



Projet ARMEN vague 3
Segment Intérim médical et non médical
Livrable court

Présentation de l'équipe

François-Jérôme AUBERT

DA Affaires médicales



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Aude AUGER

DA chargé des services économiques et logistiques



Roanne
Centre Hospitalier

Emilie DEMAN

Directrice de la stratégie et des Affaires Médicales



Centre
Hospitalier
de DOUAI

Lenaïg LE DEN

Responsable Affaires médicales



Centre
Hospitalier
Public du
Cotentin

Matthieu MOREAU

Acheteur



CHRA
CENTRE HOSPITALIER
DE LA REGION D'ANNECY

Marie MULLER

Directeur des Affaires médicales



CHR
ORLÉANS

Marc REYNIER

Directeur du pôle Affaires médicales



Hôpitaux de Toulouse

PARRAIN

Hamid SIAHMED

Directeur général



CHU
Centre Hospitalier Universitaire
Limoges

LEADER

Nabil AYACHE
DA chargé des services
économiques, logistiques et
cellule marchés



CENTRE HOSPITALIER
DE BOURG-EN-BRESSE

ASSISTANTE

Nathalie LOISEAU

Stagiaire



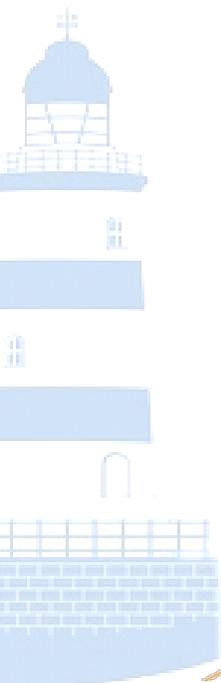
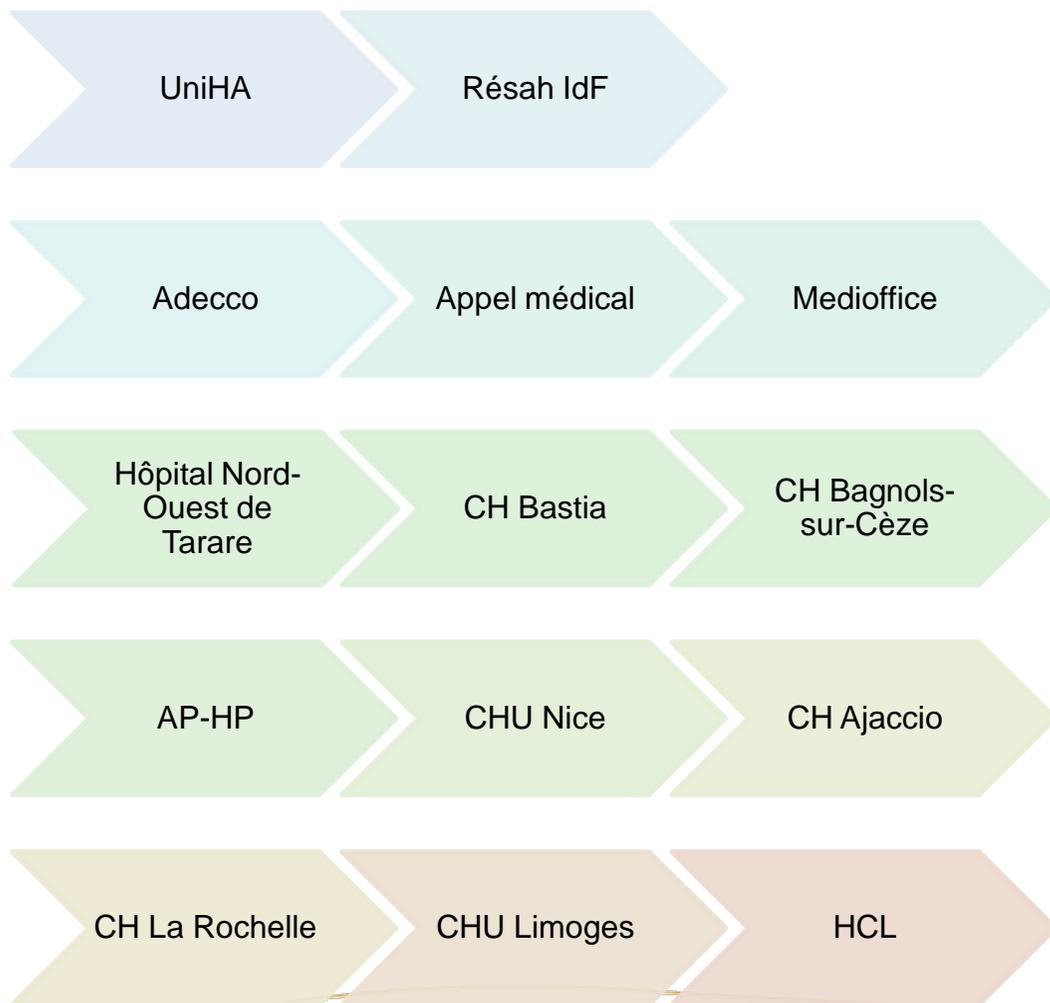
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins



PHARE
Partenariat Hospitalier
pour l'Amélioration des
Soins et des Résultats

Autres hôpitaux et structures contactés par le groupe



Le remplacement temporaire à l'hôpital recouvre des situations très diverses



L'INTERIM PUR

- L'agence d'intérim est l'employeur de l'intervenant, qui est mis à la disposition d'un établissement pour une mission donnée
- L'intervenant est payé par l'agence d'intérim

LE PLACEMENT

- L'agence prestataire met en relation un établissement avec un intervenant et reçoit des honoraires pour cette prestation de service
- L'intervenant est employé et payé par l'établissement

Vacations et
CDD courts

CDD longs et
CDI

LES AUTRES SOLUTIONS DE REMPLACEMENT

- Recrutement temporaire en direct
- Mise à disposition de praticiens par le CHU proche
 - Assistants temps partagé
 - Contrat de clinicien hospitalier
 - Internes avec une licence de remplacement (en clinique)
 - Les conventions : AIG
 - Pool de remplacement

Nous entendons par intérim l'intérim pur et le placement de courte durée, qui rentrent dans le périmètre de l'acheteur

Certaines **agences de placements, non habilitées** à délivrer des prestations d'intérim, participent néanmoins aux appels d'offre des établissements

Cela participe à une **confusion sur la notion d'intérim** dans les établissements

Notre périmètre couvre la quasi-totalité de l'Intérim médical et paramédical

Périmètre retenu

Intérim médical :

Toutes les spécialités dont notamment :

- l'anesthésie
- la radiologie
- les urgences
- la gériatrie



Intérim paramédical :

