

L'EMPLOI MEDICAL TEMPORAIRE A L'HOPITAL

Du mercenaire à l'appréhension rationnelle

Dr F. FRAISSE

**Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux
Publics**

Coordination Médicale Hospitalière

INTRODUCTION

Une campagne médiatique a été récemment orchestrée concernant les revenus des médecins assurant des remplacements en milieu hospitalier public.

Cette polémique stigmatisant les « mercenaires » profitant d'un marché de l'emploi dérégulé conduit à une enquête pilotée par O. VERAN dont les attendants seront prochainement publiés.

Si le phénomène était répertorié depuis l'enquête IGAS 2003, son ampleur, ses excès, sont du ressort du fantasmagorique, de la diatribe et rarement correctement étayés.

En fait le problème des « intérimaires », questionne sur nombre de situations de dysfonctionnement concernant les effectifs médicaux, l'organisation de l'Hôpital, la planification sanitaire.

TRAVAIL TEMPORAIRE ET INTERIM MEDICAL **EN HOPITAL PUBLIC**

Sous ces termes, sont amalgamés des situations totalement différentes recoupant des thèmes variés tels : difficulté à assurer la permanence ou la continuité des soins, postes vacants par absence de recrutement, indisponibilité transitoire d'un praticien, remplacement de praticiens en solde de CET, volonté délibérée de ne pas recruter (utilisation de professionnels à coût moindre ; assistants, PHC, cumul emploi retraite).

Le recrutement provisoire de praticiens temporaires à tarif déterminé par les lois du marché n'est donc qu'une facette du travail temporaire médical dans l'Hôpital public. Ceux que les médias ont qualifiés de « mercenaires » recourent en fait deux modes d'exercice totalement différents :

- Complément d'activité pour un praticien hospitalier titulaire dans un autre établissement que son lieu d'affectation (le plus souvent dans un cadre d'illégalité juridique par rapport à la réglementation).
- Praticien qui choisit souvent en début de carrière, délibérément ce mode d'exercice soit pour prospection avant installation soit du fait de l'attractivité financière des contrats potentiels.

LES DEFICITS EN MEDECINS ET LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Au 1^{er} Janvier 2013, le CNG dénombrait 42 267 PH dont 37 160 temps pleins pour 48 519 postes budgétés soit un taux de vacance statutaire de 23.7% pour les temps pleins. De fait ce chiffre est une moyenne peu représentative des vacances selon les disciplines et les spécialités étagées entre 36.7% en imagerie médicale, de 15.2% en biologie et 9.3% en pharmacie.

Au sein des spécialités, les plus forts déficits sont constatés en Réanimation Médicale (27.7%), en Anesthésie-Réanimation (27.6%), Chirurgie (24.6%).

Les Urgences, contrairement aux idées reçues, ont un taux de vacance de poste de PH temps plein de « seulement » 20.7% mais beaucoup des organisations reposent sur des statuts non titulaires.

Discipline	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire ^(*)	Variation du taux entre 2012 et 2013	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire ^(*)	Variation du taux entre 2012 et 2013
Biologie	2 108	1 788	15,2%	-0,9	214	132	38,3%	0,3
Chirurgie	6 162	4 649	24,6%	0,4	1 410	942	33,2%	1,2
Médecine	29 484	22 461	23,8%	-0,5	4 699	2 719	42,1%	2,1
Odontologie	101	82	18,8%	-2,8	140	83	40,7%	3,6
Pharmacie	2 186	1 982	9,3%	-1,5	400	218	45,5%	-0,6
Psychiatrie	6 369	4 728	25,8%	-0,2	1 233	715	42,0%	0,8
Radiologie et imagerie médicale	2 109	1 334	36,7%	-0,5	555	287	48,3%	2,4
Total	48 519	37 024	23,7%	-0,5	8 651	5 096	41,1%	1,6



Postes PH au 1^{er} Janvier 2013 – Source CNG

Au 31 décembre 2011, pour 140 000 médecins recensés correspondant à 63 000 ETP recensés seuls 46 000 étaient des praticiens hospitaliers titulaires temps pleins ou temps partiels, 46 000 étaient recrutés sur des emplois contractuels.

DEMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITE

Les conséquences du numerus clausus vont encore se faire sentir pendant une décade malgré une évolution des quotas autorisés. Ceux-ci devront tenir compte de l'évolution des pratiques et d'une définition des effectifs nécessaires à une qualité des soins adéquats.

Ainsi, pour les Urgences dans la cadre d'une organisation optimisée, la Réanimation Médicale, dont la mission s'accroît avec leur rôle dans la gestion des unités de surveillance continue, les postes à pourvoir devraient augmenter.

En Anesthésie-Réanimation, on peut penser que les premières générations à effectif élargi s'orienteront d'abord vers le privé.

Les disciplines à permanences de soins doivent faire l'objet d'une reconnaissance du travail de nuit sous forme de 3 unités de temps et sur l'introduction de la pénibilité dans l'évolution de carrière.

L'attractivité procède de la possibilité pour les praticiens d'être en mesure d'exercer dans des conditions où il est possible de travailler sur des standards de qualité, avec en imagerie médicale, un matériel récent permettant d'avoir un exercice correspondant à l'état de l'art.

Un facteur important motivant un exercice public hospitalier est la possibilité de travailler en équipe, d'élaborer une politique contractuelle de soins.

Enfin, l'activité des praticiens doit pouvoir être modulable, laissant la possibilité de s'exprimer à travers des missions d'intérêt général, la recherche et l'enseignement.

Ceci aura aussi pour conséquence une réduction du différentiel de rémunération public / privé et d'éviter les activités mercenaires lucratives.

LES REMUNERATIONS ET ATTRACTIVITE

La rémunération des médecins salariés est en moyenne de 20% inférieure au secteur libéral.

Cependant, dans le secteur libéral, il existe d'énormes disparités selon les spécialités de 156 722 Euros pour les anesthésistes à 46 974 euros pour l'endocrinologie (source CARMF 2010).

La rémunération des médecins hospitaliers est elle aussi très variable, elle dépend du statut, de l'ancienneté mais aussi des indemnités (15.2% en CHU et 26% en CH des salaires perçus – source DRESS), des primes diverses, l'activité libérale, une fonction d'enseignement et de recherche. A ce titre, la spécialité où les salaires sont les plus élevés sont les Urgences (78 301 en CHU, 82 888 en CH).

De fait, ce sont dans les secteurs à forte rémunération dans le privé que les carences en effectifs sont les plus importantes (Anesthésie – Réanimation, Imagerie Médicale).

ORGANISATION HOSPITALIERE ET DEMOGRAPHIE

Elle s'oriente vers :

- La possibilité de praticiens ayant un travail multi sites, en particulier dans les Hôpitaux regroupés en CHT, celui-ci doit faire l'objet d'une meilleure reconnaissance financière et faire partie des critères de pénibilité.
- L'évolution de l'organisation des soins vers une réfection territoriale (SPTS) avec d'éventuelles collaborations public / privé.
- Evoluer vers des restructurations hospitalières fondées sur la définition de seuils critiques par disciplines et non par gouvernance sur les seuls considérants budgétaires. Les restructurations hospitalières ne sont pas tant une clé pour la diminution des effectifs mais un outil pour constituer des équipes homogènes, orientées sur des pratiques de qualité et donc motivées.
- Le déficit appelle le déficit.
Les Hôpitaux qui sont maintenus comme ayant une activité MCO doivent disposer d'effectifs suffisants. La pénurie comporte une boucle d'accélération vers plus de pénurie.

INTERIM ET PERMANENCES DE SOINS

Nombre de PH participant à la permanence de soins dans d'autres établissements que leur affectation principale.

Réglementairement, une convention doit être établie entre les établissements. De fait, le plus souvent ce type d'activité se pratique au fil de l'eau et favorise ainsi les dérives.

Les tarifs pratiqués sont alors dérégulés. Les praticiens sont recrutés soit par le biais d'agences d'intérim soit par l'intermédiaire d'agences de recrutement ou enfin spontanément sur propositions de praticiens.

