



Hôpital cherche médecins, coûte que coûte

Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.

RAPPORT

Établi par

Olivier VÉRAN,

Député de l'Isère,

Avec le concours des députés du groupe socialiste, républicain et citoyen de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale

- Décembre 2013 -

SYNTHESE

Si le recours à l'emploi médical temporaire a du sens pour faire face à un problème conjoncturel, il est désormais utilisé comme une bouée de secours pour palier à un problème structurel, celui d'un hôpital en pénurie chronique de certains spécialistes. En quelques années, le marché s'est emballé, remettant en cause par endroits la qualité, la continuité, la sécurité des soins. Le coût exorbitant pose un problème croissant aux hôpitaux, au delà du raisonnable, d'autant que ces mêmes hôpitaux sont par ailleurs constamment poussés vers plus d'efficacité. Dans un marché sous tension et dépourvu (ou presque) de contrôle, des pratiques irrégulières en termes de rémunération et d'emploi ont également émergé, perçues parfois comme l'unique alternative à la fermeture d'un pan entier de l'activité médicale d'un établissement. Car comment faire, lorsqu'il n'y a plus d'anesthésiste pour endormir les malades au bloc opératoire ? Comment maintenir les urgences médicales ouvertes quand aucun urgentiste n'est disponible ? Dans un contexte démographique défavorable, il est devenu urgent de faire un diagnostic objectif, afin d'apporter des solutions concrètes et durables à ce problème.

Des déserts hospitaliers se creusent par spécialité et par territoire.

Le nombre global de médecins hospitaliers augmente, suffisamment pour couvrir la plupart des besoins de santé. La plupart, mais pas tous. Certains hôpitaux connaissent de graves difficultés de recrutement. S'il existe des disparités régionales, et si les hôpitaux de petite taille et isolés sont les plus concernés, même de gros établissements doivent désormais faire appel à de l'emploi temporaire. Trois spécialités, caractérisées par une forte pénibilité, des tensions démographiques et/ou un fort différentiel de rémunération public/privé, cumulent 70% des difficultés (anesthésie, radiologie, médecine d'urgence). Certains hôpitaux n'ont plus de radiologue, d'autres ne font fonctionner leurs salles d'accouchement qu'avec des médecins en missions temporaires. Des indicateurs inquiètent : en anesthésie, il n'y a qu'un candidat aux fonctions de praticien hospitalier pour 2 postes vacants; en radiologie, un quart des sorties de la fonction publique hospitalière sont des démissions. Pour faire face, les hôpitaux disposent de peu de marges de manœuvre : faible attractivité pour des jeunes médecins essentiellement formés dans des gros centres hospitalo-universitaires, peu d'autonomie réglementaire en matière de rémunération, manque d'outils pour attirer d'éventuels candidats. La coopération médicale entre établissements au sein d'un même territoire de santé, corollaire indispensable à la constitution d'équipes médicales territoriales, ressemble plus à vœu pieux qu'à une réelle dynamique. Les hôpitaux sont seuls pour gérer leur pénurie, terrain que les administrations régionales de tutelle, comme les collectivités territoriales, n'ont jusqu'ici investi qu'avec parcimonie.

Le marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital.

Le marché se répartit entre sociétés de recrutement, agences d'intérim, et recrutements directs en « gré à gré », solution la plus couramment utilisée. Les tarifs pratiqués sont les mêmes, le coût total pour l'établissement varie peu. Tandis qu'un praticien hospitalier gagne environ 260 euros nets par jour travaillé, il perçoit en moyenne 650 euros nets en mission temporaire. Idem pour le prix d'une garde de 24h, qui passe de 600 à 1300 euros. Une fois additionnés les indemnités spécifiques, frais d'hébergement, de

transport et de bouche, les frais d'agence, les diverses charges, le coût global est triplé. Le coût total pour l'hôpital avoisine les 500 millions d'euros par an.

Les candidats à ce mode d'exercice, qui a ses contraintes, mais peut s'avérer très lucratif (15 000 euros par mois et plus pour un « temps plein »), ne manquent pas. On estime à 6000 le nombre de médecins exerçant régulièrement des missions temporaires à l'hôpital public, surtout en début (avant installation) et en fin de carrière. La qualité et la sécurité des soins posent régulièrement question. Parfois, en raison des compétences professionnelles des médecins, mais le plus souvent du fait que les missions temporaires ne favorisent pas l'implication dans le projet médical d'établissement, ni la connaissance des procédures, la maîtrise des logiciels informatiques, ou le suivi au long cours des malades. La seule condition requise par les établissements, qui se trouve être la seule information rendue disponible par les sociétés prestataires, est l'inscription à l'ordre des médecins des candidats.

Les situations abusives se multiplient

Pour « sédentariser » un médecin temporaire, certains directeurs reconduisent des contrats de courte durée très bien payés, mois après mois. Parfois, c'est le tableau de service qui est aménagé, pour rémunérer un temps partiel sur une grille de temps plein. Parfois, le salaire est amélioré au moyen de gardes surnuméraires, c'est à dire non justifiées par des obligations de continuité des soins. Ces sur rémunérations cachées ont donné lieu à plusieurs condamnations, bien que les contrôles soient rares.

Autre pratique courante mise en évidence par le groupe de travail, celle de médecins qui cumulent un temps plein salarié à l'hôpital avec des missions courtes dans un autre établissement. Cette pratique des « ménages » est bien connue des sociétés comme des directions hospitalières, qui s'en accommodent. Les risques de ce cumul d'activités sont importants, les condamnations rarissimes.

Le groupe de travail formule 14 recommandations organisées autour de 4 axes. Les 3 premiers axes visent à réduire le recours à l'emploi médical temporaire à l'hôpital aux seules situations transitoires, aux seuls besoins ponctuels qui le justifient, en améliorant le recrutement des médecins à l'hôpital public. Le 4ème axe a pour objectif de stopper à court terme les abus constatés dans le secteur de l'emploi médical temporaire à l'hôpital, ainsi qu'à renforcer la qualité, la sécurité, la continuité des soins.

AXE 1 : Faire connaître aux médecins en formation l'exercice hospitalier (hors CHU) et les inciter à en faire leur projet professionnel

Mieux faire connaître les hôpitaux non universitaires aux étudiants en médecine et aux internes via des stages diversifiés. Etendre le dispositif du CESP aux postes prioritaires à l'hôpital public.

AXE 2 : Améliorer l'organisation et appuyer les établissements dans le recrutement des médecins hospitaliers

Recourir à de nouveaux outils de communication de l'offre et de réponse à la demande, comme une bourse nationale publique des emplois hospitaliers disponibles, et une base de données nationale des adresses courriel des internes, pour mieux communiquer et accompagner les carrières hospitalières.

Créer des cellules régionales d'appui aux hôpitaux en gestion des ressources humaines médicales, aux compétences médicales et administratives, chargées de travailler en lien

avec l'ensemble des acteurs du territoire, de mener des audits d'attractivité des postes disponibles, d'accompagner les candidats potentiels dans leurs projets professionnels et personnels.

AXE 3 : Améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

Faire de la coopération médicale entre établissements de santé une priorité, inscrite dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des CHU. Faciliter la rencontre des acteurs au sein d'un territoire, pour constituer des équipes médicales territoriales opérationnelles. Développer les outils de la coopération: temps partagé, prime multi-sites, consultation d'expertise délocalisée, soutien aux projets de recherche multi-sites.

Identifier et pourvoir tous les postes vacants prioritaires à l'hôpital, en mobilisant les cellules régionales, en accordant des conditions dérogatoires de recrutement (publication dérogatoire, cumul emploi/retraite, reprise d'ancienneté, etc.).

Mettre en place un « corps » de médecins hospitaliers remplaçants, à valoriser.

Améliorer les conditions de recrutement en début de carrière, en augmenter le niveau de rémunération, harmoniser les statuts contractuels. Inscire les jeunes médecins dans un parcours professionnel personnalisé. Faciliter leur participation au fonctionnement institutionnel de leur établissement.

Engager des négociations entre Etat et partenaires sociaux sur les questions de pénibilité, faire évoluer le statut de praticien hospitalier vers davantage de modularité, dans un cadre sécurisé. Mieux dépister et prendre en charge les situations de stress au travail.

AXE 4 : Réguler le marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital pour stopper les abus et améliorer la connaissance du secteur.

Assurer qualité et sécurité des soins. Référencer les opérateurs agréés par une charte de bonne pratique, incluant une évaluation des compétences, l'inscription dans un programme de formation continue, l'absence de cumul irrégulier d'activité.

Plafonner et contrôler les niveaux de rémunération. Pour tous les types de contrats, le niveau de rémunération d'un médecin en mission temporaire ne saurait excéder celui d'un praticien hospitalier dernier échelon, majoré des indemnités spécifiques et de primes exceptionnelles pour les situations exceptionnelles. Le contrôle externe doit être renforcé, les procédures systématisées en cas d'infraction.

