'on peut espérer que l'esprit du texte et la réalité du terrain soient prioritaires. En dehors de cette aspiration, penser que les directions ne vont pas se ruer sur une interprétation littérale du texte est utopique. Le contrôle rigoureux du comptable public ne vaut que pour l'intérim pur évoqué par l'article L6146-3 du CSP, qui n'existe pas en pratique. Même si l'étendu *largo sensu* du contrôle donné par l'instruction ministérielle est celui appliqué, un nouvel obstacle intervient. Le contrôle des contrats de gré à gré doit, dans ce cas, non pas respecter le plafond du décret de 2017, mais les rémunérations des praticiens contractuels. Or, le nouvel article L.6146-4 du CSP complète l'article précédent relatif au recrutement par le biais d'entreprises d'intérim. Logiquement, les plafonds réglementaires dont il question sont ceux du décret de 2017 qui concernent l'intérim médical. Un brouillard juridique se manifeste et représente le maintien d'une interstice où les illégalités ne peuvent que prospérer. Un espoir mince réside dans la possibilité d'une interprétation large et téléologique des textes par les acteurs, c'est-à-dire l'intégration du contrat de gré à gré au contrôle. On peut escompter que cette aspiration n'est pas pragmatique car cela serait une lecture du texte en défaveur des établissements de santé.

---

<sup>140</sup> Projet d'instruction ministérielle N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/ relative au contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé, p.20.

<sup>141</sup> « *La loi est dure mais c'est la loi* » [Traduction]



Les attributions renouvelées octroyées aux acteurs entourant le personnel médical intérimaire sont désignées comme l'outil ultime pour mettre fin aux rémunérations excessives. Elles visent à être un garde-fou solide contre les situations irrégulières.

## **Section II - La redéfinition du rôle des acteurs du contrôle du recours à l'intérim médical**

L'efficience de la mise en place d'un blocage du non-respect des tarifs réglementaires se mesure par la pertinence des fonctions données aux protagonistes du contrôle des rémunérations. Questionner l'adéquation de l'office capital attribué au comptable public (paragraphe 1) et la cohérence de l'association du directeur d'établissement et du « préfet sanitaire » (paragraphe 2) au processus permet de définir une opinion sur l'utilité de l'article 33.

### **§1 Le rôle novateur et délicat de l'agent comptable**

Le comptable public est désigné par le pouvoir public comme l'élément fondamental de l'opérabilité des dispositions de la loi n°2021-502 relatives à l'intérim médical. La détermination juridique d'un office ad hoc le concernant (A) ne reste pas sans lacunes qui interrogent son efficience au sein des établissements (B).

#### ***A - L'agent comptable au fronton du renforcement du contrôle financier de l'intérim médical***

Le comptable public est un agent nommé par le ministre des finances et placé sous son autorité dont la mission est d'assurer le maniement, c'est à dire la perception et le versement, des fonds des organismes publics, de tenir la comptabilité des opérations qu'il effectuent et de conserver les pièces justificatives de ces opérations <sup>142</sup>. Partant de cette définition, le rôle qui lui est attribué par l'article 33 de la loi n°2021-502 est une marginalité juridique. Le CSP dispose que « *lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières* » <sup>143</sup>. La législation a mis en place un contrôle de légalité sur le respect du plafond réglementaire par l'agent comptable. Il s'agit ainsi d'un

---

<sup>142</sup> Cornu, G. *op.cit.*, p.218.

<sup>143</sup> Art. L.6146-4 CSP

contrôle de légalité interne qui est une compétence liée pour le comptable public, donc systématique. Il ne peut pas passer outre une irrégularité de rémunération.

Cet office est original, si ce n'est *contra legem*, au regard du principe fondamental de comptabilité publique de séparation des ordonnateurs et des comptables publics <sup>144</sup>. L'ordonnateur est l'autorité habilitée à donner à un comptable public l'ordre de percevoir ou de verser des fonds au nom d'un organisme public <sup>145</sup>. En vertu du principe de séparation, les fonctions d'ordonnateur et de comptable public sont incompatibles. Un même agent ne peut cumuler les deux rôles. Les ordonnateurs sont chargés de l'ordonnancement d'une dépense publique tandis que les agents comptables ont la mission d'exécuter les ordres des ordonnateurs. Or, l'agent comptable est ici chargé d'une mission supplémentaire qui relève habituellement de l'ordonnateur. Il doit contrôler la régularité d'une rémunération, alors que sa fonction classique est d'exécuter la décision de l'ordonnateur sans en mesurer l'opportunité. Même si le juge administratif évoque un « *contrôle de cohérence* » <sup>146</sup>, il a récemment rappelé que les comptables publics se livrant à l'examen de la validité d'une créance doivent s'abstenir d'apprécier la légalité des actes administratifs fournis au titre du contrôle des pièces justificatives <sup>147</sup>. Le projet d'instruction ministérielle proposé par l'instruction ministérielle du 4 novembre 2021 mentionne qu'il s'agit ici d'un contrôle de légalité prévu par exception à la loi <sup>148</sup>. Cela s'assimile à du bricolage. La fin justifie les moyens. Les pouvoirs publics ont décidé qu'il fallait que cette vérification repose sur cet acteur. La raison d'une telle curiosité juridique peut se trouver dans la réforme, à venir à compter du 1er janvier 2023, du régime de responsabilité des gestionnaires publics <sup>149</sup>. Celle-ci met fin à la responsabilité personnelle et pécuniaire auquel sont soumis les comptables publics. Ses deniers personnels n'étant plus engagés, c'est un adoucissement qui permet de justifier l'octroi d'un contrôle de légalité interne d'un acte juridique. Il reste qu'en attendant l'application de la réforme, la responsabilité pécuniaire de cet agent public subsiste et qu'on ne peut ainsi qu'en déduire la volonté coriace de faire de l'agent comptable l'acteur crucial de la lutte contre les rémunérations excessives.

---

<sup>144</sup> Art. 20 décret du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, modifié par Art.8 Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

<sup>145</sup> Cornu, G. *op.cit.*, p. 718

<sup>146</sup> CE, 2018, n°421299

<sup>147</sup> CE, 16 février 2022, n°439427

<sup>148</sup> Projet d'instruction ministérielle N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/ relative au contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé, p.12

<sup>149</sup> Ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics

Hormis un dispositif juridiquement obscur, la définition de l'agent comptable comme barrière essentielle aux rémunérations excessives pose des problématiques de terrains permettant de contester la rigueur du dispositif législatif.

### ***B - Les interrogations pratiques autour des attributions de l'agent comptable***

Le rapport du sénateur Alain Milon affirme rédigé lors des débats parlementaires remarque l'inopportunité « *d'investir le comptable public d'une telle mission, en raison de son intervention tardive dans le circuit de la dépense, nécessairement postérieure à l'accomplissement du service* »<sup>150</sup>. Le rôle d'alerte de l'agent comptable est en effet *a posteriori* de toute la procédure de recrutement du médecin intérimaire, une fois qu'il a effectué sa mission. On peut regretter de faire reposer la « dénonciation » des rémunérations hors tarifs réglementaires sur l'agent comptable et non pas sur les acteurs intervenant en amont dans le processus. De surcroît, Corinne Imbert note, pendant la navette parlementaire, les divers risques non appréhendés par la proposition de loi. La sénatrice alerte sur l'inefficience prévisible du procédé. Elle avance qu'on ne peut réellement imaginer le directeur refuser les prix négociés par le professionnel intérimaire au motif que le comptable public pratiquera une régularisation *a posteriori*<sup>151</sup>. L'utilisation de cet agent public comme une menace n'est pas une arme suffisante. Il faut agir avant que la prestation d'intérim ait lieu. C'est par cette prédiction que le Sénat souhaitait, par un amendement à ce qui était initialement l'article 10 de la loi, proposer d'écarter le comptable public du processus. L'idée est la suivante : en cas où le DGARS constate un montant dépassant le plafond définis par décret, ce dernier se doit de renvoyer l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), qui contient le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées au titre du travail temporaire, au directeur d'établissement. Il réserve ensuite son approbation jusqu'à ce que le montant soit inférieur au plafond. Cet amendement a été jugé inopportun par la CMP au regard de la difficulté de discerner la rémunération de l'intérim dans l'EPRD et d'apprécier en amont si le plafond réglementaire est dépassé \*. Le processus de régularisation est donc resté en l'état. Il mène les comptables à supporter la responsabilité morale d'éventuelles fermetures de service. *In concreto*, l'impossibilité d'outrepasser la réglementation est une pente dangereuse vers une pénurie aggravée de personnel médical, les établissements ne pouvant même plus compter sur le sacrifice de l'éthique et du droit par le recours à l'intérim.

---

<sup>150</sup> Rapport n° 356 (2020-2021) de A. Milon fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 février 2021.

<sup>151</sup> Rapport n° 398 (2020-2021) de C. Imbert, sénatrice et S. Rist, députée, fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 2 mars 2021.

Le premier accusé sera le comptable public, qui a « refusé de payer les médecins ». L'idéal d'un dispositif qui met fin aux prétentions salariales excessives par la connaissance des acteurs du blocage inévitable par le comptable public s'estompe. Le procédé est incompatible avec la pratique. La ligne directrice de faire porter la régularisation sur le comptable public, bien qu'elle semble être un aveu de l'impossibilité implicite d'agir des directeurs d'hôpitaux, est une mauvaise piste.

Le comptable public est désigné comme l'élément primordial du dispositif de lutte contre les rémunérations abusives du personnel médical temporaire. L'application assurée de son office est greffée à une mobilisation hétéroclite des acteurs de la gestion du personnel temporaire.

## **§2 Les attributions des divers acteurs de la gestion du personnel médical**

Le dispositif législatif prévoit une passerelle entre l'irrespect des tarifs et la réalisation d'un contrôle juridictionnel par le biais de DGARS (A). Egalement, il interroge quant à la place du directeur d'hôpital face au nouveau processus de lutte contre les dérives de l'intérim médical (B).

### ***A - Le symbole de l'intervention du DGARS dans le contrôle des rémunérations abusives***

L'article L.6146-4 du CSP dispose que « *Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public* ». Ce recours prévu par loi peut s'assimiler à un déféré préfectoral <sup>152</sup>. Cela fait du dispositif législatif un double contrôle administratif, l'auteur du recours devant effectuer un contrôle de légalité sur les actes qu'il défère devant le juge de l'administration. Ainsi, la fermeté du procédé pourrait être confirmée. Pourtant, l'article ne mentionne que l'information du DGARS par le comptable public, non pas un contrôle émanant du DGARS avant le recours devant le juge. En sus de mettre en place, de nouveau, une marginalité juridique tout à fait *ad*

---

<sup>152</sup> Art. L.2131-6 CGCT

*hoc*, il en résulte logiquement une compétence liée pour le DGARS. Cette obligation va à l'encontre du pouvoir discrétionnaire de cet acteur d'entamer ou non un recours administratif. On retrouve le bricolage législatif peu rigoureux mais aussi une faiblesse du processus. Il paraît peu vraisemblable, au regard de la pratique ancrée dans des rémunérations excessives, que le DGARS défère automatiquement toute irrégularité. Notamment, le délai de deux mois pour agir devant le juge administratif est excessivement succinct face à la déferlante prévisible d'actes litigieux relatifs à l'irrespect des plafonds. Il paraît pareillement complexe, en aval, que le comptable public fasse blocage sans exception.

Plus largement, l'intervention du DGARS permet aux pouvoirs publics de mettre en avant la volonté de l'Etat d'agir dans la lutte contre les abus de l'intérim médical. Les ARS sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé <sup>153</sup>. Par ce biais, l'Etat dévoile ainsi son apparent investissement complet sur la question de l'intérim médical. L'absence de recours devant le tribunal administratif en cas d'irrégularité peut engager la responsabilité pour faute de l'Etat. Toutefois, cette responsabilisation d'affichage de l'Etat est à nuancer. La politique nationale de santé est déclinée au niveau territorial et singulièrement au niveau régional <sup>154</sup>. Les ARS se doivent d'assurer la politique nationale de santé et la responsabilité de l'application de celle-ci leur incombe <sup>155</sup>. Cette politique est conduite dans le cadre de la stratégie nationale de santé, laquelle comporte un Projet Régional de Santé (PRS), arrêté par le DGARS. Le PRS de Bretagne pour 2018 à 2022 tient compte, dans le Schéma Régional de Santé (SRS), « *de la contribution apportée aux sites ou territoires fragilisés par les difficultés de recrutement et le recours à l'intérim* » <sup>156</sup>. Par conséquent, plutôt que l'agent comptable, c'est le DGARS qui doit logiquement être en première ligne du processus législatif. Une véritable action de l'Etat par le biais régional aurait été de faire intervenir le contrôle du DGARS en amont. La raison pour laquelle il intervient à la fin du contrôle est obscure. C'est, d'ailleurs, ce qui a été proposé par les sénateurs lors de la navette parlementaire. La commission des affaires sociales a réécrit l'article en privilégiant un renforcement du contrôle budgétaire *a priori* exercé par le DGARS <sup>157</sup>. On peut deviner l'illusion de l'investissement de l'Etat, qui revendique mettre en

---

<sup>153</sup> Art. L1432-1 CSP

<sup>154</sup> Appolis, B. Truchet, *D.op.cit*, p.76

<sup>155</sup> Art. L1411-1 CSP

<sup>156</sup> PRS Bretagne 2018-2022, p.78

<sup>157</sup> Rapport n° 356 (2020-2021) de A.Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 février 2021

jeu sa responsabilité tout en prenant soin d'établir un recours utopique et de s'en remettre au comptable public.

L'analyse juridique du nouveau dispositif en démontre les anomalies et aide à entrevoir les intentions véritables du législateur. L'assurance de la protection du directeur d'hôpital, qui est une victime de l'intérim médical plus qu'un responsable, est pareillement à nuancer, creusant la fragilité du processus.

### ***B - La fragilité de la protection du directeur d'hôpital***

Le directeur d'hôpital, selon l'article L.6143-7 du CSP, représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de celui-ci. A ce titre, la nouvelle législation qui prévoit un recours devant le juge compétent des contrats ne respectant pas les plafonds réglementaires interroge. Le contrôle administratif puis juridictionnel fait peser une menace sur la personne clé de l'établissement <sup>158</sup>. Elle signifie l'engagement de la responsabilité du directeur à chaque acte irrégulier. Pour chaque dépassement, cet acteur doit répondre des rémunérations du personnel médical temporaire devant les juges du fond. Or, il est avéré que ce fonctionnaire est face à un dilemme de gouvernance. Il est contraint de recourir aux médecins intérimaires, faute de solution alternative, pour ne pas devoir fermer un service temporairement ou définitivement. Un tel dysfonctionnement de l'établissement peut également engager sa responsabilité, puisqu'il est responsable de l'organisation de la structure. La législation sanitaire affirme qu'il arrête l'organisation interne de l'établissement <sup>159</sup>. Toutefois, il est tout autant responsable de la gestion administrative et financière de ladite structure <sup>160</sup> et conclut le CPOM, lequel mentionne la lutte contre les dérives de l'intérim médical. Dans les deux hypothèses, le directeur est forcément « fautif ». Il doit réaliser un équilibre impossible entre une contrainte de ressources humaines et une contrainte budgétaire. Cette épée de Damoclès que représente le recours juridictionnel s'ajoute à la responsabilité reposant sur les épaules du directeur quant aux fautes de service des médecins intérimaires. Il faut également la compléter avec son éventuelle responsabilité pénale, dans le cas où un contrôle donne lieu à la reconnaissance du délit d'abus de biens sociaux.

---

<sup>158</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *op.cit*, p.141

<sup>159</sup> Art. L6143-7 7° CSP

<sup>160</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *op.cit*.

Le législateur semble avoir conscience de ce choix cornélien entre régularité et bon fonctionnement du service. Le directeur d'hôpital est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. On comprend ainsi la logique de remettre entièrement le contrôle administratif des rémunérations du personnel médical temporaire dans les mains de l'agent comptable. Au prix du principe de séparation du comptable et de l'ordonnateur, on a juridiquement déchargé le directeur d'évaluer la légalité des contrats recrutant un médecin intérimaire. Nonobstant, une contradiction se présente. En déplaçant le contrôle de légalité, on ouvre la voie au directeur pour qu'il continue d'outrepasser les plafonds réglementaires, tout en laissant subsister un recours devant le juge qui se veut presque direct. L'intérêt de remanier les compétences entre ordonnateur et comptable est qu'en cas de rémunération irrégulière, le comptable peut renvoyer l'acte devant le directeur pour qu'il procède à sa régularisation. Cette régularisation est constante devant le comptable public mais catégoriquement omise lors du contrôle devant le DGARS. Aussi, le contrôle de légalité interne par le comptable public à la volonté de protéger le directeur des pressions exercées par les médecins remplaçants. Le législateur présume que les intérimaires acceptent nécessairement le plafond lors des négociations contractuelles car ils savent que le directeur est face à un non choix. Le comptable public rejette inévitablement l'acte irrégulier. Effectivement, les complications dans la mise en œuvre de la procédure de la loi RIST réside aussi dans l'incapacité des directeurs à l'appliquer car, en jachère, survient inéluctablement un mouvement de contestation des intérimaires comme des agences d'intérim. Cela passe par des menaces de refuser de venir exercer dans l'établissement et met donc en danger la continuité des soins. Au regard de la pénurie de ressources humaines médicales sur le terrain, cette prévision de faire barrière aux pressions semble pourtant illusoire.

En étudiant le fond des dispositions de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021, la probabilité d'un schéma d'échec qui se répète est palpable. L'apparente fermeté accentuée dans le rejet des rémunérations irrégulières présente des arguments dont les conséquences pratiques n'ont pas été profondément analysées. Cette insuffisance se retrouve dans la mise en œuvre de la loi, en aval même de son entrée en vigueur concrète. De fait, il est ensuite essentiel de visualiser les mesures opérées hors intérim médical, puisque la lutte contre celui-ci est une répétition infinie.

## **Chapitre II - Le questionnement du rôle de soutien aux défis de la gestion du personnel médical de la loi RIST**

En sus de l'interrogation de l'effectivité de l'article 33, les acteurs du secteur sanitaire sont confrontés aux obstacles posés par sa mise en place (Chapitre I). Les ambiguïtés du dispositif mènent finalement à questionner les alternatives au rejet des rémunérations pour combattre un intérim irrégulier (Chapitre II).

### **Section I - La mise en oeuvre incertaine des dispositions de la loi RIST**

La prévisibilité d'un rayonnement faible des règles de l'article 33 est exposée dans la préparation des établissements à leur applicabilité (Section I). En outre, les contraintes empiriques qui naissent du système issu de la loi remettent en cause les bénéfices d'appliquer ce dispositif (Section II).

#### **§1 L'interrogation sur l'application effective du nouveau cadre juridique**

Le législateur a opté pour des mesures transitoires dans l'ambition de faciliter le passage à la nouvelle réglementation (A). Cette étape intermédiaire fait déjà remonter des contrariétés opérationnelles, exprimant l'insuccès futur du système de la loi n°2021-502(B).

##### ***A - La difficulté d'une mise en oeuvre définitive du cadre juridique renouvelé***

Le premier aveu de l'imperfection des nouvelles règles juridiques est dans le report de l'application de la loi du 26 avril 2021. L'entrée en vigueur de l'article 33 est à l'origine fixée le 28 octobre 2021. Finalement, les établissements doivent se contenter d'une date incertaine. Le Gouvernement a décidé d'un report de la loi entière « *dès que possible en 2022* »<sup>161</sup>. On peut douter de la justification de ce décalage par les contraintes de la crise sanitaire, comme s'en justifient les pouvoirs publics. Il s'agit davantage de la confession d'un système qui creuse le péril de la gestion du personnel médical. Dès lors, les mesures perdent en crédibilité. Par ce report, les pouvoirs publics souhaitent préparer les directions à l'application de l'article 33. L'objectif est de mettre en œuvre un « contrôle à blanc » des établissements. Ce contrôle à blanc consiste en une étude d'impact des nouvelles dispositions sur l'organisation territoriale des soins.

