



Éléments de réflexion et de réponses à l'intérim médical à l'hôpital public

I. Introduction

La majorité des médecins effectueront, au cours de leur carrière professionnelle, un ou plusieurs remplacements. L'intérim médical est très courant dans l'exercice libéral.

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

II. Pourquoi les praticiens choisissent-ils l'intérim médical ?

1. Une détérioration globale de l'exercice médical à hôpital :

a) Sur le plan de l'exercice national

La grande majorité des praticiens hospitaliers estiment que leurs conditions d'exercice se sont nettement dégradées ces dernières années. Cette impression, a priori subjective, est la conséquence d'une succession d'évolutions organisationnelles hospitalières et sociétales.

Depuis près de 10 ans, le statut de praticiens n'a presque pas évolué ; il a même subi plusieurs régressions (IRCANTEC) et exclusions de mesures accordées à d'autres travailleurs (pénibilité du travail de nuit, temps de travail ?, TEPA ?). Le paiement partiel des CET des praticiens constitue l'une des rares mesures vécues comme positives, même s'il ne représente en fait que le remboursement d'une dette contractée auprès des médecins.

b) Sur le plan de l'exercice local

(a) Évolution de la société

L'évolution de la société influe directement sur la charge de travail de l'hôpital public. La précarité, le vieillissement de la population, la perte d'autonomie sont autant des éléments qui rendent la prise en charge des patients difficile et coûteuse. Les exigences de la population vis-à-vis de la médecine ont largement évolué et sont sans cesse croissantes.

(b) La gestion comptable des établissements de santé

L'avènement du paiement à l'activité des hôpitaux a constitué, dans une certaine mesure, une

révolution. Dans un objectif global de réduction des coûts, il est difficile d'obtenir une rémunération juste. L'apogée de la gestion comptable est formalisée dans la loi HPST accompagnée de son discours politique « il ne faut plus d'hôpitaux déficitaires » et d'une prime aux directeurs des hôpitaux en fonction de la performance (comptable, bien entendu).

Cette politique, ainsi que les nombreuses imprécisions sur la gestion du temps de travail médical poussent les directeurs à interpréter les textes en défaveur des praticiens. Ainsi, nos syndicats sont amenés régulièrement à intervenir sur des litiges entre les praticiens et leur direction concernant des sujets tels que le décompte du temps de travail ou le paiement du temps de travail additionnel.

2. Pourquoi certaines spécialités sont-elles plus concernées par l'intérim ?

L'anesthésie-réanimation, les urgences, la radiologie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie sont des spécialités qui font très régulièrement appel à l'intérim médical.

Ces spécialités présentent une forte implication dans la permanence des soins et la gestion des urgences engendrant de fortes contraintes en termes de travail de nuit. La faible rémunération du travail médical hospitalier nocturne, l'absence de prise en compte de la pénibilité s'avèrent démotivantes, voire même épuisantes.

Certaines, considérées comme « prestataires de services » (l'anesthésie et la radiologie), ont une activité dépendante des autres spécialités, donc soumises à des contraintes plus fortes.

Ces spécialités, du fait de leurs particularités, doivent faire l'objet d'une gestion du temps médical particulièrement rigoureuse. Toute baisse d'activité dans ces disciplines se répercutera directement sur l'activité d'autres spécialités, compromettant l'optimisation de la gestion des plateaux techniques avec une forte incidence financière.

Dans ces spécialités, un déficit en temps médical peut rapidement engendrer de très fortes tensions et l'épuisement des praticiens. Dans ce contexte, il sera difficile pour un praticien, qui le souhaite, d'obtenir un temps partiel, de poser ses congés ou d'exercer sur un autre établissement.

Dans certaines spécialités, l'important différentiel de rémunération entre le médecin hospitalier et libéral, la forte implication des hôpitaux dans la permanence des soins sont autant d'éléments défavorables à l'attractivité des carrières hospitalières.

3. Un mode d'exercice différent :

- Choix des périodes travaillées qualitativement et quantitativement :

Par opposition à la rigidité du statut de praticien hospitalier, le médecin intérimaire choisit un mode d'exercice totalement libre au prix d'une certaine précarité et instabilité professionnelle.

- Rémunération supérieure à celle des postes dits statutaires :

Le salaire du médecin intérimaire est supérieur d'environ 30 % à celui du praticien hospitalier en fin de carrière.