Evaluer le recours à l'emploi médical temporaire : déclaration annuelle de comptabilité par les hôpitaux, évaluation du contingent médical par le centre national de gestion.

Table des matières

Synthèse	2
Introduction.....	6
1 Un hôpital public à la peine pour recruter et fidéliser des médecins	8
1.1 Derrière un recrutement solide, des déserts se creusent par spécialité et par territoire	8
1.2 Les causes des difficultés de recrutement médical à l'hôpital.....	9
2 Des sociétés spécialisées qui s'inscrivent dans des pratiques peu régulées	12
2.1 Le secteur des sociétés et agences.....	12
2.2 Les niveaux de rémunération	13
2.3 Le marché	14
3 Des directeurs contraints de payer, quoi qu'il arrive.	15
4 Des médecins temporaires intermittents, professionnels ou cumulards.....	16
4.1 Combien de médecins temporaires ?	16
4.2 Profil des médecins temporaires l'hôpital.	17
4.3 Un risque pour la sécurité des soins ?.....	17
4.4 Des professionnels des missions temporaires.....	18
4.5 Des situations de cumul d'emploi non réglementaires.....	18
RECOMMANDATIONS.....	20
Liste des personnes rencontrées.....	27

INTRODUCTION

Le travail temporaire permet en médecine hospitalière comme dans bien d'autres domaines de **répondre à un besoin ponctuel, conjoncturel**, comme assurer le remplacement de praticiens hospitaliers titulaires temporairement indisponibles ou faire face à une recrudescence transitoire d'activité (par exemple, pour un hôpital en zone touristique). En pratique, **les hôpitaux disposent de trois voies pour recruter un médecin temporaire** : le **gré à gré**, la mise en relation par une **société de recrutement**, ou le recours à une **agence d'intérim** en bonne et due forme. Seule cette troisième catégorie de contrats répond à la définition de l'intérim tel que défini dans le code du travail. Pour cette raison, le terme d'intérimaire, couramment employé est impropre et il convient de parler de médecin ou de mission temporaire, de courte durée, terminologie qui décrit le mode d'exercice plutôt que le professionnel. Si le recours hospitalier à des médecins temporaires est une pratique utile tant qu'elle est régulée, elle pose plusieurs problèmes : **coût prohibitif de la mission, compétences du prestataire non évaluées, cumul irrégulier d'activité**, etc. Il est courant d'entendre parler de mercenaires pour qualifier les médecins recrutés pour des missions de courte durée par les hôpitaux. Ce ne sera pas le cas ici. Le terme de mercenaire, même s'il décrit parfois assez justement le comportement de certains professionnels, stigmatise en revanche injustement tout un corps professionnel qui répond à un besoin en faisant le choix d'exercer cette médecine foraine, sans nécessairement chercher à s'enrichir.

A côté de ces besoins ponctuels, **certains hôpitaux rencontrent des difficultés structurelles pour recruter des médecins**. Cela est plus fréquent pour certaines disciplines sous tension, notamment l'**anesthésie-réanimation, la radiologie, la médecine d'urgence**, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Si le problème est ancien et les causes multiples (pénibilité, différentiel de rémunération public/privé, démographie médicale, notamment), **la situation s'est dégradée** ces dernières années. Toutes les catégories, toutes les tailles d'établissements sont potentiellement concernées, y compris certains gros centres hospitaliers. Pour assurer la continuité des soins, ces hôpitaux disposent de peu d'options. Dans le meilleur des cas, ils parviennent à recruter des médecins sur une période de plusieurs mois à années, via un contrat dérogatoire qui autorise une meilleure rémunération. En pratique, ces contrats sont bien souvent aménagés au delà du cadre réglementaire pour être véritablement attractifs. Lorsque cela ne suffit pas, reste le recours à des missions temporaires de courte durée, qui peut alors devenir régulier, voire permanent. Un ou plusieurs médecin(s) sont par cette voie recrutés sur un temps long, prenant la place laissée vacante par un médecin titulaire, démissionnaire ou retraité.

Certains hôpitaux ne maintiennent ainsi des pans entiers d'activité opérationnels qu'au moyen d'un recrutement massif de médecins en mission temporaire, **jusqu'à 100% des effectifs** dans les cas extrêmes. Cette valse incessante de nouveaux médecins **met en tension les équipes soignantes**, et pèse tant sur les activités de jour, **accroissant la charge de travail des équipes**, que sur les périodes de garde. Les sources d'inquiétude sont nombreuses, portant sur la qualité, la sécurité, la continuité des soins, mises en jeu par la **multiplication d'intervenants médicaux, aux qualités professionnelles variables**, et difficilement évaluables. L'hôpital fait face, c'est indéniable, à une montée

des besoins et des coûts, dans un contexte où seule la loi de l'offre et la demande compte. Une pratique qui est en conséquence très onéreuse. Les réglementations en vigueur donnant par ailleurs peu d'autonomie aux hôpitaux, cette situation de tension est propice au développement **d'abus en tous genres, et de pratiques border line, voire totalement illégales**, qui fragilisent plus avant l'hôpital public.

1 Un hôpital public à la peine pour recruter et fidéliser des médecins

En 2003, une mission Igas pointait la part importante et croissante de l'emploi temporaire médical nécessaire au bon fonctionnement des services de soins : 8,6% en moyenne dans les centres hospitaliers, et parfois bien plus pour certaines activités, la plupart du temps toutefois sous la forme de contrats règlementaires de durée moyenne à longue. Les médecins n'exerçant que sous la forme de missions de courte durée étaient anecdotiques quantitativement, quelques dizaines tout au plus. Aucun contrat d'intérim n'était objectivé au cours d'une enquête portant sur plus de 2535 médecins temporaires répartis sur 128 établissements hospitaliers.

En 10 ans, la situation a bien changé. Bien qu'elles ne représentent encore qu'une faible part du temps médical disponible pour les hôpitaux, les missions temporaires de courte durée, c'est un fait, sont de plus en plus fréquentes. Rien que **sur 20 hôpitaux de la région Midi-Pyrénées, ce sont plus de 10 000 journées de soins** qui ont nécessité des contrats temporaires de courte durée en 2012¹. On estime que **si la totalité des médecins temporaires hospitaliers s'inscrivait demain dans une pratique hospitalière régulière à temps complet, l'ensemble des besoins, ou presque, serait couvert.** Est-ce par engouement pour un mode d'exercice jugé peu chronophage, souple, et très lucratif ? Est-ce au contraire une solution de repli, en l'absence de projet d'installation, en ville ou à l'hôpital ? En particulier, l'hôpital public a-t-il perdu, comme on l'entend parfois, sa capacité à attirer des jeunes professionnels ? Est-ce, enfin, la conséquence d'un manque de médecins dans certaines spécialités ? L'explication est probablement multifactorielle.

1.1 Derrière un recrutement solide, des déserts se creusent par spécialité et par territoire

Au 31 Décembre 2011, il y avait à l'hôpital public 114 000 médecins, pour 63 000 équivalents temps plein². On constate une hausse régulière du nombre de temps pleins et une diminution des temps partiels. Sur les 114 000 médecins, seuls 46 000 sont praticiens hospitaliers, c'est à dire titulaires de leur poste au sein de la fonction publique hospitalière, et 7000 sont professeurs des universités praticiens hospitaliers. Les quelques 59 000 autres médecins sont contractuels, notion qui recouvre un grand nombre de statuts différents. En moyenne, le nombre de praticiens hospitaliers a progressé de 3,8% par an ces dernières années, attestant de la capacité de l'hôpital à attirer et maintenir des médecins.

Derrière ces données se cachent de grandes disparités. Un indicateur en rend compte, le taux de vacance de poste. Pour certaines spécialités, **le taux de vacance est élevé, de l'ordre de 38,5% en radiologie** par exemple. Mais vacance signifie vacance statutaire, caractérisant un poste qui devrait être occupé par un praticien hospitalier titulaire, mais ne l'est pas. Certains postes sont néanmoins occupés, par des médecins amenés à devenir titulaires, souvent en période probatoire avant de passer le concours de la

¹ Enquête FHF Midi-Pyrénées.

² Source CNG

fonction publique hospitalière, ou par des assistants, jeunes médecins complétant leur formation par un post-internat. Dans le détail, des statistiques inquiètent. Par exemple, il n'y a qu'un candidat aux fonctions de praticien hospitalier pour 2 postes vacants. On peut en conclure que deux tiers des postes sont des postes occupés au long cours par des praticiens temporaires, certains sous la forme de contrats réguliers dans l'attente d'une titularisation, mais beaucoup sous la forme de contrats de courte durée. Au total, toutes spécialités confondues, ce sont **7000 postes concernés**. Par ailleurs, des **disparités régionales importantes** existent, la Picardie, l'Auvergne, la Basse-Normandie, le Centre, la Franche-Comté, déjà moins dotées en médecins généralistes, ont les taux de vacance les plus élevés, avec les territoires d'outre-mer. A Mayotte, la rotation des médecins s'est accélérée, passant de 5 mois à 2 mois en moyenne.