---

<sup>161</sup> Instruction ministérielle N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021 relative au report du contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé, p.21



L'instruction ministérielle précitée du 4 novembre 2021 donne à L'ARS le rôle d'établir un diagnostic général du recours à l'intérim médical dans les établissements de santé publics de la région. Il ne s'agit pas d'une étude exhaustive car, de ce diagnostic, l'ARS doit ensuite cibler les établissements qui, du fait de leur recours aggravé à l'intérim médical, seront singulièrement touchés par le nouveau dispositif législatif<sup>162</sup>. Ces derniers font l'objet du contrôle à blanc. Pour illustrer, 10 établissements de santé publique sont concernés par l'opération de tests à blanc en Bretagne. Le comptable public de ces établissements pratique, en prenant en base les paies du mois de novembre 2021, le contrôle de légalité prévu par la loi du 26 avril 2021 et en défère les résultats à l'ARS. Le périmètre comptable du contrôle se compose du compte 62-113 relatif au personnel extérieur et sur le compte charge de personnel quand l'intérimaire est dans le train de paie classique. Ce contrôle antérieur à l'entrée en vigueur de la loi permet aux ARS d'élaborer une cartographie du résultat de l'application de contrôle. En conséquence, une cellule de suivi pour les situations particulièrement difficiles est affectée pour tenter d'apporter des solutions à ces structures. Ce suivi permet la réalisation de véritables mesures d'attractivité pour ces hôpitaux. Mais, elles sont citées par l'instruction dans un aspect général, sans réelle profondeur. Sont évoqués « *les leviers relatifs à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins réels du territoire, le déploiement possible de ressources médicales de soutien sur le territoire, la logique de mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales [et] (...) l'articulation avec les ressources médicales en ville doit être prise en compte* »<sup>163</sup>. Les dialogues plus officieux sont heureusement plus concrets et prévoient la mise en œuvre des leviers supplémentaires issus de la réforme des statuts de praticien hospitalier avec la Prime de Solidarité Territoriale (PST)<sup>164</sup> ou encore une hausse des plafonds de rémunération des contrats classiques de praticiens contractuels. Apparaît le dénouement final : en cas de recours excessif à l'intérim médical, il faut passer par des leviers extérieurs à celui-ci pour y mettre fin.

La nécessité d'une mesure transitoire avant la mise de la loi RIST pour étudier son impact est confronté à la faisabilité des tests à blanc effectués sur les établissements désignés.

---

<sup>162</sup> *Ibid.*, pp.5-6

<sup>163</sup> *Ibid.*

<sup>164</sup> Échanges par messagerie électronique entre la FHF et les directions d'établissements de santé de Bretagne, 26 octobre 2021, Annexe 4

## ***B - L'échec prévisible des « contrôles à blanc » comme mesure transitoire***

La phase intervallaire proposée se compose, comme la loi RIST, de contraintes qui n'ont pas été appréhendées par le Gouvernement. En premier lieu, les tests à blanc sont un dispositif lourd. De nombreuses réunions hebdomadaires sont nécessaires. Elles sont menées par un représentant de la FHF avec les établissements intégrant l'échantillon objet de la mesure <sup>165</sup>. Il y a des mesures transitoires à la mesure transitoire. Se révèle un processus chronophage. Pourtant, les conférences en aval des contrôles à blanc sont essentielles tant le mode opératoire laisse des questions en suspend. Notamment, pour les conférences concernant les hôpitaux de Bretagne objet de la phase transitoire, une multitude de précisions sont demandées par les acteurs des directions des ressources humaines. Parmi les critiques émanant des directions, il est exposé que les tests à blanc ne prennent pas en compte les spécificités propres à chaque établissement concerné. Pour citer un exemple, certains centres hospitaliers mentionnaient qu'ils ne disposaient pas des comptes désignés par le périmètre comptable des tests à blanc. Les directions sont demandeuses, avant la réalisation du test, de pratiques comptables harmonisées. Cela représente un chantier considérable, reculant encore la possibilité d'appliquer le rejet strict des rémunérations excessives. Pareillement, un flou règne quant aux modalités temporelles des contrôles à blanc. Spécifiquement, la date des résultats de l'étude d'impact est vague et donc en réalité non connue. Plus techniquement encore, les établissements objets de l'enquête alertent sur la nécessité d'entendre le point de vue des comptables publics sur d'éventuels obstacles. Ces derniers expliquent que dans le flot de paies, c'est un exercice ardu que de repérer uniquement celles concernant le personnel intérimaire ou assimilé. En résumé, les directions regrettent une absence de directives nationales plus affinées. Cette insuffisance promet l'impossibilité de réaliser ce contrôle ou, au mieux, des tests à blanc aux résultats peu représentatifs.

Surtout, la finalité même de cette étape intermédiaire est brumeuse. L'objectif peut paraître vide. L'ARS réalise en amont du choix d'établissements objets de l'étude, une cartographie des structures à risque face à la loi RIST. Pourtant, cette enquête sert elle-même, in fine, à réaliser un état des lieux des difficultés à venir lors de l'application de l'article 33. Cette répétition s'accroît lorsqu'on prend en compte les enquêtes annuelles de l'ARS relatives à l'intérim médical, qui exposent déjà un bilan détaillé du recours et du coût de l'intérim dans les hôpitaux publics. De fait, l'utilité de l'étude est difficilement saisissable. Il

---

<sup>165</sup> *Ibid.*

est compliqué de percevoir de quelle manière le procédé prépare véritablement les établissements, singulièrement lorsqu'on observe l'action finale de l'étude. La volonté de la mise en place d'un « suivi particulier » apparaît maigre face à la non possibilité pour les directions de respecter les tarifs. De plus, l'état des lieux établi par l'enquête ne concerne que les difficultés financières et se concentre sur la gestion des comptes. Cela ne prend pas en compte entièrement les problématiques de terrain.

Les incohérences des tests à blanc sont des indices pour indiquer que la loi du 26 avril 2021 ne prend pas en compte l'exhaustivité des contraintes pratiques des directions face à l'application de l'article L.6143-4 du CSP. Les enjeux de l'intérim sont plus larges dans la gestion du personnel médical et la gouvernance.

## **§2 La réalité du terrain en contradiction avec le cadre juridique de la loi RIST**

Le système mis en place par la loi du 26 avril 2021, s'il s'intègre au quotidien des directions, est destiné à faire émerger de nouveaux obstacles dans la gestion du personnel médical (A). Au surplus, le contrôle juridictionnel, au-delà de représenter une sanction, matérialise une complexité intensifiée dans la lutte contre les abus de l'intérim médical (B).

### ***A - L'application de la loi comme cause supplémentaire de désorganisation***

En premier lieu, la non fixation d'une date définitive d'entrée en vigueur de la loi a des conséquences techniques sur le personnel administratif des directions des établissements publics de santé. Préparer les plannings, en sachant qu'à tout moment cette loi peut modifier le paradigme de la présence des médecins intérimaires dans l'établissement, est une tâche complexe. Organiser la préparation à l'application de l'article 33 est également conséquent en termes de temps et de pression sur le personnel de direction. Il est non aisé d'anticiper la réaction des différents acteurs en cas de passage au rejet strict des rémunérations abusives. Mais, on peut appréhender que l'entrée en vigueur de la loi cause davantage encore de désagréments organisationnels. D'emblée, les directions doivent se préparer, en cas d'un authentique rejet de rémunérations, à des blocages de paies. Le temps du jeu de renvoi entre le directeur d'hôpital et le comptable public, les comptes concernés par le contrôle de légalité ne peuvent être approuvés. Or, en partie pour le cas du compte 63-112, c'est sur la base de celui-ci que sont rémunérés tous les personnels extérieurs. Cela est encore plus préoccupant

lorsqu'on sait que de nombreux d'hôpitaux intègrent les paies des médecins intérimaires dans le train de paie classique. On comprend que le processus est chronophage et source de désorganisation. Le dispositif permet, de plus, au DGARS, lors du déféré devant la juridiction compétente, de faire une demande de suspension, sachant que le juge statue sur cette demande dans un délai d'un mois <sup>166</sup>. Il est fait droit à celle-ci si l'un des moyens invoqués paraît, en l'état de l'instruction, propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de l'acte attaqué.

Par ailleurs, le rejaillissement de la loi le plus inquiétant est la pénurie prévisible de personnel médical intérimaire dans les hôpitaux publics. La redondance du cercle vicieux de l'intérim médical est prévisible. Lors de l'applicabilité du décret de 2017, mettant pour la première fois en oeuvre un plafond journalier de la rémunération, une déshérence volontaire des médecins intérimaires était communiquée dans les médias par ces derniers <sup>167</sup>. Le personnel intérimaire appelait à ne plus intervenir dans les hôpitaux. Les établissements publics prévoient la résurgence d'un tel évènement en cas de passage de l'article 33. Les acteurs du secteur sanitaire alertent sur le fait que de nombreux services indispensables pour leurs bassins de population ne survivent qu'en employant ces intérimaires. Des fuites de praticiens intérimaires, entraînant des dysfonctionnements majeurs dans les services, sont craints, sans que le Gouvernement ne propose de solutions à cette répercussion. La pénurie de praticiens intérimaires signifie déprogrammations, suppressions de lignes de garde, fermeture de service qui ne peuvent perdurer sans avoir recours à l'intérim médical. Pour l'intersyndical Action Praticiens Hôpital (APH), le contrôle de l'intérim médical par l'encadrement strict de rémunérations revues à la baisse « *se heurte à la réalité de la démographie médicale et à celle du marché de l'emploi médical en France* » <sup>168</sup>. En décidant de contraindre plutôt que de rendre attractif l'exercice médical hospitalier, le gouvernement « *se prend les pieds dans son propre tapis* » <sup>169</sup>. Autrement dit, la pratique est jugée contre-productive. La régulation est estimée pire que la pratique non réglementée.

Subséquemment aux répercussions de la loi RIST intrinsèques aux directions des établissements publics de santé, c'est plus largement la performance du contrôle juridictionnel qui peut être remise en cause.

---

<sup>166</sup> Art. L2131-6 CGCT

<sup>167</sup> Boycott des hôpitaux: les médecins intérimaires appelés à "durcir" le mouvement, *Le Figaro*, 5 Juin 2018.

<sup>168</sup> APH, communiqué du 13 octobre 2021

<sup>169</sup> Dupuis, C. Hôpitaux : le gouvernement pris dans le piège de l'encadrement de l'intérim médical, *Le Quotidien des Médecins*, 14 Octobre 2021

## ***B - L'intérêt relatif de l'intervention du juge administratif***

Sur le terrain du recours devant le juge, l'opérabilité de la loi RIST se confronte pareillement à certains obstacles. Avant tout, cette législation est profondément contraire à la jurisprudence constante selon laquelle les comptables publics, concernant l'appréciation de la validité des créances, n'ont pas le pouvoir de se faire juges de leur légalité <sup>170</sup>. Le départ même de la procédure entraînant un recours devant les juges du fond est à l'encontre de l'esprit voulu par la haute juridiction administrative. Le législateur impose un revirement aux juges administratifs sans justification convaincante. Au surplus, hormis les incohérences de la loi étudiées ci-dessus quant à ce que doit exactement contrôler le comptable public, l'arrivée jusqu'au tribunal administratif est presque fantasque. Plusieurs arguments vont dans le sens de l'absurdité du contrôle effectif de l'acte recrutant un médecin temporaire par la juridiction administrative.

L'état d'esprit du juge administratif n'est pas celui du juge judiciaire. Le juge judiciaire va considérer deux personnes privées face à face. Le juge administratif ne fonctionne selon la même conception car il connaît du contentieux de l'administration <sup>171</sup>. L'administration, c'est l'intérêt général. Protéger l'intérêt général, c'est protéger les deniers publics. Ces derniers sont évidemment affectés négativement par les tarifs abusifs pratiqués dans le recours à l'intérim médical. Mais, juger l'administration c'est aussi avoir conscience de ses contraintes et difficultés organisationnelles. Dans cette optique, les juges du fond, comme ceux d'appel ou de cassation, ne peuvent en pratique appliquer la logique de la loi n°2021-502 sans nuire au fonctionnement de l'établissement et in fine à l'organisation de l'offre de soins. Appliquer ce contrôle strict est source d'un contentieux inextinguible. La quantité gigantesque d'actes susceptibles d'être soumis aux tribunaux administratifs questionne la possibilité de juger chacun d'entre eux. Ce constat s'aggrave quand il est établi qu'un recours sera opéré concernant les actes litigieux, mais aussi, quand auront lieu les recours éventuels engageant la responsabilité des acteurs relatifs à ces actes. Logiquement, il s'agit d'un recours objectif pour excès de pouvoir. Ainsi, le juge ne pourra que décider d'annuler ces actes, même si on peut espérer une annulation partielle qui ne concernerait que la rémunération. En plus d'être inutile donc chronophage puisque l'annulation est évidente en cas de rémunération qui ne respecte pas les dispositions réglementaires, c'est une sanction

---

<sup>170</sup> CE, 13 novembre 2019, n°421299

<sup>171</sup> Moquet-Anger, M.L. Cours magistral de responsabilité administrative et procédures d'indemnisation, 12 mars 2022

brutale qui renforce l'impossibilité de recourir aux médecins intérimaires. Le juge administratif, soucieux des intérêts de l'administration et des contraintes des hôpitaux publics, ne peut moralement pas être acteur de cette difficulté pour les établissements. En outre, les deniers publics sont aussi en danger au regard des sanctions financières que peuvent entraîner ces recours en annulation. En tous les cas, on peut heureusement anticiper que l'arrivée jusqu'à la juridiction reste une menace plus qu'une réalité de par les possibilités de régularisation en amont du lancement du processus juridictionnel.

Le constat de la pertinence faible du mode opératoire souhaité par la loi RIST permet de définitivement écarter les mesures qui concernent l'intérim médical comme solutions contre les abus de la pratique. Mais, « *une question est une réponse* »<sup>172</sup>. La problématique des abus de l'intérim médical naît du déficit d'attractivité du statut de praticien hospitalier. Il faut donc agir sur l'attractivité. Sous cet angle, il faut analyser les propositions autres des pouvoirs publics pour ambitionner de résoudre les dilemmes des établissements face aux médecins temporaires.

## **Section II - Les questionnements surpassant le cadre de l'article 33**

Un choix entre deux axes se fait dans les mesures conçues. Les interventions sur les statuts de praticiens ont la capacité d'entériner ou, a contrario, de contrecarrer l'intérim médical en le rendant inutile et peu intéressant pour le médecin (paragraphe I). De fait, il faut étudier dans quel camp se situe la loi RIST pour évaluer son efficacité extérieurement aux dispositions sur l'intérim qui semblent improductives (paragraphe 2).

---

<sup>172</sup> Claudel, P.

## §1 L'influence des outils relatifs aux statuts de praticien hospitalier

Les pouvoirs publics, implicitement mais volontairement, ont permis une brèche indirecte aux rejets des rémunérations abusives (A) et n'ont laissé que peu de place aux mesures renforçant l'attractivité de l'exercice hospitalier (B).

### *A - Le remplacement prévisible des médecins remplaçants par le nouveau statut de praticien contractuel*

En application de la stratégie « Ma santé 2022 » et de l'ordonnance du 17 mars 2021<sup>173</sup>, a été pris un décret en date du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels<sup>174</sup>, mis en œuvre au 1er janvier 2022. Il procède à une mise en extinction des statuts de praticien contractuel, praticien attaché, praticien clinicien pour créer un nouveau statut unique de praticien contractuel se substituant aux trois précédents. Il se rattache aux problématiques de l'intérim médical car il est la bouée de secours des directions en vue des nouvelles mesures de régulation. Le nouveau statut prévoit divers motifs de recrutement d'un praticien contractuel, notamment « *pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité* »<sup>175</sup>. Dans ce cas, le praticien ne peut exercer plus de 6 mois dans l'établissement. On retrouve la précarité de l'intérimaire car il n'y a pas de possibilité de renouvellement en CDI. La rémunération est avantageuse, elle se compose d'émoluments mensuels comprenant une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat. S'ajoute des primes et indemnités<sup>176</sup> telles que la PST. Antérieurement, il y avait une rémunération du praticien contractuel entre l'échelon 1 et 4 du praticien hospitalier. Désormais, il y a un plafond (67, 740,25€ bruts par an) et un plancher (39 396€ bruts par an) ainsi qu'une part variable pour un maximum de 119 130€ bruts par an<sup>177</sup>. En prenant le cas de cette rémunération maximale, ce professionnel peut s'approcher des rémunérations des médecins intérimaires, sans compter les avantages que le médecin temporaire n'aura pas tels que les congés ou les formations. Au surplus, il est à anticiper une part variable haute au regard du rapport de force en faveur de ces praticiens contractuels.

---

<sup>173</sup> Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

<sup>174</sup> Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels

<sup>175</sup> Art. R6152-338 CSP

<sup>176</sup> Art. R6152-355 CSP

<sup>177</sup> DAM du CHU de Rennes, Note °4, décembre 2021, Annexe n°6.

Par ces similitudes avec les contrats recrutant un médecin intérimaire, la médecine hospitalière contractuelle est désignée comme l'outil pour légaliser la pratique des contrats de gré à gré. C'est l'aveu du Gouvernement que le rejet ferme des rémunérations abusives entraîne tant de difficultés de gestion du personnel qu'il faut mettre en place un contournement. Les pouvoirs publics établissent un paradoxe. La législation prévoit une sanction aggravée aux abus de l'intérim médical, tout en créant le contournement du contrôle. Par ailleurs, le statut de praticien contractuel a pour effet de soulager les directions, qui savent qu'elles peuvent se rattraper sur celui-ci en vue de l'entrée en vigueur du rejet strict des dépassements du tarif réglementaire. Mais, il fait la promesse de donner lieu à des dérives similaires. L'intérim médical est mort, vive l'intérim médical. Le nouveau statut de praticien contractuel contient un danger de s'inscrire dans le cercle vicieux de la lutte contre l'intérim médical.

Les mesures prises hors intérim médical, véritable levier pour abolir les pratiques abusives, sont entreprises pour finalement mieux les entériner. Heureusement, il est nécessaire de reconnaître que quelques axes d'amélioration de l'exercice hospitalier ont été élaborés.

### ***B - L'utilité des mesures pour l'attractivité des praticiens hospitaliers en dehors du contrôle de l'intérim médical***

Épisodiquement, les pouvoirs publics paraissent saisir le véritable instrument à déployer pour mettre un terme à l'intérim médical. La méthode appropriée est celle de rendre le recours à l'intérim inutile en résolvant la pénurie de personnel médical par le renforcement de l'attractivité. En dehors de la loi RIST, on peut retenir diverses mesures permettant d'attirer les médecins à exercer en tant que praticien hospitalier titulaire et les fidéliser ensuite. Premièrement, en application de l'engagement de la fusion des quatre premiers échelons du Plan Investir pour l'hôpital de 2019, la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel a été modifiée par un décret du 28 septembre 2020<sup>178</sup>. On regrette que cela ne vaille que pour les praticiens nommés à compter de l'entrée en vigueur du texte. Passant de dix à treize échelons, l'acquisition plus rapide d'une ancienneté permet une augmentation des rémunérations. Améliorer la rémunération des praticiens, pour laquelle l'écart avec les médecins intérimaires est source de démotivation, passe pareillement par l'instauration de primes. Ainsi, en 2017,

---

<sup>178</sup> Décret n° 2020-1743 du 28 décembre 2020 portant création de trois échelons au sommet de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel



sont mise en place la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH) et la Prime d'Exercice Territorial (PET) <sup>179</sup>. La PECH, dont le montant varie entre 10 000€ et 20 000€, concerne les spécialités particulièrement en tension. Pour exemple, l'anesthésie-réanimation et la radiologie sont concernées en 2020 <sup>180</sup>. Concernant la PET, elle favorise la mobilité des praticiens et donc l'entraide, la mise en réseau sur des spécialités en difficulté. Ces primes, qui ne concernent pas le personnel intérimaire, sont de réelles réponses aux enjeux de gestion de personnel médical. Elles permettent de faciliter le recrutement tout en avantageant le praticien.

Fidéliser les praticiens hospitaliers requiert des agissements hors rémunération. Dans cette optique, le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers est étendu aux praticiens exerçant en temps partiel, non plus seulement en temps plein <sup>181</sup>. C'est un outil pour attirer les médecins à l'hôpital car pour cette activité libérale, le médecin perçoit des honoraires et peut pratiquer des dépassements d'honoraires, il est payé à l'acte <sup>182</sup>. A l'inverse, la « clinique ouverte » <sup>183</sup>, supprimée puis introduite de nouveau lors des ordonnances Juppé, est un instrument dont peuvent user les directions pour ne pas recourir aux médecins intérimaires. Des médecins libéraux viennent exercer une partie de leur activité au sein de l'hôpital public. Toutefois, on regrette que la renaissance de ce système soit davantage dans l'objectif de diminuer le parc hospitalier français et de rationaliser l'offre de soins <sup>184</sup>. Il faut pouvoir utiliser ce procédé dans une ambition aux antipodes de la première. De cet échantillon de dispositifs, on voit apparaître une des clés d'un exercice hospitalier apaisé : la coopération.

Démontrer que les mécanismes se situant hors champ de l'intérim médical sont la première influence de l'existence de celui-ci permet d'analyser les propositions de la loi RIST en ce domaine.

---

<sup>179</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

<sup>180</sup> Arrêté du 19 octobre 2020 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé.

<sup>181</sup> Art. 1 Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières

<sup>182</sup> Moquet-Anger, M.L. Cours magistral de responsabilité administrative et procédures d'indemnisation, 12 mars 2022.