III. Quels sont les inconvénients de l'intérim ?

1. Le coût de l'intérim médical :

Dans le cadre d'une volonté politique de maîtrise des dépenses de santé, l'envol de l'intérim

médical hospitalier et son coût ont souvent été montrés du doigt.

Pour un professionnel très hautement qualifié qui effectue du travail de nuit dans le cadre d'un contrat très précaire le montant horaire des honoraires (54 € net) n'est pas forcément excessif.

Enfin, le recours massif à l'intérim médical engendre une surcharge de travail administratif et médical pour les praticiens en poste, qui doivent assurer les responsabilités institutionnelles dont les intérimaires ne s'occupent pas.

2.La fiabilité des médecins intérimaires :

Tout médecin disposant de la qualification ordinale peut effectuer des missions d'intérim. Les médecins intérimaires ne sont soumis à aucune obligation de formation médicale continue ou d'évaluation. Un praticien qui n'aurait pas exercé pendant plusieurs dizaines d'années pourrait effectuer, à son gré, des missions d'intérim.

Il arrive qu'un médecin remplaçant se désiste tardivement d'une mission, engendrant d'importants dysfonctionnements.

La mise en place du développement professionnel continu et son caractère obligatoire pour tous les professionnels de santé devrait permettre de remédier à une insuffisance de formation ; pour cela, il serait souhaitable de rattacher le médecin intérimaire au CHU de sa région de domicile.

Face à ces difficultés, les hôpitaux tendent actuellement à fidéliser un nombre limité de médecins intérimaires.

3.La disparition du rôle organisationnel et structurant de l'équipe médicale :

L'absence de médecins en poste pose des problèmes organisationnels. En effet, la mise en place de protocoles, la participation aux missions d'intérêt général et aux commissions font partie intégrante du travail des praticiens. Or, le médecin intérimaire (comme bien souvent le médecin titulaire que l'on oublie d'associer) n'effectue aucune de ces tâches,

4.Conclusion

Seul le recours massif à l'intérim médical représente un surcoût significatif et est susceptible de nuire à la qualité des soins. Aussi, au-delà d'un seuil de 50 % de temps médical assuré par des médecins intérimaires, l'ARS devrait intervenir pour mettre en place des coopérations.

IV. Quels sont les avantages du recours à l'intérim médical ?

Le recours à l'intérim permet une adaptation rapide à une variation d'effectifs ou d'activité.
Il constitue un outil permettant de pourvoir les postes qui manquent d'attractivité.
Faire appel précocement à des intérimaires permet de préserver les praticiens en poste de tensions dues à un manque d'effectif médical.

1. Le profil du médecin intérimaire :

Une minorité de médecins intérimaires exerce exclusivement sous cette forme depuis plusieurs années.

D'autres exercent sur un poste fixe à temps partiel.

Certains praticiens temps plein effectuent illégalement des missions d'intérim sur une partie de leurs congés réglementaires.

L'intérim médical peut constituer une forme d'entrée dans la carrière médicale, une période de transition ou un mode d'exercice avant la retraite définitive.

2. Les aspirations du médecin remplaçant ?

La majorité des médecins remplaçants cherchent une certaine stabilité ; ils auront tendance, à terme, à s'installer à temps partiel ou à temps plein.

Exercer comme médecin intérimaire au long cours est difficilement compatible avec une vie familiale stable (absences, difficultés à obtenir un crédit, couverture maladie médiocre).

V. Nos propositions pour limiter l'intérim médical :

1. Rendre le statut de praticien hospitalier attractif :

a) Revaloriser et prendre en compte la pénibilité du travail de nuit :

Le travail de nuit du praticien hospitalier est actuellement sous-payé, la pénibilité n'est pas considérée. Il doit faire l'objet de mesures de protection, de compensation et d'une revalorisation. Il doit être pris en compte dans le calcul des trimestres nécessaires au calcul des retraites.

b) Fixer une durée légale du temps de travail des praticiens hospitaliers :

Une durée légale du temps de travail des praticiens hospitaliers doit être clairement définie, au-delà de laquelle il doit être possible d'exercer des heures supplémentaires mieux rémunérées que les heures normales à l'instar du droit commun du travail. Cette durée légale pourrait être de 39 heures par semaine incluant 20 jours de RTT, soit une moyenne de 35 heures réparties sur 10 demi-journées par semaine. Au-delà de 39 heures par semaine et jusqu'à 48 heures, les praticiens hospitaliers seraient rémunérés en heures supplémentaires. Au-delà de 48 heures par semaine, le temps de travail doit faire l'objet d'une contractualisation individuelle préalable selon les principes de l'opt-out.

c) Faciliter le passage du temps plein vers le temps partiel :

Il est souvent difficile pour le praticien des spécialités à démographie tendue d'obtenir un temps partiel. À terme, les praticiens concernés finissent par s'extraire de la spécialité ou de l'établissement. Aussi, il est nécessaire de pouvoir répondre positivement et rapidement à ces demandes. Les modalités de passage d'un temps plein un temps partiel doivent être simplifiées et facilitées.