Autre indicateur, **les démissions de praticiens hospitaliers sont à la hausse** et constituent le deuxième motif de sortie définitive de la fonction publique hospitalière (17,1% en 2012, contre 15,7% en 2011) après les départs à la retraite (76,5%). Elles atteignent 26,2% chez les radiologues.

Enfin, **le facteur démographique pèse lourdement** pour certaines spécialités. Ainsi, la spécialité anesthésie-réanimation connaît actuellement un creux démographique qui ne devrait pas être compensé avant 2020.

1.2 Les causes des difficultés de recrutement médical à l'hôpital

C'est un fait, **l'hôpital public est à la peine pour recruter certaines spécialités**, caractérisées par une **forte pénibilité**, liée au poids de la permanence des soins et des liens étroits avec l'urgence. C'est le cas notamment pour la médecine d'urgence, l'anesthésie réanimation, la radiologie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie.

Aux urgences, le recours au remplacement serait symptomatique de la pénibilité: gardes nombreuses, stress professionnel propre à une porte d'entrée de l'hôpital. Le risque de burn-out y est élevé à en croire les enquêtes et témoignages, et la durée de la carrière au sein de la même structure, plus courte. Les urgentistes parlent de spirale sociale : une équipe sous tension, souvent mal dimensionnée au regard de l'activité, une ou plusieurs démissions, du travail supplémentaire pour l'équipe, un autre départ, et le recours à un ou plusieurs médecins en mission temporaire le temps nécessaire à la reconstruction d'une équipe, reconstruction qui peut prendre un temps considérable et démotiver davantage de praticiens encore. Une récente mission a proposé de préserver le temps médical et de déléguer certaines tâches administratives, comme l'orientation des malades dans les différentes unités de l'hôpital, ce dernier point focalisant dernièrement le mécontentement des urgentistes. Confrontés à une situation de tension professionnelle, des urgentistes verraient dans les missions de courte durée une porte de sortie progressive d'un exercice médical qui ne leur convient plus, privilégiant le temps partiel tout en garantissant un bon niveau de revenus.

D'autres spécialités, structurées autour de l'urgence, parfois prestataires d'autres professionnels, et à forte participation à la permanence des soins, sont caractérisées en plus par un **différentiel de rémunération public/privé important**. C'est le cas notamment pour la radiologie et l'anesthésie réanimation, qui s'illustrent par un taux de

vacance de postes particulièrement élevé, d'autant que ces spécialités s'accommodent mieux à des missions temporaires que la plupart des disciplines médicales et chirurgicales, qui nécessitent au contraire la constitution d'une patientèle au long cours.

Au delà de ces situations critiques, les annonces de missions courtes fleurissent sur internet pour bien d'autres spécialités, tant et si bien qu'**un médecin peut aujourd'hui à tout moment effectuer une mission** en remplacement sur l'ensemble du territoire, ou presque. Une agence d'intérim le confirme : **une mission courte trouve preneur en général dans la demi-journée**, et un médecin intérimaire dans les disciplines en difficulté est assuré de trouver suffisamment de missions courtes pour (bien) vivre de cette activité.

L'hôpital serait-il devenu moins attractif pour certains médecins ? Pas si sûr, même si plusieurs rapports de missions attestent des **attentes de la profession, en matière de conditions de travail, conditions de vie au travail, prise en compte de la pénibilité**. En particulier, les syndicats appellent à porter une attention particulière au début de la carrière, mais aussi à la fin de celle-ci. Il est régulièrement question d'une carrière hospitalière trop figée, manquant d'attrait au long cours. Un jeune praticien hospitalier témoigne : « j'ai eu mon concours de PH l'an dernier, le prochain bouleversement dans ma carrière sera ma retraite. » Les syndicats appellent à l'ouverture de négociations avec les pouvoirs publics sur ces questions, et il semble qu'un consensus puisse émerger des différentes structures représentatives, permettant d'envisager des avancées significatives. Un exemple parmi d'autres : un assistant chef de clinique qui devient praticien hospitalier, donc titularisé dans la fonction publique hospitalière, peut voir ses revenus (permanence des soins incluse) diminuer. Au moment de s'engager dans une carrière longue, cela est jugé démotivant. Il est, à l'opposé de la carrière, régulièrement question des conditions de cumul emploi retraite.

La situation est **plus critique dans les hôpitaux de petite taille et de taille moyenne** que dans les grands centres hospitaliers. Certains services de petits hôpitaux, notamment en chirurgie, ne se maintiendraient ouverts qu'en recrutant 100% de remplaçants. Les raisons sont nombreuses et tiennent parfois aux caractéristiques démographiques du territoire concerné. La faible participation de ces hôpitaux à la formation des futurs médecins, encore très centrée sur les CHU, est fréquemment avancée par les professionnels. Dans certains cas, le recours massif au remplacement médical permettrait au contraire à un hôpital de maintenir une activité médicale ou chirurgicale trop faible, et qui pourrait pourtant faire l'objet d'une mutualisation avec un autre établissement du même territoire de santé. La mission Igas en 2003 soulignait déjà que « **l'emploi temporaire est moins une cause qu'un révélateur des résistances à la restructuration** ». Les grands centres hospitaliers demeurent attractifs en raison du profil d'activité qu'ils offrent aux équipes, spécialisée, de recours, sur des plateaux techniques plus importants. L'émulation qui existe dans ces hôpitaux vient également de la taille et de la diversité des équipes médicales, des missions de formation et de recherche, plus fréquentes que dans les plus petits centres. La localisation de ces centres joue aussi dans leur attractivité. Ces hôpitaux ne connaissent des difficultés de recrutement que transitoires et limitées.

Face à ce phénomène qui s'amplifie, le volet ressources humaines de l'hôpital est-il à la hauteur des enjeux ? Pas sûr. **Un hôpital se trouve souvent bien seul au moment de**

recruter un médecin. Si au niveau national le Centre National de Gestion publie deux fois par an la liste des postes de praticiens hospitaliers disponibles, cette publication très formelle n'a pas été conçue pour assurer la promotion de ces postes, et ne donne donc pas la visibilité ni la lisibilité suffisantes pour les rendre attractifs. Pour les gros hôpitaux centraux qui ont en général identifié le candidat avant même la publication du poste, cela ne pose que peu de problème. Pour les hôpitaux moins attractifs en revanche, ceux qui n'osent d'ailleurs pas publier la totalité des postes vacants pour ne pas décourager les candidats (déclarer qu'il manque cinq anesthésistes dans une équipe aurait un effet repoussoir), le besoin porte plus sur la promotion d'un poste que sur sa publication. Certes, il existe un dispositif d'identification de postes prioritaires, c'est à dire des postes vacants depuis trois ans ou plus, ouvrant droit à une allocation spécifique d'un montant de 10 000 € lorsque l'activité est exercée à temps plein pendant cinq ans. Mais ce dispositif est jugé trop rigide, pas assez attractif, et ne serait en conséquence pas efficace. **En définitive, l'outil phare pour communiquer auprès des professionnels resterait, par défaut, la classique annonce dans les revues spécialisées** ou sur internet, pourtant jugée peu efficace. Rares sont les annonces décrivant précisément les conditions de travail, de vie au travail, le projet médical, l'environnement de l'hôpital. Tandis que l'objectif de pourvoir un poste libre devrait mobiliser l'ensemble des acteurs d'un territoire de santé, leur implication est jugée irrégulière d'une région à l'autre. Un récent décret du 22 septembre 2013 renforce le rôle des commission régionales paritaires en ce sens pour en faire des instances de concertation davantage tournées vers les questions démographiques.

La création des communautés hospitalières de territoire devait s'accompagner de partenariats actifs entre hôpitaux, y compris sur le plan des ressources humaines. Si plusieurs dizaines de CHT se sont mises en place, **les résultats en matière de coopération inter établissements, bons dans certains territoires, demeurent bien en dessous des besoins.** Des exemples existent d'équipes territoriales de santé permettant la rotation de médecins entre plusieurs hôpitaux, la plupart du temps d'ailleurs, à l'initiative des équipes. A l'instar des réanimateurs de Valenciennes, qui participent à la permanence des soins sur Maubeuge, suite à la rencontre des deux chefs de service. Ou encore la CHT qui s'étend sur deux départements, le Maine et Loire et la Mayenne, avec des postes partagés entre le CHU d'Angers et le CH de Château-Gontier ou le CH de Saumur, deux établissements qui auraient du mal à recruter sinon. Ces équipes territoriales sont vues comme la solution la plus sûre pour remédier aux difficultés hospitalières, à l'image des maisons de santé pluri-professionnelles pour la médecine ambulatoire. Bien plus nombreux sont les témoignages d'hôpitaux isolés, dont les équipes communiquent peu entre elles, tandis que la question du recrutement, perçue à l'échelle de l'établissement plutôt que du territoire, donne lieu à un chacun pour soi. **Là où la théorie pousse vers la coopération, la pratique demeure celle d'une concurrence entre hôpitaux d'un même territoire de santé.** Certains hôpitaux recrutant des remplaçants à prix fort, d'autres (la plupart !?!) acceptant de recruter sur des missions de courte durée des médecins déjà sous contrat de praticien hospitalier dans un autre hôpital, en toute irrégularité.