- IDE
- IADE
- IBODE
- Aides soignants



Exclu du périmètre

- Placement long (s'apparente à du pré-recrutement et non à du remplacement temporaire)

- Sages femmes



- Intérim médico-technique (manipulateurs radio et techniciens de laboratoire)



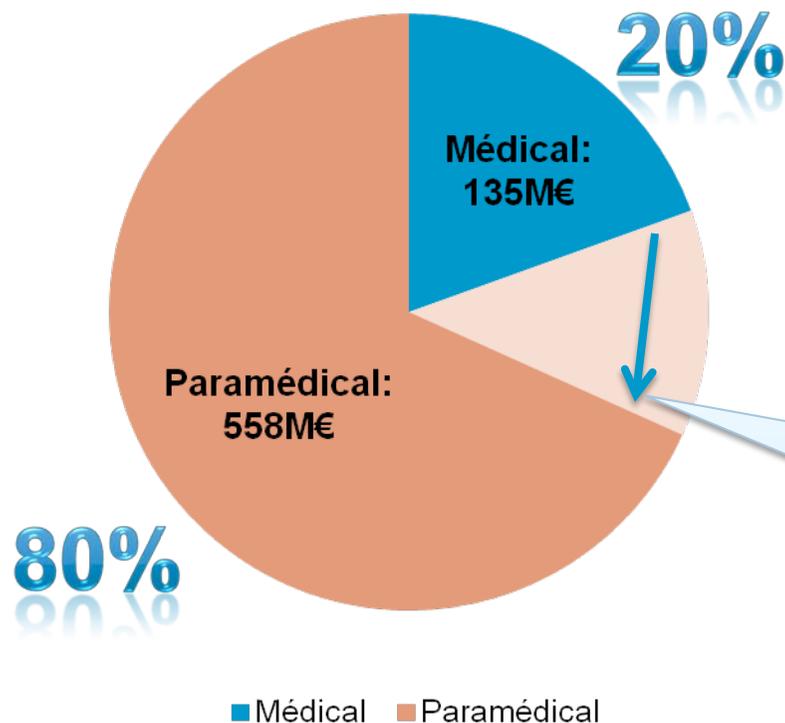
- Intérim logistique

Coût en intérim faible

Des logiques différentes par rapport aux personnels de services cliniques

Le segment représente environ 700M€ dont plus de 80% d'intérim paramédical

Répartition de l'intérim médical et paramédical, par extrapolation de notre échantillon d'établissements



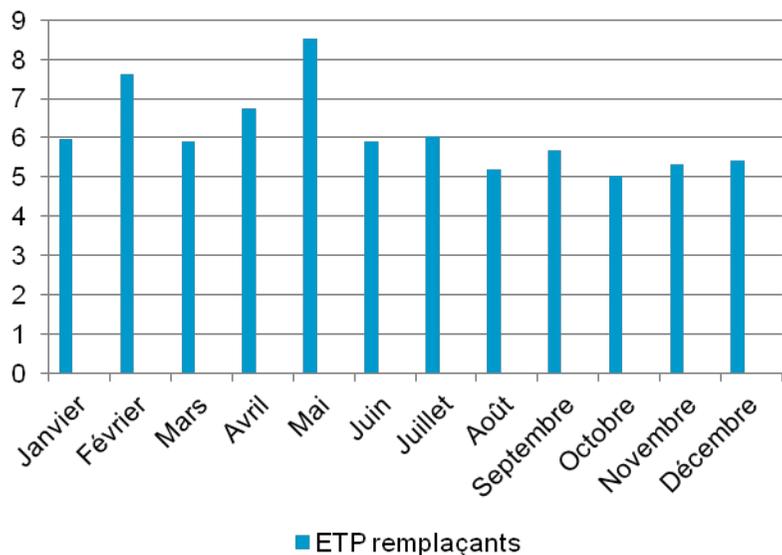
L'INTÉRIM EST ESTIMÉ À 700M€

Les prestataires rencontrés estiment que l'intérim médical va doubler tandis que l'intérim paramédical va légèrement baisser dans les 2 ans à venir
=> L'intérim médical représenterait alors environ 35% de l'intérim

Source : échantillon de 16 établissements interrogés par le groupe

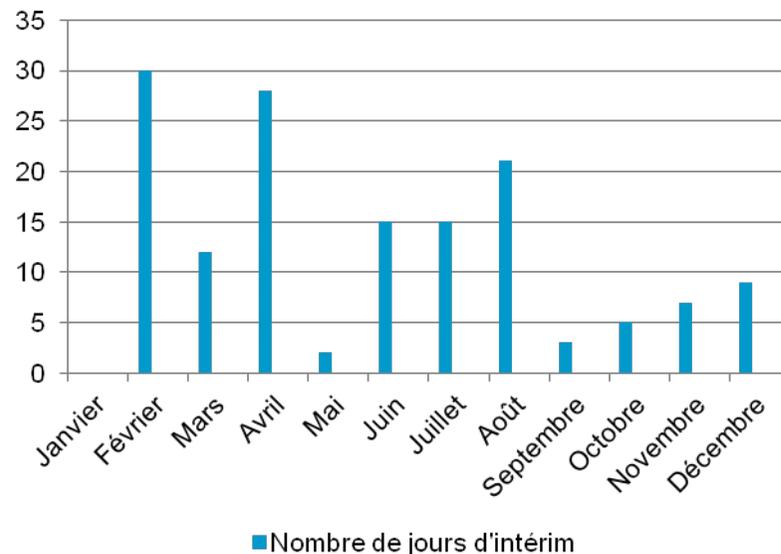
L'analyse de la saisonnalité nous montre des variations beaucoup plus marquées pour l'intérim paramédical

CHR Orléans : Intérim médical en 2012



Saisonnalité peu marquée
Besoin constant

CH Roanne : Intérim paramédical en 2012



Forte saisonnalité
Besoin ponctuel
La variabilité des demandes d'intérim se traduit, en vertu de l'inélasticité de l'offre, par une **grande variabilité des prix**

Le coût de l'intérim comprend : les coûts directs d'achat, les coûts indirects et des coûts cachés importants

MESURÉS DANS NOTRE CARTOGRAPHIE

Coûts directs d'achat :

Intérim pur :
Prestation d'intérim

Placement :
Rémunération de l'intervenant
Frais d'agence

Coûts indirects :

Hébergement
Repas
Téléphone
Frais de trajet (domicile-établissement et trajets dans cadre travail)
Temps de gestion du contrat
Fournitures diverses (dosimètre, logement de la famille...)