Il faut permettre aux praticiens en fin de carrière d'effectuer un temps partiel à échelon conservé dans le cadre du cumul emploi-retraite.

d) Favoriser le travail sur plusieurs sites :

Dans les spécialités à démographie tendue, il est difficile de mettre en place des conventions interétablissements efficaces et attractives pour les praticiens.

Il faut permettre aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'effectuer « des REMPLACEMENTS » sur d'autres établissements de la région avec :

- une rémunération attractive et comparable à ce qui est proposé par le « marché » (à la place de leurs RTT ?)
- un pilotage ARS.

e) Prévenir et dépister l'épuisement professionnel :

Il est nécessaire de prévenir et dépister des signes de tension au sein des équipes (enquête SMART).

Le tableau de service doit être établi de façon à ce que chaque praticien ait une charge de travail acceptable et ne soit pas appelé pour plusieurs tâches sur plusieurs sites simultanément.

Un turnover et/ou un taux d'absentéisme élevé dans une équipe doivent déclencher une enquête approfondie et la mise en place de mesures de protection.

Il faut organiser une section médicale du CHSCT de l'hôpital dont les représentants médicaux seraient issus des syndicats représentatifs des praticiens hospitaliers. Cette section médicale serait informée de tous les dysfonctionnements liés aux conditions de travail et proposerait des mesures pour y remédier.

Chaque praticien doit pouvoir bénéficier d'un entretien régulier avec le médecin du travail à propos de ses conditions de travail. Un seuil maximal opposable de permanence doit être fixé en fonction de l'état de santé du praticien.

Tout signe de tension au sein des équipes dans les spécialités à risque doit faire l'objet d'une réponse immédiate par :

- le renforcement précoce des équipes par des intérimaires,
- des mesures d'optimisation de poste (ergonomie de postes, personnel administratif ou paramédical, informatisation de certaines tâches),
- allègement de l'activité ou du travail de nuit.

2. Mettre en place un pool de praticiens hospitaliers remplaçants :

La mise en place d'un pool de praticiens remplaçants issu du corps des praticiens hospitaliers titulaires, directement géré par le Centre National de Gestion sur la base du volontariat, permettrait d'éviter de précariser les médecins intérimaires, tout en assurant une certaine régulation des remplacements.

Les praticiens remplaçants seraient tenus d'effectuer un minimum de mission, par quadrimestre ; ils bénéficieraient d'une indemnité de mission et un mécanisme d'accélération de carrière, afin d'attirer les jeunes praticiens.

Cette mesure pourrait, dans certains cas, se substituer avantageusement aux disponibilités ou aux mises en recherche d'affectation.

VI. Conclusion :

L'intérim médical hospitalier permet de soulager ou de compléter provisoirement des équipes en place. Sur le long terme, il ne doit pas se substituer à un profond déficit de praticiens, car il risque d'engendrer une dégradation de la prise en charge des patients.

Son augmentation dénote une inadéquation du statut de praticien hospitalier, tel qu'il existe actuellement, avec les spécialités à forte contrainte nocturne.

Diminuer la charge de l'intérim médical passe obligatoirement par l'amélioration de l'attractivité des carrières hospitalières. Apporter une certaine souplesse, améliorer les conditions de travail, valoriser le travail de nuit sont les orientations à approfondir.

Pour soulager les équipes médicales surchargées, il est nécessaire de recourir précocement l'intérim médical et non, comme on observe trop souvent actuellement, en dernier lieu lorsque le déficit médical provoque d'importants dysfonctionnements.

Encourager le travail sur plusieurs sites, y compris dans les spécialités déficitaires, peut avoir plusieurs effets bénéfiques :

- favoriser le travail en réseau
- maintenir la motivation des praticiens,
- diminuer le recours à l'intérim médical.

Enfin, la mise en place d'un corps « remplaçant » permettrait

- d'améliorer la gestion des remplaçants,
- de s'assurer de la qualité de l'intérim,
- et, aux médecins intérimaires ; de s'extraire d'un contrat précaire.