Certains déterminants ne relèvent pas de l'hôpital en lui-même, mais ont trait aux projets professionnels des jeunes médecins. A l'instar du **boom des médecins remplaçants** en ville, qui voit l'âge d'installation reculer, les jeunes médecins se destinant à un exercice hospitalier voient dans le remplacement une nouvelle forme de

pratique qui retarde l'échéance d'un engagement professionnel qu'ils perçoivent comme définitif. D'autant que l'aspect très lucratif de la pratique l'emporte sur l'insécurité d'un exercice nécessitant des périodes d'inactivité et une grande mobilité.

Si les raisons sont multiples qui incitent à l'exercice temporaire et forain de la médecine hospitalière, certaines appelant des réformes structurelles, l'absence de régulation prix et volumes du remplacement est responsable du succès de cette pratique dans la durée.

2 Des sociétés spécialisées qui s'inscrivent dans des pratiques peu régulées

2.1 Le secteur des sociétés et agences

L'intérim en santé au sens strict du terme représente 1,5% de l'ensemble de l'intérim industriel dont seulement 5% pour les médecins³. Les principales agences sont françaises (une quinzaine, dont Adecco Médical est le leader) et fédérées au sein du PRISME. **Environ 2000 médecins différents** bénéficieraient d'au moins un contrat par an via une de ces agences Françaises, pour **un marché annuel qu'aucune agence n'a été en mesure d'estimer**, malgré plusieurs sollicitations en ce sens.

Ces mêmes agences offrent également des prestations de recrutement, limitant alors leur intervention à la mise en relation d'un médecin avec un établissement de santé, sans que cela relève d'un contrat d'intérim. Leur rôle consiste à rechercher le profil correspondant au cahier des charges de leurs clients, qu'il s'agisse de répondre aux demandes de remplacements ponctuels ou aux besoins de recrutements permanents.

D'autres sociétés, dont le siège social est basé à l'étranger (Luxembourg principalement) proposent ce type de prestation de recrutement. Leur place sur le marché des missions temporaires serait très importante. Leur chiffre d'affaires est inconnu. Plusieurs de ces agences ont été contactées. L'une d'elles, tout en dénonçant le fait que « la plupart des agences "d'intermédiaires" se livrent à des pratiques de voyous, ce que nous dénonçons avec force », a conditionné sa participation à une audition aux réponses qui lui seraient apportées à un certain nombre de questions préalables, parmi lesquelles « qu'avons nous à "gagner" au fait de participer à cet audit ? »⁴.

Les sociétés comptent parmi leurs clients des hôpitaux, des ESPIC, des cliniques privées, des EHPAD, des entreprises, des instituts de thermalisme, des établissements de transfusion sanguine.

³ Source PRISME

⁴ Courriel adressé par une société luxembourgeoise en réponse à un proposition d'audition parlementaire.

2.2 Les niveaux de rémunération

Les tarifs pratiqués et les niveaux de rémunération pratiqués par les agences d'intérim et les sociétés de recrutement sont similaires. **De 600 à 800 euros nets pour une journée, 1300 pour une garde de 24 heures.** Le coût pour l'hôpital est, lui, bien plus important.

Comment est établie la rémunération du médecin? Dans le cas de l'intérim, la rémunération du salarié intérimaire est règlementée, déterminée par le nombre d'heures effectuées, et se compose des éléments suivants :

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

Une rémunération de 650 euros nets pour une journée signifie donc que le niveau théorique de rémunération d'un praticien hospitalier, hors gardes et astreintes, serait de $650 - 21\% = 520$ euros nets. Or, le salaire d'un praticien hospitalier effectuant des gardes et travaillant des weekends, en tenant compte des congés annuels, RTT, et congés pour formation, s'élève⁵ à 260 euros nets pour une journée. De même en temps de travail additionnel, la journée de 24 heures revient à 650 € net, deux fois moins que les tarifs pratiqués via les agences. **Les niveaux de rémunération de l'intérim médical en net sont donc très supérieurs aux niveaux théoriques.**

Cette différence va être amplifiée par les autres lignes de dépenses qui constituent le coefficient de facturation des agences d'intérim :

- 10% d'indemnité de fin de mission et 10% d'indemnités de congés payés (21% du salaire de référence)
- 50% de **charges patronales** qui s'appliquent sur la rémunération totale (50% de $121 = 60,5\%$ du salaire de référence)
- La **rémunération des services apportés par l'agence d'emploi**. Celle-ci varie selon les qualifications. Elle dépend du temps consacré à la recherche de candidats, à la sélection des candidatures, à la vérification des références. Elle inclut par ailleurs le coût de la gestion administrative du salarié : gestion de la paie, déclaration des charges auprès des différentes caisses, explications aux salariés des points à éclaircir sur les primes et les indemnités. Ainsi que les frais de fonctionnement d'une agence. L'agence, une fois payées les charges et primes, conserve une marge brute de 9 à 10%.
En marge nette, une agence d'intérim percevrait 5%, donc environ 50 euros par jour et par contrat.
- **Un taux de TVA de 19,6%** vient majorer la facturation de la prestation.

⁵ d'après le centre national de gestion.

L'hôpital verse par ailleurs directement au médecin des **prestations au titre de l'hébergement, du transport (barème ACOS= TGV 2^{nde} classe), et des repas.**

Au total, **une journée d'intérim coûte en moyenne 1370 euros TTC à l'hôpital, plus du triple du coût normal** d'une journée de travail pour un praticien hospitalier.

Le médecin, lui perçoit son salaire net, les frais d'hébergement, transport et bouche. Les congés payés sont versés en plus, directement par le pôle emploi, en fin de mission.

Les niveaux de rémunération constatés sont les mêmes pour les sociétés de recrutement et dans le cas de contrats en gré à gré. Le mécanisme de fixation de la rémunération est identique pour le secteur public et le secteur privé. Toutefois, le prix final de la prestation diffère dans la mesure où l'hôpital ne récupère pas la TVA dans le cas d'une mise à disposition dans le secteur public.

Plusieurs personnes auditionnées ont parlé d'**opérateurs non agréés, ne répondant pas aux normes ISO, situés pour la plupart à l'étranger**, recrutant des médecins étrangers mais aussi Français, et ne s'affranchissant pas des charges sociales. Ces agences, qui se rendraient ainsi coupables de pratiquer du dumping social, recruteraient plus facilement des médecins que les agences traditionnelles en les payant mieux. Cela pourrait représenter 25% du marché Français, bien qu'il n'ait pas été possible de vérifier ces accusations.

2.3 Le marché

Il est **impossible d'estimer le montant total du marché** de ces sociétés. De quelles données chiffrées disposons-nous ?

En 2012, les hôpitaux ont déclaré **76 millions d'euros au titre des charges d'intérim médical, en hausse de 50% en 3 ans**⁶. Ces chiffres sont cependant à prendre avec du recul. D'une part, ils incluent des dépenses correspondant au remboursement de médecins à temps partagé sur plusieurs établissements de santé. D'autre part, ils correspondent aux seules dépenses déclarées sur le compte ad hoc, ce qui est loin d'être la norme. L'établissement a le choix de faire apparaître ces dépenses liées à l'intérim dans les dépenses en personnel (salaires), ou de les faire figurer, plus discrètement, dans les dépenses de services.

La FHF Midi-Pyrénées a mené une enquête auprès de 20 centres hospitaliers de la région, portant sur le coût réel des missions temporaires, via des agences d'intérim. En 2012, il ressort de cette enquête que les besoins ont porté sur 10 016 jours, toutes disciplines confondues, dont 72% concentrées sur l'anesthésie, la radiologie, et la médecine d'urgence. Le coût des rémunérations et charges s'est élevé à 12,5 millions d'euros, auxquels il faut ajouter 600 000 euros d'honoraires d'agences, et 800 000 euros de frais d'hébergement et déplacement, soit au total près de 14 millions d'euros. La région Midi-Pyrénées ne faisant pas partie des régions les plus en difficulté, il est impensable qu'elle puisse concentrer sur 20 établissements près de 20% des charges d'intérim médical engagées nationalement.

⁶ Source DGOS

Il faut ajouter à ces charges d'intérim les dépenses engagées auprès de sociétés de recrutement, n'entrant plus dans le cadre de l'intérim médical. Ces dépenses ne sont pas connues. Ces dépenses n'incluent pas non plus l'ensemble des sur-rémunérations engagées par les hôpitaux sur des missions temporaires en gré à gré, qui représentent la majorité des dépenses.

Au total, en tenant compte du nombre de **6000 médecins** occupant via des missions temporaires des postes vacants à l'hôpital, du coût journalier d'une mission, des projections faites à partir de l'étude de la FHF, on peut estimer le surcoût pour les hôpitaux à plusieurs centaines de millions d'euros, **de l'ordre de 500 millions d'euros**.