Très important
dans le cadre
de l'intérim

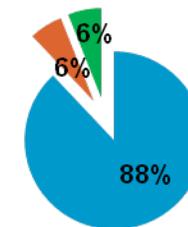
Coûts cachés :

Temps encadrement par les équipes
Sous qualité éventuelle (plaintes enregistrés)
Gestion des différents statuts et des différentes rémunérations au sein d'une même équipe
Non respect du contrat par les intérimaires (certains agents ne vont pas au terme de leur contrat si ils trouvent une offre plus attractive ailleurs...)

-Nécessité de **raisonner en coût complet**

- Nécessité d'intégrer les coûts indirects et de se protéger des coûts cachés par la **bonne rédaction des clauses contractuelles**

Répartition du coût de l'intérim médical au sein de notre échantillon

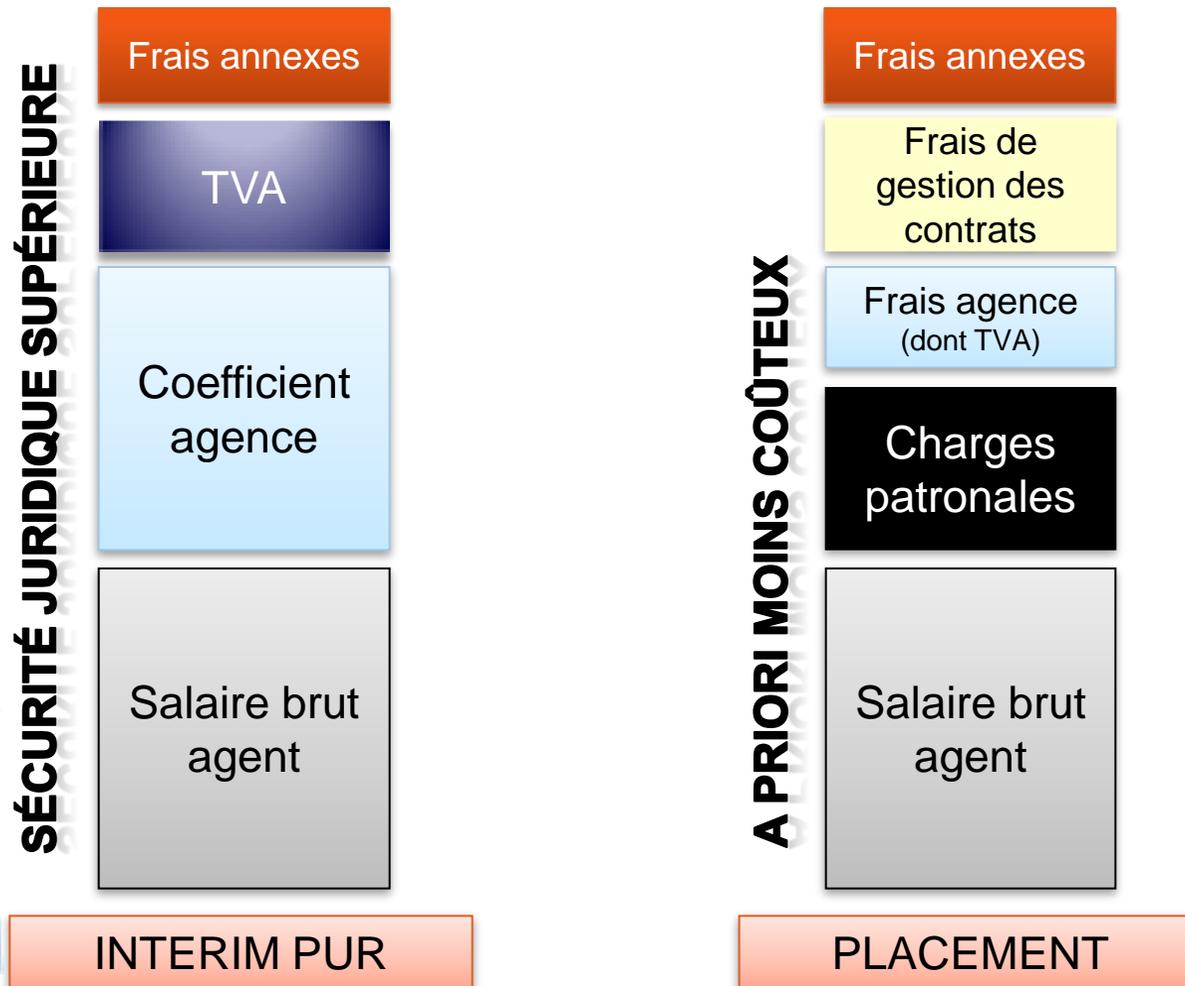


- Rémunération de l'intervenant
- Frais annexe (hébergement, repas...)
- Rémunération du prestataire

Source : échantillon de 16 établissements interrogés par le groupe

DIFFICILEMENT
MESURABLES MAIS À NE
PAS NÉGLIGER

Intérim pur et placement : structuration des coûts



Largement majoritaire pour l'intérim paramédical

Majoritaire dans l'intérim médical

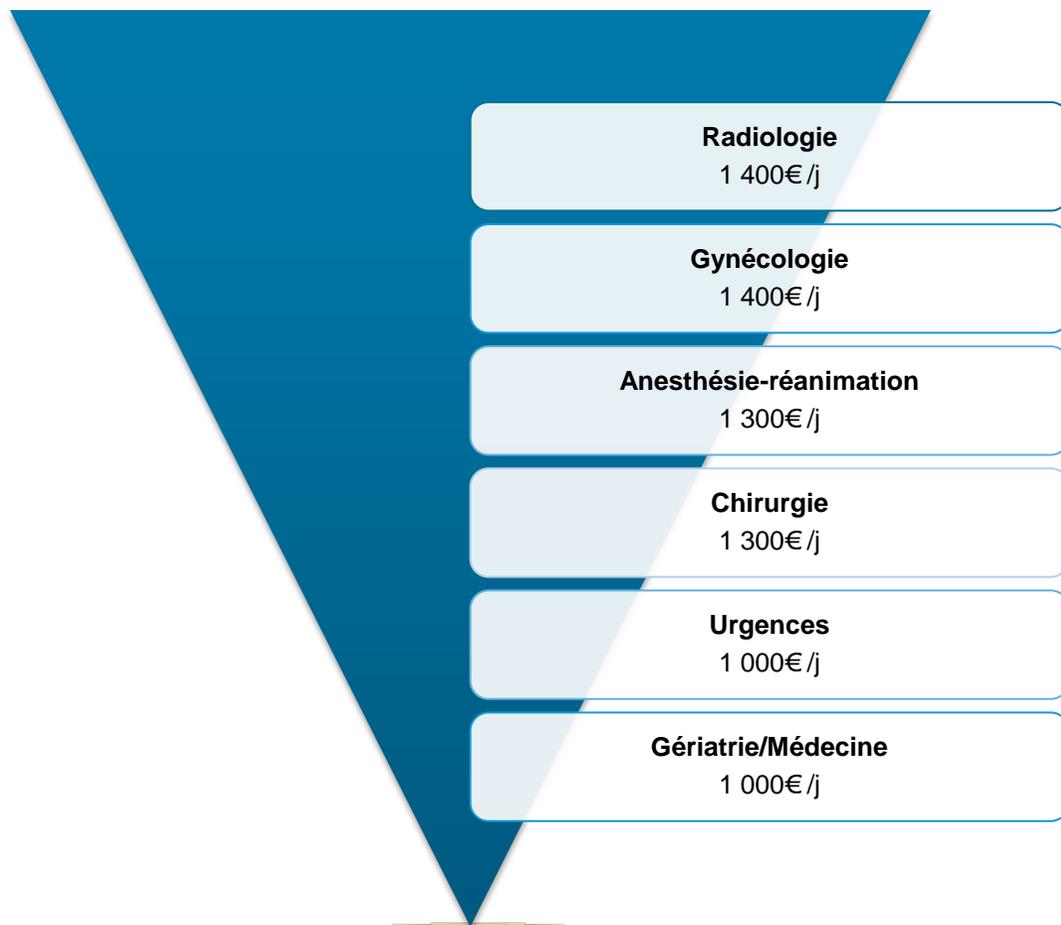
La **comparaison** des coûts de l'intérim pur et du placement ne donne **pas toujours les mêmes conclusions**