<sup>183</sup> Art. L6246-2 du CSP

<sup>184</sup> Moquet-Anger, M.L. *op.cit.*

## §2 La pertinence des dispositions de la loi RIST pour l'amélioration de l'exercice hospitalier

La loi du 26 avril 2021 est une pierre à l'édifice dans la cause des pouvoirs publics visant à rendre attractif le statut de praticien hospitalier (A). Toutefois, on convient de la nature presque sporadique de ces avancements, spécifiquement au regard des principaux actes manqués de la loi (B).

### *A- La présence de mécanismes indirects de rénovation de l'exercice hospitalier*

La proposition de loi de la députée Stéphanie RIST se veut être la traduction du volet non financier du Ségur de la santé. Un condensé de l'appareillage de la loi permet d'énoncer la participation effective de celle-ci à ce sujet. Dans cet objectif, l'article liminaire de la loi vise à favoriser la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération <sup>185</sup>. Ce procédé se rattache à un des conclusions du Ségur de la santé, visant à « *Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients* » <sup>186</sup>. La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux tels que les infirmiers d'exercer des missions dévolues auparavant aux seuls médecins. C'est un transfert d'activité à des catégories professionnelles qui ne pouvaient les accomplir avant <sup>187</sup>. Ce procédé apporte une réponse à la pénurie chronique de médecins. Dans la même lignée, le protocole de coopération, entre professionnels de santé, permet la mise en place entre des médecins délégants et des professionnels paramédicaux délégués, des actes dérogatoires au regard des décrets de compétences de chacun <sup>188</sup>. L'aspect de l'étendue des compétences de professionnels paraît avoir été prioritairement choisie. Le second chapitre de la loi RIST <sup>189</sup> se concentre sur l'élargissement des prérogatives des sages-femmes, notamment dans leur capacité de prescription. Étendre les compétences des professions paramédicales et des professions médicales hors médecins reste seulement un palliatif à la pénurie de médecin. Cela n'accroît pas la présence médicale dans les hôpitaux. Cela ne joue pas sur la quantité de praticiens hospitaliers. Cependant, il faut approuver qu'il s'agit d'un remède plus sain qui

---

<sup>185</sup> Art. 1 loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

<sup>186</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ségur de la Santé : les conclusions*, dossier de presse, juillet 2020, p.10

<sup>187</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, *op.cit.*, p.302

<sup>188</sup> ARS Normandie, 28 avril 2021

<sup>189</sup> Art. 6 à 16 Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

n'ouvre pas autant la voie à des situations irrégulières. C'est une méthode plus morale et bénéfique pour soulager les médecins hospitaliers.

Sous un autre angle, les dispositions législatives visent également à accentuer un management intégratif et de proximité aux sein des hôpitaux. Le service devient l'échelon de référence <sup>190</sup>, en cohérence avec une autre conclusion du Ségur de la santé souhaitant « *redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé* » <sup>191</sup>. Cela permet une gouvernance par les acteurs, qui connaissent davantage les contraintes du terrain. Ainsi, cela donne lieu à des décisions plus en cohérence avec les besoins des services. Plus directement, le législateur évoque le recrutement de praticiens hospitaliers. Est instauré l'article L.6152-5-3 du CSP incitant le pouvoir réglementaire à mettre en place des voies de simplification permettant que les postes vacants soient pourvus dans les meilleurs délais <sup>192</sup>. Par une approche plus large, il est permis temporairement au directeur de l'établissement support du GHT de décider de création de postes de praticien hospitalier. Une autre mesure est intéressante : la création l'article L.1451-5 du CSP se voulant être un levier pour empêcher le cumul irrégulier d'activités <sup>193</sup>. Indirectement, et comme le soulignait la députée Stéphanie Rist lors de la navette parlementaire <sup>194</sup>, contrôler ces cumuls irréguliers est au service de la rénovation du recours à l'intérim médical. Cela permet de juguler les cas de médecins qui font de l'intérim en parallèle de leur emploi.

Malgré des procédés dispersés de la loi du 26 avril 2021 dans l'objectif d'une pratique médicale hospitalière soulagée, se manifeste une insuffisance des dispositions qui demandent nécessairement à être renforcées.

---

<sup>190</sup> Art. L. 6146-1-1 du CSP

<sup>191</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *op.cit.*

<sup>192</sup> Art 17 loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

<sup>193</sup> Art 20 loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

<sup>194</sup> Rapport au nom de la commission des affaires sociales, en nouvelle lecture, sur la proposition de loi, modifiée par le sénat, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, 10 mars 2021.

## ***B - Les manquements de la loi n°2021-502 pour répondre à l'enjeu d'attractivité***

Chaque proposition de la loi du 26 avril 2021 à propos des praticiens hospitaliers s'accompagne d'un lot de questions. Elles sont avant tout marquées par des projets de surface, amputées de mesures approfondies. Pour illustrer, l'article premier qui évoque la pratique avancée et les protocoles de coopération ne prévoit qu'un rapport d'évaluation dressant un état des lieux. Au regard d'une idée qui n'est pas nouvelle car dès mars 2003, une mission a été confiée au professeur Yvon Berland afin de réfléchir sur les évolutions possibles des métiers de la santé <sup>195</sup>, la loi RIST peut prétendre à être plus précise et concrète sur ce sujet. La faiblesse de l'avancée en ce domaine est confirmée par l'abandon du projet de création, par cette loi, d'une profession médicale intermédiaire. Au final, l'article n'annonce que la venue vague d'un rapport dont on ne saisit pas véritablement l'utilité. Dans la même conception, la question du contrôle du cumul d'activité, qui peut être un prélude de lutte contre l'exercice intérimaire, reste succincte. L'autorité investie du pouvoir de nomination peut consulter le fichier national de déclaration à l'embauche. Cette mesure paraît fragile. De surcroît, les débats parlementaires ont permis de mettre en lumière ses discordances. Le rapporteur Alain Milon précité évoque un dispositif inconstitutionnel car il donne au directeur d'établissements « *un pouvoir quasi-inquisitorial et unilatéral de consultation d'un fichier nominatif, que la loi, soucieuse de protéger la vie privée des personnes vis-à-vis de leur employeur, n'attribue normalement pas à l'autorité hiérarchique* ». De plus, le sénateur note un dispositif inopérant du fait qu'il soit « *d'aucune utilité pour la recherche des activités libérales des praticiens hospitaliers qui, par nature, ne donnent pas lieu à la signature d'un contrat de travail* ». Surtout, est questionnée l'opportunité de la mesure au regard de la volonté d'accroître l'attractivité de l'exercice en hôpital public, laquelle demande de faciliter les passerelles entre public et privé. Le contrôle du cumul est donc à l'inverse de l'essence des suppliques du Ségur de la santé. La conception de démarche des petits pas est aggravée par la timidité des mesures censée faciliter le recrutement de praticiens hospitaliers. Le nouvel article L.6152-5-3 du CSP reste également lacunaire. Il évoque des « *voies de simplification* » à venir. L'article n'amène aucun bouleversement tangible. Pourtant, c'est l'unique énonciation d'une mesure permettant d'augmenter la quantité de médecins hospitaliers. Heureusement il fait l'objet de dispositions réglementaires à sa suite, ce qui lui donne une contenance et un

---

<sup>195</sup> Callu, M.F. Girer, M. Rousset, G. *op.cit.*

intérêt véritable <sup>196</sup>. Par ce biais, il est permis d'affirmer avec justesse que la loi RIST n'est pas un cataclysme positif dans le remaniement du statut de praticien hospitalier bien qu'elle soit un socle qui peut soutenir l'adoption de mécanismes plus performants.

---

<sup>196</sup> Arrêté SSAH2202735A du 5 février 2022 fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier et Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier.

## Conclusion

Peut-on envisager une fin proche de l'intérim médical et des irrégularités qui l'accompagnent ? Au regard de l'étude menée, la réponse est négative. Indéniablement, la loi RIST n'est pas le changement de paradigme à la fois espéré et redouté par les établissements publics de santé. L'analyse juridique des dispositions législatives et réglementaires relatives au personnel médical intérimaire permet d'aboutir à des constats explicites et implicites.

De manière directe, le plan d'intervention du Gouvernement présente des incohérences qui mènent inévitablement à sa défectuosité. Il est certain que l'intérim médical va continuer d'exister dans la même conception qu'actuellement, c'est-à-dire par des pratiques irrégulières. Le schéma est voué à se répéter, faute d'un système correct de lutte contre les excès existants dans le fonctionnement entre établissements de santé et personnel temporaire.

En second plan, cette défaillance conduit à une conclusion encore plus désolante. Il n'est pas envisageable d'élaborer un processus convenable de lutte contre les dérives de l'intérim. C'est le dénouement rationnel. Il est nécessaire d'emprunter un autre chemin : celui de l'attractivité de l'exercice en tant que titulaire au sein d'un hôpital public. Mais, là encore, les pouvoirs publics sont trop prudents et réservés. La loi n°2021-502 ne procède pas à des mesures sensationnelles au regard de ce qui est espéré par les professionnels du secteur sanitaire depuis le Ségur de la santé.

« *A l'oeuvre, on reconnaît l'artisan* »<sup>197</sup>. Indirectement, le manque de substance des actions du législateur trouve en réalité une logique : la maîtrise des dépenses de santé. En effet, la problématique de l'intérim médical est élucidée. Les pouvoirs publics, pour se faire, se doivent de mettre davantage de moyens financiers dans l'hôpital public pour y améliorer la bien-traitance, les rémunérations et les conditions de travail de l'exercice médical hospitalier. De réels outils au service de l'offre de soins publique permettent de rendre désuet le recours à l'intérim médical. L'Etat doit décider d'inverser la tendance et de mettre en place un cercle vertueux. Ce dernier se compose de différentes étapes. Il s'agit d'amplifier le budget des hôpitaux pour que ceux-ci aient les moyens d'agir réellement sur l'amélioration des conditions de travail des médecins hospitaliers. En conséquence, cela attire des médecins au sein des établissements de santé, ce qui réduit la pénurie. In fine, cela n'oblige plus les directions à

---

<sup>197</sup> De La Fontaine, Les Frelons et les mouches à miel, 1668.

recourir au personnel intérimaire, lequel, à l'inverse, ne pourra plus prétendre à des rémunérations excessives. L'intérim médical ne peut être que totalement supprimé et prohibé tant les risques d'abus sont grands. Ce raisonnement se confirme dans l'existence de l'intérim et de ses dérives au sein des professions paramédicales.

On comprend aisément que les pouvoirs publics ne peuvent être accusés d'inaction. Ils suivent simplement une politique nationale de santé qui intègre la notion de stricte économie. L'unique reproche qui peut être relevé est celui d'un manque de transparence sur ce point. La maîtrise des dépenses de santé signifie également l'intégration d'une logique privatiste au sein des établissements de santé, la concurrence que fait naître l'intérim étant ainsi bienvenue. La dénonciation par le Gouvernement d'un intérim qui ampute gravement le budget des hôpitaux publics est chimérique, sachant que « déplacer » cette dépense dans une logique vertueuse d'attractivité est possible. Il est légitime de vouloir comparer ce que coûte l'intérim médical et ce que coûterait un investissement concret dans la revalorisation des carrières hospitalières.

« *L'illusion seule est aisée. La vérité est toujours difficile* »<sup>198</sup>. Nonobstant, l'espoir se cache dans la force des revendications des professionnels de la santé, qui obligent, par pression, l'Etat à agir progressivement dans leur sens, à l'image de l'actuel Ministre de la santé François Braun qui déclare que « *début 2023, on (...) attaque cette rénovation du système de santé* »<sup>199</sup>. De fait, le débat entre fausses promesses ou entente véritable des requêtes du secteur sanitaire public est ranimé.

---

<sup>198</sup> Tagore, R., *A quatre voix*, 1925

<sup>199</sup> Stromboni, C. Les premières pistes de François Braun pour les états généraux de la santé, *Le Monde*, 12 Août 2022.

## **Normes juridiques**

### **Constitution**

- Constitution de la République française du 4 octobre 1958

### **Codes**

- Code de la santé publique
- Code du travail
- Code général des collectivités territoriales
- Code de déontologie médicale

### **Lois**

- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022.
- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

### **Décrets**

- Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.
- Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique
- Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique
- Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels



- Décret n° 2020-1743 du 28 décembre 2020 portant création de trois échelons au sommet de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel
- 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

### **Ordonnances**

- Ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires public
- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

### **Arrêtés**

- Arrêté SSAH1722169A du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.
- Arrêté SANH0321568A du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Arrêté SSAH2008052A du 19 octobre 2020 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé.
- Arrêté SSAH2202735A du 5 février 2022 fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier

### **Circulaire**

- Circulaire MTSF1009518C du 3 août 2010 Relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

### **Instructions ministérielles**

- Instruction ministérielle N° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en œuvre du décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé
  
- Instruction ministérielle N° DGOS/RH5/PF1/DGFIP/2021/226 du 4 novembre 2021 relative au report du contrôle de l'intérim médical dans les établissements publics de santé.

## Bibliographie

### Ouvrages

APOLLIS, B. TRUCHET, D. (2020) *Droit de la santé publique* (10 éd). Dalloz

CABRILLAC, R. (2017). *Dictionnaire du vocabulaire juridique* (8<sup>e</sup> éd.). LexisNexis.

CALLU, M.F. GIRER, M. ROUSSET, G. *Dictionnaire de droit de la santé - secteurs sanitaire, médico-social et social-*, LexisNexis.

CORNU, G. (2017). *Vocabulaire juridique* (12<sup>e</sup> éd.). PUF.

DE KERVASDOUE, J. (2015) *L'Hôpital*

*Dictionnaire de l'académie française* (9<sup>e</sup> éd.). (2005). Fayard.

MOQUET-ANGER, M. L. (2020). *Droit hospitalier* (5<sup>e</sup> éd.). L.G.D.J.

### Articles

BEGUIN, F. Hôpital public : des services en jachère faute de médecins intérimaires, *Le Monde*, 22 Mai 2018

Boycott des hôpitaux: les médecins intérimaires appelés à "durcir" le mouvement, *Le Figaro*, 5 Juin 2018.

CAPPE, M. (2018). Encadrement de l'intérim médical à l'hôpital : les textes enfin parus. *Revue hospitalière de France*, 580.

CEMIR, Démographie des réanimations françaises - États des lieux hors pandémie, enquête de 2021.

CORIAT, P. (2013). Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs. *Les tribunes de la santé*, 40, 37- 44.

DUGUEY, I. (2020). L'éthique normative et l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 6, p.33- 37.

DUPUIS, C. Hôpitaux : le gouvernement pris dans le piège de l'encadrement de l'intérim médical, *Le Quotidien des Médecins*, 14 Octobre 2021.

FRAJERMAN, A. La santé mentale des étudiants en médecine, Fondation Jean Jaurès, 2 Mai 2020

GALANOPOULO, L.(18 Mars 2022) Hausse des démissions de PH, postes vacants : l'hôpital à l'épreuve, *Le Quotidien du Médecin*

MARCEL, F. Médecins intérimaires: des « mercenaires » qui « profitent d'un système en tension » pour Buzyn, 4 Juillet 2018, *Public sénat*

MOLLIER-SABE, L. L'intérim est un cancer qui gangrène l'hôpital ,17 Juin 2022, *Public sénat*

KRON, P. Le recours aux médecins intérimaires dans les hôpitaux, une fausse solution pour tout le monde. *Le Monde*, 22 juin 2022.

PH : l'intérim améliore-t-elle la qualité de vie des médecins ?, *Le Quotidien du Médecin*, 19 octobre 2021

ROUTELOUS, C. VEDEL, I. LAPOINTE, L. (2011) Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 147-164

SHADILI, G. ,GOUMARD, D., PROVOOST J.P, LE PALLEC. G. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. *Revus de l'Information Psychiatrique*, 94, 13-18

STROMBONI, C. Les premières pistes de François Braun pour les états généraux de la santé, *Le Monde*, 12 Août 2022.

STROMBONI, C. Parole de médecins intérimaires : “ je ferai tout mais je ne reviendrai pas à l'hôpital”, *Le Monde*, 22 Octobre 2021

## **Rapports**

- Rapport N° 3598 au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification 25 novembre 2020.
- Rapport n° 398 (2020-2021) de C. Imbert, sénatrice et S. Rist, députée, fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 2 mars 2021.
- Rapport n° 356 (2020-2021) de A.MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 10 février 2021
- Rapport au nom de la commission des affaires sociales, en nouvelle lecture, sur la proposition de loi, modifiée par le sénat, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, 10 mars 2021.
- VERAN, O. Rapport parlementaire, Hôpital cherche médecins, coûte que coûte :Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public, 17 décembre 2013

## **Cours magistraux**

MOQUET-ANGER, M.L. Cours magistral de responsabilité administrative et procédures d'indemnisation, 12 Mars 2022.

SIRVENS, N. Cours magistral de décisions économiques, 26 Janvier 2022.

TINOT-THOMAS, G. Cours magistral de déontologie des professions de santé, 28 Janvier 2022.

## **Divers**

- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ségur de la Santé : les conclusions*, dossier de presse, Juillet 2020
- BUZYN, A. Pacte de refondation des urgences, 9 septembre 2019
- APMnews, Élections présidentielles, l'INPH alerte les candidats sur la pénurie de médecins à l'hôpital public. Dépêche APMnews, 9 Mars 2022

## **Sites internet**

- SNMRH, note du 19 mai 2019 : <https://www.snmrh.com/actualite>
- Communiqué de presse d'APH, 13 Octobre 2021 : <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/communiques-de-presse/590-retropedalage-en-regle-sur-l-interim-medical>
- Site officiel du Sénat, proposition de loi « Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », 21 août 2022 : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-200.html>
- BRMConseil, Médecin intérimaire : quels sont les avantages et inconvénients ?, 3 janvier 2020 : <https://brm-conseil.fr/2020/01/03/medecin-interimaire-quels-sont-les-avantages-et-inconvénients/>
- CNOM, note « Responsabilités éthiques et déontologiques des médecins intérimaires », 4 Juin 2018 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/responsabilites-ethiques-deontologiques-medecins-interimaires>

- PRS Bretagne 2018-2023, SRS :  
[https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SRS\\_20180629\\_ARSBretagne.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SRS_20180629_ARSBretagne.pdf)

### **Livres**

PARIZEAU, A. *La Charge des Sangliers*, 1982

FERRON, J., *Le Saint-Hélias* , 1972

BLANCHOT, M. *L'Entretien infini*, 1969

TAGORE, R., *A quatre voix* , 1925

DAC, P. *L'os à moelle*, 1940

HOLLIER, R. *Marche ou Crève, Carignan*, 1962

BRUSSOLO, S. *Les rivages incertains (la fille aux cheveux rouges)*, 2006

## Table des matières

<b>Remerciements</b>	
<b>Sommaire</b>	I
<b>Liste des abréviations</b>	II
<b>Introduction</b>	1
<b>Partie I - Les enjeux du positionnement actuel du recours aux médecins intérimaires dans les hôpitaux publics</b>	7
<b>Chapitre I - La raison d'être et les conséquences du recrutement de médecins temporaires dans la gestion du personnel médical</b>	7
<b>Section I - La justification de l'émergence de l'intérim médical dans l'organisation d'un établissement de santé public</b>	7
<b>§1 La genèse du recours aux médecins intérimaires</b>	7
<i>A - L'agrégat du manque de médecins hospitaliers</i>	7
<i>B - Le choix de l'intérim médical comme réponse à l'épuisement professionnel</i>	9
<b>§2 Le choix de l'intérim comme outil de la gestion du personnel médical</b>	11
<i>A - L'amplification continue de l'emploi de médecins intérimaires</i>	11
<i>B - La nécessité d'un encadrement juridique de l'intérim médical</i>	13
<b>Section II - L'insuffisance des modalités actuelles de l'intérim médical pour répondre aux difficultés de la gestion du personnel médical</b>	14
<b>§1 L'intérim médical au détriment de l'attractivité de la profession médicale</b>	15
<i>A - La précarité caractérisant le statut de médecin intérimaire</i>	15
<i>B - L'impact négatif de l'intérim médical sur la volonté d'exercer en tant que praticien hospitalier</i>	16
<b>§2 La persistance de difficultés dans la gestion du personnel médical</b>	18
<i>A - L'existence de situations irrégulières officieuses mais courantes</i>	18
<i>B - Les médecins intérimaires source de nouvelles contraintes dans la gestion du personnel médical</i>	20
<b>Chapitre II - La réalité actuelle de l'intérim médical en contradiction avec la lettre et l'esprit du cadre juridique</b>	22
<b>Section I - L'inobservation systémique du cadre légal et réglementaire</b>	22
<b>§1 Le contournement du cadre juridique par les directions des établissements publics de santé</b>	22
<i>A - L'évitement des textes par la notion de médecin remplaçant</i>	22
<i>B - L'existence assumée de pratiques tarifaires excessives</i>	24
<b>§2 L'insuffisance irréfutable du contrôle des modalités de recours à l'intérim médical</b>	26