3 Des directeurs contraints de payer, quoi qu'il arrive.

Les directeurs d'hôpitaux publics, lorsqu'ils doivent procéder à un recrutement de médecin sur une mission temporaire de courte durée, ont le choix de passer par une société d'intérim, ou de recruter directement le médecin (gré à gré), en application des articles R.6152-401 à R.6152-420 du code de la santé publique.

Lorsqu'ils optent pour un recrutement direct, les directeurs se trouvent parfois confrontés à 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. Les tarifs pratiqués sont en général les mêmes que pour une agence d'intérim, même si dans ce cas l'hôpital n'a pas à payer les 20% de TVA ni la prestation d'une agence. Les tarifs peuvent en revanche s'envoler bien plus haut, assortis de demandes en nature qui pèsent sur la comptabilité des hôpitaux, quand dans le même temps ceux-ci demandent par ailleurs des économies à leur personnel. **Les situations de tension ne sont pas rares**. Certaines missions sont renégociées dans l'urgence, si bien que l'agence d'intérim peut être perçue comme un interlocuteur plus fiable.

Parfois, les besoins médicaux portent sur une période plus longue (quelques mois), voire sur le long cours, pour remplir un poste vacant. **Que faire quand aucun médecin ne souhaite venir sur un poste de praticien hospitalier ?**

Les hôpitaux disposent réglementairement de peu d'autonomie. Les dispositions statutaires prévoient la possibilité de rémunérer ces médecins sur la base de la grille des praticiens titulaires mais à titre dérogatoire au 4ème échelon majoré de 10% (soit environ 4000 euros net par mois hors gardes et astreintes). Jugé peu attractif pour un médecin qui peut gagner beaucoup plus en travaillant à temps partiel, via des missions de courte durée. Peu attractif également pour un médecin libéral qui souhaiterait rejoindre, à temps partiel ou complet l'hôpital, au cours de sa carrière. Une nouvelle modalité de recrutement a été mise en place par la loi HPST, le contrat de clinicien hospitalier. Censé permettre de mieux rémunérer un médecin selon des critères d'activité, (jusqu'à 10 000 euros net par mois), il sert en pratique aux hôpitaux pour recruter des médecins à plus haut niveau de salaire. Ce contrat n'est défini que pour 3 ans renouvelables une fois, soit 6 ans au total. Ensuite ? Rien n'est prévu dans la loi, mais seule l'intégration dans le corps des praticiens hospitaliers est envisageable, par voie de concours, ce qui sous-entend une période probatoire, et l'effondrement brutal des revenus. Peu de contrats de clinicien hospitalier ont été signés, compte tenu des

différences de statut et de rémunération qu'il introduit au sein des équipes hospitalières. Certains aimeraient le voir supprimer, d'autres prolongeable sur toute la durée d'une carrière.

Cette autonomie limitée des hôpitaux conduit à des **stratégies d'adaptation**. Il n'est ainsi pas rare que les directeurs, soucieux d'assurer la continuité du service public, prennent le risque de déroger à la réglementation, en proposant une rémunération largement supérieure à celle prévue par les statuts, assortie parfois de la prise en charge des frais de repas, d'hébergement et de déplacement des professionnels, à des tarifs aux frais réels (tarifs pourtant plafonnés par décret). Il faut savoir qu'en contraignant le comptable de l'établissement à procéder à une dépense non conforme, **un directeur met en jeu sa responsabilité directe, sur ses fonds propres**. Bien que cette pratique soit régulièrement dénoncée par les chambres régionales des comptes, peu d'inspections sont réalisées, et peu de directeurs sont en pratique condamnés, hormis quelques amendes, en général non publiées compte tenu des circonstances atténuantes. Le statut de praticien attaché à un échelon élevé est en général privilégié, n'étant pas soumis au contrôle par les autorités administratives, et permettant de payer un médecin, par exemple en reprenant son ancienneté, notamment à l'embauche d'un médecin libéral.

D'autres possibilités de contournement existent. Parfois, les directeurs ne prennent pas ce risque et recrutent des médecins sur des périodes de courte durée (en général un mois) au tarif du remplacement, et renouvellent de contrat, mois après mois. Certains hôpitaux emploient à temps plein un médecin qui en pratique ne travaillera qu'à temps très partiel. D'autres attribuent des gardes et des astreintes surnuméraires pour grossir la rémunération des médecins, pratique moins risquée dans la mesure où les contrôles externes sont extrêmement rares. Il peut arriver que la rémunération soit grossie par des indemnités en nature.

Déjà en 2003, la mission Igas avait relevé que 22% des médecins temporaires dans les centres hospitaliers hors CHU faisaient l'objet d'un dépassement irrégulier de rémunération. Elle faisait également état de « mesures contrevenant aux règles de recrutement, aux conditions de travail (régime des repos) ou à la rémunération (paiement au delà des plafonds fixés, majoration du temps de travail, falsification des bulletins de salaire) ». A l'époque, seul un emploi temporaire sur 4 visait à combler ou réduire une situation de pénurie de temps médical, permanente ou ponctuelle, conjoncturelle. Aujourd'hui, c'est une part bien plus importante, et **les pratiques irrégulières ont augmenté avec les besoins et la pression du marché**.

4 Des médecins temporaires intermittents, professionnels ou cumulards

4.1 Combien de médecins temporaires ?

Il est impossible de connaître précisément le nombre de médecins temporaires à l'hôpital public, puisqu'**aucune structure nationale n'a de compétence pour les**

répertoire. Le centre national de gestion n'a de compétence que pour les praticiens sous statut, titulaires ou probatoires.

Certaines spécialités enregistrent des taux de vacance importants (35% en imagerie, par exemple). Mais un poste vacant n'est pas un poste inoccupé. Certains postes sont occupés à titre transitoire par un assistant, ou un praticien contractuel en attente de valider le concours de la fonction publique hospitalière.

Certaines spécialités attirent peu de candidats au concours d'entrée dans la fonction publique hospitalière. C'est le cas en anesthésie réanimation, avec 0,5 candidat par poste de praticien hospitalier. On peut en déduire que les deux tiers des postes sont donc des contractuels subits.

Si l'on soustrait à la population de médecins contractuels assistants, les attachés et autres statuts répertoriés comme correspondant à des contrats de durée moyenne à longue (ex : cliniciens hospitaliers), il reste environ 6000 personnes physiques⁷.

On peut estimer à **6000 le nombre de médecins temporaires réguliers à exclusifs** à l'hôpital public, auxquels il faut ajouter les nombreux médecins effectuant des missions occasionnelles, en plus de leur activité régulière.

4.2 Profil des médecins temporaires l'hôpital.

Il n'y a pas de profil type du médecin remplaçant hospitalier. Cela peut être le jeune qui ne cherche pas à se fixer tout de suite (20%), une mère de famille (25%), un sénior retraité (25%). Dans 30% des cas enfin, il s'agirait d'un professionnel de l'intérim⁸. Peu d'étrangers contractualiseraient avec les agences Françaises, plus avec les agences étrangères, issus essentiellement d'Europe de l'Est.

Si toutes les spécialités médicales peuvent être concernées, les trois spécialités vedettes sont la médecine d'urgence, la radiologie, l'anesthésie-réanimation, puis la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Il existe de l'intérim en soins de suite et de rééducation avec des médecins généralistes, dont le surcoût est d'environ 100% par rapport à un praticien sous statut (privé).

4.3 Un risque pour la sécurité des soins ?

La seule condition à remplir pour un médecin souhaitant effectuer des missions temporaires via une société est d'être inscrit au tableau de l'ordre des médecins. **Aucune obligation de formation continue, aucune évaluation**, y compris dans le cas de médecins ayant arrêté pendant une période, parfois prolongée plusieurs années, toute activité professionnelle. Dans de nombreux cas, les médecins sont recrutés via le bouche à oreille, et disposent d'un important réseau régional. L'hôpital recruteur connaît de fait les compétences des professionnels qu'il engage. Parfois, l'hôpital recrute à l'essai un remplaçant, ou s'en remet à une société de recrutement ou une agence

⁷ Source CNG

⁸ Source PRISME

d'intérim.

L'agence d'intérim ou la société de recrutement ne vérifient en réalité qu'une chose : que le médecin est inscrit au tableau de l'ordre et qu'il a le droit d'exercer. Elle effectue dans certains cas un monitoring de la qualité des missions via un questionnaire auprès des établissements, et se donne le droit de renvoyer un médecin ne donnant pas satisfaction. Il est difficile de déterminer si la multiplication des missions temporaires s'accompagne d'un sur risque pour les malades. Ce qui est certain, c'est que **le médecin ignore tout ou presque des procédures** propres à chaque établissement, à chaque unité de soins parfois. A l'heure où tous les hôpitaux ou presque disposent d'un logiciel de prescription, cela augmente le risque d'erreur. L'absence de connaissance de l'équipe soignante pose problème, pour le médecin, comme pour l'équipe.