Importance de :

- L'**historique de la gestion RH**: l'intérim pur est plus intéressant pour des établissements novices en intérim
- La **situation géographique**: le placement est plus intéressant pour des établissements très éloignés de Paris

IL FAUT FAIRE LE CALCUL !

On constate une grande variabilité des prix entre spécialités La radiologie et la gynécologie arrivent en tête !



Le prix de journée d'un radiologue est 29% plus élevé que celui d'un gériatre



Source : échantillon de 16 établissements interrogés par le groupe

La mutualisation de l'intérim paramédical se développe autour d'offres régionales ou locales



Groupements territoriaux

Eligibles : CHU et CH les plus gros

Accord cadre qui fixe des **plafonds de prix**

Marchés subséquents passés par chaque établissement qui fixent les prix

Marché multi-attributaire avec ordres d'appel

Allotissement géographique

Gain financier constaté mais **forte différence de prix entre les différentes régions**, y compris pour les mêmes prestataires

53 établissements hors AP-HP

Vague 1 2010-2012 : les agences ne pouvaient pas couvrir l'ensemble des besoins => beaucoup de hors marché

Vague 2 à partir de 2013 : allotissement géographique beaucoup plus fin

Périmètre traité : 8,3M€

Allotissement géographique

Gain obtenu en 2013: 472K€ (5% de gains pour les établissements appartenant déjà à la vague précédente et **8% de gain** pour les nouveaux membres)

1 marché principal :

4 lots géographiques avec un titulaire par lot

1 accord-cadre de défaillance :

4 lots géographiques
8 titulaires contactés en même temps en cas de défaillance du titulaire principal

Pénalités modulées en fonction de la date d'annulation

Groupement départemental Haute Savoie

Marché multi-attributaire en cascade

La mutualisation de l'intérim médical peut être un vecteur de régularisation des achats

EXEMPLE DU GROUPEMENT DU DÉPARTEMENT HAUTE-SAVOIE

Description du groupement

- 6 établissements, marché multi-attributaire en cascade, peu de pénalités en cas de défaillance, toutes les spécialités concernées
- Lot 4 : personnel médical
- Chiffre d'affaires : 120 000€

Résultat

- Intérim pur : 1 508€ pour les anesthésistes et radiologues
- Placement : 650€ pour les anesthésistes et radiologues, 45€/j en moyenne d'honoraire
- **Même tarification qu'avant le marché**

Bénéfices

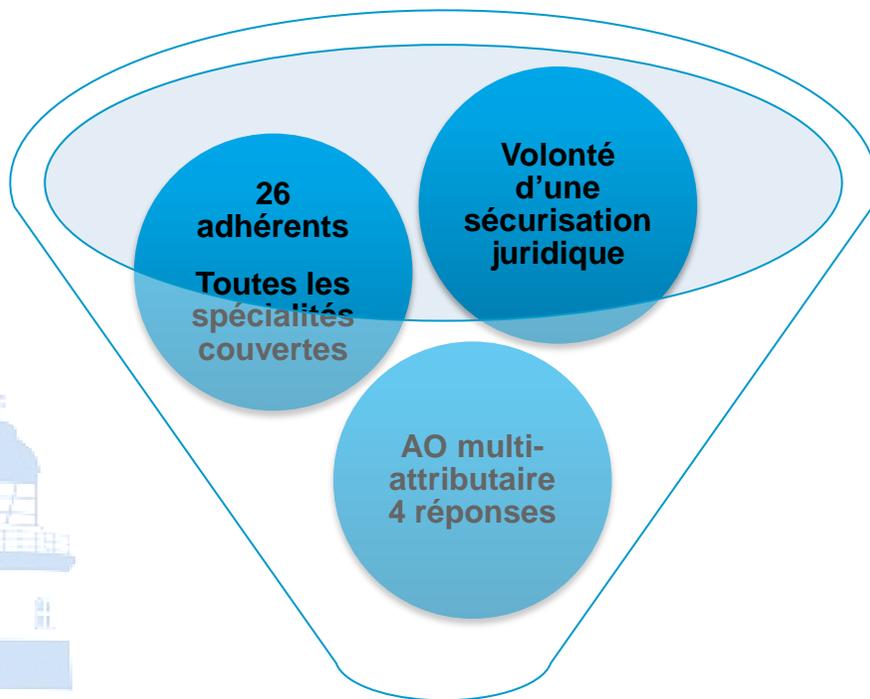
- Pas de gain financier
- **Les établissements sont rassurés sur le plan réglementaire**
- **Gain de temps sur les procédures** : le CH d'Annecy formalise le marché pour l'ensemble du groupement
- Mise en commun de l'expertise et de l'expérience
- Hors marché diminué considérablement

- Pénurie de médecins (vivier faible, prestataires non libres de leurs tarifs)
- Spécificité du segment intérim (achat de RH, vivier non extensible, prise en compte du transport, de l'attractivité du CH...)