A - L'absence de sanction du non respect du cadre juridique du fait de textes sommaires	26
B - La faiblesse des mesures pour contrecarrer les dérives de l'intérim médical	27
<b>Section II - La perception d'un « mercenariat » dans les établissements publics de santé</b>	29
<b>§1 La remise en cause des valeurs éthiques et morales des médecins intérimaires</b>	29
<i>A - L'idée persistante de « médecins mercenaires »</i>	29
<i>B - La vision d'une fausse réponse à l'application des principes et devoirs entourant         l'hôpital public</i>	31
<b>§2 La pérennité inéluctable des dérives des professionnels non permanents de     l'intérim médical</b>	32
<i>A - Le rapport de force profondément au bénéfice des médecins remplaçants</i>	32
<i>B - L'immuabilité de l'intérim médical, conséquence d'une politique publique         contraignante</i>	33
<b>Partie II - L'efficiences nuancée de l'ambition de rénovation du recours aux médecins intérimaires</b>	35
<b>Chapitre I - Les propositions d'actualisation du cadre juridique de l'intérim médical par le truchement de la loi du 26 avril 2021</b>	36
<b>Section I - La volonté psalmodique d'un contrôle strict du recours aux médecins intérimaires</b>	36
<b>§1 La réflexion menant à l'article 33 de la loi RIST</b>	36
<i>A - La conception inchangée des pouvoirs publics dans le processus de régulation de         l'intérim médical</i>	36
<i>B - Les débats parlementaires illustrant la récurrence dans la conception de la         réforme de l'intérim médical</i>	38
<b>§2 La revendication cyclique d'une réaction stricte aux rémunérations excessives</b>	39
<i>A - La concentration principale de l'article 33 sur la contrôle financier de l'intérim         médical</i>	40
<i>B - La définition périlleuse d'un dispositif de contrôle du respect du plafond journalier</i>	41
<b>Section II - La redéfinition du rôle des acteurs du contrôle du recours à l'intérim médical</b>	42
<b>§1 Le rôle novateur et délicat de l'agent comptable</b>	42
<i>A - L'agent comptable au fronton du renforcement du contrôle financier de l'intérim         médical</i>	42
<i>B - Les interrogations pratiques autour des attributions de l'agent comptable</i>	44
<b>§2 Les attributions des divers acteurs de la gestion du personnel médical</b>	45
A - Le symbole de l'intervention du DGARS dans le contrôle des rémunérations abusives	45
B - La fragilité de la protection du directeur d'hôpital	47



<b>Chapitre II - Le questionnement du rôle de soutiens aux défis de la gestion du personnel médical de la loi « RIST »</b>	49
<b>Section I - La mise en oeuvre incertaine des propositions de la loi RIST</b>	49
<b>§1 L'interrogation sur l'application effective du nouveau cadre juridique</b>	49
<i>A - La difficulté d'une mise en oeuvre définitive du cadre juridique renouvelé</i>	49
<i>B - L'échec prévisible des « contrôles à blanc » comme mesure transitoire</i>	51
<b>§2 La réalité du terrain en contradiction avec le cadre juridique de la loi RIST</b>	52
<i>A - L'application de la loi comme cause supplémentaire de désorganisation</i>	52
<i>B - L'intérêt relatif de l'intervention du juge administratif</i>	54
<b>Section II - Les questionnements surpassant le cadre de l'article 33</b>	55
<b>§1 L'influence des outils relatifs aux statuts de praticien hospitalier</b>	56
<i>A - Le remplacement prévisible des médecins remplaçants par le nouveau statut de praticien contractuel</i>	56
<i>B - L'utilité des mesures pour l'attractivité des praticiens hospitaliers en dehors du contrôle de l'intérim médical</i>	57
<b>§2 La pertinence des propositions de la loi RIST pour l'amélioration de l'exercice hospitalier</b>	59
<i>A- Les mécanismes indirects de rénovation de l'exercice hospitalier</i>	59
<i>B - Les manquements de la loi n°2021-502 pour répondre à l'enjeu d'attractivité</i>	60
<b>Conclusion</b>	62
<b>Normes juridiques</b>	64
<b>Bibliographie</b>	67
<b>Table des matières</b>	71
<b>Résumé</b>	76

## **ANNEXES**



Service émetteur

Direction des coopérations territoriales  
et de la performance  
Direction adjointe des coopérations  
et des professions de santé en établissements  
Pôle gestion des professions médicales

Enquête relative  
au recours à l'intérim 2017  
pour les professions médicales

*Présentation des données  
Recueillies auprès des établissements publics de santé*

## Sommaire

I.	Modalités de l'enquête .....	3
	20 établissements sollicités = 20 établissements ayant eu recours à l'intérim .....	3
II.	Données générales .....	4
A.	Les établissements les plus concernés .....	5
B.	Les spécialités médicales les plus impactées par l'intérim .....	6
C.	Motifs de recours à l'intérim médical .....	10
D.	La cartographie.....	14

Cette enquête relative au recours à l'intérim médical est la quatrième étude régionale ayant pour objet de faire un état des lieux du recours à ce type de recrutement dans les établissements de santé de la région Bretagne.

Cette synthèse présente les données concernant les établissements publics de santé.

## I. Modalités de l'enquête

Pour la réalisation de cette enquête, un tableau EXCEL a été transmis à chaque établissement.

Les établissements devaient renseigner par spécialité concernée par le recours à l'intérim :

- . Par OUI ou NON le(s) motif(s) de recours parmi 4 propositions (Remplacements sur postes vacants, Remplacements congés statutaires, Remplacements période estivale et vacances scolaires, Hausse temporaire d'activités/Epidémies) ;
- . Le nombre d'heures ;
- . Le coût annuel TTC en €.

Comme les années précédentes, l'analyse repose sur ces données déclaratives et concerne exclusivement les dépenses liées au recours à l'intérim médical.

### 19 établissements sollicités = 19 établissements ayant eu recours à l'intérim en 2017

Avec un taux de réponse de 100%, les 19 établissements hospitaliers publics répondants se répartissent comme suit au sein de chaque GHT :

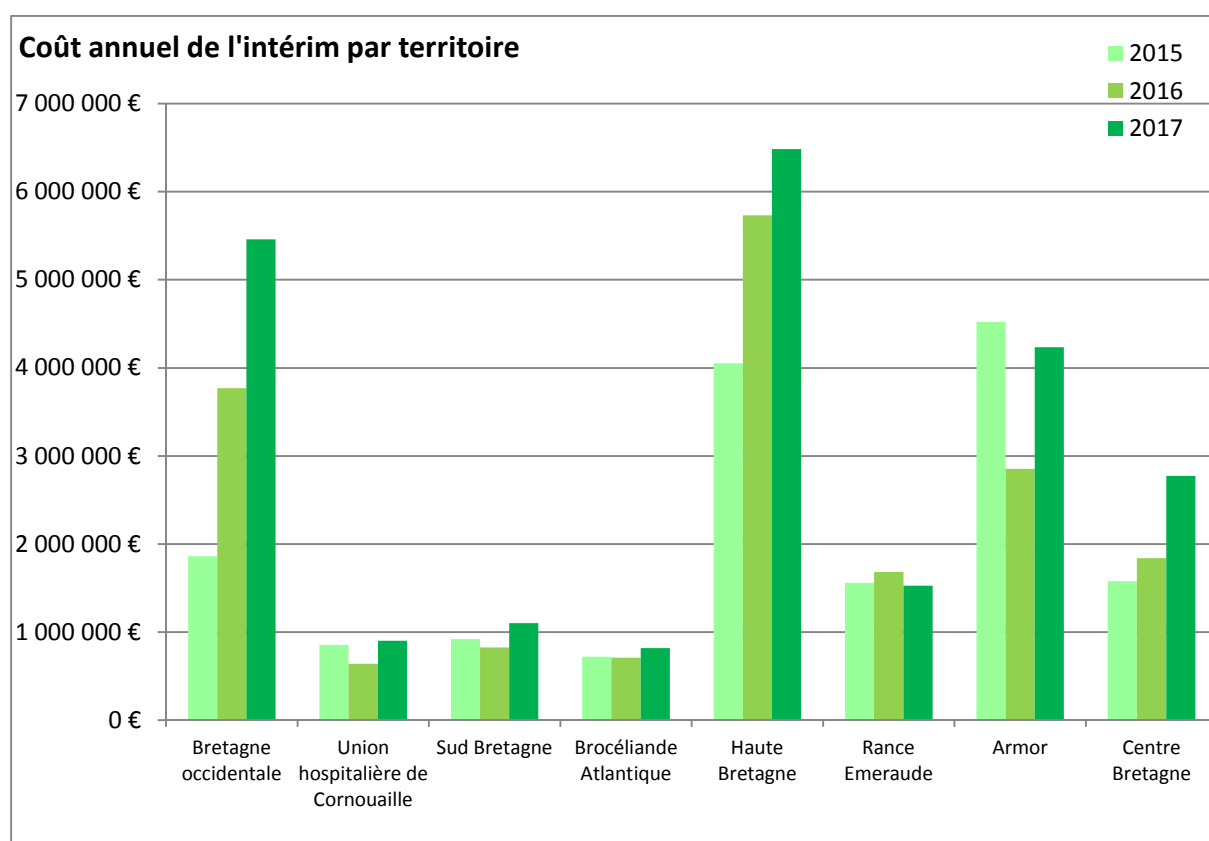
GHT	Nombre d'établissements répondants
Bretagne occidentale	3
Union hospitalière de Cornouaille	2
Sud Bretagne	1
Brocéliande Atlantique	2
Haute Bretagne	4
Rance Emeraude	2
Armor	4
Centre Bretagne	1

## II. Données générales

En 2017, le recours à l'intérim représente, pour ces 19 établissements publics, un **coût total de 23 300 915 €**, en forte augmentation par rapport à 2016 (18 051 276 €), **soit +29,08%**

Le graphique ci-dessous représente **les coûts** du recours à l'intérim médical **par groupement hospitalier de territoire**, tels que déclarés à l'occasion de l'enquête intérim 2017, et de ces deux occurrences antérieures portant sur le recours à l'intérim en 2015 et 2016.

GHT	Année		
	2015	2016	2017
Bretagne occidentale	1 861 024 €	3 767 906 €	5 459 393 €
Union hospitalière de Cornouaille	854 297 €	640 615 €	902 003 €
Sud Bretagne	921 095 €	826 310 €	1 100 000 €
Brocéliande Atlantique	718 857 €	707 868 €	817 075 €
Haute Bretagne	4 051 294 €	5 731 254 €	6 484 924 €
Rance Emeraude	1 558 964 €	1 683 075 €	1 528 218 €
Armor	4 520 215 €	2 854 616 €	4 235 431 €



Par rapport à 2016, à l'exception du GHT Rance Emeraude, qui connaît une légère atténuation en 2017, **l'ensemble des GHT voient leurs dépenses d'intérim augmenter.**

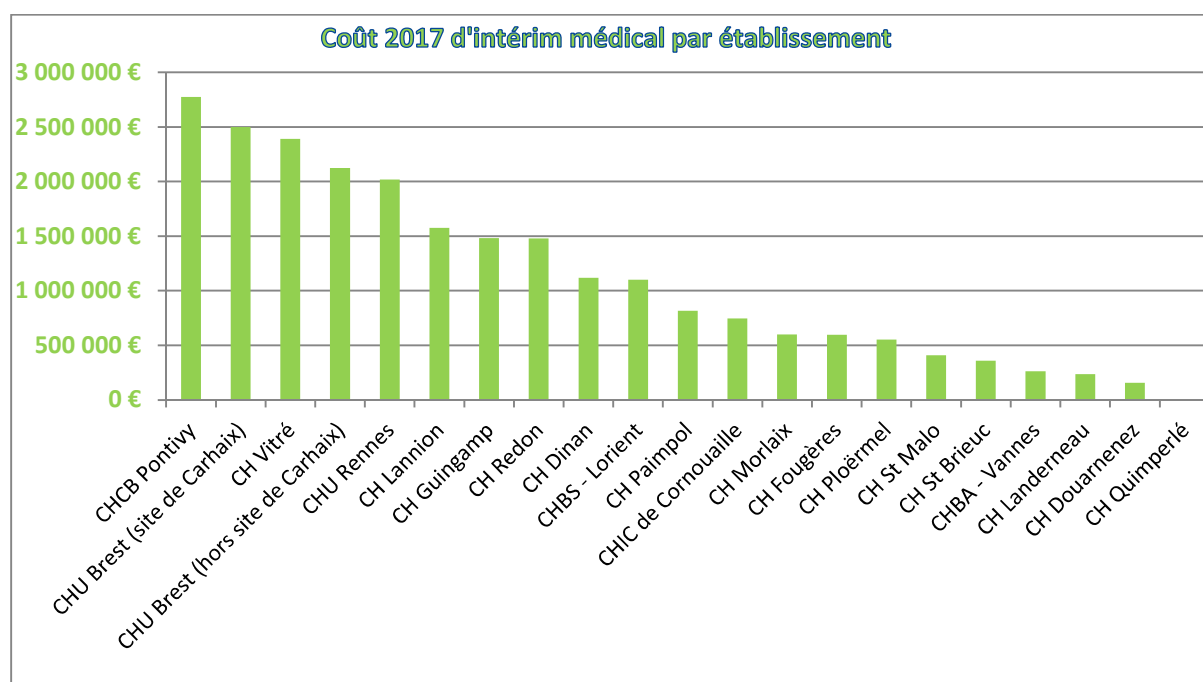
En particulier, il est observé une forte augmentation des dépenses d'intérim pour les **GHT de Bretagne Occidentale (+44,89%), Armor (+48,37%) et Centre Bretagne (50,78%),** essentiellement liées au recours à ce mode d'exercice en anesthésie-réanimation et en médecine d'urgence.

## A. Les établissements les plus concernés

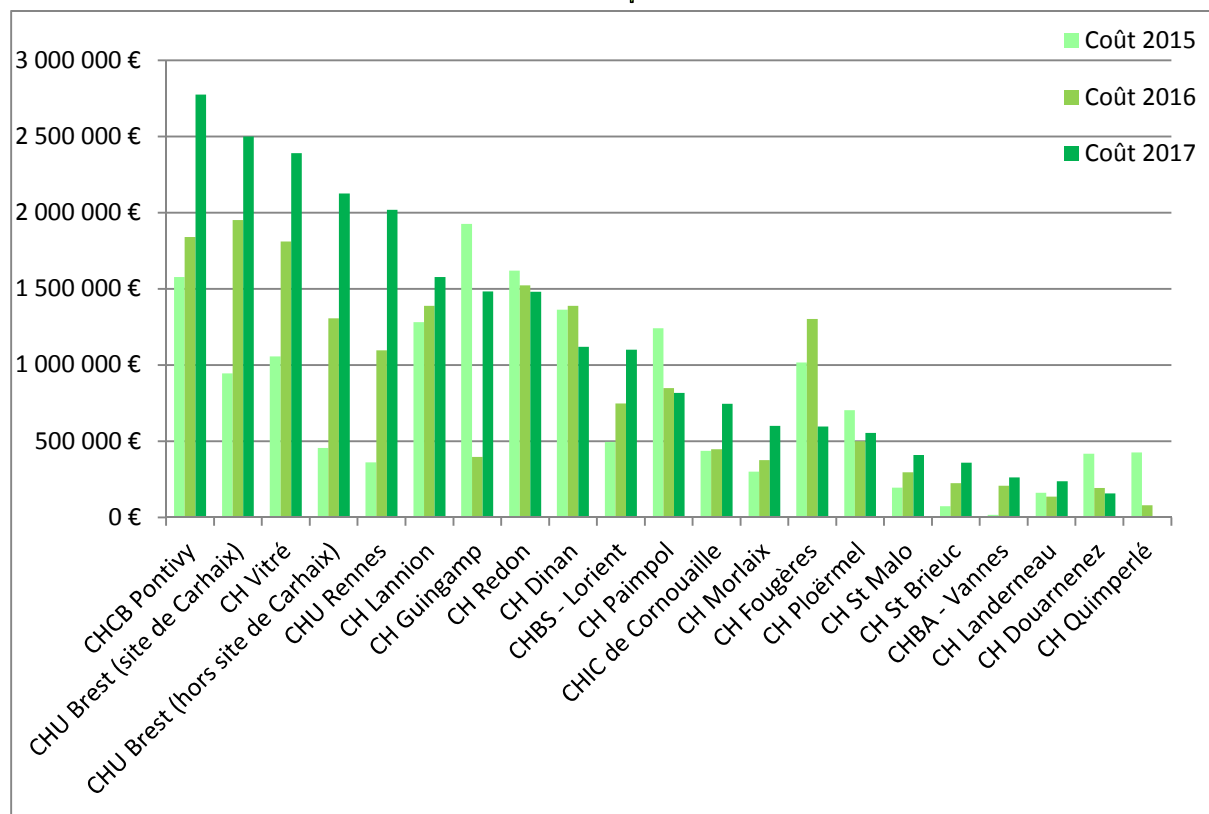
Sur l'ensemble de la région, cinq établissements publics ont eu un recours particulièrement significatif à l'intérim médical, en dépassant un cout total de 2 M€ par structure.

Ces cinq établissements représentent 51 % du cout total intérim.

Etablissement	Coût 2015	Coût 2016	Coût 2017
<b>CHCB Pontivy</b>	1 578 162 €	1 839 632 €	2 773 871 €
<b>CHU Brest (site de Carhaix)</b>	943 750 €	1 951 662 €	2 499 196 €
<b>CH Vitré</b>	1 056 811 €	1 811 103 €	2 390 059 €
<b>CHU Brest (hors site de Carhaix)</b>	456 266 €	1 305 975 €	2 124 703 €
<b>CHU Rennes</b>	360 406 €	1 096 065 €	2 018 467 €
CH Lannion	1 281 435 €	1 387 115 €	1 576 676 €
CH Guingamp	1 925 741 €	395 632 €	1 483 156 €
CH Redon	1 618 870 €	1 523 160 €	1 479 536 €
CH Dinan	1 363 550 €	1 387 825 €	1 118 163 €
CHBS - Lorient	496 000 €	748 000 €	1 100 000 €
CH Paimpol	1 240 752 €	847 521 €	816 464 €
CHIC de Cornouaille	436 591 €	447 135 €	745 056 €
CH Morlaix	300 271 €	375 041 €	599 346 €
CH Fougères	1 015 207 €	1 300 926 €	596 862 €
CH Ploërmel	702 447 €	500 113 €	554 238 €
CH St Malo	195 414 €	295 250 €	410 055 €
CH St Brieuc	72 287 €	224 348 €	359 135 €
CHBA - Vannes	16 410 €	207 755 €	262 837 €
CH Landerneau	160 737 €	135 228 €	236 148 €
CH Douarnenez	417 706 €	193 480 €	156 947 €
CH Quimperlé	425 095 €	78 310 €	0 €



## Evolution des coûts par établissement



## B. Les spécialités médicales les plus impactées par l'intérim

### 1) Constats généraux

Les deux spécialités les plus impactées par cette forme de recrutement demeurent **l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence**. Avec une forte hausse, elles représentent 63,44% des dépenses totales d'intérim en 2017.

Les dépenses en anesthésie-réanimation ont progressé de 37% de 2016 à 2017 et constituent à elles seules plus de 39% des dépenses totales.

Les dépenses de médecine d'urgence progressent de près de 46%, avec 24% des dépenses totales.