4.4 Des professionnels des missions temporaires.

Si certains médecins effectuent des missions dans le secteur public et/ou privé à un moment particulier de leur carrière (début, fin, parentalité, changement de projet professionnel, etc.), d'autres s'engagent dans un exercice de missions courtes, dans la durée. Disposant d'un solide réseau régional, ils passent par des sociétés ou contractualisent directement avec des hôpitaux de leur réseau, sur des missions courtes, en général de quelques jours.

Très lucratif, ce mode d'exercice leur permet de gagner autant en travaillant moins, ou de gagner beaucoup plus (jusqu'à 15 000 euros net par mois), selon l'objectif recherché et les périodes de l'année. Certains médecins choisiraient leur lieu de vacances en fonction des missions qu'ils pourront y effectuer sur un weekend. A l'issue d'une mission, l'inscription à pôle emploi permet de percevoir une rémunération au titre de congés annuels. Pour autant, ce mode d'exercice a ses contraintes : forte mobilité, irrégularité des rémunérations, absence de visibilité et de lisibilité de carrière... **Le marché est en forte augmentation, les besoins se généralisent sur le territoire.** Les établissements de santé se livrent à une concurrence territoriale, qui, tout en nuisant à l'idée de service public de territoire, fait monter les prix.

4.5 Des situations de cumul d'emploi non réglementaires.

Un certain nombre de médecins cumuleraient leur fonction de praticien hospitalier employé à temps complet dans un hôpital, avec des missions courtes dans d'autres établissements, sur leurs weekends, leurs congés, leurs RTT, voire leurs repos de sécurité. Ce cumul d'activités constitue une violation des obligations statutaires, susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire infligée par le directeur général du Centre National de Gestion après avis du conseil de discipline. Ce cumul donne également lieu au reversement des sommes indûment perçues, qu'il s'agisse d'honoraires ou de salaires. Dans le cas d'un cumul d'activités avec remplacement en médecine de ville, cela peut par ailleurs relever de l'exercice irrégulier de la médecine, et donner lieu à des sanctions de la part du conseil de l'ordre. Cela pose, enfin, des problèmes de responsabilité civile professionnelle.

Certains hôpitaux périphériques de gros centres hospitaliers ne fonctionneraient que comme ça. Ainsi, les directions seraient informées de cette situation de cumul d'activité mais fermeraient les yeux, faute d'alternative. Pour éviter d'être condamnés par la

justice pour pratique du double emploi, certains directeurs ont affirmé ne pas demander de curriculum vitae aux médecins, pour pouvoir plaider l'ignorance de la situation irrégulière en cas de poursuites. D'autres encore ont témoigné avoir fait appel à un intérimaire pour une garde, qui n'était autre qu'un praticien déjà sous contrat avec l'établissement !

Quant aux sociétés, elles paraissent peu regardantes, il suffit d'appeler une agence sur le territoire pour se rendre compte que ce cumul illégal d'activités ne leur pose aucun problème.

Face à ce **phénomène qui semble avoir pris de l'ampleur mais bénéficie d'une véritable omerta**, certains en appellent à des condamnations exemplaires, quand d'autres demandent plus de souplesse statutaire, en autorisant par exemple le cumul sur des RTT ou des congés annuels, jamais toutefois pendant des repos de sécurité. Certains souhaitent que cela soit discuté dans le cadre d'une coopération inter-établissements. Quoi qu'il en soit, un meilleur contrôle des tableaux d'emplois de contractuels devrait mettre un coup d'arrêt à ce cumul d'activité. Il convient aussi de rappeler les risques encourus par les professionnels à dépasser les plafonds journaliers et hebdomadaires de durée de travail (risques sur la santé, risque pour les patients, risque ordinal, risque pénal).

RECOMMANDATIONS

Le groupe de travail formule 14 recommandations organisées selon de 4 axes. Les 3 premiers axes visent à réduire le recours à l'emploi médical temporaire à l'hôpital aux seules situations transitoires, aux seuls besoins ponctuels qui le justifient, en améliorant le recrutement des médecins à l'hôpital public. Le 4ème axe a pour objectif de stopper à court terme les abus constatés dans le secteur de l'emploi médical temporaire à l'hôpital, ainsi qu'à renforcer la qualité, la sécurité, la continuité des soins.

AXE 1 : Faire connaître aux médecins en formation l'exercice hospitalier (hors CHU) et les inciter à en faire leur projet professionnel

1. Développer les stages hors des CHU au cours des études de médecine.

Les **stages hors des CHU destinés aux externes** doivent être encouragés, et donner lieu à des indemnités de déplacement/logement. Il est proposé dans un premier temps de recenser l'ensemble des unités hospitalières publiques, mais aussi privées, susceptibles de participer à la formation des étudiants.

Les maquettes des internes prévoient également des stages hors CHU au cours du 3^{ème} cycle. Cette mesure n'a pas l'impact escompté. D'une part, ces stages sont souvent réalisés en tout début d'internat, alors que les jeunes médecins ne se projettent pas encore concrètement dans un projet de carrière. D'autre part, ces stages sont le plus souvent réalisés en dehors de la spécialité pour laquelle l'interne se forme. Les maquettes de formation imposent un certain nombre de stages dans la spécialité choisie et d'autres hors de la spécialité. Les internes effectuent en général la totalité de leurs stages de leur spécialité au CHU, ne leur permettant pas de connaître les équipes hospitalières de leur spécialité en dehors du CHU. Une réflexion pourrait être conduite dans le cadre des travaux de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat, afin d'intégrer dans les maquettes des internes la réalisation d'au moins un **stage hors CHU dans leur spécialité et au delà du 3^{ème} semestre**.

2. Inciter dès la formation à exercer sur des postes prioritaires.

Il est proposé **d'étendre le dispositif du CESP** (Contrat d'engagement de service public) **aux postes prioritaires des hôpitaux**. Actuellement, cette mesure incitative consiste à allouer une bourse aux étudiants en médecine s'engageant à exercer un certain nombre d'années la médecine de ville dans une zone sous dotée. Une extension aux postes prioritaires hospitaliers est souhaitable, en modifiant les critères d'attribution de façon à tenir compte dans ce cas non plus des zones géographiques sous dotées mais des besoins hospitaliers.

AXE 2 : Améliorer l'organisation et appuyer les établissements dans le recrutement des médecins hospitaliers

3. Recourir à de nouveaux outils de communication de l'offre et de réponse à la demande.

Il est devenu urgent de constituer nationalement une **bourse à l'emploi, publique, informant de tous les postes à pourvoir.**

Cette bourse à l'emploi doit être claire, **riche en informations** :

- Constitution des équipes, exigences en matière de permanence de soins, équipements de l'établissement, autorisations, coopérations, projet d'établissement, perspectives d'évolution, etc.
- Conditions de recrutement, notamment le type de statut proposé (Assistant, Praticien hospitalier, Contrat de clinicien, Contrat d'exercice libéral à l'hôpital ou dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, etc.)
- Conditions de vie sur place (coût de l'immobilier, scolarité, transport, crèche, vie culturelle et sportive, etc.)
- Postes à pourvoir mais aussi ceux qui le seront dans les années à venir, afin que les jeunes médecins en formation puissent construire un projet professionnel plusieurs années à l'avance.

Ce sont toutes ces informations dont souhaitent disposer les médecins qui cherchent un poste et ce sont elles qui les amèneront à envisager activement une prise de fonction.

Ces informations doivent être facilement accessible (site internet dédié).

La bourse sera au mieux gérée par le Centre National de Gestion (CNG).

Le CNG et l'ensemble des CHU pourraient travailler en commun à **la constitution d'une base de données nationale regroupant les adresses courriels de l'ensemble des internes** intéressés et volontaires pour recevoir, chaque fin de semestre, des informations sur les offres de postes hospitaliers dans leur spécialité.

4. Créer des cellules régionales d'appui aux hôpitaux en gestion des ressources humaines médicales.

Ces cellules, **financées principalement par les hôpitaux** avec appui de l'Etat, seraient sous la direction conjointe du CNG et des agences régionales de santé. Elles recruteraient des **équipes avec compétences administratives et médicales**, notamment des médecins expérimentés ayant participé au fonctionnement institutionnel d'un établissement, et connaissant les problématiques territoriales en matière de démographie médicale hospitalière. Ces cellules travailleraient en lien avec les **commissions régionales paritaires**, les conférences de présidents de commission médicale d'établissement, les instances régionales de la **Fédération Hospitalière de France**, et associeraient **facultés de médecine et jeunes médecins en formation.**

Ces cellules seraient chargées de travailler en lien étroit et en appui des établissements et des équipes médicales dans les disciplines sous tension ou en difficulté. Leurs missions seraient :

- Aller chercher l'information auprès des établissements pour renseigner le site internet « bourse à l'emploi » proposé ci-dessus.
- Réaliser des **audits d'attractivité des hôpitaux** afin de conseiller les établissements et/ou l'ARS sur les mesures à prendre pour améliorer les chances de recruter des médecins.