Les rémunérations vont jusqu'à 1 300 euros pour une permanence de soins de 24h auquel il faut rajouter la facturation des agences d'intérim et l'indemnité versée au praticien pour le transport et les repas.

En outre, le temps de travail du praticien n'est la plupart du temps pas régulé par la réglementation en vigueur : absence de prise du repos de sécurité, limitation du temps de travail ...

Une injonction de contrôle devrait être notifiée aux ARS afin d'abolir ces pratiques dangereuses tant pour le praticien que vis-à-vis de la qualité des soins.

Un nombre plafond annuel des permanences de soins devrait être promulgué avec sanction en cas de dépassement constaté.

QUELLE EST L'AMPLEUR REELLE DES EMPLOIS MEDICAUX A POURVOIR A TITRE TEMPORAIRE

Il n'existe pas d'élément statistique. Les charges d'intérim médical déclaré par les Hôpitaux sont très probablement très en marge des coûts réels. Une enquête FHF midi Pyrénées a constaté que 72% des besoins étaient concentrés sur 3 disciplines : l'imagerie médicale, la médecine d'urgence et l'anesthésie-réanimation.

Ce qui paraît évident c'est que depuis l'enquête IGAS 2003, première étude dénonçant certaines pratiques, le phénomène s'est considérablement amplifié.

Les modes de rémunérations sont de plus en plus en marge des obligations réglementaires, les directions hospitalières étant contraintes pour assurer certaines permanences de soins à accepter la surenchère des rémunérations et accepter des pratiques non réglementaires.

PROPOSITIONS

1/ Accroître l'attractivité de la médecine hospitalière, en particulier pour les disciplines à permanence de soins (reconnaissance de la pénibilité, décompte de 3 plages horaires nocturnes...)

2/ Offrir des conditions financières et d'exercice privilégié pour les postes vacants depuis plus d'un an.

3/ Maitriser la démographie médicale en particulier en Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence.

4/ Rebaser l'évolution de la rémunération au cours de la carrière en favorisant les premiers échelons.

5/ Favoriser la poursuite de l'activité au-delà de la retraite, en aménageant le cumul emploi / retraite avec un niveau d'échelon maintenu.

6/ Autoriser la venue de praticiens à diplômes hors UE avec obligation de retour au pays d'origine au terme de 3 ans. L'exercice doit être aménagé pour permettre le développement de compétences nouvelles « exploitables ».

7/ Encadrer les emplois temporaires avec mission aux ARS de vérifier le respect de la réglementation. En cas de déviance itérative, saisine des commissions paritaires régionales.

8/ Favoriser les mutualisations, en particulier avec les CHT et le travail multi-sites.

9/ Aménagement du temps de travail avec possibilité d'une activité supplémentaire plafonnée. Reconnaissance effective du temps additionnel sur la base d'une rémunération de jour.

10/ Réorganiser l'offre de soins fondée sur une réflexion territoriale avec participation de la Médecin privée à la permanence des soins. Lien avec le SPST.

11/ Créer une ligne budgétaire identifiée pour les postes hospitaliers occupés par des praticiens à emploi temporaire. Vérifier une bonne correspondance avec des postes vacants. Sanctionner les rétro-marges.

12/ Interdire la concurrence sauvage en répertorient les médecins habilités à occuper un emploi médical temporaire, obligation pour ceux-ci à tracer leur parcours.

13/ Réglementer le recours aux sociétés d'intérim à but lucratif. Obligation pour celles-ci à une transparence des comptes.

14/ Répertorier l'incidence des arrêts de travail pour épuisement professionnel sévère, définir les seuils d'alerte, favoriser la recherche de solutions en cas de problème répertoriés itératifs.

15/ Remplacement effectif des prises de CTE de plus de 3 mois en particulier en cas de fin de carrière.

EN CONCLUSION

Les dérives concernant le marché de l'emploi temporaire médical à l'Hôpital sont le reflet des dysfonctionnements hospitaliers et de formation

- Insuffisance d'attractivité de l'exercice en milieu hospitalier public
- Mauvaise reconnaissance des contraintes des postes à permanences de soins
- Insuffisance de la rémunération par rapport au secteur privé en Imagerie médicale
- Démographie médicale