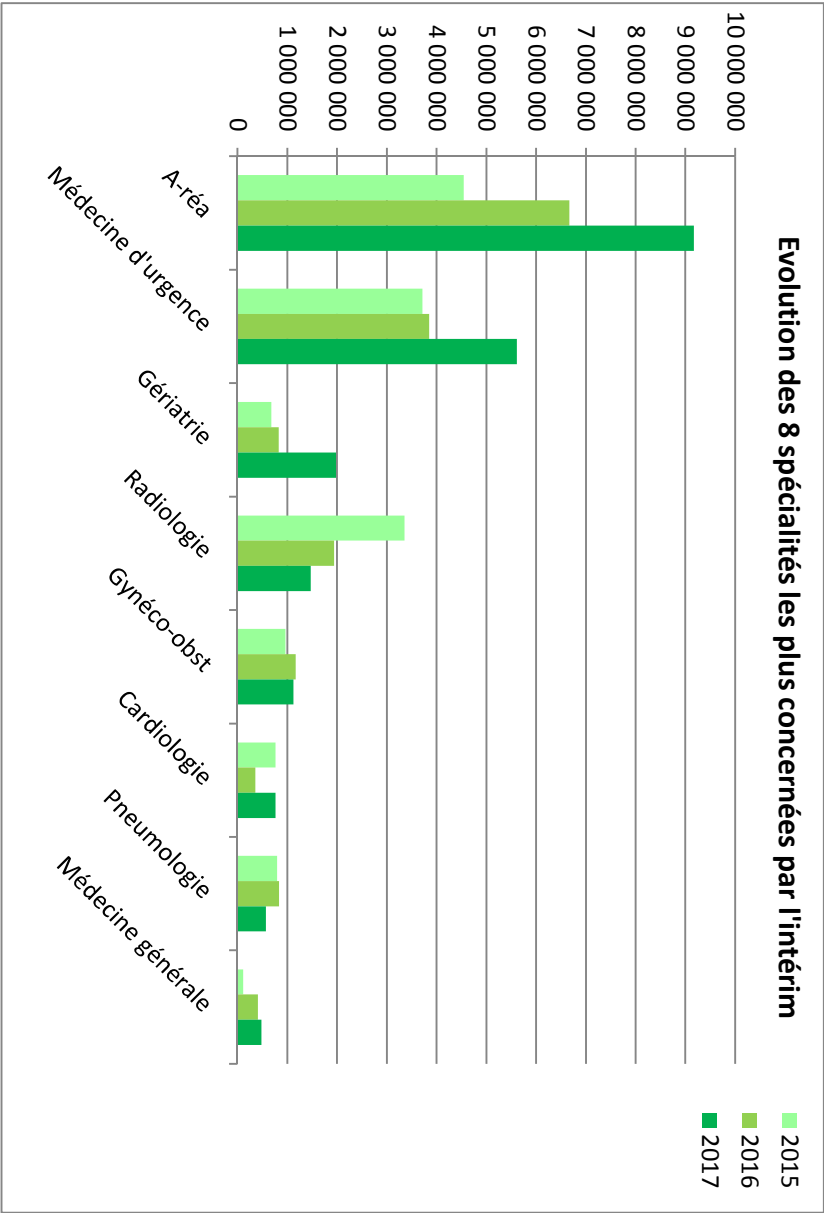
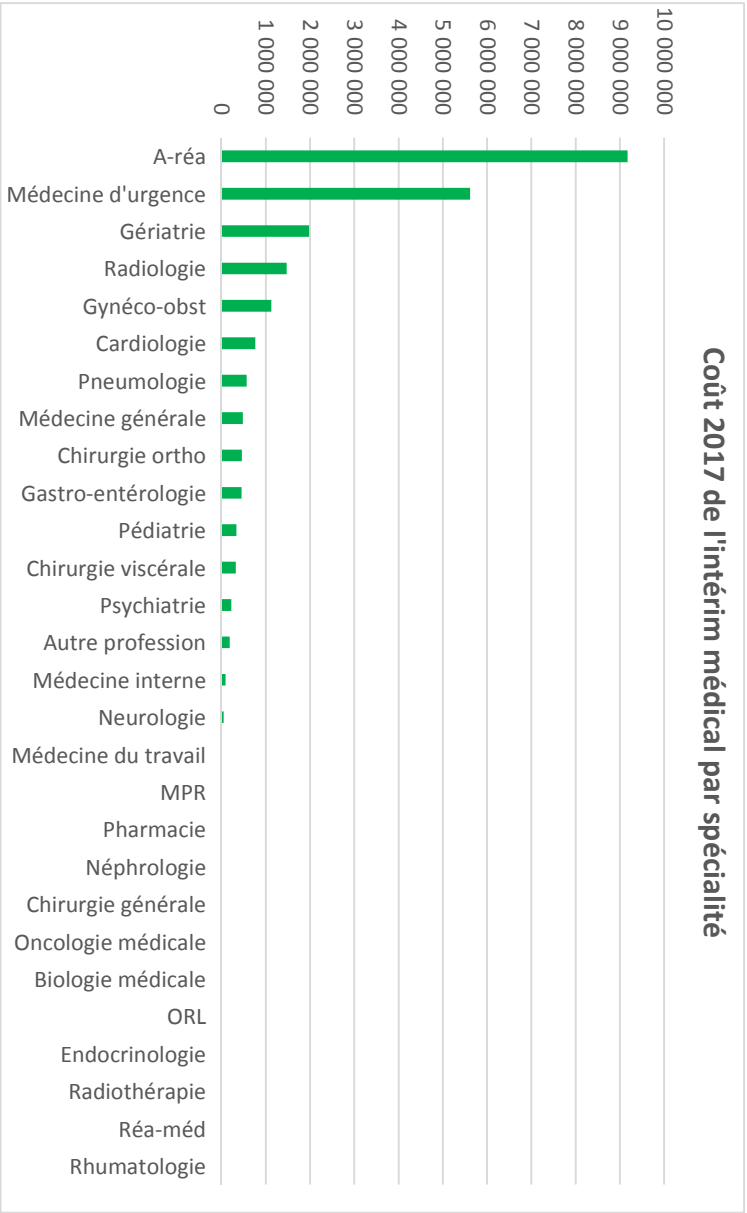
Les dépenses de radiologie poursuivent leur atténuation, avec toujours une forte sollicitation.

En revanche, une forte augmentation des dépenses d'intérim en gériatrie est constatée avec une hausse de près de 40%.

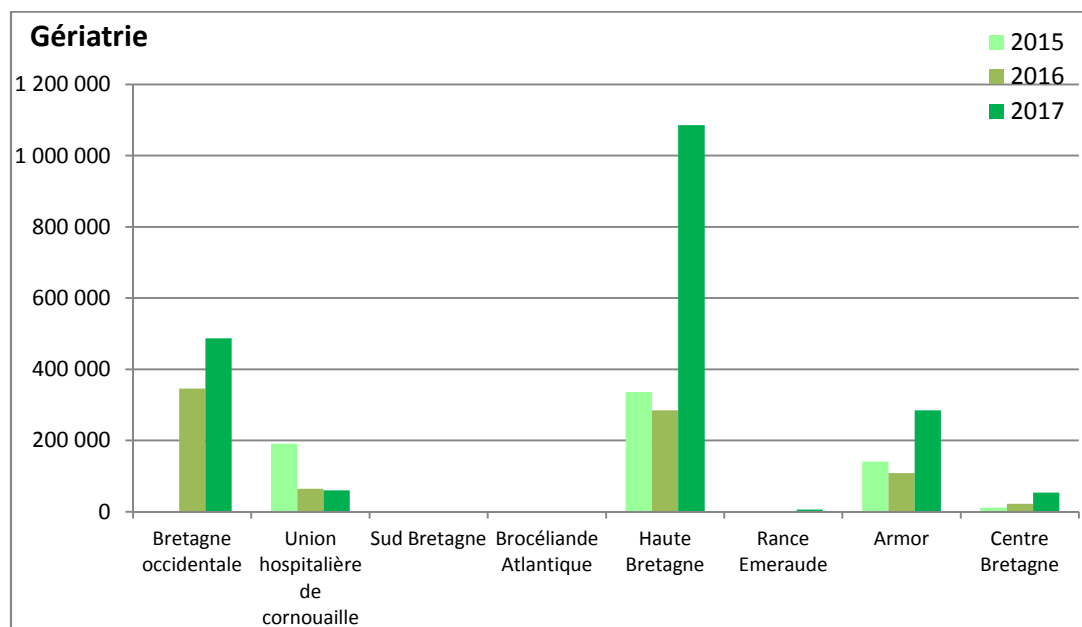
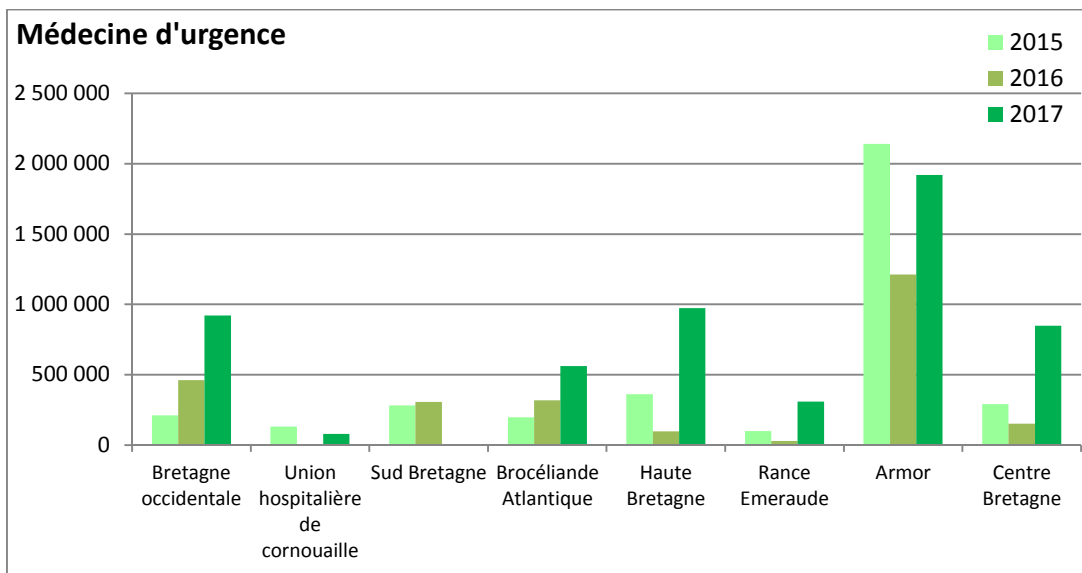
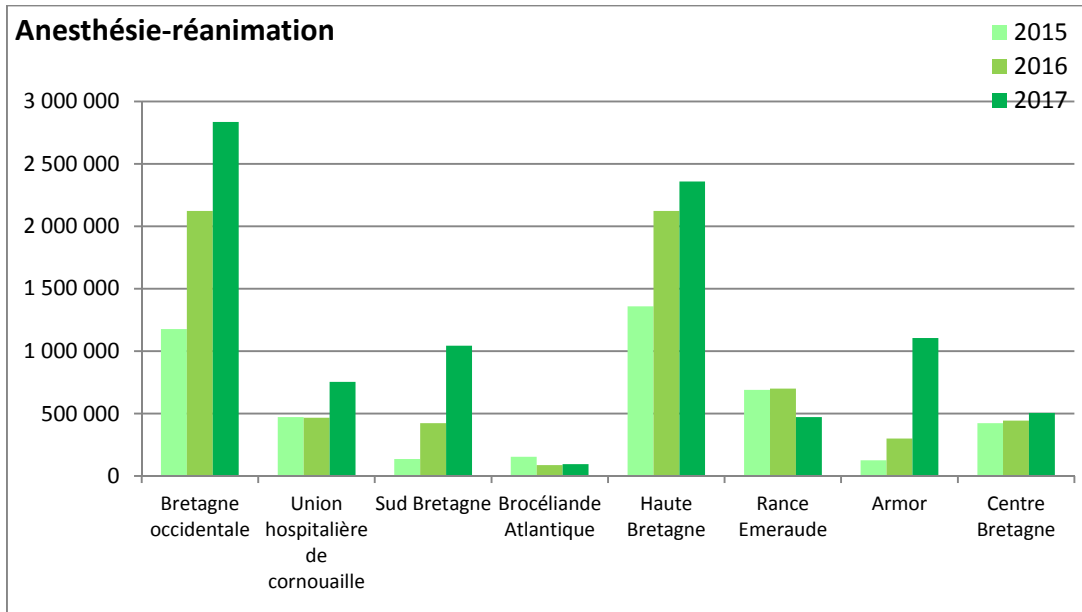
Les huit spécialités les plus sollicitées pour l'intérim englobent un montant cumulé de dépenses supérieur à 21 M€ et 91% des dépenses totales. Elles se déclinent comme suit :

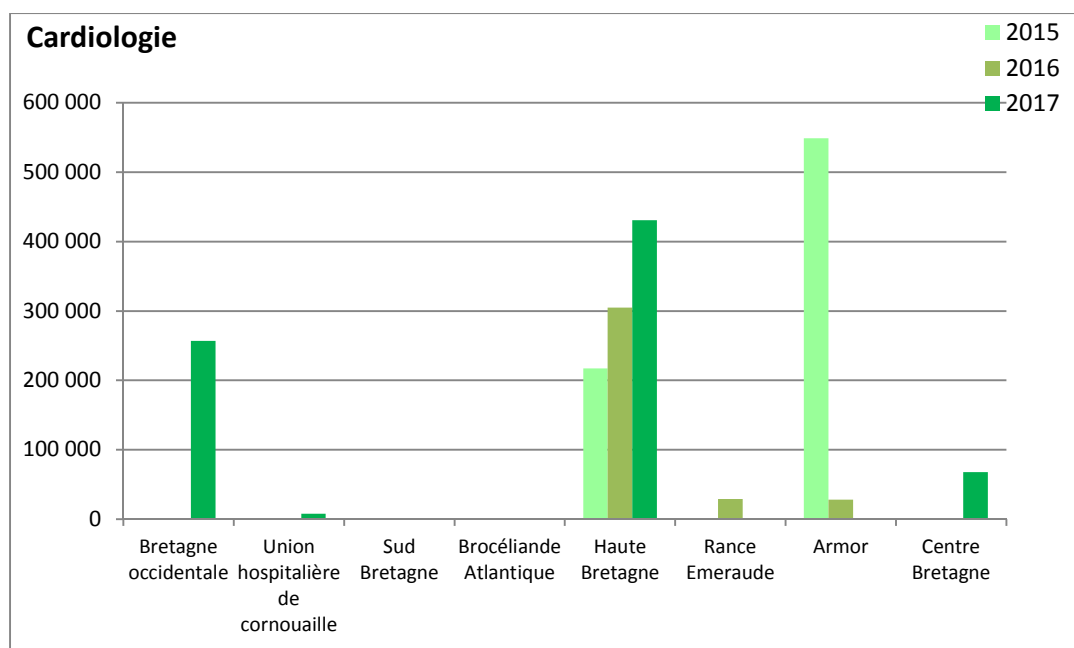
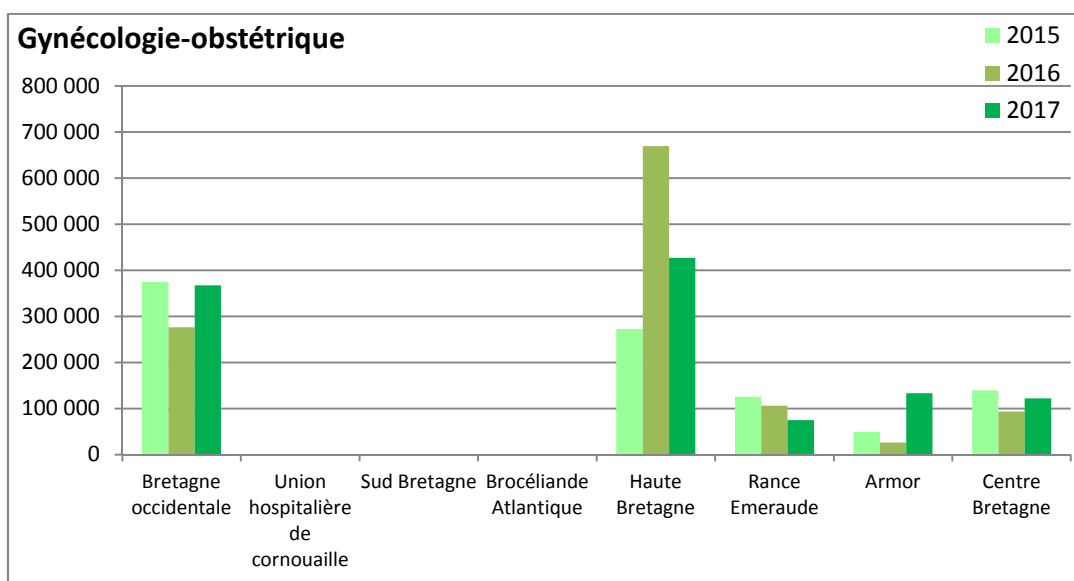
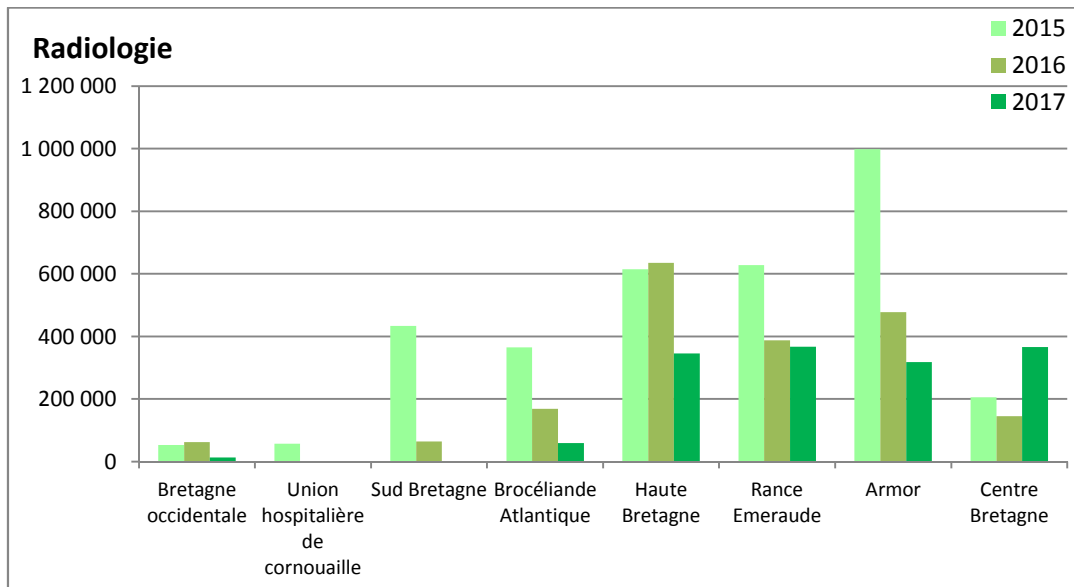
Spécialité	2016	2017
Anesthésie-réanimation	6 669 469	9 170 583
Médecine d'urgence	3 854 559	5 612 290
Gériatrie	826 401	1 978 034
Radiologie	1 942 945	1 470 924
Gynécologie obstétrique	1 172 319	1 125 485
Cardiologie	361 943	763 040
Pneumologie	835 337	570 884
Médecine générale	412 376	479 780





## 2) Evolution des coûts par territoire des 8 spécialités les plus consommatrices

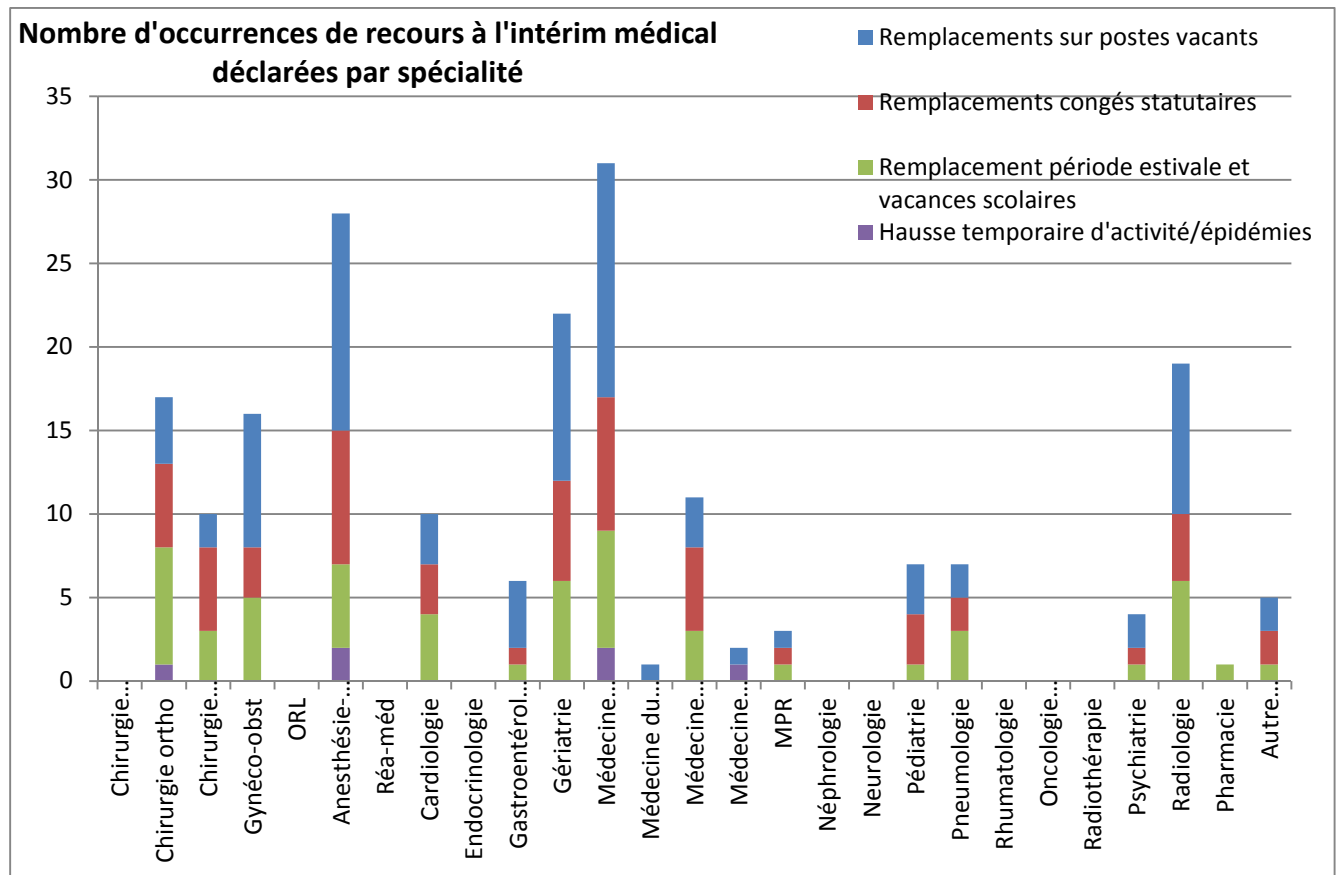




### C. Motifs de recours à l'intérim médical

Quatre motifs justifient le recours à l'intérim :