- Communiquer auprès des médecins en formation dans la région sur les offres de postes dans les hôpitaux, et les accompagner dans leur projet professionnel jusqu'à la prise de fonction.
- Accompagner les médecins intéressés pour occuper un poste dans un des hôpitaux de la région : présentation des postes vacants, projet professionnel, projet de vie (emploi du conjoint, crèche, logement), projet de carrière.

AXE 3 : Améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

5. Faire de la coopération médicale entre établissements de santé une priorité

La taille d'une équipe médicale, son dynamisme, sa capacité à remplir ses missions, sont des facteurs d'attractivité indéniables pour un médecin. Une équipe médicale de bonne taille, c'est une permanence des soins mieux répartie (donc une meilleure qualité de vie). C'est l'assurance de pouvoir diversifier les prises en charge, ouvrant la voie à une expertise reconnue. C'est la possibilité de développer des projets de recherche et d'enseignement. C'est aussi la mutualisation de missions ayant trait à la qualité et à la pertinence des soins.

Pour ces raisons, les équipes médicales doivent s'envisager à l'échelle d'un établissement, mais aussi à l'échelle d'un territoire de santé. Il est indispensable d'inciter à la mise en place d'équipes médicales de territoire, dans le cadre de coopérations entre les établissements d'un même territoire. Dans le cadre du service public territorial de santé, la coopération entre établissements de santé apparaît donc comme une solution durable et pragmatique. Malheureusement, les hôpitaux restent encore très isolés, et peu de démarches coopératives ont été enregistrées, au regard des enjeux. Il est donc proposé **d'intégrer des objectifs de coopération inter établissements dans les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens des centres hospitaliers universitaires.**

Le point de départ d'une coopération réussie, d'une équipe médicale de territoire, est le plus souvent la rencontre entre des médecins de la spécialité et du territoire concernés. Il est proposé **d'organiser des rencontres inter hospitalières autour des questions démographiques**, notamment lorsqu'il existe des situations de tension de recrutement dans un ou plusieurs établissements du territoire.

Les outils de cette coopération doivent être développés, à commencer par le poste médical à temps partagé. Il peut être pensé de l'hôpital centre vers les hôpitaux périphériques (assurant, par exemple, une formation de post-internat à des jeunes médecins), ou à l'inverse permettre à un médecin exerçant dans un établissement de petite taille de profiter d'une expérience professionnelle régulière dans une unité hospitalière de référence. **La création d'une prime de coopération hospitalière de territoire** aurait un impact favorable pour mobiliser les médecins amenés à exercer sur plusieurs sites. Par ailleurs, **la prime multi sites des assistants et praticiens à temps partagé pourrait être majorée pour les postes prioritaires.**

Un accent particulier doit être mis sur la collaboration entre les CHU et les plus importants centres hospitaliers de leurs territoires. Ces collaborations devraient permettre des **consultations délocalisées d'expertise et des staffs communs par**

télémédecine qui auraient un double effet : mettre l'expertise à la portée du plus grand nombre et participer à l'attractivité des hôpitaux pour les équipes médicales. Le consultanat, période de prolongation d'activité clinique des professeurs d'université, pourrait être orienté vers cet objectif. Ces collaborations doivent aussi permettre aux praticiens des centres hospitaliers d'accéder aux plateaux techniques des CHU pour valoriser leur exercice (exemple robot chirurgical). Les contrats d'objectifs et de moyens des CHU devraient inclure des objectifs qui vont dans ce sens.

La coopération devrait aussi être développée en matière de recherche clinique, en **favorisant le financement des projets de recherche multi sites incluant des hôpitaux non universitaires**. L'objectif est encore une fois double : d'une part rendre attractif l'exercice médical dans ces établissements, d'autre part permettre un accès à l'innovation pour tous.

6. Identifier et pourvoir tous les postes vacants prioritaires.

Un poste prioritaire est actuellement reconnu comme tel après 3 ans de vacance statutaire. Cela suppose que tous les postes vacants soient publiés, ce qui est loin d'être le cas. De plus, 3 ans sans pourvoir un poste est un délai jugé trop long, déstructurant pour l'équipe en place. Il est proposé de **mobiliser les cellules régionales et les ARS pour recenser tous les postes justifiant d'une priorisation**, en tenant compte des vacances de postes, du recours aux contrats de courte durée, de missions d'audit auprès des établissements.

Il est proposé d'autoriser à titre dérogatoire la **publication des postes prioritaires à temps plein et à temps partiel, simultanément**. Dans la mesure du possible, il est également proposé d'**augmenter la fréquence de publication** des postes prioritaires par le centre national de gestion (de 2 à 4 publications par an).

Un poste prioritaire devrait bénéficier de conditions particulières, flexibles de recrutement sur le plan statutaire, au-delà des mesures déjà en vigueur, jugées peu attractives. Ces conditions pourraient porter sur la **reprise d'ancienneté**, la signature ou la prolongation sous conditions d'un contrat de clinicien hospitalier, le **cumul emploi-retraite**. Les postes prioritaires devraient être **accessibles à temps réduit, y compris au cours de l'année probatoire**. Actuellement, un médecin souhaitant intégrer la fonction publique hospitalière doit obligatoirement occuper un poste à temps plein pendant l'année de probation. Des conditions attractives devraient également être proposées aux médecins libéraux souhaitant intégrer l'hôpital sur un poste prioritaire (prime d'entrée visant à compenser les pertes financières, prise en charge des frais administratifs de cessation d'activité, reprise d'ancienneté).

7. Mettre en place un « corps » de médecins hospitaliers remplaçants

Il est proposé de recruter des **praticiens hospitaliers remplaçants**, médecins volontaires pour effectuer des missions temporaires à l'hôpital, gérés nationalement par le centre national de gestion. Ce mode d'exercice serait valorisé dans des conditions déterminées après concertation des partenaires sociaux (évolution accélérée dans la carrière, contrats de cliniciens hospitaliers, etc.).

8. Rendre le début de la carrière hospitalière plus attractif.

Il est proposé d'**harmoniser les statuts de médecins non praticiens hospitaliers**, en se basant sur la grille des praticiens contractuels à l'hôpital. La jungle des statuts rend le début de carrière peu lisible et peu attractif.

Par ailleurs, **le début de carrière des praticiens hospitaliers devrait être revalorisé à l'équivalent actuel de l'échelon 4**. Il n'est pas compréhensible qu'un jeune praticien, au moment de s'engager dans un exercice hospitalier dans la durée, voie ses revenus stagner, voire diminuer, lorsqu'il passe du statut de chef de clinique assistant, à celui de praticien hospitalier (la permanence des soins étant moins indemnisée). Cette proposition, présente dans plusieurs rapports traitant de l'exercice médical à l'hôpital, pourrait s'intégrer dans une simplification des échelons de la grille des praticiens hospitaliers, et à coût constant.

Il est proposé, par ailleurs, d'encourager et **simplifier la participation des jeunes au fonctionnement institutionnel** de leur établissement.

9. Faire évoluer l'exercice médical à l'hôpital.

Plusieurs groupes de travail portant sur l'exercice médical hospitalier font état de la volonté des praticiens hospitaliers de faire évoluer une carrière jugée trop linéaire, à l'ancienneté, peu motivante, vers davantage de **modularité, dans un cadre statutaire sécurisé**. La **personnalisation des parcours professionnels** doit permettre de faire varier les activités de soin, de formation, d'enseignement, de recherche, d'investissement institutionnel, en tenant mieux compte de leurs compétences et de leurs aspirations à différents temps de leur carrière.

Côté direction hospitalière, les attentes portent sur **davantage de contractualisation**, entre le médecin et son équipe médicale, entre l'équipe et l'établissement. La **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)** a sa place à l'hôpital.

La question de la pénibilité soulève aussi beaucoup d'attentes. Le départ d'un médecin est souvent la conséquence d'une souffrance au travail, liée à des conditions de vie au travail inadaptées, à une charge de travail excessive (notamment la permanence des soins) ou un conflit au sein de l'équipe. Il est proposé d'ouvrir des **négociations entre Etat et partenaires sociaux sur la question de la pénibilité**, d'améliorer la gouvernance des équipes médicales, de **dépister les situations de stress au travail**, de travailler la gestion des conflits dans les équipes, d'éviter les situations de surcharge de travail, notamment en période de nuit, de traquer et **supprimer toute charge administrative pénalisant le temps médical**.

Les professionnels se sont dits désireux d'avancer sur ces différentes propositions, largement portées dans le cadre du récent pacte de confiance à l'hôpital, et sont en attente d'une ouverture des négociations indispensables avant toute réforme statutaire.

AXE 4 : Réguler le marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital pour stopper les abus et améliorer la connaissance du secteur.