⇒ **Les prestataires se disent insensibles à l'effet volume (faut-il les croire?)**

La mutualisation de l'intérim médical : attention à l'allotissement et à la procédure utilisée

EXEMPLE DU GROUPEMENT DE LA RÉGION MIDI PYRÉNÉES



Surcoût pour tous les lots
(sauf en imagerie)

Surcoût pour tous les établissements
(mais surtout pour les importants)

Les éléments d'explication de cet échec

- La région Midi-Pyrénées est grande et hétérogène
- Pas d'allotissement infrarégional
- Manque d'infrastructures de transport régionales
- Le CHU de Toulouse n'a pas de recours à l'intérim donc la plupart des besoins aurait été concentrés dans des zones périphériques peu attractives
- Dans ces conditions les **volumes** en jeu ont inquiété les prestataires, **peur de ne pas pouvoir répondre aux besoins**

Les deux seuls exemples de mutualisation médicale nous mettent en garde sur la forme adéquate pour un groupement d'intérim médical

Eligibilité

- Allotissement de petite taille (moins de 10 établissements): **niveau départemental ou niveau CHT**
- Etablissements **peu éloignés** (moins de 50 km)
- **Territoire homogène et dense** (la présence de quelques établissements très peu attractifs peut suffire à augmenter fortement les tarifs)

Forme du marché

- **Marché multi-attributaire en cascade**
- **Allotissement géographique**
- Pénalités proportionnées en cas de défaillance
- Intérim pur ET placement pour répondre aux besoins des établissements (selon les durées de mission, le niveau d'urgence...)

L'adhésion au Résah Ile-de-France sur l'Intérim paramédical a fait économiser 60K€ au CH de Saint-Anne

CONTEXTE

- Le CH de Saint-Anne achetait de l'Intérim paramédical en local pour 700 000 euros annuels
- Le Résah Ile-de-France propose une offre mutualisée d'intérim paramédical avec 4 lots géographiques (53 établissements)



PLAN D'ACTION

- Adhésion du CH de Saint-Anne au Résah Ile-de-France au 1^{er} mai 2013
- Diminution du montant de l'intérim jusqu'à 640 000 euros annuels



RESULTAT

Gain de 60 000€
(sur un montant de
700 000€)

**Une économie
de 9%**



L'adhésion au groupement départemental de Haute-Savoie sur l'Intérim paramédical a fait économiser 65K€ aux Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc

CONTEXTE

- Les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc ont adhéré au groupement départemental de Haute-Savoie sur l'Intérim
- La mutualisation et le pilotage du dossier par un acheteur a permis de cibler le juste prix



PLAN D'ACTION

- Le résultat sur le lot paramédical :
- Prestataire A : coefficient moyen de 2,27% soit 14% d'économie
- Prestataire B : coefficient moyen de 2,35% soit 14% d'économie
- Tarifs inférieurs pour une prestation équivalente



RESULTAT

Gain de 65 116€
(sur un montant de
465 116€)

**Une économie
de 14%**



L'anticipation des variations d'activité a permis d'éviter le recours à l'intérim par une gestion partagée des ressources : gain 51K€ au CH de Douai

CONTEXTE

- L'intérim paramédical connaît un pic pendant l'été en raison d'une diminution des effectifs
- La fréquentation de certains services diminue pendant l'été au CH de Douai
- Fermeture de certaines unités



PLAN D'ACTION

- Anticipation des plannings par rapport à la saisonnalité constatée
 - Les équipes soignantes sont redéployées au sein de leur pôle et du pôle urgences au sein des urgences pédiatriques
 - 481 jours ETP redéployés (246 AS et 235 IDE)
- ⇒ Aucun recours à l'intérim : 84 269€ d'économie sur les 4 mois d'été, dont 51 153€ sur le personnel
- ⇒ Gain qualitatif : les équipes ont l'habitude de travailler dans l'établissement. Questionnaire de satisfaction des agents redéployés : retour positif
- Pas de perte de recettes car aucun transfert constaté



RESULTAT

Gain de 51 153€

**Une économie
de 100% sur 4
mois**



Le recours à des contrats de clinicien aurait pu faire baisser de 25K€ les dépenses d'intérim : exemple du CH de Douai

CONTEXTE

- Les contrats de cliniciens ont été créés pour attirer à l'hôpital public des médecins grâce à un revenu supérieur mais moyennant en contre partie des engagements en terme de qualité et de quantité
- Contrat de 3 ans au plus renouvelable dans la limite de 6 ans
- Ce type de contrat peut être proposé sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus
- Une partie de la rémunération est variable, subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat



PLAN D'ACTION

- CH de Douai : étude de la possibilité d'un recrutement d'un médecin avec un contrat de clinicien sur un poste auparavant occupé par des intérimaires
 - Estimation du coût de 4 semaines d'un remplaçant en neurologie : 13 200€ bruts + coût agence + frais annexes
 - Estimation du coût de 4 semaines de praticien clinicien : 13 033€ bruts
- ⇒ Gain financier notamment du à la disparition des coûts annexes, estimés à 12% du coût de l'intérim
- ⇒ Gain qualitatif : le praticien clinicien est durablement intégré à l'équipe soignante
- Attention : les différences de statuts et de rémunérations entre médecins d'une même équipe peuvent altérer la cohésion des équipes médicales
 - CME très divisée => Pas mis en place



RESULTAT

Gain de 25 571€
(sur un montant de
195 000€)

**Une économie
de 13%**



La négociation des coûts annexes associés à l'intérim médical a fait économiser 45K€ au CH public du Cotentin

CONTEXTE

- Les frais d'hébergement représentaient 3% du coût global de l'intérim au CHPC
- Certains établissements logent leurs médecins remplaçants dans leurs locaux (internat...) tandis que d'autres financent des nuits d'hôtel
- 1/2 journée par semaine passée à réserver les chambres d'hôtel (400€/mois)



PLAN D'ACTION

- Rénovation de chambres de garde inutilisées
- ⇒ Gain financier : diminution des frais d'hébergement des intérimaires médicaux (plus de frais d'hôtel)
- ⇒ Gain sur le temps agent passé à réserver les chambres d'hôtel
- ⇒ Gain qualitatif pour les médecins : plus de changement de chambre entre le dimanche soir et le lundi (ménage effectué le lundi)



RESULTAT

Gain de 44 800€
(sur un montant de
1 736 184€)

**Une économie
de 3%**



La mise en place d'une permanence partagée de chirurgie vasculaire a permis de réaliser un gain total de 12% du coût de la permanence en évitant le recours à l'intérim aux CH de Douai et d'Arras

CONTEXTE

- La CHT Artois Douaisis regroupe 4 établissements
- Mise en place d'une permanence partagée de chirurgie vasculaire entre Douai et Arras (éloignée de 30 km) grâce à une convention entre les 2 établissements



PLAN D'ACTION

- Le chirurgien est d'astreinte pour les deux établissements
- Le dispositif est d'abord testé sur les vacances scolaires et sur le 1^{er} et le dernier weekend du mois.
- Les blocs sont organisés de façon similaire dans les 2 établissements pour que le chirurgien garde ses repères
- Lorsque la prise en charge requiert une intervention en urgence, le patient est transféré dans l'établissement de rattachement du chirurgien s'il est transportable, dans le cas contraire, le praticien se déplace
- La chirurgie vasculaire se prête particulièrement bien à ce dispositif car il y a peu d'urgences
- La CHT envisage d'étendre le dispositif à tous les weekends et à d'autres spécialités comme l'urologie