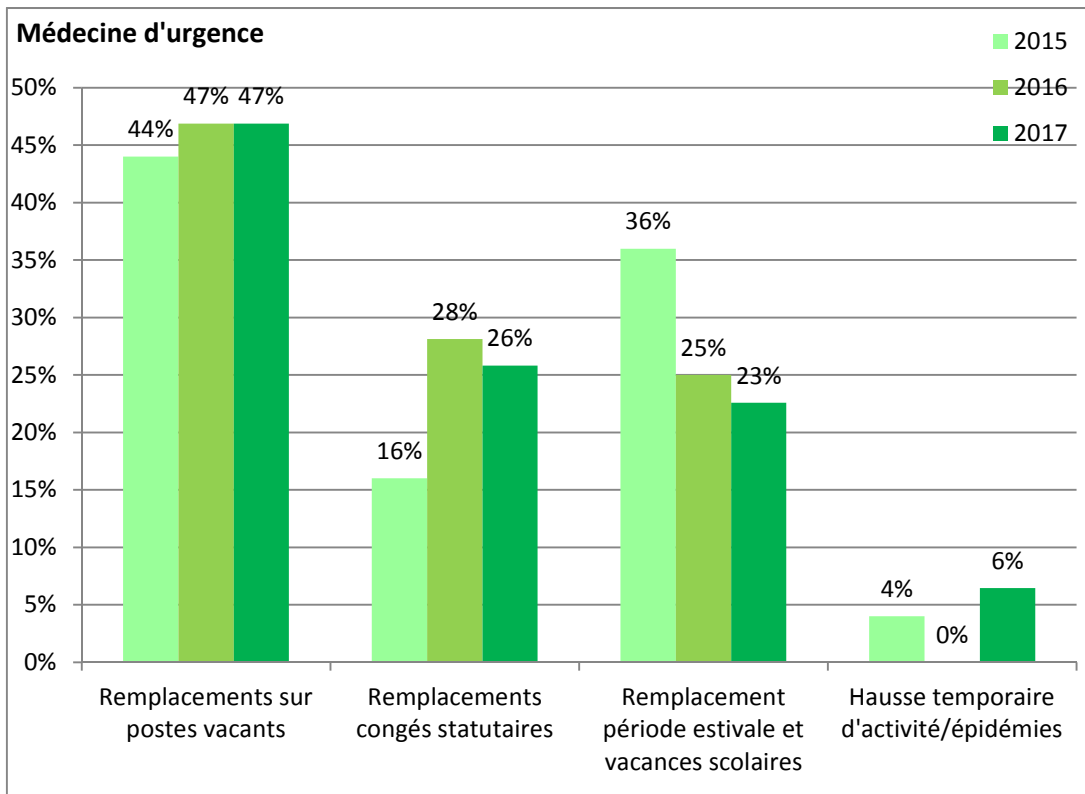
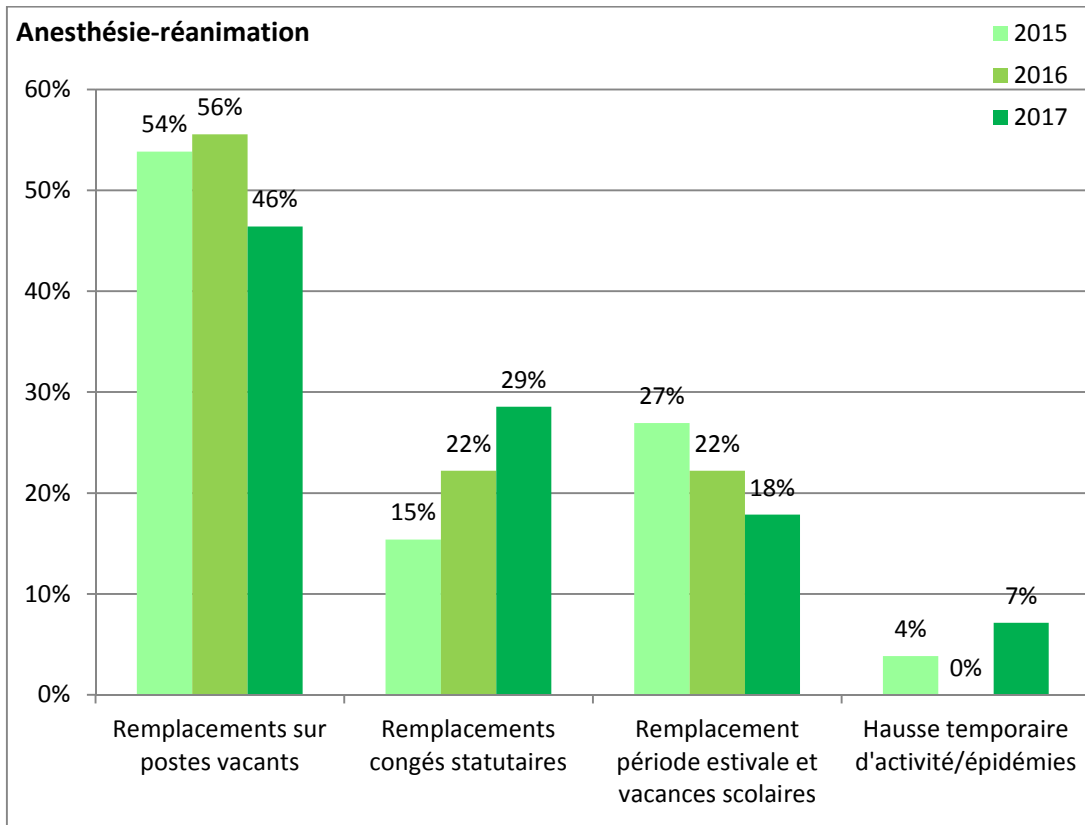
- Le remplacement sur postes vacants ;
- Le remplacement de congés statutaires ;
- Le remplacement en période estivale et vacances scolaires ;
- La hausse temporaire d'activité et épidémies.

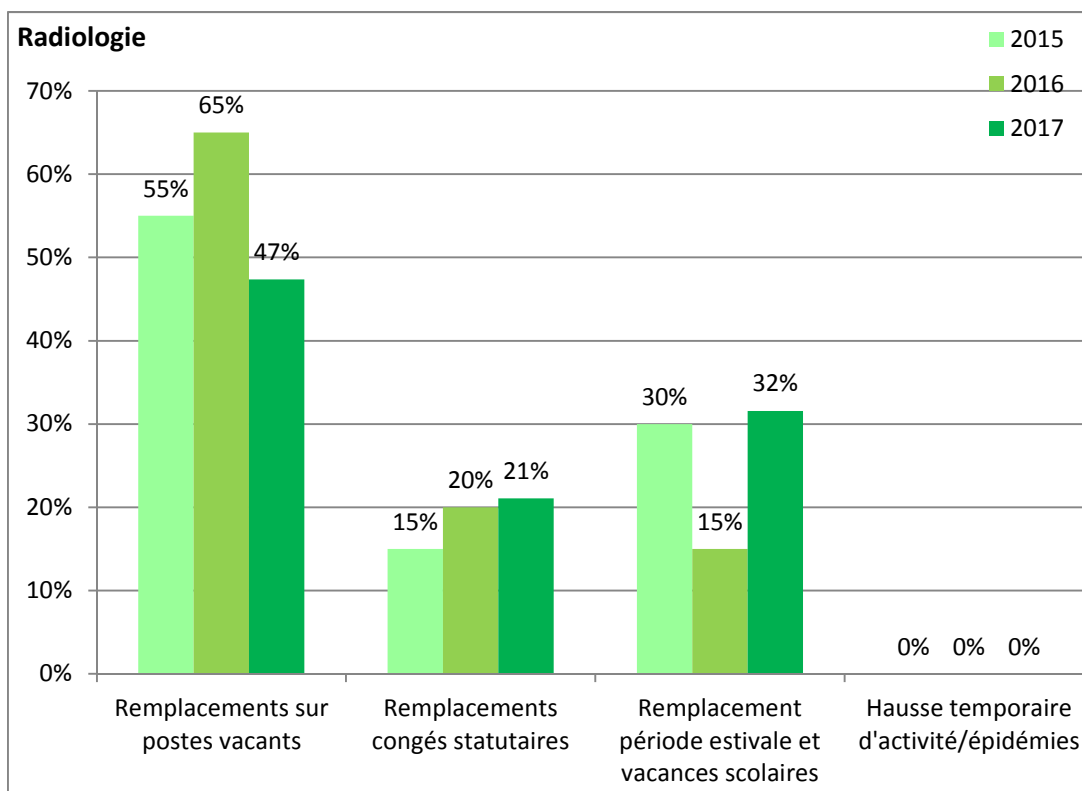
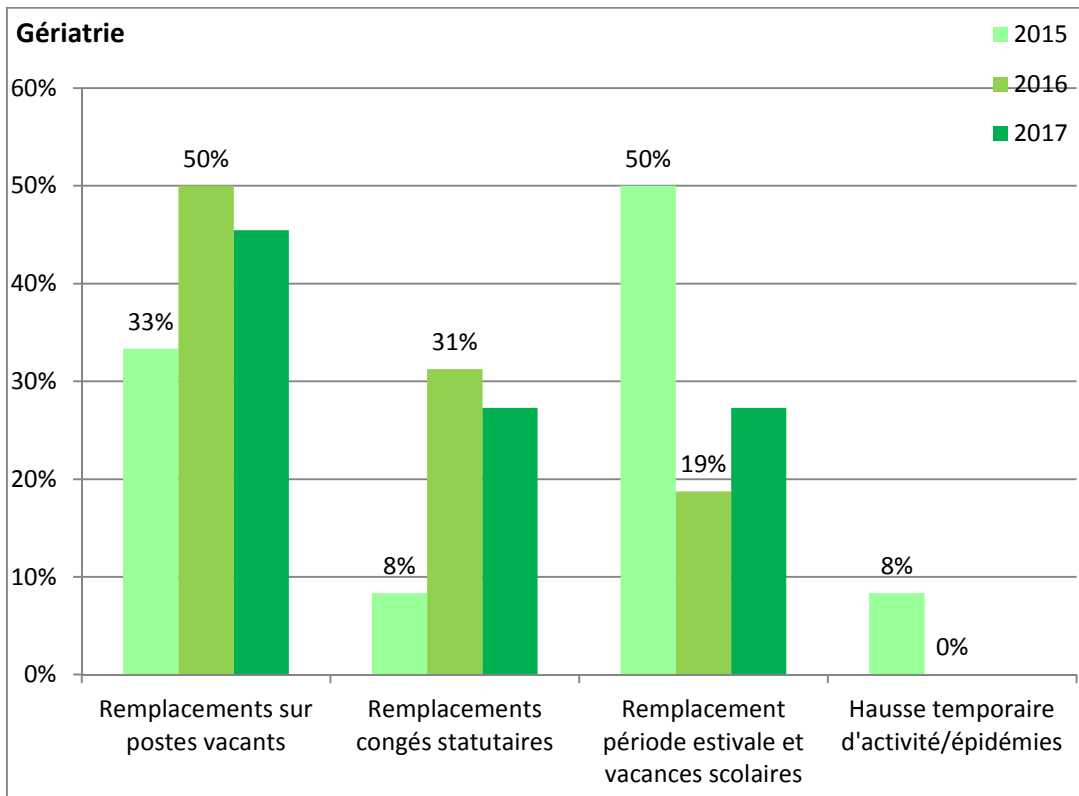


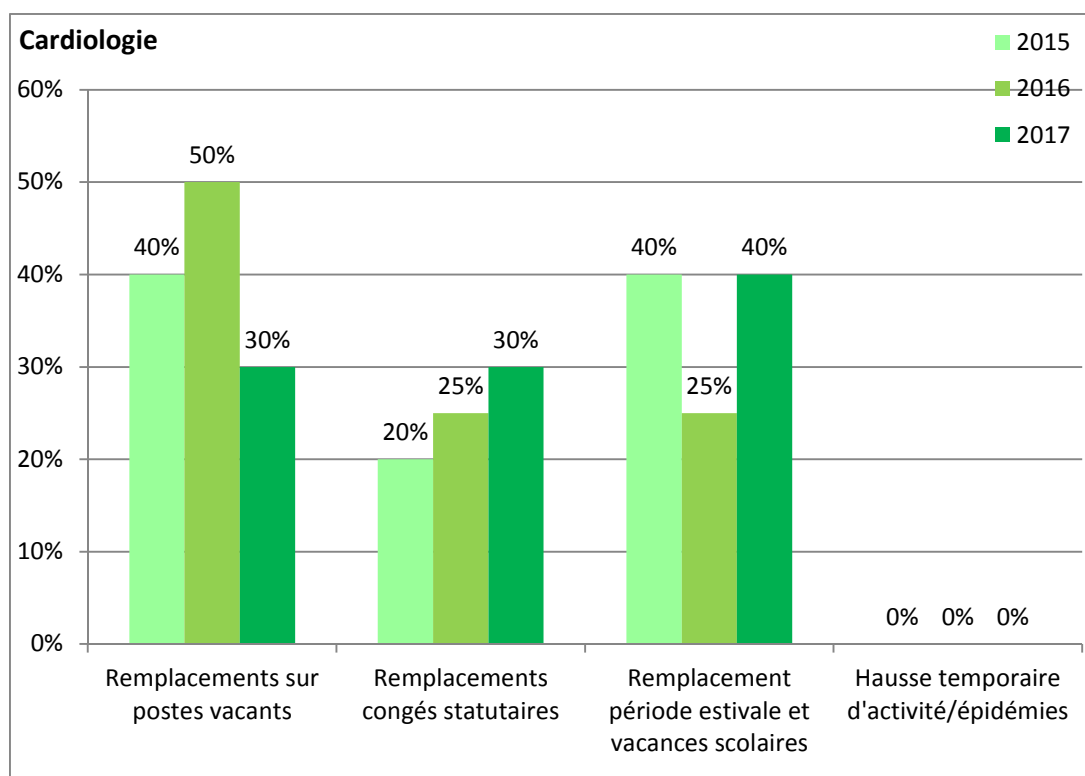
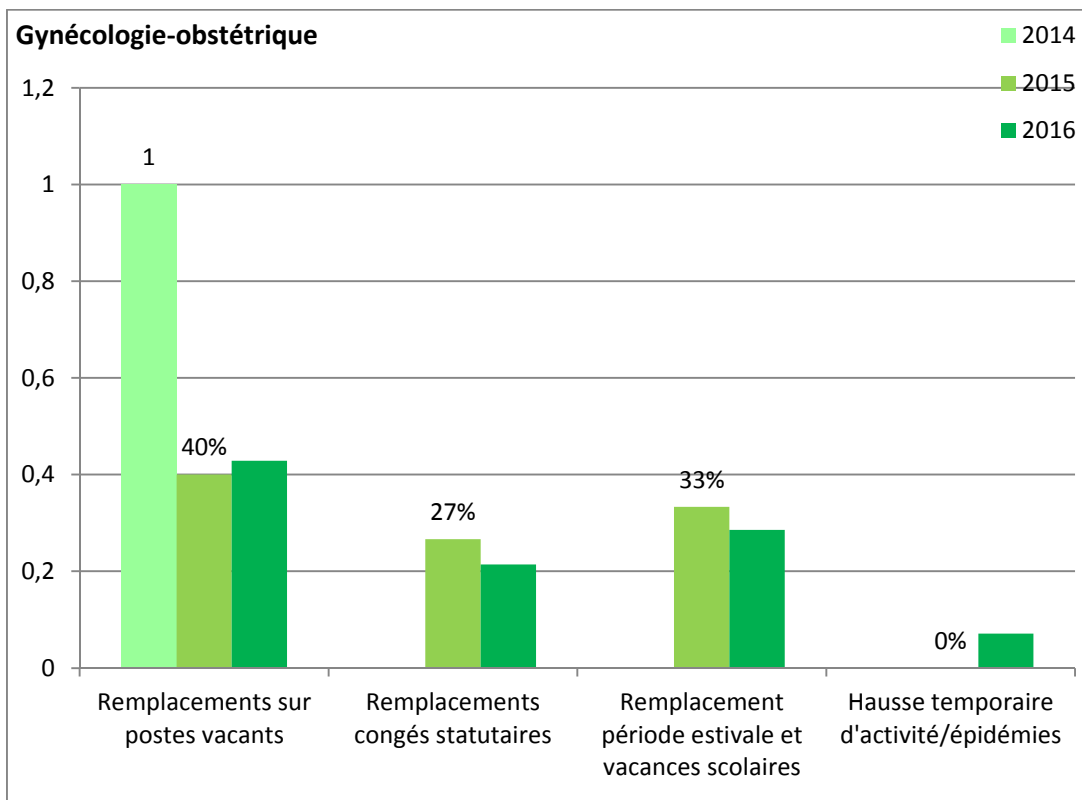
Les établissements ont recours à l'intérim médical dans 41% des occurrences déclarées pour assurer le pourvoi de postes vacants, ce motif en légère baisse.

28,5% ont pour objectif d'assurer les remplacements de congés statutaires et 27,5% pour assurer les remplacements en périodes de congés scolaires et périodes estivales.