10. Plafonner le niveau de rémunération d'un médecin contractuel dans le cadre d'un recrutement temporaire.

Cette proposition consiste, dans le cas de contrats d'intérim, à davantage s'appuyer sur les dispositions prévues par le code du travail en matière de travail temporaire. Il s'agit de déterminer le niveau de rémunération d'un médecin sur la base du salaire de référence prévu par l'art. L. 1251-18 et L. 1251-43 du code du travail, à savoir celui qu'il percevrait dans l'établissement hospitalier, après période d'essai et à qualification équivalente, majoré des indemnités statutaires de fin de mission et de congés payés. En pratique, pour un médecin très expérimenté, **la rémunération ne saurait excéder celle d'un praticien hospitalier au dernier échelon**, majoré de 21%.

Il est proposé, de façon à réguler le marché du travail médical temporaire à l'hôpital, **d'appliquer ce plafond de rémunération à tous les types de contrats de recrutement de courte durée**, en intérim, via une société de recrutement, ou en gré à gré.

Une **prime exceptionnelle pourra être accordée, sous conditions**, aux médecins effectuant des missions de courte durée dans des territoires connaissant des difficultés majeures de recrutement médical, comme Mayotte par exemple, de façon à garantir l'attractivité financière des établissements concernés.

11. Renforcer le contrôle du respect de la réglementation.

Des mesures règlementaires sont nécessaires pour **renforcer le rôle du comptable dans l'établissement**, et **systématiser les contrôles externes** en cas de recours à des médecins sur des missions de courte durée. Les trésoriers payeurs généraux doivent être sensibilisés pour refuser les contrats ne respectant pas la réglementation.

Dans l'optique d'éviter tout contournement des réglementations en vigueur, **l'ARS doit contrôler les tableaux de service dans le cadre des recrutements de médecins contractuels**, pour vérifier qu'un praticien contractuel effectue bien la totalité des journées de travail pour lesquelles il est rémunéré, ainsi que la réalité des gardes rémunérées comme telles.

Il faut également veiller au **respect des réglementations en matière de frais de transport (barème ACOS), frais de bouche et de logement**. Faire figurer ces frais sur le contrat du médecin, et les faire apparaître distinctement dans la comptabilité de l'établissement.

12. Communiquer au niveau national sur la volonté politique de faire cesser les abus.

La mise en œuvre simultanée de ces dispositions dans l'ensemble des établissements publics de santé aura pour effet d'annihiler toute surenchère et toute concurrence entre les hôpitaux. Par voie de conséquence, il est indispensable de communiquer auprès des établissements, des agences d'intérim et sociétés de recrutement, ainsi qu'auprès de tous les professionnels de santé concernés tant sur le contenu des dispositions

législatives et réglementaires qui seront prises, que sur le calendrier de leur mise en œuvre.

13. Evaluer dans la durée le recours aux médecins contractuels

Il est indispensable d'estimer et **évaluer la progressivité des dépenses** hospitalières liées au recrutement de médecins sur des périodes de courte durée, quelle que soit la nature du contrat. Toutes les dépenses inhérentes à ce type de recrutement, en gré à gré comme via une agence d'intérim ou une société de recrutement, devraient **figurer dans le même compte de dépenses, affecté au personnel médical**.

La somme des dépenses engagées au titre des missions médicales temporaires, (incluant le gré à gré et le recours à des sociétés de recrutement et d'intérim), mais aussi l'identité et les diplômes des médecins recrutés en mission temporaire, font l'objet d'une **déclaration annuelle aux agences régionales de santé, pour transmission à la direction générale de l'offre de soins**.

De manière à améliorer nationalement la connaissance dans le champ de la démographie médicale hospitalière, il est proposé de **rendre le centre national de gestion observateur des populations de médecins contractuels**. Cette proposition pourrait s'intégrer dans le prochain contrat d'objectifs pluriannuel du centre national de gestion.

14. Assurer la qualité et la sécurité des soins en toute situation.

Tout médecin effectuant des missions de courte durée dans un hôpital doit être inscrit au tableau de l'ordre des médecins. Ce principe de base n'est pas toujours respecté en pratique. Cela ne suffit pas pour assurer la qualité des soins prodigués. Il faut inscrire les médecins en activité temporaire dans le dispositif professionnel continu, de façon à assurer une formation continue. Par ailleurs, l'hôpital ayant recours à un médecin en mission temporaire doit pouvoir signaler tout manquement professionnel, et les sociétés de recrutement ou d'intérim doivent en tenir compte.

Pour ce faire, il est proposé de soumettre aux sociétés de recrutement et d'intérim une **charte qualité garantissant le respect des réglementations en vigueur**, et la mise à disposition des hôpitaux de toutes les informations utiles, comprenant les éventuelles évaluations réalisées à la suite de précédentes missions. Toute offre de services non conforme aux réglementations devrait être dénoncée comme telle par l'établissement acheteur, auprès des autorités compétentes. A l'inverse, les hôpitaux sont incités à effectuer des achats groupés, au sein d'un territoire de santé, auprès de sociétés référencées.

La pratique du cumul d'une activité fixe temps plein dans un établissement avec des remplacements dans un autre établissement doit être prévenue (informations quant aux risques encourus), contrôlée (charte de bonne pratique des agences, responsabilisation des directions hospitalières), et sanctionnée (**transmission systématique des plaintes au Centre National de Gestion**).

Il est par ailleurs proposé de rattacher administrativement à un CHU les médecins effectuant des missions temporaires, quelle que soit leur nationalité, pour faciliter le suivi professionnel et l'inscription au DPC.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

Eve Parier, conseillère technique
François Crémieux, conseiller technique

Direction Générale de l'Offre de Soins

Jean Debeaupuis, directeur
Raymons Le Moign, sous directeur des ressources humaines

Agence Régionale de Santé

Christophe Jaquinet, directeur général de l'ARS Rhône-Alpes
Céline Vignet, directrice de l'efficacité de l'offre de soin

Centre National de Gestion

Danielle Toupillier, directrice générale

Agence Nationale d'Appui à la Performance

Stanislas Johanet, responsable du programme ressources humaines des établissements de santé

Fédération Hospitalière de France

Gérard Vincent, directeur
Nadine Barbier, responsable des ressources humaines
Cedric Arcos, directeur de cabinet

Syndicats professionnels

Norbert Skurnik, président de la CMH
François Fraisse, secrétaire général de la CMH
Rachel Bocher, présidente de l'INPH
Alain Jacob, secrétaire général de l'INPH
Nicole Smolski, présidente d'Avenir Hospitalier
Bertrand Mas, président du SNPHAR
Docteur Penochet, président de la CPH
Docteur Treividic, secrétaire général de la CPH
Sadek Beloucif, président du SNAMHP
Patrick Pelloux, président de l'AMUF
Claudine Azoulay, présidente du SYNPAH

Syndicats étudiants et jeunes médecins

Mathieu Levallant, président de l'ANEMF
Etienne Pot, vice-président de l'ISNI
Julien Cabaton, président de l'ISNCCA

Sociétés d'intérim

François Roux, président du Prisme
Cyril de Gasquet, directeur opérationnel d'Adecco

Conférences des présidents de commissions médicales d'établissements

Guy MOULIN, Président de CME de CHU
Frédéric MARTINEAU, Président de CME de CH
Alexandre Christodoulou, représentant le président de CME de CHS

Conférences des directeurs généraux hospitaliers

Anne Moulin-Roche, représentant les DG de CHU
Angel Piquemal, président des DG de CH
Joseph Halos, président de l'association des directeurs d'établissement en santé mentale.
Alain Slama, représentant l'association des directeurs d'hôpital

Conférence des doyens de facultés de médecine

Dominique Perrotin, président.

Personnalités qualifiées

Edouard Couty, auteur du rapport sur le pacte de confiance à l'hôpital
Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers
Jean Luc Chagnon, responsable de la réanimation du CH de Valenciennes
Thierry de Montgolfier, directeur des établissements de santé La Martinière
Benoît Elleboode, conseiller médical à l'ARS Midi-Pyrénées
Kamran Samii, chargé de mission par l'ARS Midi-Pyrénées

Table ronde organisée à Grenoble par la FHF Rhône-Alpes

Monsieur Couty, Président de la FHF Rhône Alpes
Docteur Arnould, président de la CME Bourg en Bresse
Madame Baille, Directrice du CH de Montélimar
Monsieur le Professeur Barret, Président de la CME du CHU de Grenoble
Monsieur Bernard, Directeur du CH de Valence
Docteur Blassel, Président de la CME du CH de Bourg St Maurice
Monsieur Charbois, Directeur du CH de Voiron
Madame Dadon, Déléguée régionale Adjointe de la FHF Rhône Alpes
Monsieur Hardelin, pharmacien hôpitaux du Léman
Madame Hubert, Directrice du CHU de Grenoble
Monsieur Penaud, Directeur général adjoint du CHU de Grenoble
Madame Ancillon, directrice des affaires médicales du CHU de Grenoble
Monsieur Martin, Directeur du CH de Chambéry
Docteur Pichéta, président de la CME des hôpitaux Drôme Nord
Monsieur Servais, Directeur du CH de Vienne

Le groupe de travail parlementaire tient enfin à remercier les médecins, directeurs hospitaliers, cadres administratifs, pour leurs très nombreux et spontanés retours d'expérience.