RESULTAT

Une économie
de 12%

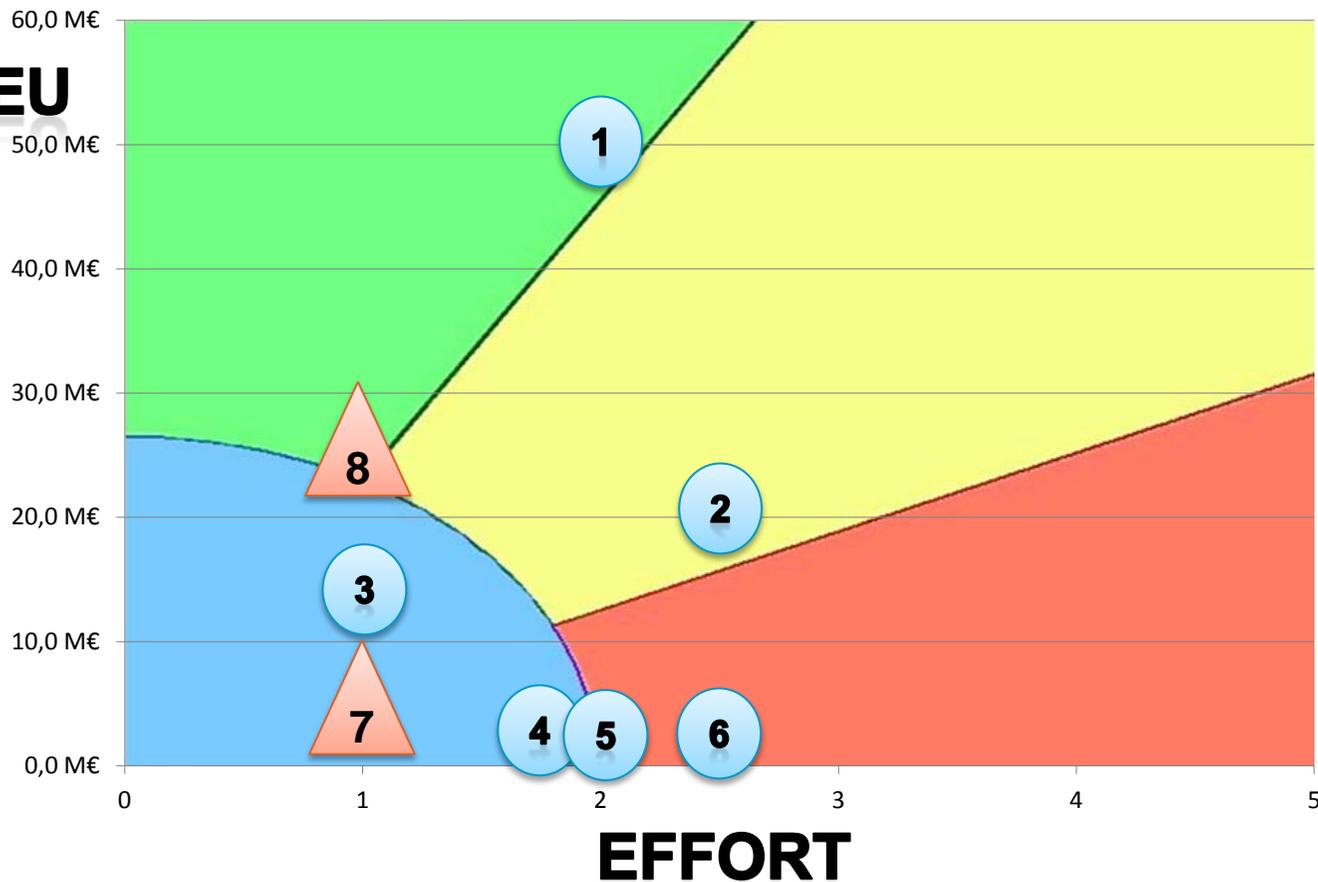


Matrice enjeu-effort : 91M€ d'économies d'identifiées (13% du segment)

ENJEU

	Opportunité
1	Mutualiser l'intérim paramédical au niveau territorial
2	Anticiper les variations d'intérim
3	Avoir recours à un contrat de clinicien
4	Négocier les coûts annexes
5	Penser à la ressource territoriale
6	Mettre en place une permanence partagée entre plusieurs établissements

7	Mutualiser l'achat d'intérim médical au niveau territorial
8	Mettre en place un accord cadre multi-attributaire en cascade sur l'intérim paramédical



Estimation



Opportunité : Mutualiser l'achat d'intérim paramédical au niveau territorial

Gain retenu : 10%

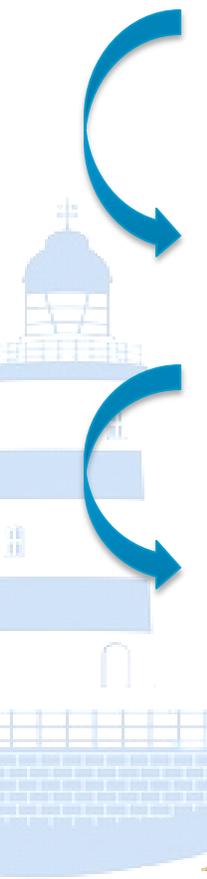
- Exemple du CH de Saint –Anne (Résah) : 9%
- Exemple des hôpitaux du pays du Mont Blanc (groupement Haute Savoie) : 14%

Assiette retenue : 502M€

- Tout le périmètre paramédical est concerné
- 90% des établissements sont concernés (peu pratiqué à l'heure actuelle)

Opportunité de gain : 50M€

Soit 7,3% du périmètre



Pour réussir la mutualisation de l'intérim paramédical : importance du dimensionnement et de la forme du marché retenu

Dimensionnement : tenir compte à la fois des spécificités du territoire et de l'étude de marché des prestataires

Groupement régional avec un coordinateur

Allotissement géographique adapté aux possibilités des agences et aux différences d'attractivité des territoires

=> Permet d'éviter un gonflement des prix par des prestataires qui craignent de ne pas pouvoir répondre aux besoins des établissements (vivier limité)

Technique d'achat : utiliser un marché multi-attributaire en cascade

Peu de pénalités en cas de défaillance (certains territoires périphériques sont difficiles à approvisionner)