**Evolution des motifs de recours à l'intérim pour les 8 spécialités les plus consommatrices**

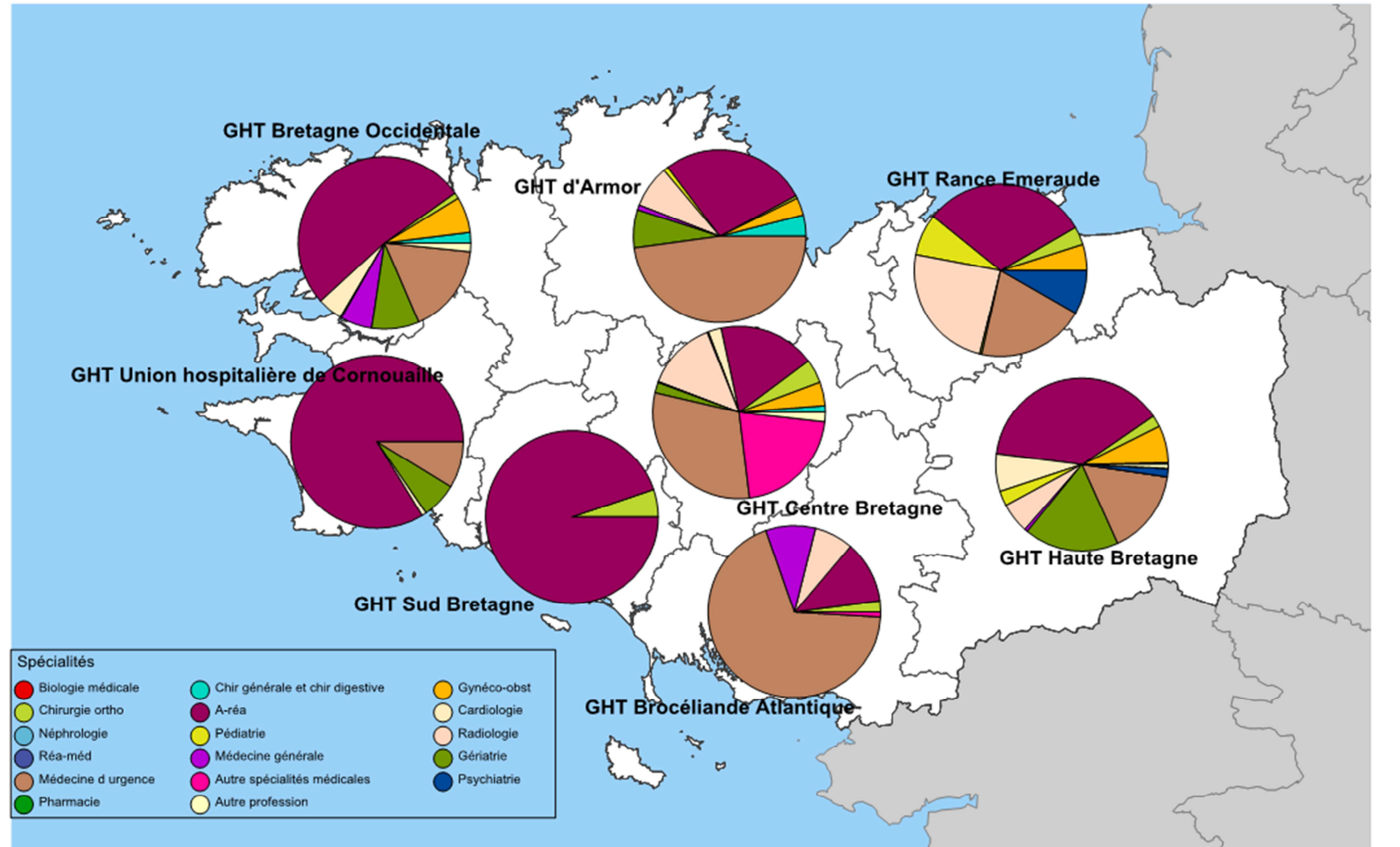






## D. La cartographie

Coût du recours à l'intérim médical par GHT en 2017

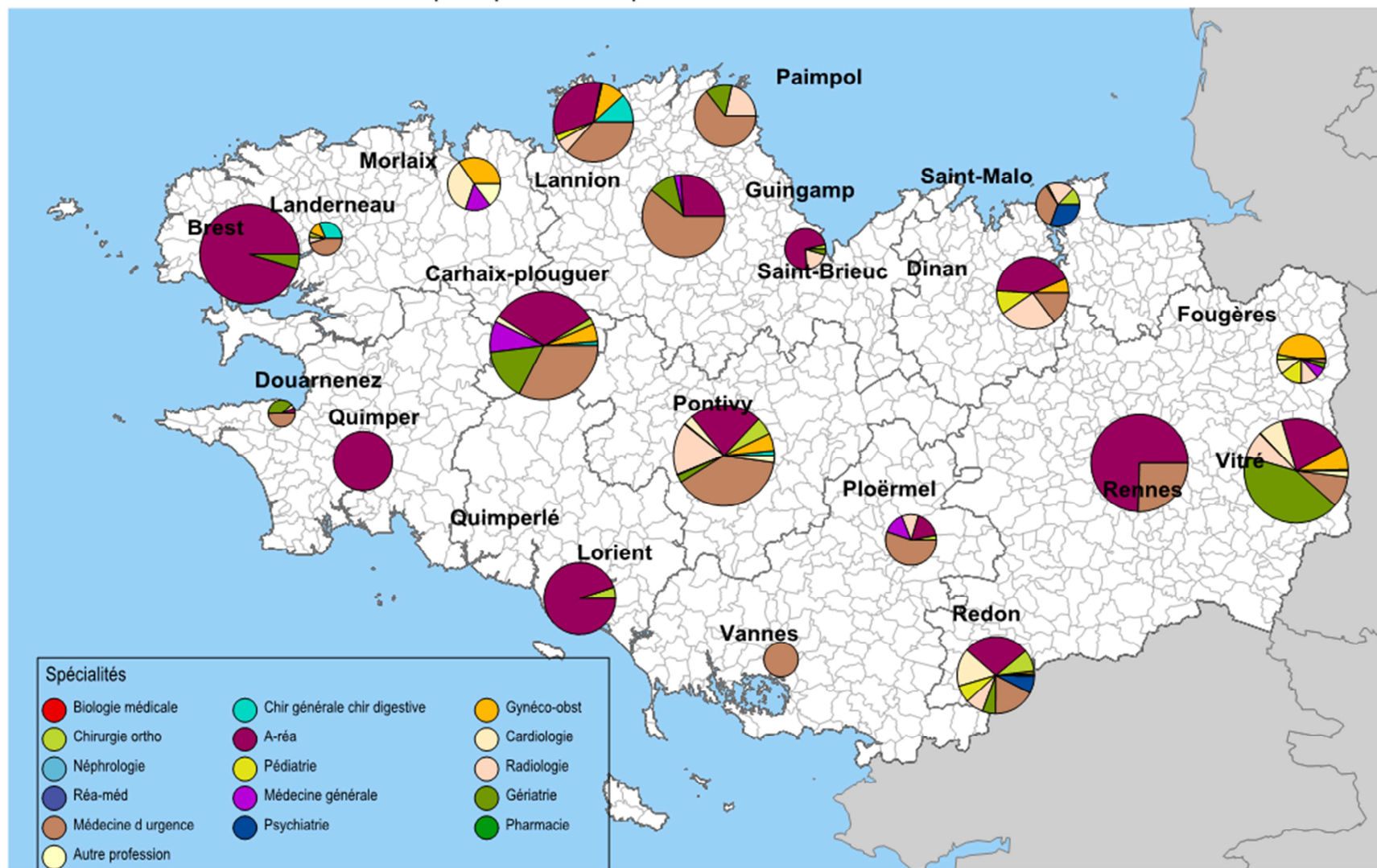


Source : ARS Bretagne,  
Réalisation ARS Bretagne, juillet 2017  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 33 65 km



## Coût du recours à l'intérim médical par spécialité et par établissement en 2017



Source : ARS Bretagne,  
Réalisation ARS Bretagne, juillet 2017  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

## CPOM 2019-2023 - FICHE OBJECTIF

<b>GESTIONNAIRE</b>	Raison sociale FINESS Juridique		
<b>Thématique concernée*</b>	<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
<b>Objectif opérationnel*</b> (intitulé)	<b>Maîtriser l'évolution des dépenses liées au recrutement d'intérimaires</b>		
<b>Constats*</b> Faire référence à la situation initiale constatée en lien avec le diagnostic partagé (cf constats Annexe 1)	<p>L'établissement a continué en 2017 d'avoir recours à l'intérim médical pour pallier le déficit de postes de médecins anesthésistes-réanimateurs et de postes de médecins urgentistes : 1 612 journées d'intérim (979 journées en 2016 et 297 journées en 2015) pour un coût total de 2 018 467 € (1 096 066 € en 2016 et 360 407 € en 2015). Les dépenses d'intérim non médical sont restées stables entre 2016 et 2017 (3 132 journées en 2016 et 3 056 en 2017).</p> <p>De janvier à juillet 2018, le nombre de journées d'intérim sur l'anesthésie-réanimation a progressé de +16% par rapport à la même période en 2017, passant de 738 journées à 853. A l'inverse, le recours à l'intérim sur les urgences a fortement diminué, passant de 223 journées en 2017 (janvier à juillet) à seulement 61 journées en 2018.</p> <p>En 2018, le recours à l'intérim non médical est plus important du fait de difficultés sur les perfusionnistes et les remplacements de dernière minute de personnel soignant notamment sur les week-ends.</p>		
<b>Périmètre concerné*</b>	Intérim médical : Anesthésie-Réanimation, Urgences Intérim non médical : Perfusionnistes et grades soignants		
<b>Pilote(s)*</b>	Direction des affaires médicales Direction des ressources humaines Direction des soins Contrôle de gestion		
<b>Descriptif des phases de réalisation (actions et dates de finalisation)</b>	Phase 1 (obligatoire)	Descriptif de l'action*	Pour le personnel médical : maintenir le recours aux outils de renforcement de l'attractivité des postes (PECH, IESPE, PET, Contrats de cliniciens sur les secteurs urgences et anesthésie-réanimation)
		Date de finalisation*	
	Phase 2 (facultative)	Descriptif de l'action	Pour le personnel médical, mise en place d'un marché d'intérim au cours de l'année 2019. Effet prix attendu dans le cadre de la réforme des tarifs d'intérim.
		Date de finalisation	
	Phase 3 (facultative)	Descriptif de l'action	Dialogue et priorisation des demandes d'intérim entre les directions et les interlocuteurs des services.
		Date de finalisation	
<b>Préalables à la réalisation et /ou moyens dédiés à la mise en œuvre organisationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification du personnel intérimaire médical par un statut particulier depuis 2018 (statut 69)</li> <li>- Identification des dépenses de personnel intérimaire médical sur un compte particulier depuis 2018 (compte H6423111)</li> <li>- Déploiement du logiciel WHOOG permettant le rappel des professionnels sur base du volontariat pour les remplacements du week-end</li> <li>- Délégation de gestion sur les moyens de remplacements permettant une meilleure gestion des arrêts et donc limiter le recours à l'intérim</li> </ul>		
<b>Acteurs et/ou partenaires à mobiliser dans la mise en œuvre de l'action</b>	Concertation au niveau de la région et du GHT concernant le marché d'intérim Interlocuteurs au sein des services		

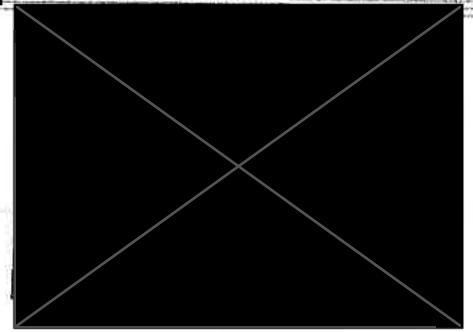
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Indicateur 1*	Libellé*	Interim personnel médical (% de la MS)
		Explication mode de calcul ou d'appréciation*	Dépenses totales brutes liées à l'intérim du personnel médical / Masse salariale. Source : Bilan social (ATIH)
		Valeur initiale*	Personnel médical : 2 018 467 € en 2017 Personnel non médical : 110 640 € en 2017
		Cible à N+2*	
		Cible fin CPOM*	Limiter les dépenses d'intérim médical
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Indicateur 2 (facultatif)	Libellé	Recours au personnel intérimaire (personnel médical) exprimé en nombre de journées
		Explication mode de calcul ou d'appréciation	Nombre total de journées de travail réalisées par les intérimaires (personnel médical)
		Valeur initiale	Personnel médical : 1 612 journées en 2017
		Cible à N+2	
		Cible fin CPOM	Limiter le recours à l'intérim médical
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Indicateur 3 (facultatif)	Libellé	Recours au personnel intérimaire (personnel non médical) exprimé en nombre de journées
		Explication mode de calcul ou d'appréciation	Nombre total de journées de travail réalisées par les intérimaires (personnel non médical)
		Valeur initiale	Personnel non médical : 3 056 journées en 2017
		Cible à N+2	
		Cible fin CPOM	Limiter le recours à l'intérim non médical

#### NOTE DE CONTEXTE REGIONAL (partie réservée ARS )

Constats régionaux :	<p><b>Constats régionaux :</b> Le recours à du personnel intérimaire notamment pour le personnel médical est en progression, avec un impact non négligeable sur les budgets des établissements de santé. Il est nécessaire de suivre l'évolution du recours à l'intérim et de limiter sa progression.</p>
Textes réglementaires / Textes de référence/ Référentiels :	<p><b>Références :</b> - La loi n°2009-972 du 3 août 2009 (article 21) a inséré un article 9-3 à la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière: " les établissements mentionnés à l'article 2 peuvent avoir recours aux services des entreprises mentionnées à l'article L1257-1 du code du travail dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre V du livre II de la première partie du code, sous réserve des dispositions prévues à la section 6 de ce chapitre". - INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en oeuvre du décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé</p>



Le Directeur Général



Mesdames et Messieurs les chefs  
d'établissements publics de santé  
de Bretagne

Réf. : Let\_180409 remplacements.

Date : 11 avril 2018.

Objet: situation des remplacements médicaux dans les établissements publics de santé.

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement,

Les établissements publics de santé rencontrent actuellement des difficultés de recrutement du personnel médical qui contraignent les directions à recourir à un nombre de remplaçants parfois très conséquent souvent par le biais d'agences d'intérim médical. Un certain nombre d'entre vous ont eu l'occasion de me faire part des difficultés qu'ils rencontrent par rapport à des exigences parfois démesurées de médecins dans ce contexte délicat de recrutement.

C'est pourquoi les ARS ont souhaité initier une démarche nationale coordonnée pour vous aider à réguler ce processus de remplacement des médecins titulaires. Vous pourrez vous appuyer sur ce rappel des textes dans le cadre de vos négociations.

Le dispositif repose désormais sur le décret du 24 novembre 2017 relatif à l'encadrement du travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé. Pris en application de l'article L.6146-3 du code de la santé publique, qui légalise le recours à l'intérim médical tout en l'encadrant, ce décret a pour objet de sécuriser les conditions de mise à disposition de praticiens par les entreprises de travail temporaire et de plafonner les dépenses qu'un établissement est susceptible d'engager par mission d'intérim médical.

Ainsi, le contrat, passé avec l'entreprise de travail temporaire se doit impérativement d'être accompagné de l'intégralité des attestations prévues par le décret avant la prise de fonctions du candidat, et le niveau plafond rémunération respecté.

Ce texte ne régle néanmoins pas l'intégralité des situations de recrutement de praticiens auxquels les établissements peuvent faire appel pour des remplacements.



Dans le cas de recrutements directs par l'établissement y compris sur la base de curriculum vitae transmis par des entreprises de travail temporaire ou des agences de placement, je vous rappelle que seuls les statuts hospitaliers peuvent s'appliquer : statut de praticien contractuel (articles R6152-401 et suivants du CSP), de praticien attaché (articles R6152-601 et suivants du CSP), et plus exceptionnellement de clinicien (articles R6152-701 et suivants du CSP).

Par ailleurs, la rémunération proposée à ces médecins doit respecter les règles propres à chaque statut à l'exclusion de toute compensation salariale quelle que soit la forme qu'elle pourrait prendre, annexe au contrat, engagement de paiement de plages additionnelles et/ou d'indemnités liées à la permanence des soins.

Concernant plus précisément le statut de clinicien actuellement de plus en plus sollicité par les praticiens, je vous rappelle qu'il est soumis à la signature d'un avenant au CFOM de l'établissement.

Devant la multiplication de ces contrats et afin de préserver la spécificité de ce statut qui ne doit concerner qu'un faible nombre de praticiens et pour un petit nombre de spécialités plus particulièrement pénicitaires, je vous rappelle que réglementairement ces contrats de cliniciens doivent être encadrés par des objectifs fixés au contractant, et faire l'objet d'une évaluation de l'activité des praticiens recrutés sous ce statut. Par ailleurs, ces contrats ne donnent pas droit à jours RTT et la rémunération intègre les gardes et astreintes.

Enfin, je vous rappelle que la réglementation interdit les nouveaux recrutements de praticiens titulaires de doctorat hors Union européenne ne disposant pas de la plénitude d'exercice de leur profession, ainsi que le recours à des médecins qui exerceraient par ailleurs des fonctions à temps plein dans un autre établissement.

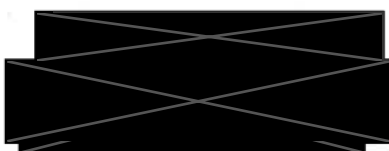
Il me paraît important de rappeler à vos équipes ces cadres réglementaires pour collectivement résister aux demandes disproportionnées voire illégales, ceci dans un contexte d'importante tension budgétaire, avec des recrutements représentant souvent un coût non négligeable pour vos structures.

Comptant sur votre vigilance et votre implication dans le respect de la réglementation, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général de  
l'Agence Régionale de Santé  
Bretagne



Olivier de CADEVILLE



**Annexe 4. Echanges électroniques entre la FHF et les directions d'établissements publics de santé relatifs aux réunions hebdomadaires en amont de la loi RIST**



---

**TR: intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°4**

---

[Redacted]

[Redacted]

**Objet : TR: intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°4**

[Redacted] [@fhf.fr](#)>  
**Envoyé : mardi 26 octobre 2021 12:16**

[Redacted]



**Objet :** intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°4

Bonjour à tous

Un point de situation sur le sujet de l'intérim médical suite à l'échange hebdomadaire entre la FHF et les FHR et un échange avec l'ARS Bretagne

### **Communication**

1. Suite à la diffusion du communiqué de presse la semaine dernière sur le report de l'application de la loi, il a été indiqué la publication dans les prochaines heures d'une déclaration commune portée par les conférences, la FHF et le ministre sur la régulation de l'intérim médical. Dès parution de cette déclaration, je ne manquerai pas de vous la transmettre.
2. J'ai également réitéré la demande initiale à l'ARS qu'une communication envers les élus soit initiée non pas sur l'impact de la loi sur nos organisations qui devra faire l'objet d'une communication en son temps mais la nécessité de réguler l'intérim et l'appui indispensable des élus à ce travail de régulation. Nous sommes en attente d'un retour de l'ARS sur ce point

### **Préparation de l'application de la loi en janvier 2022**

3. Dans le cadre de l'anticipation de l'application de la loi en janvier 2022, vous trouverez ci-joint deux textes qui pourront vous aider dans la mise en œuvre de mesures alternatives à l'intérim médical avec un texte sur le statut de praticien contractuel et un texte sur la prime de solidarité territoriale. Ce sont encore des documents de travail mais qui sont largement finalisés et qui ne devraient pas bouger d'ici leur publication officielle.
4. Concernant la prime de solidarité territoriale, vous verrez dans le dispositif, la nécessité d'une convention cadre avec l'ARS pour la mettre en place sur la région. Il vous est proposé que le projet de convention cadre soit de dimension régionale afin d'assurer une harmonisation des pratiques au sein de nos territoires et signé par l'ARS, la FHF et les établissements qui auront

recours à la PST. Dans la note jointe, il est également précisé la possibilité de PST bonifiée fixée par le DG ARS après avis de la CRP soit par spécialité, soit par territoire dans la limite de 20% des montants prévus dans l'arrêté. Il me semble également important qu'on puisse se mettre d'accord sur ce point et qu'il soit ainsi traité dans la convention cadre

5. Concernant l'identification des points de rupture dans la prise en charge suite à l'application de la loi, nous allons continuer à travailler sur le sujet en lien avec l'ARS Bretagne. Une cartographie des difficultés est en cours et un premier échange entre l'ARS et les établissements devrait avoir lieu rapidement sur ce point. Merci de bien vouloir remonter vos informations actualisées à l'ARS Bretagne. Vous pouvez également me faire copie si vous le souhaitez.

6. Il semble enfin nécessaire, dans le cadre de la préparation de cette échéance qu'on puisse également travailler de concert avec les trésoriers publics. Un point pourrait être proposé avec l'ARS.

### **Réactivation des outils portés par les établissements et FHF Bretagne**

7. Depuis de nombreux mois voire années, la FHF Bretagne, en lien avec les établissements hospitaliers tentent de mettre en place une stratégie de régulation de l'intérim basée sur trois outils majeurs : le marché régional de l'intérim médical, l'observatoire des pratiques tarifaires, la mise en place de la Bourse à l'emploi. La question de la réactivation de ces outils se pose notamment concernant le marché régional qui arrivera à échéance en mars 2022. La question de son renouvellement se pose dorénavant avec acuité.

8. Concernant l'observatoire des pratiques tarifaires, la question de sa consolidation pourra se poser en fonction de la date d'entrée en vigueur de la loi.

9. Enfin, la Bourse à l'emploi sera de fait obsolète avec l'arrivée de la prime de solidarité territoriale. Pour autant, une application numérique facilitant son usage reste de mise. Un partenariat avec la FHF Pays de la Loire est en cours sur ce dernier point.

Merci de vos retours sur ces différents points

Je reste à votre disposition

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Déléguée Régionale Permanente

FHF Bretagne

14 Avenue Yves Thépot

BP 1757  
29107 Quimper cedex

[Redacted signature]

[Redacted signature]





██  
**Envoyé** : jeudi 21 octobre 2021 19:45

**Objet** : intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°3

Bonsoir à tous

Un point de situation (N°3) sur l'application de la Loi Rist.

1. Dans la continuité des échanges du début de semaine, vous trouverez ci-joint le communiqué de presse et le calendrier de mise en œuvre du contrôle de l'intérim médical, annoncé ce soir par le Ministre. Comme vous pouvez le voir, le 27 octobre n'est plus la date d'application des contrôles a priori par le comptable public (dont l'entrée en vigueur se fera « dès que possible en 2022 »), mais correspond à la poursuite des travaux préparatoires à sa mise en oeuvre. Il est à noter que ce schéma correspond à peu près à ce que la FHF avait proposé en novembre 2020 au moment où les discussions sur la loi Rist commençaient. Il s'agit de replacer les DG ARS au coeur du dispositif de régulation de l'offre régionale et de la permanence des soins.

2. Dans le droit fil des annonces ministérielles, l'ARS Bretagne s'était déjà engagée dans un travail préparatoire en lien avec la FHF Bretagne avec une réunion de cadrage FHF / ARS le 7 octobre, une réunion technique de lancement des travaux préparatoires le 15 octobre FHF / ARS, une réunion technique avec les directeurs des affaires médicales le 19 octobre pour une transmission des informations d'ici demain et l'élaboration d'une cartographie la plus précise possible des impacts de la loi sur l'organisation et la continuité des soins. Il est ainsi prévu, tous les jeudis une réunion de veille sur les différents points durs identifiés.

Je reste à votre disposition

██

██

Déléguée Régionale Permanente

FHF Bretagne

14 Avenue Yves Thépot

BP 1757  
29107 Quimper cedex

06.84.98.65.43

██



**De :** CONAN-MATHIEU Nathalie

**Envoyé :** mardi 19 octobre 2021 16:42

**Cc :** 'JUET Paola' <Paola.JUET-ext@chu-rennes.fr>

**Objet :** intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°2

Bonjour à tous

Je me permets un nouveau point de situation N°2 concernant la mise en application de l'article 33 de la loi Rist suite à la diffusion d'informations par la FHF nationale mais également suite à la réunion technique qui s'est tenue ce midi entre les équipes de l'ARS (Anne Marie Lorho et Dr Natacha Prat) et les directions des affaires médicales des établissements bretons.

Dans le mail joint, vous trouverez une information donnée par le pôle RHH de la FHF nationale ce matin sur le souhait du gouvernement de maintenir l'entrée en vigueur de l'article 33 de la loi Rist au 27 octobre 2021, mais avec une phase transitoire de contrôle à blanc. Cette phase transitoire doit permettre la mise en œuvre des leviers supplémentaires issus de la réforme des statuts : PST (Prime de solidarité territoriale) et réforme des statuts avec une hausse des plafonds de rémunération des contrats classiques de praticiens contractuels et un volet de type « clinicien » (avec un plafond de rémunération fixé au 13e échelon de la nouvelle grille, RTT, IS et TTA le cas échéant, accès à la protection sociale de droit commun).

Vous trouverez en pièce jointe de ce mail la fiche projet de la Prime de solidarité territoriale qui ne devrait pas trop bouger et qui peut servir de base aux discussions qui vont démarrer sur le sujet dans les territoires. A noter la nécessité d'une convention cadre avec le DG ARS Bretagne.. Je vous propose de repartir de notre projet de convention cadre Bourse à l'emploi et de la transformer pour avoir une convention cadre régionale unique signée par les établissements et la FHF Bretagne.

Au-delà de ce point d'information national, s'est tenue une réunion ce midi sur l'anticipation des difficultés.

#### 1. Sur l'organisation de la « gestion de crise »

L'ARS propose aux établissements de remonter les points critiques de manière précise afin de permettre à l'autorité de régulation d'identifier les points de rupture et d'élaborer une cartographie plus précise des fermetures d'activité, dans l'application du texte d'ici la fin de cette semaine via un tableau de mesures à prendre. Un retour de l'ARS sur la cartographie sera faite par territoire en début de semaine prochaine et la première réunion hebdomadaire de la cellule de crise du jeudi midi se tiendra également la semaine prochaine.

Ont été identifiés les métiers en tension : Urgences – maternité – anesthésie – réanimation – pédiatrie. Toutefois d'autres spécialités sont également en difficulté amenant des problématiques dans les EHPAD, en psychiatrie

#### 2. Sur la communication

Il a été redemandé à l'ARS de travailler à une double communication : une première communication sur la fermeté des autorités sur le dispositif, et la demande d'appui de toutes les structures concernées y compris les collectivités territoriales afin de ne pas laisser l'établissement seul face aux difficultés

Une deuxième de communication à anticiper en cas de fermeture de service ou de lits à destination des élus et du grand public

Il a également été demandé une fermeté de l'ARS sur les établissements privés

### 3. Sur les outils à disposition des établissements

Outre la mise en place de la PST, il est demandé un soutien pour les contrats de cliniciens dans un périmètre à déterminer en fonction de l'opportunité de ce dispositif eu égard à la mise en œuvre des nouveaux statuts en 2022.

Je crois que j'ai fait le tour des informations de ce jour et je reste à votre disposition

Bonne journée !

Nathalie CONAN MATHIEU

Déléguée Régionale Permanente

FHF Bretagne

14 Avenue Yves Thépot

BP 1757  
29107 Quimper cedex

06.84.98.65.43

[n.conan-mathieu@fhf.fr](mailto:n.conan-mathieu@fhf.fr)



[REDACTED]

[REDACTED]

**Objet : intérim médical - mise en application de l'article 33 de la loi RIST - Point de situation N°1**

Bonjour à tous

Je me permets un nouveau point de situation concernant la mise en place du nouveau cadre juridique de régulation des tarifs de l'intérim médical.

Une réunion technique s'est tenue ce jour entre la FHF Bretagne (Nathalie Conan Mathieu) et l'ARS Bretagne (Anne Marie Lorho – Anne Viviès – Dr Prat – Dr Gauvrit).

Il ressort des différents échanges :

1. L'ARS tout comme nous est en attente des annonces ministérielles. L'agence table sur une information de ce type début de semaine prochaine.
2. Tous les indicateurs semblent montrer un report mais sans annonce officielle, nous devons malgré tout anticiper la mise en place de ce nouveau cadre juridique au 1<sup>er</sup> novembre 2021

Dans ce cadre, après échange avec l'ARS, nous avons convenu la nécessité de porter un plan d'action et un calendrier de travail pour nous préparer autant que faire à ce nouveau dispositif.

Le plan d'action devrait pouvoir décrire une identification précise des difficultés dans les différents territoires, des éléments de communication concertés entre tous les territoires notamment vis-à-vis des élus, des réunions en mode gestion de crise au niveau régional, l'utilisation d'outils dérogatoires (prime de solidarité territoriale – contrat de cliniciens).....

Il a été convenu que ce plan d'action doit pouvoir être élaboré avec les établissements hospitaliers concernés. A ce titre, les directeurs des affaires médicales de votre établissement vont recevoir, sous peu, une proposition de rencontre, mardi prochain 19 octobre à 12h15 pour échanger sur tous ces points et préparer ce plan d'action. Parallèlement Dr Natacha Prat prendra l'attache des Présidents de CME pour un échange dédié.

L'objectif de ce travail préparatoire est de pouvoir se mettre d'accord sur ce plan collectif et partagé entre la direction générale de l'ARS et les instances dirigeantes des établissements hospitaliers.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez des précisions

Bien cordialement

[Redacted signature block]



---

**2 pièces jointes**



**20211008\_CSPM\_DCE\_NPC\_(1).pdf**

785K

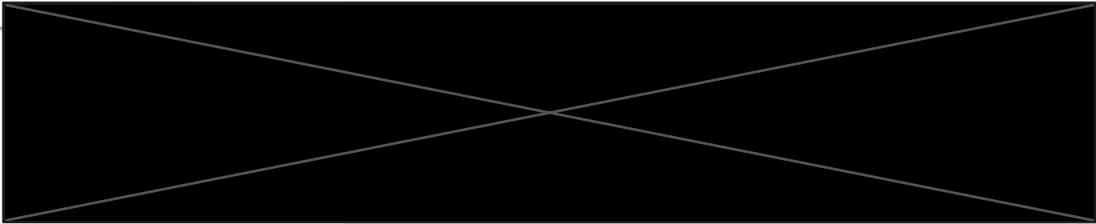


**Fiche pratique PST.DOCX**

68K



**CONTRAT DE PRESTATION DE RECRUTEMENT**  
*Conformément à la loi de Cohésion Sociale n°2005-32 en date du 18.01.2005*



Par la signature du présent contrat de prestation de recrutement :

- les parties reconnaissent avoir pris connaissance des conditions générales annexées et qui font partie intégrante du présent contrat (les conditions particulières)
- Le CLIENT donne expressément la mission à [redacted] de procéder à la recherche et la sélection de candidats qui correspondent au(x) poste(s) mentionné(s) ci-dessous

- **Intitulé du poste à pourvoir :** Médecin anesthésiste réanimateur (F/H)
- **Nombre de postes :** 1
- **Type de prestation souhaité :** CDD courte durée

**Facturation de la prestation**

- FORFAIT JOUR : 110,00 EUR H.T.

**Les honoraires seront facturés comme suit :**

- Prise de poste : 100 % des honoraires

**Conditions de règlement :** 30 jours NET date Facturation, par Virement ordinaire

- 1 - En cas de prolongation du contrat à durée déterminée du candidat proposé par [redacted] l'établissement client sera facturé 110 euros HT par jour complémentaire.
- 2 - En cas d'embauche en CDI à l'issue de ce premier contrat de CDD, l'établissement client recevra une facturation complémentaire.

Mission [redacted], service: [redacted]

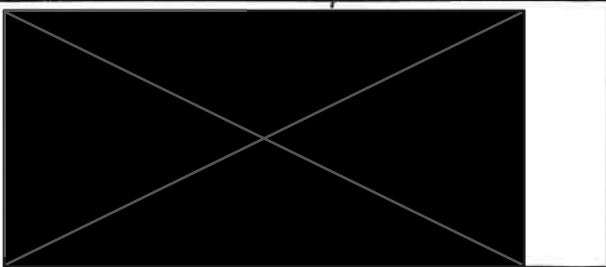
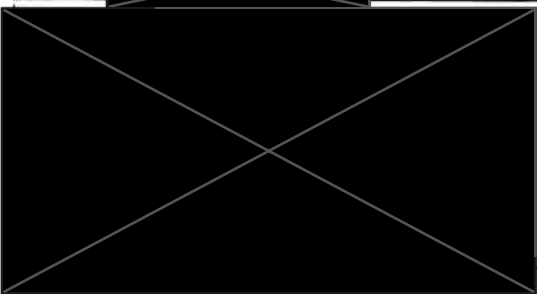
8,16 novembre 2021 08:30 - 18:30

9,15 novembre 2021 08:00 - 18:30. Frais de déplacement à la charge de l'établissement.

110€ HT JOUR \* 4 = 440€ HT

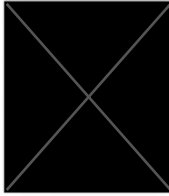
**Bon pour accord**

Fait à [redacted] , le 22/10/2021



Paraphes :





DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES

**CONTRAT DE RECRUTEMENT  
MEDECIN REMPLACANT**

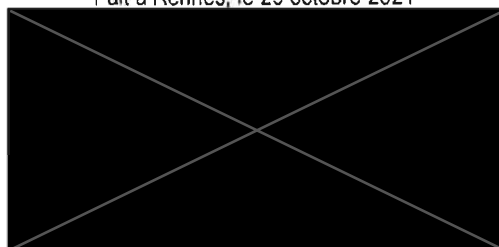
VU la demande du Professeur Chef du pôle   
VU l'absence d'un praticien hospitalier temps plein du service

**IL EST CONVENU CE QUI SUIT**

- ARTICLE 1** Le Docteur , Docteur en médecine, qualifié en anesthésie-réanimation, inscrit au tableau de l'ordre des médecins est nommé praticien contractuel dans le service afin de pallier la situation déficitaire des effectifs médicaux au sein du pôle
- ARTICLE 2** Le service du Docteur est fixé en journées (08h30-18h30), pendant lesquelles il assure le travail quotidien du matin et de l'après-midi et participe à la continuité des soins conformément au tableau de service.
- ARTICLE 3** Le Docteur est rémunéré sur la base de 650 euros net par journée travaillée. Les frais de déplacements entre la résidence familiale et la résidence administrative engagés par ce praticien seront remboursés directement à l'intéressé par le C.H. L'établissement met un hébergement à disposition du praticien. Il cotise au régime général de la sécurité sociale et au régime complémentaire de retraite de l'IRCANTEC.
- ARTICLE 3** Le Docteur doit se conformer au règlement intérieur de l'établissement ainsi qu'aux dispositions en vigueur, dans le secteur d'activité d'affectation, en matière d'information médicale (renseignement du dossier médical informatisé le cas échéant).
- ARTICLE 4** Les accidents qui pourraient survenir lors de l'activité du Docteur au C.H. relèvent de la responsabilité de cet établissement.  
Les accidents de trajet qui pourraient survenir au Docteur dans le cadre de sa collaboration au fonctionnement du C.H. relèvent également de la responsabilité de cet établissement.
- ARTICLE 5** En cas de faute grave ou d'insuffisance professionnelle, la Directrice Générale peut, après avoir communiqué les griefs à l'intéressé et l'avoir invité à présenter ses observations dans le délai de huit jours, mettre fin au contrat par décision motivée prise après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et notifiée au praticien contractuel concerné.
- ARTICLE 6** Si l'intérêt du service l'exige, le praticien peut être suspendu par la Directrice Générale après avis du chef de service et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- ARTICLE 7** Le présent contrat est établi pour les journées du 4, 17, 25, 26 novembre 2021.  
Le Docteur s'engage à transmettre le présent contrat au Conseil de l'Ordre dont il relève.
- ARTICLE 8** Le praticien atteste de sa connaissance des dispositions particulières appliquées à son recrutement sur un emploi de praticien contractuel, telles que définies dans le présent contrat.

Fait à Rennes, le 29 octobre 2021

Le Praticien Contractuel





DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

**COMPTE RENDU D'ENTRETIEN**

Personne reçue : Mme le Docteur [REDACTED]

Objet : Situation personnelle

Date : 17 août 2017

Entretien mené par : [REDACTED]

En présence de : sans objet

Diffusion du CR :

Classement dossier thématique :

Classement dossier individuel : oui

Transmission pour suite à donner : [REDACTED]

Transmission pour information :

La rencontre se tient à l'initiative du Directeur des affaires médicales qui, après avoir appris que le Docteur [REDACTED] n'avait pas renouvelé au mois de mai 2017 son contrat au Centre Hospitalier [REDACTED] a pris l'initiative de prendre l'attache de ce praticien.

Il lui a été proposé des missions d'intérim les jeudi 10 et vendredi 18 août 2017 service [REDACTED] ainsi que les 11 et 13 septembre 2017.

Le Docteur [REDACTED] a été informé et a pu rencontrer le Docteur [REDACTED] lors de sa première venue lors d'un intérim le 10 août 2017.

M. [REDACTED] a également souhaité rencontrer le Docteur [REDACTED] afin de connaître ses projets et de savoir si celle-ci était intéressée pour reprendre des fonctions au CH [REDACTED].

Le Docteur [REDACTED] a été étudiante en médecine à la Faculté de médecine de [REDACTED] interne à [REDACTED] en Médecine générale de novembre 2010 à novembre 2012, Assistante spécialiste temps plein de novembre 2012 à octobre 2014, praticien contractuel du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 30 avril 2015.

Elle a fait son DESC de médecine d'urgence au CH [REDACTED].

M. [REDACTED] précise que le Docteur [REDACTED] est engagée depuis plusieurs années dans un parcours d'urgentiste qu'elle souhaite poursuivre.

Elle a été en poste au CH de [REDACTED] durant près de deux ans. Cette expérience a été pour elle extrêmement intéressante bien que les conditions de travail dans cet établissement, comme dans la plupart des hôpitaux bretons, tendent à se dégrader pour les urgentistes. Un mouvement de grève a d'ailleurs eu lieu au premier semestre 2017 au CH de [REDACTED]. Elle note que la différence entre les urgences de [REDACTED] et celles de [REDACTED] réside essentiellement dans la taille et la stabilité de l'équipe. Elle avait quitté le CH [REDACTED] du fait de la congestion du service et l'incapacité des urgences à gérer le flux et notamment l'aval en ce qui concerne les patients relevant d'une hospitalisation. Elle a constaté qu'à [REDACTED] les relations étaient meilleures entre les cliniciens des services et les urgences, les urgentistes ayant une meilleure maîtrise de la gestion des lits.

Elle suppose que cela est en partie dû à la taille de l'établissement, mais pense que le CH [REDACTED] peut trouver des solutions. C'est la raison pour laquelle elle a accepté les invitations du Directeur des affaires médicales ainsi que du chef du service des urgences afin de se rendre compte des évolutions récentes au niveau du service. C'est donc actuellement sa réflexion et elle souhaite savoir ce que le CH [REDACTED] peut lui proposer.

M. [REDACTED] lui a rappelé les différentes évolutions récentes, le plan d'action aux urgences ainsi que le mouvement des urgentistes qui a amené à de nouvelles mesures. Parmi celles-ci il a été rappelé la mise en place progressive du référentiel relatif au temps de travail des urgentistes, l'ouverture prochaine d'une unité de médecine polyvalente, la mise en place progressive d'une équipe [REDACTED] ainsi qu'une série de mesures visant à améliorer la gestion des lits et l'aval pour les patients provenant des urgences.

Le Docteur [REDACTED] indique qu'elle est plutôt intéressée par le projet de médecine polyvalente.

M. [REDACTED] rappelle que celui-ci serait couplé avec une activité aux urgences.

Mme le Docteur [REDACTED] considère que cet exercice est compatible avec ses projets. Néanmoins au regard de l'avancée du projet, dont la forme définitive n'est pas arrêtée, elle souhaite se donner du temps.

M. [REDACTED] indique que sous un ou deux mois le projet sera précisé en terme notamment d'équipe médicale et qu'il reviendra à la Direction des affaires médicales de préciser un certain nombre de détails au Docteur [REDACTED].

Par ailleurs, le Directeur des affaires médicales souhaite insister sur le fait que le Docteur [REDACTED] pourrait peser dans la forme que prendrait cette unité en s'engageant rapidement. Cette unité suscite un certain nombre d'intérêt en interne et en externe, et il convient pour le Docteur [REDACTED] de se positionner rapidement.

Il est donc convenu qu'il y a un intérêt réciproque dans un recrutement éventuel mais que des choses doivent être précisées.

Le Docteur [REDACTED] souhaite ardemment avoir confirmation de l'amélioration des conditions de travail pour les urgentistes. C'est la raison pour laquelle elle a choisi plusieurs plages d'intérêts dans les semaines qui viennent.

Le contact établi sera donc maintenu dans les semaines à venir, M. [REDACTED] indiquant que le Docteur [REDACTED] répond aux attentes de l'établissement en tant que profil d'urgentiste, puisqu'elle connaît la structure, qu'elle a exercé dans un autre établissement, qu'elle a une expérience non négligeable et qu'elle dispose de formations complémentaires, à savoir un DU en traumatologie, un DU en médecine de catastrophe et un DU en pédiatrie. En lien avec cette dernière formation, le Docteur [REDACTED] ne serait pas opposée à avoir un exercice mixte [REDACTED].

En conclusion, il semble que différentes pistes puissent répondre aux attentes du Docteur [REDACTED] mais celle-ci a aussi d'autres sollicitations pour lesquelles elle se donne le temps de la réflexion. Il est important que le contact soit maintenu avec ce praticien dans les semaines qui viennent.

Le Directeur des affaires médicales

[REDACTED]

[REDACTED]

## Résumé

L'intérim médical trouve sa genèse dans la pénurie chronique de praticiens hospitaliers. Cette pénurie est elle-même due à un manque d'attractivité de l'exercice de la médecine hospitalière publique. En l'absence d'alternatives pertinentes, les directeurs d'établissements de santé publics sont implicitement contraints de recourir au personnel médical intérimaire pour ne pas manquer de ressources humaines médicales. De fait, le rapport de force joue en faveur de ces médecins temporaires. Dans ce contexte, inévitablement, des dérives éthiques et financières apparaissent. Les dispositifs juridiques progressifs pour contrôler ce phénomène s'avèrent inefficaces, ne pouvant résister à une pratique ancrée dans les contraintes persistantes des hôpitaux publics. Ainsi, il est permis d'espérer que la loi RIST du 26 avril 2021 représente la solution miracle pour endiguer les abus de l'exercice intérimaire. Certes, le législateur a élaboré un mécanisme pouvant se caractériser de curiosité juridique pour tenter d'installer un contrôle ferme des rémunérations irrégulières de médecins intérimaires. Mais, une analyse du système au regard du droit sanitaire permet d'affirmer qu'il ne répond pas à aux attentes des acteurs du terrain. Cette inefficacité est en réalité logique lorsqu'on sait que juguler les dérives de l'intérim médical passe nécessairement par l'amélioration du statut de praticien hospitalier et non pas par une régulation de l'intérim lui-même. Pourtant, en ce domaine également, la loi n°2021-502 peine à être un bouleversement majeur, bien qu'elle constitue une participation à l'ouvrage.

**Mots-clés** : intérim médical, médecin intérimaire, praticien hospitalier, attractivité, établissement public de santé, ressources humaines, directeur d'hôpital, comptable public.

---

## Summary

Hiring temporary staff has become a necessity for many hospitals due to a shortage of doctors. This is because of a decline in attraction when it comes to working in the public health sector. In the absence of suitable alternatives, medical directors are resorting to temporarily hiring doctors to fulfil required medical needs. The power imbalance created by the hiring of temporary medical practitioners has resulted in the inevitable rise of ethical and financial excesses. Progressive legal mechanisms attempting to control this phenomenon have proven ineffective, as they are unable to withstand a practice rooted in ongoing constraints on public hospitals. Within this context, the Rist Act of 26th April 2021 can be seen as a miracle solution to prevent the practice of hiring temporary hospital doctors. The legislator has developed a mechanism that can be characterised as a legal curiosity, in an attempt to establish control over the illegal overpayment of temporary doctors. However, an analysis of the system regarding health law has shown that it does not meet the expectations of the hospital directors and their staff. This inefficiency can be explained by the fact that improving the status of public hospital practitioners is key to curbing temporary medical staff excesses. The 26th of April legislation focuses on this in part but the changes it proposes do not represent a significant enough shift to improve the situation.

**Key words** : temporary medical practitioner, public hospital practitioner, attraction, public hospital, medical director.