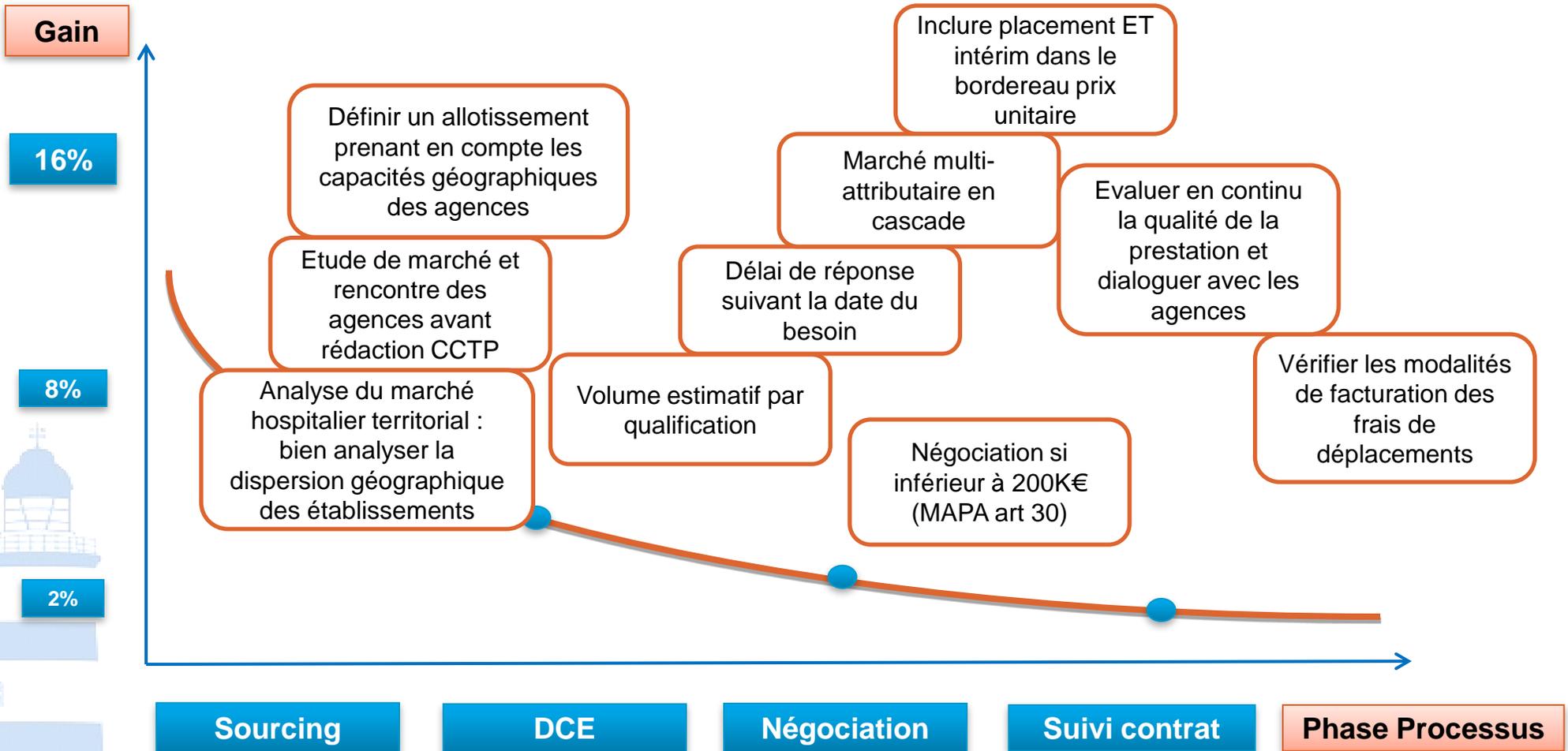
Performance : des gains multiples

Sécurisation du marché

Gain de temps agent passé sur les procédures (0,4 ETP environ par établissement pour gérer les contrats)

Gain financier lié à **la diminution des coefficients** de gestion grâce à l'effet volume

Les facteurs clés de succès d'un groupement sur l'intérim paramédical



Opportunité : Anticiper les variations d'activité

Conditions de mises en œuvre :

- Gestion prévisionnelle des absences
- Etude en amont de la saisonnalité de l'activité
- Détermination des fermetures de lits
- Redéploiement des personnels de concert avec les RH, les affaires médicales et la DS
- Réactivité de l'institution

Gain retenu : 10%

Assiette retenue : 206M€

- Tout le périmètre est concerné
- Paramédical : 20% des établissements sont concernés
Médical : 70% des établissements sont concernés (moins souvent pratiqué)

Opportunité de gain : 21M€

Soit 3,2% du périmètre

Opportunité : Avoir recours à des contrats de clinicien

Conditions de mises en œuvre :

- Respect de la réglementation (CPOM, type de contrat, délai, objectifs)
- Accord préalable des instances de l'établissement
- Négociation des objectifs qualitatifs et quantitatifs

Gain retenu : 13%

- Exemple du CH de Douai : 13% potentiel

Assiette retenue : 108M€

- L'intérim médical est concerné
- 80% des établissements sont concernés (peu fait mais nécessite une transmission pour information à l'ARS)

Opportunité de gain : 14M€

Soit 2% du périmètre

Opportunité : Mutualiser l'intérim médical : un pari?

Conditions de mises en œuvre

- **Réfléchir à la taille du groupement**
La taille du groupement doit être **compatible avec le périmètre des agences** aux spécialités variées (MCO, EHPAD, SSR...)
=> Nécessité d'une étude de marché fine tenant compte des capacités des agences
- **L'allotissement géographique paraît être une clé de succès**
- Réfléchir à des coefficients de prix en fonction de l'accessibilité de l'établissement
- Réfléchir aux traitements des frais d'hébergements et de gestion alimentaire (rembourser au réel si cela représente un coût élevé)
- Utiliser des termes précis dans le DCE (intérim pur et/ou placement)
Juste besoin pour les différents types de demandes (urgence ou non...)

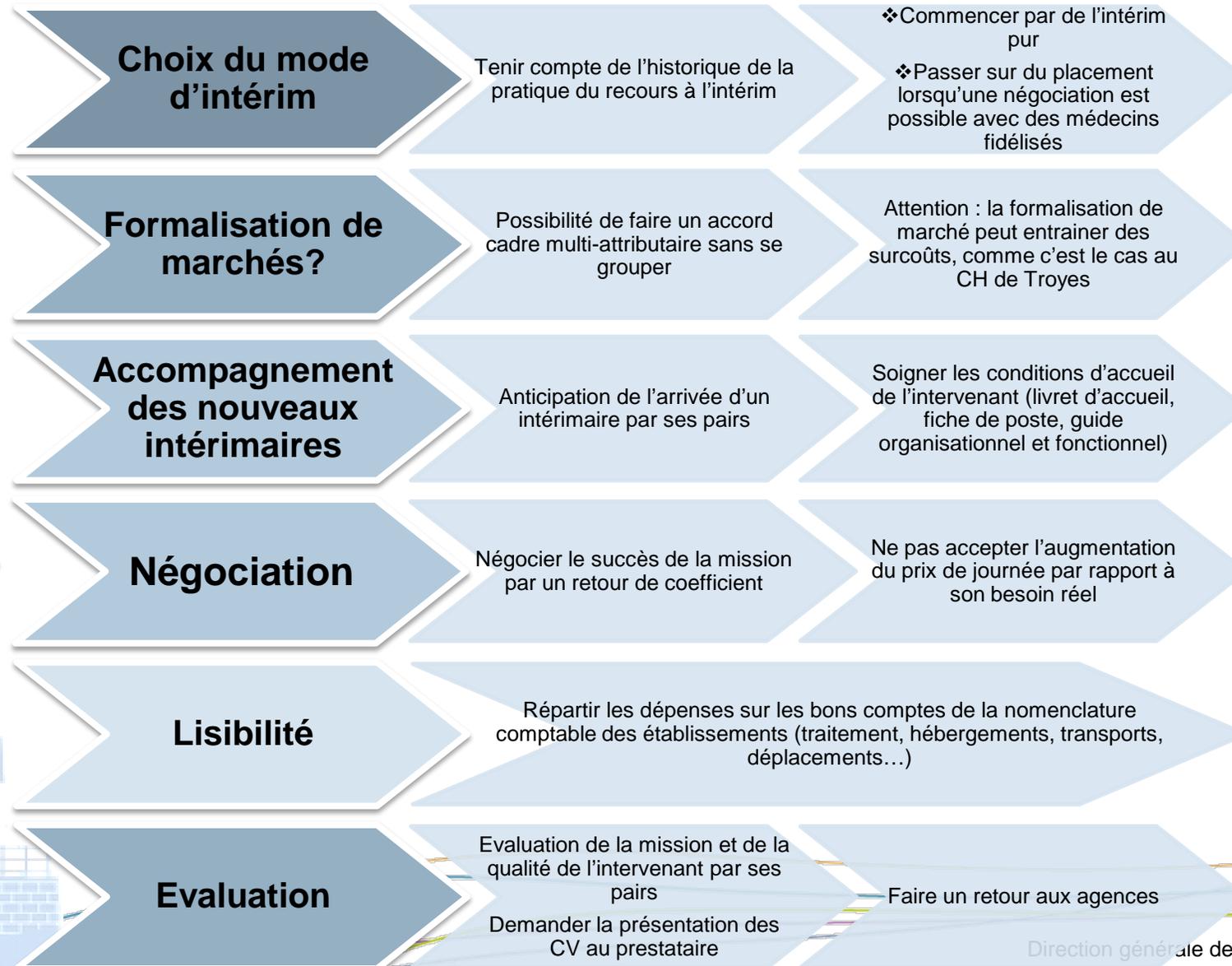
2 exemples non concluants
⇒ **Il faut se lancer avec précaution**

Gains de la mutualisation

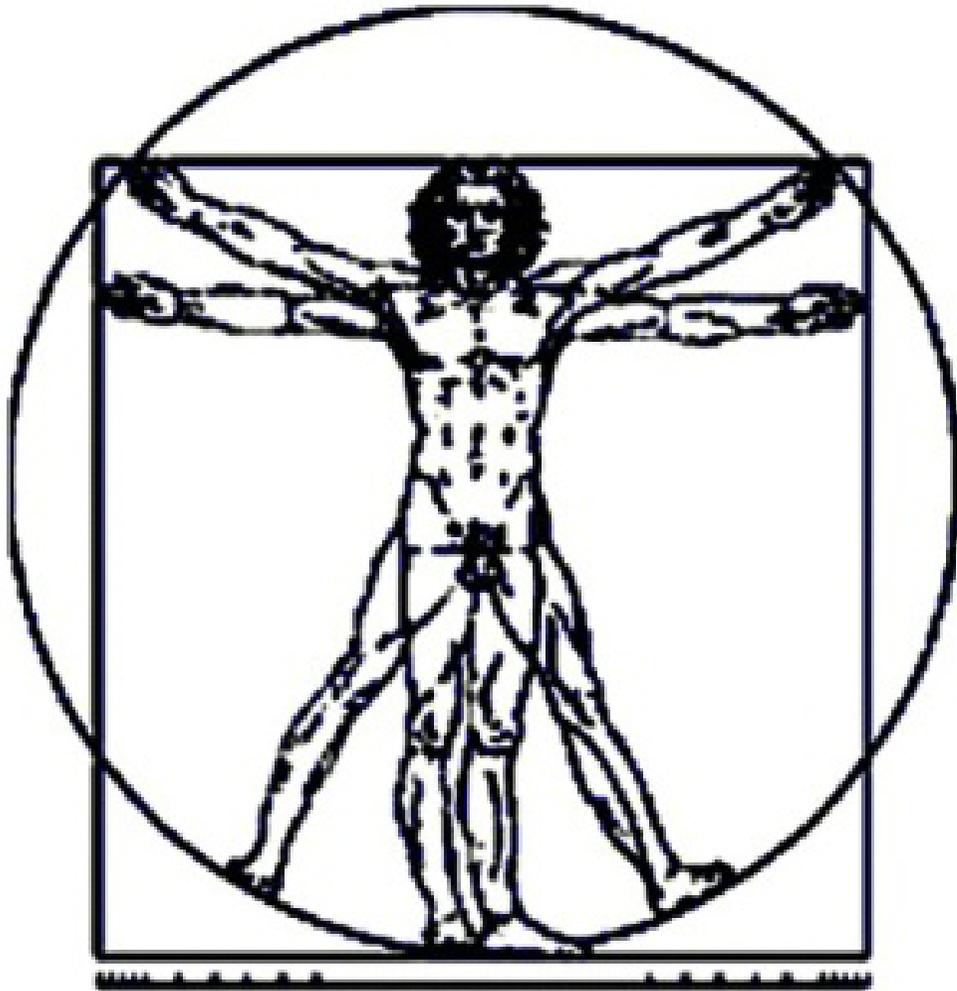
- **Mutualisation des compétences** : un établissement réalise la procédure pour l'ensemble du groupement
=> Gain de temps agent passé sur les procédures et les contrats
- Le groupement permet d'**éviter la concurrence entre les établissements** d'un même territoire pour un intervenant

Définition en commun du juste besoin à l'aide d'une étude de marché
La forme du groupement doit être adaptée au territoire et à l'histoire des établissements

Quelques conseils pour améliorer l'achat d'intérim médical en attendant l'accès à des offres mutualisées satisfaisantes



Joyeux Noël et bonne année



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION !**