

Jacky LE MENN, ancien premier vice-président de la commission des affaires sociales du Sénat, ancien vice-président de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, directeur d'hôpital honoraire

Paul CHALVIN, élève directeur d'hôpital à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

L'ATTRACTIVITE DE L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL PUBLIC

**57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins
d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester**

23 juin 2015

« Il faut se méfier des clichés »

- François HOLLANDE, *Droit d'inventaire. Entretiens*

avec Pierre FAVIER, 2009

SYNTHESE DU RAPPORT

Le monde de la santé est en mutation rapide. L'hôpital public en restera à l'avenir un acteur majeur, notamment pour prendre en charge les maladies liées au vieillissement. Mais le champ fortement cloisonné qu'il a longtemps été est désormais marqué par une concurrence croissante sous l'effet de la tarification à l'activité et de l'aspiration des patients à être acteurs de leur prise en charge.

La concurrence joue à plein pour le recrutement des médecins hospitaliers, entre établissements et entre secteurs d'exercice, à l'approche d'une période (2015-2022) qui sera marquée par une démographie médicale particulièrement tendue pour l'ensemble du système de santé. La rémunération des praticiens constitue un enjeu incontournable de l'attractivité, particulièrement prégnant dans certaines spécialités ou encore pour un exercice partagé sur plusieurs sites, mais elle n'en est pas le facteur premier. Une politique d'attractivité ne saurait ignorer que le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme au gré des évolutions de la société et dans un contexte de féminisation rapide de la profession. Elle

doit aussi répondre aux attentes qui ont toujours été celles des praticiens se destinant au service public hospitalier : qualité de l'outil de travail, travail en équipe, autonomie professionnelle, équité de traitement, attachement au service public. Les outils managériaux issus du monde de l'entreprise doivent être en phase avec ces aspirations, bien qu'ils puissent être utiles à l'hôpital, particulièrement dans un contexte de raréfaction du temps médical.

La mission, au vu des travaux nombreux déjà réalisés sur le sujet et au gré des auditions et des tables-rondes qu'elle a organisé, a acquis la conviction qu'il n'existait pas de « remède miracle » pour restaurer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. Elle formule donc un ensemble de préconisations, adressées aussi bien aux pouvoirs publics qu'aux établissements, visant à donner envie aux jeunes praticiens d'exercer à l'hôpital public et aux moins jeunes d'y rester.

La mission préconise des mesures immédiates afin de pallier le choc démographique dans le corps des praticiens hospitaliers. Il s'agit de permettre aux praticiens qui le souhaitent de travailler jusqu'à un âge plus avancé (propositions 1 à 2).

L'emploi médical temporaire à l'hôpital est un véritable défi qui doit être relevé par des mesures fortes, visant à assainir le recours au marché de l'intérim (propositions 3 à 6), ainsi qu'à donner aux praticiens hospitaliers un cadre permettant de réaliser des missions de remplacement en créant des pools régionaux de praticiens hospitaliers titulaires (proposition 7).

Il convient également de simplifier et fluidifier le recrutement en donnant à tous les médecins un accès facile et rapide aux offres d'emploi à l'hôpital et en assouplissant les contraintes propres aux différents statuts afin de donner aux établissements des marges de manœuvre pour travailler sur l'attractivité (propositions 8 à 10). Une réflexion pourrait également être engagée sur le concours de praticien hospitalier en lien avec la réforme de l'internat (proposition 11). Des mesures particulières s'imposent pour les territoires présentant des enjeux bien spécifiques, tels que les Antilles (proposition 12).

Les carrières des praticiens hospitaliers doivent être dynamisées pour être plus attractives. Cela implique d'améliorer la rémunération en début de carrière (propositions 13 et 14). Les régimes indemnitaires doivent également évoluer. Sans écarter les mesures d'urgence qui s'imposent, la

mission appelle à considérer à moyen terme les groupements hospitaliers de territoire (GHT) comme la principale réponse au déficit d'attractivité de certains établissements. L'exercice médical à l'hôpital public doit s'envisager au sein d'équipes médicales de territoire, dans le cadre d'un projet médical partagé visant à répondre aux besoins de santé. Actuellement, le mode de rémunération des praticiens ne permet pas d'accompagner cette mutation majeure. La mission préconise la création d'une prime de solidarité territoriale (proposition 15). Par ailleurs, d'autres mesures s'imposent pour pallier les insuffisances des régimes indemnitaires (propositions 16 à 22) et faciliter les reconversions professionnelles (proposition 23).

Il importe de dynamiser les parcours professionnels en généralisant les profils de postes (proposition 24) et en reconnaissant la pluralité des missions confiées aux praticiens hospitaliers (proposition 25).

Les règles de décompte du temps de travail doivent être précisées. Suite à la réforme du temps de travail des urgentistes, la mission préconise des mesures permettant de maintenir une équité de traitement dans le cadre d'un socle statutaire commun. Ces mesures, dont l'application devra être étalée dans le temps, visent à garantir le respect

de la réglementation et à répondre à l'aspiration de tous les praticiens à une certaine autonomie dans leur exercice professionnel tout en restant suffisamment souples pour être applicables par les établissements (propositions 26 à 31).

Il convient de retrouver l'esprit originel du développement professionnel continu (DPC) sans marginaliser la réponse nécessaire aux besoins courants des praticiens en formation médicale continue (proposition 32).

Des efforts particuliers doivent être consentis pour améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail. Cela passe par l'amélioration de l'accueil des médecins dans l'hôpital (propositions 33 à 34) et par diverses mesures favorisant la qualité de vie au travail (propositions 35 à 40).

Sans bouleverser l'ensemble des équilibres issus de la loi HPST, le rôle des médecins dans la gestion de l'hôpital doit être revalorisé en réaffirmant l'importance du corps médical et en reconnaissant les équipes médicales comme socles à partir desquels s'organise l'activité hospitalière, y compris à l'échelle du territoire (propositions 41 à 43).

La qualité de l'outil de travail est un enjeu fondamental pour l'attractivité de l'hôpital public. Pour la préserver, la mission propose de revoir et de clarifier le mode de financement des investissements hospitaliers et formule des préconisations visant à accroître la réactivité des établissements publics de santé pour le développement de nouvelles activités (propositions 44 à 48).

Enfin, la mission repositionne les coûts nécessairement induits par ses préconisations dans une approche globale des enjeux du financement du système de santé, de l'organisation de l'offre, et de la politique de qualité et d'efficience (propositions 49 à 57).

Sommaire

INTRODUCTION : Une attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public dans un champ particulièrement complexe	12
PROPOSITION DE STRATEGIE A METTRE EN ŒUVRE POUR ACCROITRE L'ATTRACTIVITE DE L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL PUBLIC	23
1er VOLET : Pallier le choc démographique dans le corps des praticiens hospitaliers par des mesures immédiates	35
2ème VOLET : Relever le défi de l'emploi médical temporaire.....	39
3ème VOLET : Simplifier et fluidifier le recrutement dans les établissements publics de santé.....	48
4ème VOLET : Dynamiser les carrières des praticiens hospitaliers	54
5ème VOLET : Dynamiser les parcours professionnels	70
6ème VOLET : Préciser les règles de décompte du temps de travail	75
7ème VOLET : Retrouver l'esprit originel du développement professionnel continu (DPC)	88
8ème VOLET : Améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail.....	93
9ème VOLET : Revaloriser le rôle du corps médical dans la gestion de l'hôpital	101
10ème VOLET : Porter les plateaux techniques et équipements médicaux des établissements publics de santé au plus haut niveau de l'excellence et stimuler en permanence la réactivité des décisions, internes et externes, permettant d'atteindre cet objectif prioritaire pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et pleinement satisfaire ses usagers.....	114
11ème VOLET : Approche du coût global des préconisations retenues par la mission et suggestions pour son financement.....	125

CONCLUSION.....	146
ANNEXE I : Synthèse des préconisations de la mission	149
ANNEXE II : Bibliographie	168
ANNEXE III : Lettre de mission	172
ANNEXE IV : Personnes auditionnées par la mission	174
ANNEXE V : « <i>Magnet Hospital</i> et attractivité hospitalière ».....	184
ANNEXE VI : Article 34 ter du projet de loi	190
ANNEXE VII : Article 34 quater du projet de loi	192
ANNEXE VIII : Charte d'accueil des internes	194
ANNEXE IX : Extrait du cahier des charges du PACTE de la HAS.....	199
ANNEXE X : Article 30 du projet de loi de modernisation de notre système de santé.....	201
ANNEXE XI : Extrait de l'ouvrage de Jean de Kervasdoué « Les revenus des professions de santé » sur la nomenclature des actes et les tarifs de ceux- ci.....	205
ANNEXE XII : Propositions de la commission imagerie de la FHF	211
ANNEXE XIII : Extrait des actes des Rencontres sociales de la Chaire TDTE	215
ANNEXE XIV : Synthèse des travaux sur le temps de travail	217
ANNEXE XV : Compte-rendu de la réunion du 31 mars 2015.....	227
ANNEXE XVI : Compte-rendu de la réunion du 28 avril 2015.....	241
ANNEXE XVII : Compte-rendu de la réunion du 30 avril 2015.....	260

INTRODUCTION : Une attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public dans un champ particulièrement complexe

I/ Un champ concurrentiel complexe

L'organisation du système de santé français, à laquelle nos concitoyens sont très attachés, présente cette spécificité en matière d'hospitalisation, de relever de trois secteurs : celui regroupant les établissements publics de santé (les hôpitaux), celui occupé par les établissements de santé privés (cliniques à but lucratif) et celui rassemblant les établissements de santé privés d'intérêt collectif (à but non lucratif). Ces trois types d'établissements de santé, selon l'article L. 6111-1 du code de la Santé publique, modifié par le 5e alinéa de l'article 26 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, assurent tous « *le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé* ».

Hors les établissements de santé, les besoins de la population peuvent être pris en charge par le secteur de la médecine ambulatoire libérale, par

les maisons de santé, par les centres de santé, par le service de santé des armées, etc.

Dans ce large champ de la santé, existent aussi d'autres modes d'exercices de la médecine, comme la médecine du travail, la médecine scolaire, l'exercice dans des laboratoires de biologie médicale, etc.

Soulignons d'autre part que certains établissements publics de santé ont la possibilité d'offrir des emplois hospitalo-universitaires (perçus comme prestigieux) permettant à des praticiens hospitaliers d'être enseignants-chercheurs grâce à des conventions conclues avec les universités qui ouvrent des perspectives de carrière fortement valorisées.

La question de l'attractivité de l'exercice médical ne peut faire abstraction de cette importante diversité concernant les possibilités de choix des modes et lieux d'exercice pour les médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes ; la dimension concurrentielle de ces choix s'impose aux jeunes professionnels mais aussi aux professionnels plus chevronnés pour lesquels les employeurs doivent développer des stratégies de fidélisation (jamais définitivement assurée) s'ils veulent les conserver, y compris s'agissant des « sommités médicales » hospitalo-universitaires. Parmi ces stratégies, plusieurs sont primordiales, comme

celle d'offrir en permanence des plateaux techniques et des matériels médicaux performants, ou celles visant à développer un climat réceptif aux innovations ; ou encore celles privilégiant l'écoute et la réactivité décisionnelle dans l'institution aux demandes du corps médical lorsqu'elles visent l'excellence de son outil de travail y compris dans sa dimension organisationnelle.

Par ailleurs, l'attractivité de l'exercice médical est de plus en plus tributaire de l'impact des mutations sociétales qui se sont accélérées depuis ces quarante dernières années ; il en est ainsi de l'aspiration de nos concitoyens à un cadre de vie et à un environnement de qualité mais aussi à pouvoir bénéficier (pour eux même et/ou pour leur famille) d'une existence hors travail la plus épanouissante possible.

La question de l'attractivité de l'exercice médical est aussi très sensible (surtout en début de carrière à l'issue d'un parcours universitaire long, difficile, hyper-sélectif) à la rémunération proposée par leurs futurs employeurs aux jeunes médecins¹, souvent chargés de famille, ainsi qu'à son évolution dans le temps. Le choix de l'installation en secteur libéral leur permet plus aisément de maîtriser en début de carrière leur niveau

¹ Il a été rapporté à la mission l'exemple d'une proposition de contrat par un ESPIC, dont la rémunération s'élevait dès l'embauche à l'équivalent d'un 13^e échelon de PH temps plein.

de rémunération, y compris en secteur 1 par la possibilité d'induire une demande de soins supplémentaire².

D'autres paramètres interviennent concurremment dans cette sorte de « martingale » ou chaque partenaire du « jeu » (employeur et aspirant à un emploi) s'attache à maximiser la mise, ainsi :

- la garantie et/ou la sécurité de l'emploi (un statut de praticien hospitalier en hôpital public peut rassurer mais sa rigidité peut effrayer, d'où l'émergence de plus en plus importante, chez les jeunes générations de médecins, d'une demande de plus de souplesse statutaire, comme la faculté de passer facilement du temps plein au temps partiel ; souplesse qu'un contrat en ESPIC peut satisfaire, s'il offre une latitude et une autonomie conséquentes dans l'organisation de leur travail).
- La plus ou moins grande indépendance ou liberté dans l'exercice du métier ;
- Les possibilités de mobilité et de pluralité des lieux et des modes d'exercices ;

² Eric DELATTRE, Brigitte DORMONT, « La régulation de la médecine ambulatoire en France : quels effets sur le comportement des médecins libéraux », *Dossiers solidarité et santé*, n°1, 135-161, 2005

- L'aversion plus prononcée que par le passé des jeunes générations de professionnels médicaux, plus particulièrement dans les hôpitaux, envers les hiérarchies médicales et administratives, dont les méthodes de management sont souvent critiquées ;
- La crainte, accentuée depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST et la généralisation du mode de financement de l'hôpital par la tarification à l'activité, de trouver dans cette institution publique, un discours gestionnaire dominant, subordonnant excessivement la dimension médico-soignante à la dimension économique-financière ; crainte, aussi, d'être confronté à des encadrements administratifs et médicaux (par exemple chefs de pôles choisis par les directions locales sans nécessairement l'adhésion de la communauté médicale en place) ayant « incorporé », parfois jusqu'à la caricature, la notion d' « hôpital entreprise ». Ce concept est majoritairement rejeté par les médecins hospitaliers et leurs représentants, car contraire aux valeurs attendues d'un service public dans lequel ces praticiens se sont ou souhaitent s'engager. En effet, d'un service public

hospitalier, ils attendent notamment des valeurs de désintéressement et d'impartialité, des valeurs globales d'humanisme, des motivations altruistes orientées vers la personne malade, l'assurance d'adhérer à des normes éthiques telles que l'attachement à l'intérêt public, à l'équité sociale, etc. ; tout comme ils attendent d'un hôpital une finalité de performance « ciblée en priorité » sur les réponses adaptées à apporter aux besoins des malades, ce qui, de fait, devrait rendre prééminente leur voix en tant que « communauté médicale » dans la gouvernance hospitalière.

Dans le même esprit, tous les praticiens auditionnés « plébiscitent » pour l'hôpital un mode de fonctionnement et d'organisation reposant sur les équipes médicales de base. Si cette dimension ne peut vraiment s'imposer, dès aujourd'hui, cela génèrera un frein puissant pour les jeunes praticiens à rejoindre l'hôpital et pour leurs aînés une raison tout aussi puissante pour le quitter ; en effet ces derniers supportent de moins en moins ce que les sociologues de l'entreprise nomment une « souffrance de position » même s'il était répondu d'une manière satisfaisante à une

relative « souffrance de condition » lorsqu'ils se comparent, en matière de rémunération, à leurs collègues du secteur privé lucratif³.

Par ailleurs, les réponses au manque d'attractivité des carrières médicales hospitalières ne sauraient être trouvées exclusivement à l'intérieur des hôpitaux publics. De nombreuses personnalités qualifiées et représentants syndicaux et institutionnels auditionnés par la mission ont souhaité insister sur cette dimension qui, sans entrer dans le périmètre de la mission, ne peut être ignorée. La comparaison entre les niveaux de rémunération affichés par l'hôpital public et ceux offerts dans le secteur privé est très défavorable à l'hôpital public pour certaines spécialités (radiologie, anesthésie-réanimation...).

II. Une démographie médicale particulièrement tendue

Le nombre de médecins a augmenté au cours des dernières années sur le territoire français. Entre 2004 et 2014, la population de médecins inscrits auprès de l'Ordre a augmenté de 40%⁴. Il n'en demeure pas moins

³ Tous affirment, avec conviction, que « l'attractivité », c'est aussi (voire avant tout, pour certains), « faire confiance aux médecins », comme l'a souligné une délégation de l'union régionale Rhône-Alpes de la FHF, que nous avons auditionné, sur la demande de son président, un éminent expert non-médecin de l'hospitalisation publique.

⁴ Comme cela nous a été rappelé par Madame Annie PODEUR, ancienne directrice générale de l'organisation des soins, lors de son audition par la mission.

que les ressources humaines médicales à l'hôpital public ont subi plusieurs évolutions majeures dans les dernières années. Les praticiens choisissent davantage que dans le passé un exercice à l'hôpital à temps partiel plutôt qu'à temps plein, ce choix étant fait pour exercer, hors de l'hôpital, une activité en secteur libéral. En Île-de-France, par exemple, l'ARS a constaté que lors du recrutement des PH de 2015, 15% des postes de PH temps partiel proposés étaient destinés à des temps plein titulaires de l'établissement, qui souhaitaient devenir temps partiel pour exercer une autre activité en parallèle. La féminisation des professions médicales dans notre pays modifie aussi le rapport des jeunes médecins au travail, alors que l'asymétrie persistante de la répartition des tâches domestiques dans les couples complique l'articulation des temps de travail et des temps hors travail pour les praticiens de sexe féminin, qui souhaitent moins participer aux gardes et astreintes et choisissent plus fréquemment d'exercer leur activité à temps partiel. En outre, les hommes continuent à jouer un rôle prépondérant dans le choix du lieu géographique d'installation du couple. Lors du choix d'un poste ou d'un mode d'exercice, cette dimension ne peut être occultée par les intéressées. Enfin, le vieillissement du corps médical, en parallèle du

vieillissement de la population, modifie également les choix d'installation des médecins. L'ensemble de ces phénomènes a pour conséquence de diminuer le temps médical disponible pour les hôpitaux publics, particulièrement dans les zones géographiques les moins attractives.

III/ Une demande croissante adressée aux établissements publics du fait du vieillissement de la population

Le vieillissement de la population aura un impact durable sur la demande de soins adressée aux hôpitaux publics, mais aussi aux établissements médico-sociaux (EHPAD) qui subissent trois effets différents : l'effet démographique, l'effet morbidité, et l'effet progrès technique⁵.

Premièrement, tout comme l'ensemble des acteurs du système de santé, les hôpitaux devront faire face à l'accroissement du volume de soins liés au vieillissement de la population, la consommation de soins augmentant en fonction de l'âge, même à progrès technique constant.

⁵ Ces éléments ont été soulignés, à l'occasion des Rencontres sociales de la Chaire « Transitions démographiques, transitions économiques » du 16 avril 2015, sur le thème « La médecine de ville libérale en France : entre équité et efficacité, quels impacts du vieillissement », par Eric DELATTRE, maître de conférences à l'université de Cergy-Pontoise et chercheur associé à cette Chaire (annexe XIII)

Deuxièmement, la hausse de l'intensité des soins liée au vieillissement reposera essentiellement sur l'hôpital, et non sur la ville, car les soins prodigués au cours de la dernière année de la vie, qui ont un impact très fort sur la dépense de santé, le sont majoritairement à l'hôpital.

Troisièmement, l'effet progrès technique participe largement à l'augmentation des dépenses de santé en permettant à l'ensemble de la population d'avoir accès à des soins de qualité. Le progrès technique, du reste, est un facteur important d'attractivité pour les praticiens (renouvellement des équipements techniques, généralisation des nouvelles pratiques...).

* *
*

Face à cette complexité structurant le champ concurrentiel de l'attractivité médicale qui s'impose aux jeunes générations de praticiens entrant dans le « monde » du travail, il appartient aux acteurs du secteur public de la santé, intervenant, à un titre ou à un autre, dans ce champ, (pour sa fraction concernant l'hôpital) de coordonner leurs actions pour

que les jeunes générations de praticiens aient « envie d'une carrière à l'hôpital » et que leurs collègues plus anciens (quel que soit leur statut) aient envie d'y rester.

PROPOSITION DE STRATEGIE A METTRE EN ŒUVRE POUR ACCROITRE

L'ATTRACTIVITE DE L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL PUBLIC

Au cours de notre mission, nous avons pu mesurer l'ampleur des travaux, extrêmement riches, déjà réalisés et la pertinence des premières conclusions des nombreuses discussions aujourd'hui engagées qui recourent le champ de l'attractivité de l'exercice médical, objet de notre mission.

S'agissant des travaux déjà réalisés, citons d'une manière non exhaustive :

- L'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers réalisée en 2009 par des inspecteurs généraux des affaires sociales (IGAS) et des conseillers généraux des établissements de santé (CGES), sur demande de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports de l'époque ;
- La contribution du groupe de travail coordonné par la directrice générale du CNG Danielle Toupillier dans le cadre de la mission sur l'exercice médical à l'hôpital, réalisée en 2011

sur commande ministérielle ; suivie de l'accord-cadre du 23 janvier 2012, signé par le ministre de la santé et les intersyndicales de praticiens hospitaliers, mais largement resté lettre morte ;

- le rapport sur le Pacte de confiance pour l'hôpital établi par Edouard Couty, ancien directeur de la DGOS, sur demande de Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé ;
- la définition de la Stratégie Nationale de Santé lancée le 23 septembre 2013 par Madame la ministre ;
- les propositions de la Fédération Hospitalière de France à partir des travaux de sa commission permanente sur l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital public, en 2013 ;
- les initiatives locales, comme les travaux de l'AP-HP, ou ceux de la délégation régionale Rhône-Alpes de la FHF ;
- le rapport parlementaire du député Olivier Véran, intitulé « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » réalisé en

2014, ciblant plus particulièrement la question de l'intérim médical ;

- Le « Rapport qui pique » du syndicat de praticiens hospitaliers le SNPHARE ;
- Les multiples contributions élaborées par les intersyndicales et les syndicats de praticiens hospitaliers, souvent rendues publiques par la presse syndicale, que la mission a consultées.

Soulignons par ailleurs les nombreuses discussions se déroulant au niveau de la DGOS, qui ont déjà été conduites ou se poursuivent dans le cadre de groupes de travail spécifiques, comme par exemple :

- Sur le décompte du temps de travail, notamment pour les services d'urgences-SAMU-SMUR, et pour les services où prédominent les activités en travail posté et en permanence des soins ;
- Sur le développement professionnel continu (DPC) et la formation professionnelle continue ;
- Sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT), en lien avec une mission créée spécifiquement sur ce sujet (confiée au Dr Frédéric MARTINEAU, radiologue et président de la

conférence des présidents de CME de centres hospitaliers, et à Mme Jacqueline HUBERT, DG du CHU de Grenoble), et dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de discussion au Parlement ;

- Sur le thème « RH & Recompositions Hospitalières » (IGAS, avec MM. Aquilino Morelle et Gilles Duhamel).

Notre mission a pris connaissance et analysé ces nombreux rapports et s'est tenue informée des discussions en cours recoupant le thème de l'attractivité de l'exercice médical.

En outre elle a conduit depuis le 1^{er} décembre 2014 une série d'auditions approfondies :

- Une audition de chaque intersyndicale de praticiens hospitaliers (Avenir Hospitalier, CMH, CPH, INPH, SNAM-HP) et d'autres organisations syndicales (AMUF-CGT, FNSIP-BM, ISNCCA, ISNAR, ISNI, SNIO) ;
- Les associations d'étudiants (ANEMF, ANEPF, UNECD) ;
- Le Mouvement pour la Défense de l'Hôpital Public ;
- Les représentants des conférences de CME de CH, CHU, et de CHS ;

- Les conférences des DG de CHU, de CH et de CHS ;
- Les quatre syndicats de directeurs d'hôpitaux (SMPS, SYNCASS-CFDT, CH-FO, CGT) et l'association des directeurs d'hôpitaux (ADH) ;
- Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ;
- Le Président de la conférence des doyens de facultés de pharmacie ;
- La Fédération Hospitalière de France et sa commission permanente sur l'attractivité ;
- Le directeur général et la directrice des affaires médicales de l'AP-HP ;
- Le Président et les directeurs de la Haute Autorité de Santé ;
- Le président du collège national des gynécologues et obstétriciens français ;
- La directrice générale du Centre National de Gestion ;
- Le directeur général et les services de la Direction Générale de l'Offre de Soins ;
- Le président du collège des directeurs généraux d'ARS ;
- Le directeur de la sécurité sociale au Ministère de la santé ;

- Le conseiller social du Président de la République ;
- Les conseillers santé du Premier ministre et du Président de la République ;
- Le député de l'Isère, auteur du rapport sur l'intérim médical et rapporteur du projet de loi de modernisation de notre système de santé, M. Olivier VERAN ;
- La présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, Mme Catherine LEMORTON ;
- Le président de la commission des affaires sociales du Sénat, M. Alain MILON ;
- D'anciens directeurs des hôpitaux et de la DGOS : Jean DE KERVASDOUE, Gérard VINCENT, Edouard COUTY, Annie PODEUR ;
- L'ancien ministre de la santé et actuel directeur général de l'ARS d'Île-de-France, Claude EVIN ;
- D'autres parlementaires de l'Assemblée Nationale et du Sénat, des conseillers et personnalités qualifiées.

Notre mission a organisé 8 tables-rondes :

- Les 19 et 20 janvier, deux tables-rondes de restitution des premières préconisations de la mission aux intersyndicales et aux représentants institutionnels déjà auditionnés, qui ont permis de poursuivre et d’approfondir les échanges ;
- Le 24 février, une table-ronde d’introduction des travaux relatifs au temps de travail et aux régimes indemnitaires ;
- Les 5, 19 et 31 mars, trois tables-rondes consacrées au temps de travail, associant les représentants des praticiens et des internes, les représentants institutionnels (FHF, conférences), des syndicats de directeurs, les services de la DGOS, et le CNG ;
- Les 28 et 30 avril, deux tables-rondes consacrées aux régimes indemnitaires des praticiens des hôpitaux publics avec les mêmes acteurs.

L’ensemble de ces auditions et tables-rondes se sont déroulées dans un excellent climat, où le respect et l’écoute des uns et des autres ont généré des attentes fortes au niveau des organisations syndicales et des représentants institutionnels avec pour ces derniers une préoccupation

constante concernant la dimension budgétaire et financière qu'entraînerait la mise en œuvre des préconisations avancées au cours des discussions.

Tous les interlocuteurs de notre mission ont reconnu que les dites préconisations, lorsqu'elles emporteront des conséquences financières pour les établissements et le budget de la santé, devront s'étaler dans le temps. La mission propose pour sa part une période de mise en œuvre qui ne saurait être inférieure à 5 exercices budgétaires compte tenu d'un contexte économique contraint.

Quelles que soient les préconisations qui seront retenues par les pouvoirs publics, celles-ci ne pourront se réaliser en dehors d'un processus continu et volontariste. Il n'existe pas de mesure « miracle » permettant de résoudre simplement l'équation difficile à laquelle les hôpitaux publics sont confrontés en la matière. Les suggestions avancées par la mission dans le cadre de son rapport constituent un « bouquet de préconisations » dont la synergie devrait être de nature, d'une part à freiner la désaffection des jeunes médecins à rejoindre l'hôpital public pour y faire une carrière, d'autre part à retenir des praticiens qui y exercent déjà.

La mission insiste enfin sur la nécessité de redonner sans plus attendre à chaque praticien hospitalier toute sa place en termes d'implication dans le pilotage de l'institution hospitalière où il exerce, et notamment dans l'élaboration et la conduite du projet médical de son établissement (qui doit être en cohérence avec un projet médical partagé au sein du territoire).

La mission rappelle que pour autant, le praticien hospitalier ne saurait méconnaître la volonté du législateur de confier sans ambiguïté, la responsabilité organisationnelle, juridique et financière dudit établissement à un directeur, chef d'établissement, spécialement recruté et formé pour assumer ces responsabilités.

La stratégie que la mission soumet donc aux autorités ministérielles se décline en 3 niveaux :

1^{er} niveau : Des préconisations de décisions ministérielles qui doivent être initiées ou se concrétiser dès l'année 2015, pour répondre aux attentes les plus urgentes, afin, d'une part, de pallier le choc démographique annoncé dans le corps des praticiens hospitaliers jusqu'en 2022, et,

d'autre part, de répondre immédiatement au défi que représentent les conséquences de l'insuffisance actuelle de médecins dans de nombreux hôpitaux, les contraignant à recourir à un intérim « ruineux » pour leurs finances, sans garanties optimales sur les plans de la qualité et de la sécurité des prestations que l'utilisateur de l'hôpital public est en droit d'attendre de cette institution en tout point du territoire. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de discussion au Parlement apparaît à la mission comme le véhicule législatif à privilégier pour apporter une première série de réponses à ces problématiques ;

2^{ème} niveau : des préconisations de décisions d'ordre réglementaire (les plus nombreuses) ou législatif permettant de concrétiser les réponses aux attentes fortes de la communauté médicale hospitalière ; préconisations de nature à rendre effective et visible la volonté des pouvoirs publics de restaurer l'attractivité de l'hôpital pour les jeunes médecins.

3^{ème} niveau : des recommandations que les directions des établissements publics de santé pourront s'approprier, avec notamment l'appui de la Fédération Hospitalière de France et des conférences institutionnelles de directeurs et de Présidents de CME, mais aussi avec le concours des ARS et des services de la DGOS.

Ces trois niveaux sont ventilés en 11 volets qui constituent le cœur de ce rapport. En outre, il apparaît essentiel à la mission d’approfondir l’analyse des motivations (loin d’être uniquement financières) qui guident les choix des médecins en matière de localisation de leur lieu d’exercice. Des travaux de recherche doivent être conduits en France, comme ils le sont déjà dans d’autres pays, tels qu’aux Etats-Unis⁶.

⁶ La mission a pris connaissance avec beaucoup d’intérêt des travaux, publiés sur la thématique des « magnet hospitals », qui visent à comprendre pourquoi les hôpitaux sont plus ou moins attractifs pour les professionnels de santé. Voir notamment en annexe V l’article publié dans *Gestions Hospitalières* : Arnaud COLLIN, Quentin DEMANET, Erwann PAUL, « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions Hospitalières*, n°544, mars 2015

**11 VOLETS ET 57 PROPOSITIONS POUR RESTAURER L'ATTRACTIVITE DE
L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL PUBLIC**

1er VOLET : Pallier le choc démographique dans le corps des praticiens hospitaliers par des mesures immédiates

Entre 2015 et 2020, selon les diverses études et projections connues, près de 30% du corps des praticiens hospitaliers devraient partir à la retraite (il s'agit des « baby boomers » nés entre 1946 et 1951).

Ce choc démographique important, avec toutes ses conséquences et effets pervers, devrait être suivi par un retour des « jeunes » médecins à l'hôpital grâce à diverses mesures d'ores et déjà prises, dont le relèvement du *numerus clausus*. Mais ce retour n'aura un plein effet qu'à partir de 2020.

Pour limiter ces effets pervers tout en préservant l'avenir, ce qui implique notamment de garantir des perspectives de carrière aux internes et assistants des générations issues du relèvement du *numerus clausus*, la mission a préconisé dès décembre 2014 plusieurs mesures d'urgence, dont certaines ont été intégrées dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé (articles 34 *ter* et *quater*), en cours de discussion au Parlement.

Il s'agit :

1 – d’anticiper l’effet de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites (recul progressif de l’âge de départ en retraite) sur l’âge limite de la prolongation d’activité. Jusqu’à présent, les praticiens hospitaliers pouvaient prolonger leur activité après la limite d’âge d’exercice qui leur est applicable, dans la durée de 36 mois maximum. **La mission a préconisé d’allonger temporairement la durée maximale de la prolongation d’activité, afin de permettre un exercice jusqu’à l’âge de 72 ans** dans certaines conditions (ce que prévoit l’article 34 ter du projet de loi de modernisation de notre système de santé⁷).

La mission recommande par ailleurs que, par voie réglementaire, ce dispositif soit précisé de la manière suivante :

- Aucun accord de prolongation d’activité sans avis de la médecine du travail, précisant la capacité du praticien demandeur à effectuer des gardes et astreintes dans le cadre de son exercice ;
- Accord obligatoire du directeur de l’établissement ainsi que du président de la CME, renouvelé tous les ans.

⁷ Cf. article 34 ter du projet de loi et l’exposé des motifs en annexe VI.

Proposition n°1 : Anticiper l'effet du recul de l'âge de départ en retraite sur l'âge limite de la prolongation d'activité afin de permettre un exercice jusqu'à l'âge de 72 ans (soumis à un avis du médecin du travail et sous réserve de l'accord du directeur et du président de la CME).

2- d'assouplir les modalités du cumul emploi/retraite et de les rendre incitatives (pendant la période sensible couvrant les années 2015-2022), selon de nouvelles modalités à négocier avec les organisations professionnelles représentatives des praticiens hospitaliers. Il doit en particulier être rendu possible de déroger à la limite d'âge d'exercice applicable aux praticiens contractuels (actuellement de 67 ans), afin de permettre le cumul emploi-retraite jusqu'à un âge plus avancé, que la mission a préconisé de fixer à 72 ans⁸, sous réserve d'un accord du directeur de l'établissement concerné et du président de la CME, et après avis du médecin du travail.

⁸ Cf. l'article 34 *quater* du projet de loi (annexe VII).

Proposition n°2 : Assouplir les modalités du cumul emploi/retraite (soumis à un avis du médecin du travail et sous réserve de l'accord du directeur et du président de la CME).

2ème VOLET : Relever le défi de l'emploi médical temporaire

Au fil de ses auditions, la mission s'est forgé la conviction que le recours à l'emploi médical temporaire n'est qu'un pis-aller, présentant de nombreux dangers et effets pervers, et ne pouvant constituer une solution satisfaisante pour les hôpitaux publics et leurs usagers. Pour la mission, la solution permettant de concilier qualité et proximité des soins réside dans la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dispositif prévu par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en son article 27. La mission préconise l'évolution des compétences de ces GHT pour permettre une régulation autosuffisante et équilibrée de la répartition des praticiens hospitaliers sur le territoire, en lien avec les communautés professionnelles de territoire préconisées par le même projet de loi, pour permettre une prise en charge cohérente du parcours de santé mis en avant dans la Stratégie Nationale de Santé.

Dans l'attente de l'achèvement de cette mutation organisationnelle de la politique de santé au niveau territorial, la mission partage l'analyse

développée par Olivier VERAN dans son rapport parlementaire, qu'il a pu préciser dans le cadre de son audition par la mission. Il rappelle que l'intérim médical est désormais utilisé par les établissements comme une « *bouée de secours* » face à la pénurie chronique de praticiens dans certaines spécialités. Olivier VERAN remarque que l'intérim apparaît parfois comme « *l'unique alternative à la fermeture d'un pan entier de l'activité d'un établissement* », parfois au prix de « *la qualité, la continuité et la sécurité des soins* », tout en représentant un « *coût exorbitant* », qu'il évalue à 500 millions d'euros par an. Selon la mission, cela doit inciter les pouvoirs publics à se doter d'une véritable stratégie d'évaluation de la pertinence de certaines activités sur le territoire. Mais sans attendre, il est indispensable de réguler le marché en pleine explosion de l'intérim médical. Celui-ci s'appuie, comme nous l'a rappelé l'association des directeurs d'hôpitaux (ADH), qui représente plus de la moitié de la profession, sur une « *concurrence déloyale* », qui voit le public sommé de s'aligner sur les rémunérations exorbitantes en vigueur dans le secteur privé. Les interlocuteurs de la mission ont par exemple relevé le cas d'un Centre Hospitalier de la région Languedoc-Roussillon, qui propose sous forme de vacation, sur une période de 5 jours, l'équivalent d'un salaire de

PH au 13^e échelon, soit 7900 euros net ; ou encore celui d'un Centre Hospitalier de la région Rhône-Alpes, ayant fait l'objet d'une enquête par la Chambre régionale des comptes, qui proposait à ses praticiens contractuels l'équivalent du 13^e échelon de PH augmenté de 10%, auquel s'ajoutait des indemnités sur la base d'une journée d'intérim à 650 euros. Bien d'autres cas aberrants nous ont été rapportés. Il importe également de souligner que les praticiens qui répondent à ces offres proposées par des agences d'intérim exercent bien souvent, à temps partiel et même parfois à temps plein (au mépris de leur statut d'agent public), dans des établissements publics de santé, hors de tout contrôle. Enfin, il a été signalé à la mission que certains enseignements dispensés aux professionnels administratifs des hôpitaux dans le cadre de leur formation pouvaient intégrer des suggestions de détournement de la réglementation à des fins d'attractivité, telles que l'attribution de gardes ou d'astreintes fictives.

Par ailleurs, il convient de noter que les établissements, comme nous l'ont rappelé les personnalités auditionnées par la mission, et en premier lieu les représentants institutionnels et les syndicats de directeurs, ne sont pas sur un pied d'égalité face à l'attractivité en général, et face aux

problèmes de vacances de postes en particulier, notamment en raison de leur éloignement plus ou moins grand des principaux centres universitaires. La mission suggère donc de cibler plus particulièrement les spécialités et les zones géographiques en tension.

Comme l'avait préconisé la mission dans son rapport provisoire de janvier 2015, cela a conduit le gouvernement à proposer au Parlement, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé (art. 34), des mesures visant à encadrer l'emploi médical temporaire.

1- Pour assainir le recours au marché de l'emploi médical temporaire et mettre fin aux dérives constatées, la mission préconise :

- a) D'instaurer dans chaque établissement un suivi précis des dépenses d'intérim ;**
- b) De plafonner, comme le prévoit le projet de loi de modernisation de notre système de santé, le recours à l'intérim à l'échelle d'un même établissement ;**
- c) De rappeler solennellement aux praticiens hospitaliers la réglementation statutaire relative au cumul d'activités, et**

par conséquent d'interdire, en dehors des possibilités déjà existantes ou préconisées par la mission (création de *pools* de remplacements, cf. la préconisation suivante), aux praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel d'effectuer des missions de remplacement dans un autre établissement public de santé. Les praticiens hospitaliers titulaires devront s'engager à travers une déclaration sur l'honneur à ne pas exercer leur activité comme intérimaire dans un autre établissement public de santé.

- d) De **soumettre l'activité des sociétés d'intérim médical qui offrent leurs services à des établissements publics de santé à un agrément délivré par le Centre national de gestion**, qui s'assurera que les médecins embauchés ne sont pas des praticiens déjà nommés dans un autre établissement.

Proposition n°3 : Assurer un suivi précis des dépenses d'intérim.

Proposition n°4 : Plafonner le recours à l'intérim à l'échelle d'un même établissement.

Proposition n°5 : *Rappeler la réglementation statutaire relative au cumul d'activités.*

Proposition n°6 : *Soumettre les sociétés d'intérim médical à un agrément délivré par le CNG.*

2- Créer dans chaque région un pool de praticiens hospitaliers remplaçants.

Cette mesure permettra de répondre à l'acuité du problème posé par l'intérim médical pour les établissements. La mission préconise de la mettre en œuvre selon deux principes :

- **Volontariat des praticiens**, que garantit leur positionnement auprès du Centre National de Gestion ;
- **Recrutement de ces praticiens sous le statut de praticien hospitalier titulaire.**

Ce dispositif répondra ainsi simultanément aux vacances de postes, à la dérive financière de l'intérim médical, et à l'aspiration à la mobilité formulée par certains praticiens.

Pour rendre opérationnelle cette disposition prévue par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, la mission propose le schéma suivant :

- a) Le CNG constitue des *pools* régionaux de praticiens hospitaliers remplaçants et rémunère les emplois considérés. Pour rendre cette proposition opérationnelle, la mission préconise que les pools soient organisés à partir des GHT (nombre de praticiens nécessaires, durée, conditions matérielles d'exercice...).
- b) Les PH déjà nommés, volontaires pour ce mode d'exercice, postulent auprès du CNG pour le GHT (prévu à l'article L. 6132-4 du projet de loi de modernisation de notre système de santé) de leur choix ; ils sont alors mis à disposition du CNG par l'établissement d'origine selon la procédure de droit commun (accord du chef de pôle et du président de la CME). Cette mise à disposition dérogerait cependant à ce droit commun en ce qui concerne sa durée, portée à 3 ans maximum, le minimum restant à 6 mois. Il sera nécessaire de prévoir une convention-type à signer

entre le CNG et le GHT. Afin d'élargir les possibilités de couverture des besoins sur un territoire donné, il devra être possible de mutualiser les moyens de remplacement entre plusieurs GHT, par exemple à l'échelle d'une région.

- c) Les EPS ayant besoin de recourir à de l'emploi médical temporaire pourront solliciter les *pools* de remplaçants pour des périodes de remplacement de 1 mois minimum. Ils solliciteront l'établissement support du GHT en joignant un profil de poste renseigné et précis. Le GHT s'assure que le poste concerné s'inscrit dans une unité médicale ou un service qui répond à un besoin de santé retenu par le projet d'établissement, lui-même cohérent avec le projet régional de santé, et avec le projet médical de territoire préconisé par la mission, afin d'éviter le maintien à flots de plateaux techniques ou de services qui devraient disparaître, notamment pour des raisons de sécurité.
- d) Le CNG affecte les praticiens hospitaliers remplaçants dans les GHT, qui rendent comptent annuellement à l'ARS et aux

commissions régionales paritaires des moyens de remplacement qu'ils emploient.

- e) La mission préconise que la rémunération des praticiens hospitaliers remplaçants se compose, d'une part du traitement et des indemnités spécifiques prévues par le statut de PH et d'autre part d'une surrémunération de 1000 € net par mois. Comme pour toute mise à disposition, le praticien serait rémunéré par son établissement d'origine, celui-ci devant être intégralement remboursé par le CNG.

Proposition n°7 : Créer dans chaque région un ou des pools, composés de praticiens hospitaliers remplaçants rémunérés par le CNG, qui seraient organisés dans le cadre des GHT (un bilan annuel devant être présenté aux ARS et aux commissions régionales paritaires). Une surrémunération de 1000 € net par mois serait versée au praticien.

3ème VOLET : Simplifier et fluidifier le recrutement dans les établissements publics de santé

Les lourdeurs administratives associées à l'exercice médical à l'hôpital public apparaissent comme dommageables aussi bien aux praticiens hospitaliers, qui aspirent à une certaine souplesse et à une meilleure réactivité de la part de l'administration, qu'aux directions des établissements publics de santé, qui font face aux coûts croissants de l'intérim médical. Les acteurs ont souligné que les postes disponibles et les opportunités de recrutements sont aujourd'hui insuffisamment visibles, notamment pour les postes non gérés par le CNG. Il convient d'y remédier pour favoriser la meilleure adéquation possible entre l'offre et la demande.

Pour simplifier et fluidifier le recrutement des praticiens à l'hôpital public, la mission préconise :

1- A court terme,

- a. **de conforter la « Bourse de postes »**, proposée par la commission attractivité de la Fédération Hospitalière de

France (FHF), et d'ores et déjà mise en place par cette fédération. Les Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) pourraient relayer aussi bien les offres d'emplois de la FHF que les postes vacants déclarés au CNG. Tous les médecins doivent pouvoir disposer à travers ce dispositif d'un accès à toutes les offres (quel que soit le statut concerné) correspondant à des postes vacants (ou amenés à l'être prochainement pour permettre une gestion prévisionnelle). Cette mesure, si elle était retenue, devra faire l'objet d'une concertation entre la FHF, le CNG et les représentants des internes, les intersyndicales de praticiens hospitaliers, et les ARS afin de préciser ses modalités d'application.

- b. **qu'un profil de poste précisant le statut proposé, résumant le projet médical de la structure, et détaillant les missions qui seront confiées au praticien**, soit associé à chaque offre publiée pour renforcer l'attractivité des postes vacants. Comme proposé par la FHF, la déclaration

pourrait être qualitative pour signaler une disponibilité sans faire état du nombre de postes à pourvoir.

c. **de rendre possible, pour des candidats souhaitant exercer à temps partiel, de postuler sur un poste publié comme temps plein.**

d. dans le but de fidéliser les praticiens contractuels, notamment en post-internat, **d'autoriser les établissements à rémunérer ces praticiens à un niveau supérieur au maximum actuellement fixé par la réglementation**, qui correspond au 4^e échelon de PH + 10% (par exemple au 6^e échelon +10%), en contrepartie d'un engagement de servir dans l'établissement pour une durée de 5 ans.

Proposition n°8 : Conforter la « Bourse de postes » mise en place par la FHF en relayant à la fois les offres d'emploi de la FHF et les postes publiés au CNG via les Plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) des ARS, en associant à chaque offre publiée un profil de poste.

Proposition n°9 : *Rendre possible pour des candidats souhaitant exercer à temps partiel de postuler sur un poste publié comme temps plein.*

Proposition n°10 : *Autoriser les établissements à rémunérer les praticiens contractuels qui s'engagent à servir dans l'établissement pour une période de 5 ans à un niveau supérieur au maximum fixé par la réglementation (par exemple au 6e échelon + 10%).*

2- A moyen terme, d'entamer avec les organisations syndicales une réflexion sur le concours de praticien hospitalier. Le recrutement des praticiens hospitaliers par concours, sur poste publié nationalement par le centre national de gestion (CNG), est un système lourd qui ne permet pas la réactivité dont auraient besoin les établissements. Ce système pose problème aux jeunes praticiens qui se trouvent dans une position précaire, une fois le concours obtenu, dans l'attente de leur recrutement comme titulaire alors que les recrutements dans les établissements privés, y compris dans ceux à but non lucratif, sont rapides pour accéder à des postes permanents.

Dans le cadre des réflexions engagées par la mission IGAS-IGAENR sur la réforme du 3^e cycle, nous proposons d'aménager le concours de PH :

- a. au regard de son calendrier, afin que les internes sortant de leur phase de mise en responsabilité puissent, lorsqu'ils font ce choix de carrière, entrer dans le corps des PH sans délai d'attente entre la fin du 3^{ème} cycle et leur nomination ;
- b. au regard des conditions pour passer le concours PH de type 1 (sur dossier), qui devrait être ouvert aux internes ayant validés 2 ans de mise en responsabilité (pour les internes de spécialités chirurgicales).

Proposition n°11 : Entamer avec les organisations syndicales une réflexion sur le concours de praticien hospitalier.

Par ailleurs, les départements et territoires d'outre mer présentent des difficultés particulières d'attractivité au regard de leur insularité et de leur éloignement vis-à-vis de la métropole. Pour y répondre, il conviendrait de

supprimer certaines barrières administratives au recrutement. La mission propose donc :

3- d'élargir la possibilité de recrutement de médecins hors UE aux Antilles pour permettre de recruter des médecins du bassin caribéen (Haïti, Cuba, Brésil...). Cela suppose d'amender l'article L. 4131-5 du Code de la Santé Publique qui le permet déjà pour la Guyane. Ce type de recrutement dérogatoire au droit commun ne serait possible que sur des postes de contractuels, comme c'est déjà le cas en Guyane.

Proposition n°12 : Elargir la possibilité de recrutement de médecins hors UE aux Antilles pour permettre de recruter des médecins du bassin caribéen (Haïti, Cuba, Brésil...), comme c'est déjà le cas en Guyane.

4ème VOLET : Dynamiser les carrières des praticiens hospitaliers

Améliorer la rémunération en début de carrière apparaît comme une mesure nécessaire pour accroître l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. Les intersyndicales de PH comme la FHF en font une de leurs priorités, certains proposant notamment la suppression des 4 premiers échelons.

La mission préconise :

1- D'améliorer la rémunération des praticiens hospitaliers en début de carrière :

Bien que la mission n'ait pas été mandatée pour conduire une négociation salariale visant à transformer l'ensemble de la grille indiciaire, il semble important à la mission de retenir deux mesures de revalorisation d'application simple et rapide, qui répondent aux attentes des praticiens et des établissements. Pour améliorer la rémunération des praticiens et rendre plus attractives les carrières hospitalières, c'est une revalorisation en début de carrière qui apparaît comme la réponse la plus pertinente.

- a) **Revaloriser les 5 premiers échelons de la grille indiciaire** pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel (effectuant 6 demi-journées) de la manière suivante :

Praticiens hospitaliers temps plein (6 premiers échelons)

Echelon	Salaire annuel brut (grille actuelle)	Nouvelle grille proposée	Augmentation	Durée dans l'échelon
1^{er}	48 978,60 €	49 979,60 €	+ 1000 €	1 an
2^e	49 809,84 €	50 809,84 €	+ 1000 €	1 an
3^e	50 973,84 €	52 897 €	+ 1924 €	2 ans
4^e	52 303,80 €	54 856 €	+ 2552 €	2 ans
5^e	54 631,44 €	56 631,44 €	+ 2000 €	2 ans
6^e	58 455,48 €	58 455,48 €	0	2 ans

Praticiens hospitaliers temps partiel (6 premiers échelons)

Echelon	Salaire annuel brut (grille actuelle)	Nouvelle grille proposée	Augmentation	Durée dans l'échelon
1^{er}	29 387 €	29 887 €	+ 500 €	1 an
2^e	29 886 €	30 386 €	+ 500 €	1 an
3^e	30 584 €	31 738 €	+ 1154 €	2 ans
4^e	31 382 €	32 914 €	+ 1532 €	2 ans
5^e	32 778 €	33 979 €	+ 1201 €	2 ans
6^e	35 073 €	35 073 €	0	2 ans

Cette solution présente plusieurs avantages :

- placer clairement l'effort financier en fonction de l'objectif et des personnels visés ;
- connaître de façon précise le coût de la mesure ;
- rendre lisible la mesure pour toutes les parties prenantes.

Proposition n°13 : Revaloriser les 5 premiers échelons de la grille indiciaire.

b) **Prendre en compte** (en plus des reprises d'ancienneté actuellement possibles) **les années effectuées en tant qu'interne**, sur la base de 50% de ces années, dans le calcul de l'ancienneté conservée au moment de la nomination comme praticien hospitalier, permettant aux jeunes praticiens d'améliorer leur rémunération.

Proposition n°14 : Prendre en compte à hauteur de 50% les années effectuées en tant qu'interne dans le calcul de l'ancienneté

2- De réformer les régimes indemnitaires des praticiens

Les régimes indemnitaires des praticiens, qui n'ont pas évolué depuis 2010, doivent tenir compte des mutations à l'œuvre dans la pratique médicale à l'hôpital public, particulièrement :

- Du déficit d'attractivité de certaines spécialités et de certaines zones géographiques, auquel les indemnités existantes n'ont pas permis de remédier d'une manière décisive et pérenne. En Île-de-France, par exemple, seuls 3 à 4 postes prioritaires sont pourvus par an alors qu'une dizaine de postes sont proposés chaque année, et jusqu'à 16 postes pour l'année 2015. Selon un directeur général d'ARS rencontré par la mission, l'inscription d'un poste vacant comme prioritaire n'a qu'un impact minime, voire aucun impact, sur l'attractivité du poste.
- De la mise en place des GHT, auquel chaque établissement public de santé du territoire considéré devra obligatoirement adhérer. La mission considère que les GHT ont un rôle décisif à jouer pour assurer un dimensionnement suffisant des équipes et une répartition équilibrée des praticiens sur un territoire, répondant à des impératifs de qualité et de proximité.

La mission fait l'hypothèse que les GHT vont impulser une réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins publique sur le territoire. Les obligations de continuité et de permanence des soins s'imposeront désormais à l'échelle d'un territoire et non plus à l'échelle d'un seul établissement, et devront donc être supportées, non plus par des praticiens isolés, mais par des équipes médicales de territoire suffisamment étoffées. Chaque praticien membre de cette équipe pourra être appelé à participer à l'offre de soins proposée par le GHT sur le territoire. La pratique médicale sur plusieurs sites, aujourd'hui exceptionnelle, est donc amenée à devenir beaucoup plus fréquente. Elle constitue à la fois une réponse aux vacances de poste et une mesure d'attractivité. Il ne s'agira pas seulement, en effet, de demander à un PH du CHU ou du centre hospitalier de référence du territoire de faire une ou deux demi-journées dans un centre hospitalier de proximité pour pallier une vacance de postes. L'exercice sur plusieurs sites peut aussi permettre à un praticien de CH de conserver un lien avec le CHU qui l'a formé en y exerçant, par exemple, à raison d'une demi-journée par semaine, afin de développer ses compétences, d'entretenir des relations professionnelles

avec les confrères de sa spécialité, ou d'accéder à un plateau technique de pointe.

Dans ce contexte, l'indemnité d'exercice multi-établissements, qui rémunère aujourd'hui la pratique territoriale des PH, apparaît insuffisante. Certaines ARS, telles que celle de la région Pays-de-la-Loire, ont d'ailleurs déjà réfléchi ou mis en œuvre des adaptations de ce dispositif (versement de l'indemnité aux praticiens contractuels et non aux seuls PH, par exemple).

La mission préconise donc :

- a. **Concernant l'indemnité d'exercice multi-établissements** (prime multi-site), de **la requalifier en « prime de solidarité territoriale »** autour des principes suivants :
 - **Distinguer une part fixe d'équipe**, attribuée à tous les praticiens qui s'engagent dans une équipe médicale de territoire, **et une part individuelle** s'y ajoutant pour le praticien directement impliqué dans une activité multi-sites.
 - Pour que la pratique territoriale soit suffisamment attractive, la part fixe d'équipe devrait représenter au minimum 100€

net mensuel. Ce montant devrait être doublé pour les équipes en tension, identifiées par les GHT en lien avec les ARS.

- La part individuelle s'ajouterait à cette part fixe d'équipe selon plusieurs critères arrêtés dans un référentiel national applicable à tous les établissements. Ces critères, qui restent à négocier entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des établissements et des praticiens, pourraient être par exemple : le nombre de sites, la fréquence des déplacements, la durée de l'activité exercée dans un autre établissement que celui dans lequel le praticien a été nommé... L'objectif devra être, pour les pouvoirs publics, qu'un praticien exerçant une activité sur un autre établissement à raison de deux demi-journées par semaine, perçoive au minimum le montant actuel de l'indemnité multi-établissements, soit 415 € minimum par mois, modulables à la hausse en fonction des critères définis dans le référentiel.
- Le nombre de praticiens exerçant sur plusieurs sites étant nécessairement amené à croître, le volume financier engagé

devra très sensiblement évoluer afin de réussir cette mutation de l'offre de soins hospitaliers publique.

- Pour plus de souplesse, la décision d'attribution de cette prime de solidarité territoriale aux praticiens concernés devra être prise par l'établissement support de la GHT, et non plus par l'ARS comme c'était le cas pour la prime multi-site. Il appartiendra à l'ARS d'assurer un suivi précis des dépenses associées à cette nouvelle indemnité, qui se substituerait à la prime multi-site, et d'en présenter un bilan annuel aux commissions régionales paritaires. La décision d'attribution de la prime étant décentralisée, ces commissions devront s'assurer que tous les praticiens qui y ont droit se voient bien attribuer la prime.
- Les équipes médicales concernées comprenant des praticiens de tous statuts (praticiens hospitaliers, assistants, chefs de clinique, attachés ou contractuels), la prime de solidarité territoriale devra être servie indifféremment à tous les praticiens qui s'engageront dans cette équipe médicale de territoire.

b. **Concernant l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)**, initialement prévue pour les praticiens hospitaliers

s'engageant pour une durée de 3 ans à ne pas pratiquer une activité libérale, la mission a relevé qu'elle était servie à une grande majorité de praticiens. En 2011, par exemple, elle a été attribuée à 84% des PH exerçant dans un centre hospitalier universitaire ou régional et à 77% de ceux exerçant leur activité dans un centre hospitalier. Cette indemnité est destinée à fidéliser les praticiens exerçant uniquement dans le secteur public. En 2014 et 2015, elle a été étendue aux assistants et aux praticiens attachés exerçant exclusivement une activité hospitalière. Toutes les organisations représentatives des praticiens, des chefs de clinique et assistants, et des internes, se sont montrées au cours des tables-rondes très attachés à cette indemnité et en ont unanimement demandé la revalorisation, afin qu'elle puisse soutenir la comparaison avec les rémunérations perçues dans le cadre d'une activité libérale. La mission partage cette approche sans préjuger des négociations qui pourront se tenir avec les pouvoirs publics sur ce sujet. En tout état de cause, **il apparaît absolument prioritaire à la mission, dans une perspective d'équité de traitement entre les médecins hospitaliers, de servir également l'indemnité d'engagement de**

service public exclusif aux PH en période probatoire qui exercent une activité exclusivement hospitalière.

Par ailleurs, en cohérence avec le statut de praticien hospitalier dont ils relèvent, et nonobstant les réticences de certaines organisations opposées au principe même de l'activité libérale à l'hôpital public⁹, la mission préconise de suivre la demande très majoritairement exprimée par les intersyndicales, les représentants des internes et des chefs de cliniques, et les représentants institutionnels, **d'étendre la possibilité d'exercer une activité libérale aux PH en période probatoire.**

- c. **Concernant les dispositifs d'incitation financière liés à l'activité, tels que les indemnités pour poste prioritaire, la part complémentaire variable (PCV), et le statut de clinicien hospitalier,** la mission fait le constat, nonobstant les espoirs qui avaient été mis par les pouvoirs publics et les représentants institutionnels dans ces dispositifs, qu'ils ne répondent pas aux attentes et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour aider à pourvoir les postes vacants. A

⁹ Les acteurs auditionnés par la mission qui soutiennent cette position proposent d'attribuer l'indemnité d'engagement de service public exclusif à tous les praticiens, et de l'intégrer au traitement. Concernant l'activité libérale, ils suggèrent soit de l'interdire, soit de l'autoriser hors du cadre des obligations de service, et donc de diminuer en conséquence la quotité de travail des praticiens exerçant cette activité.

titre d'exemple, sur la région Île-de-France, seuls 8 postes de cliniciens ont été autorisés depuis 2010. Sur 12 demandes reçues par l'ARS, 4 praticiens ont renoncé à la signature du contrat et seuls 4 cliniciens restent en poste à ce jour¹⁰. Concernant la part complémentaire variable, elle ne concerne que 2% des PH de centre hospitalier et aucun praticien dans les centres hospitaliers universitaires ou régionaux. Par ailleurs, de nombreux praticiens ne souhaitent pas que les praticiens d'une même équipe connaissent des disparités démesurées de rémunération, avis partagé par la mission. Celle-ci préconise donc de **mettre en extinction les dispositifs de clinicien hospitalier et la part complémentaire variable**. En revanche, la mission préconise de maintenir à titre transitoire l'indemnité pour postes prioritaires, identifiée par les représentants institutionnels comme un outil qui reste utile dans certaines situations pour attirer et fidéliser des praticiens, et d'en revoir les modalités d'attribution. **Pour la rendre plus souple, elle doit être du ressort des établissements**. Il va de soi que le maintien de cette indemnité à l'avenir pourra être réinterrogé lorsque les

¹⁰ Source : ARS Île-de-France

GHT seront mis en place et permettront, soit de conduire les réorganisations qui s'imposent, soit de pourvoir les postes vacants dans le cadre d'équipes médicales de territoire.

- d. **Concernant les fonctions de chefs de pôle et de présidents de CME,** la mission préconise que les pouvoirs publics précisent par instruction à destination des établissements **une compensation du temps consacré à ces fonctions dans les équipes médicales** dans lesquelles ils sont affectés.
- e. Concernant les autres indemnités, telles que l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison réservée aux psychiatres et pédopsychiatres, la mission ne formule pas de recommandation particulière.

Proposition n°15 : *Créer une prime de solidarité territoriale, se substituant à l'indemnité d'exercice multi-établissements (prime multi-site), qui s'articulerait autour d'une part fixe d'équipe (d'un montant minimum de 100€ mensuel, doublé pour les équipes en tension identifiées par les GHT en lien avec les ARS), attribuée à tous les praticiens qui s'engagent dans une équipe médicale de territoire, et d'une part individuelle, modulable selon le degré de territorialité de la pratique (appliquer différents critères*

selon un référentiel national). Cette prime de solidarité territoriale serait attribuée par l'établissement support de la GHT et non plus par l'ARS, qui dresserait un bilan annuel présenté aux CRP.

Proposition n°16 : *Attribuer l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux PH en période probatoire (et autoriser ces praticiens à exercer une activité libérale)*

Proposition n°17 : *Mettre en extinction le statut de clinicien et la part complémentaire variable*

Proposition n°18 : *Maintenir à titre transitoire l'indemnité pour postes prioritaires*

Proposition n°19 : *Compenser le temps consacré aux mandats et responsabilités institutionnels (président de CME, chef de pôle)*

- f. **Concernant la permanence des soins**, l'insuffisance de médecins hospitaliers permettant de couvrir le dispositif entraîne aujourd'hui le recours croissant à l'emploi médical temporaire évoqué ci-dessus. Le sujet est particulièrement délicat compte tenu des différences considérables de rémunération constatées, d'une part vis-à-vis de l'intérim, et d'autre part entre les différents statuts de médecins

hospitaliers (internes, chefs de clinique, PH, hospitalo-universitaires...) mais aussi par rapport aux médecins libéraux (par exemple exerçant en maison médicale de garde), qui bénéficient d'indemnités de garde et d'astreintes bien supérieures à la rémunération perçue par les médecins hospitaliers. Si dans l'avenir, l'espoir est fondé que les GHT soient en mesure d'assainir la situation (par exemple en réévaluant la pertinence ou en mutualisant certaines lignes de gardes et astreintes à l'échelle d'un territoire), pour répondre à la situation actuelle, **la mission préconise que les pouvoirs publics revalorisent certaines rémunérations servies aux médecins pour la permanence des soins.** Il apparaît plus particulièrement opportun à la mission :

- **Que la rémunération du temps de travail additionnel de nuit soit alignée sur le temps de travail additionnel de jour ;**
- **De revoir l'ensemble des astreintes de sécurité,** qui doivent être soit supprimées, soit transformées en astreintes opérationnelles ;

- De réserver la forfaitisation des astreintes aux seuls actes à distance de télémedecine ou de téléradiologie, aujourd'hui effectués hors cadre réglementaire.

Proposition n°20 : *Aligner la rémunération du temps de travail additionnel « de nuit » sur le temps de travail additionnel « de jour »*

Proposition n°21 : *Revoir les astreintes de sécurité (soit les supprimer, soit les transformer en astreintes opérationnelles)*

Proposition n°22 : *Réserver la forfaitisation des astreintes aux seuls actes à distance de télémedecine ou de téléradiologie*

3- D'élaborer un dispositif de reconversion professionnelle pour les personnels statutaires.

En effet, un praticien (quelle que soit sa spécialité) peut souhaiter exercer une autre activité (par exemple en centre de santé, en médecine scolaire...) ou y être contraint pour des problèmes d'incapacités physiques l'empêchant de poursuivre l'activité professionnelle pour laquelle il avait été recruté. Cela pourrait intervenir dans le cadre du dispositif actuel de

« recherche d'affectation », dont la dénomination devrait être modifiée en « repositionnement professionnel ».

Proposition n°23 : Elaborer un dispositif statutaire de reconversion professionnelle pour les personnels statutaires

5ème VOLET : Dynamiser les parcours professionnels

Actuellement, le jeune médecin qui souhaite travailler à l'hôpital n'a que très peu de visibilité sur sa future carrière ; sa capacité de se projeter est presque inexistante ; il n'a pas non plus de définition précise des missions qui lui seront confiées dans sa structure de travail, ni bien sûr d'indication plus générale sur ce que l'institution attend de lui.

La mission propose à ce niveau :

1 - Que pour chaque poste, soit élaboré, par l'établissement concerné, un profil de poste, à partir duquel seront définis les missions et objectifs attendus du praticien. Il pourrait aussi comporter une prévision de l'activité attendue et les modalités de l'évaluation individuelle du praticien et de ses résultats. Ce profil de poste, qui figure déjà dans le statut modifié en 2010 et dont la mise en place doit être généralisée (si nécessaire par une instruction ministérielle), permettrait ainsi la mise en œuvre d'un véritable « contrat d'engagement » pour chaque praticien. Ce contrat formaliserait les missions de soins, d'enseignement, de recherche... et ferait l'objet d'un suivi et d'une

évaluation périodique (à déterminer localement), l'évaluateur pouvant être indifféremment le chef de pôle, le chef de service ou le chef de l'unité médicale « de base » (le niveau de l'évaluation étant ajusté et arrêté par la CME et inscrit dans le règlement intérieur de l'établissement).

Bien évidemment, ce « profil de poste » devra permettre de décliner le projet médical du pôle, du service et/ou de l'unité médicale de base mais aussi la manière dont le praticien concerné souhaiterait articuler ses projets personnels avec les projets médicaux portés par la structure où il sera affecté.

Proposition n°24 : Elaborer des profils de poste complets et détaillés, définissant les missions et objectifs attendus du praticien, permettant la mise en œuvre d'un contrat d'engagement pour chaque praticien et soumis à une évaluation périodique.

2 - Concernant la reconnaissance de la pluralité des missions confiées aux praticiens hospitaliers

- a) **Que soient réfléchies dans les meilleurs délais diverses mesures d'évolution statutaire concertées** : par exemple des mesures ouvrant la possibilité pour les praticiens hospitaliers intéressés, de se consacrer à temps plein ou à temps partiel, pendant une période à déterminer par voie réglementaire, à certaines activités (recherche, enseignement, management, responsabilité dans l'institution...) sans que cela soit préjudiciable pour exercer les autres dans la suite de leur carrière (introduction d'une « approche modulaire » des activités sur le long cours du déroulement d'une carrière).
- b) **Que soient solutionné, en matière d'enseignement et de recherche, pour les PH exerçant ou non en CHU, le problème de la reconnaissance de ces activités actuellement non valorisées, sous forme notamment de « valences d'enseignement et de recherche »** accessibles tant en centre hospitalier qu'en CHU et rémunérées, (voir ci-dessous, §b.1 et b.2)
- b.1 En matière de tâches d'enseignement conduites par des PH
- dans certains CHU, ou établissements hors CHU, il faut **lever les obstacles à l'obtention, par les PH concernés, du titre de « chargé**

d'enseignement ». Ce titre est attribué aux PH par les doyens ou par les conseils d'UFR ; la difficulté vient de ce que juridiquement toute mission d'enseignement doit donner lieu à une rémunération de la part de l'UFR qui aujourd'hui n'est pas budgétairement en état de le faire. Il est donc proposé, par la mission, que soit prévu, dans les conventions passées entre les universités et les centres hospitaliers concernés, le remboursement par ceux-ci à ces universités, les rémunérations en cause ; puis, pour les centres hospitaliers, de pouvoir émarger au FIR (géré par les ARS) sur une fraction de ce fonds qui serait dédié à cet effet, pour le montant des débours engagés par ces établissements dans cette opération ; ou encore de solliciter les Conseils Régionaux (possibilité à faire insérer dans leurs compétences pour les 13 régions reconfigurées).

b.2 En matière de recherche conduite par les PH.

Il existe des contrats d'interface INSERM qui permettent à des praticiens hospitaliers, ayant été sélectionnés dans le cadre d'un appel d'offre national, d'être déchargés à temps partiel de leurs obligations de service pendant 5 ans, avec compensation financière par l'INSERM. **Il faudrait rendre possible, pour les PH non**

universitaires n'ayant pu bénéficier de ce type de contrat, mais néanmoins reconnus par les autorités universitaires pour la valeur de leurs travaux de recherche, la mise en place d'autres contrats d'interface, gérés par les universités, pour officialiser les décharges de temps partiel d'obligations de service (pour une durée à déterminer ne pouvant dépasser cinq ans) et valoriser ces travaux. Le bouclage financier de ces contrats d'interface, d'un type nouveau, pourraient également faire l'objet d'une prise en charge par les 13 nouvelles régions reconfigurées, compte-tenu de leurs retombées économiques sur les régions et du rôle d'entraînement que joue la recherche médicale dans la compétition de plus en plus vive qui se développe, dans le champ scientifique et technologique, entre les grands pôles d'excellence européens et mondiaux.

Proposition n°25 : Reconnaître la pluralité des missions confiées aux praticiens hospitaliers (enseignement, recherche, management, responsabilités institutionnelles...) en mobilisant le FIR et les Régions.

6ème VOLET : Préciser les règles de décompte du temps de travail

Pour la grande majorité des praticiens des hôpitaux, le travail a jusqu'à présent été organisé en demi-journées. La durée de travail hebdomadaire est aujourd'hui fixée à :

- dix demi-journées pour les PH temps plein ;
- six (cinq voire quatre pour certaines spécialités) demi-journées pour les PH temps partiel ;
- onze demi-journées pour les PU-PH et les MCU-PH sans distinguer les valences clinique, enseignement et recherche et sans RTT ;
- un nombre de demi-journées variable, fixé par contrat, pour les praticiens hospitaliers contractuels et pour les praticiens attachés.

Le décompte en demi-journées permet une certaine souplesse. Elle est appréciée par la majorité des praticiens, qui organisent leur travail de manière autonome. Le rapport établi par l'IGAS avec le concours des CGES en 2009 soulignait que les tableaux de service « sont remplis le plus souvent sans vérification » et sont « validés à posteriori par le chef de service ou de pôle ». Depuis, les textes sur le décompte du temps de

travail ont renforcé le suivi du temps de travail à partir des tableaux de service, mais des progrès restent à faire.

Ce mode du décompte du temps de travail médical dans les établissements publics de santé doit être analysé au regard de la diversité des missions assumées par les praticiens des hôpitaux, notamment les PH temps plein. Ceux-ci assument une large part de missions de soins, d'enseignement, de recherche, de management, de coopération territoriale et de nature transversale. En outre, les PH temps plein ont la possibilité de cumuler plusieurs activités selon un cadre réglementaire qui pourrait être amélioré. Ils peuvent aujourd'hui exercer une activité libérale dans leur établissement d'affectation, dans la limite de 20 % des obligations de service ; il leur est interdit d'exercer leur activité libérale en dehors de ce temps de travail (ce que la mission préconise de maintenir). Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'une contractualisation. Les PH temps plein peuvent également, après accord du directeur de l'établissement, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général. La comptabilisation de ces activités dans les obligations de service pose cependant des problèmes

aux établissements, qui continuent par exemple à supporter la totalité des congés et des RTT qui doivent être pris par le praticien.

- La souplesse actuelle, bien qu'appréciée par le corps médical, semble atteindre ses limites à plusieurs égards ;
- Elle rend plus difficile le respect du plafond de 48 heures de travail hebdomadaire dans le contexte de démographie médicale sous tension rappelé en introduction ;
- Une tendance à l'opacité, due au manque d'outils de gestion du temps médical et alimentée par l'excès de souplesse, crée des situations flagrantes d'iniquité entre les praticiens, dont les conditions d'engagement professionnel peuvent être très variables, et ce parfois au sein d'une même équipe ;
- L'insuffisance voire l'absence de programmation de l'activité n'est pas adaptée aux besoins croissants de coordination avec les autres professionnels ;

Enfin, le système actuel ne répond pas aux aspirations de la nouvelle génération de praticiens, notamment à une gestion plus individualisée de leurs obligations de service.

Des propositions de réforme ont déjà été formulées dans les travaux consultés par la mission. La mission Toupillier a notamment suggéré en 2011 de remplacer les 4 demi-journées par un décompte en 5 « quartiers ». Certains services en temps continu ont aussi adopté le principe du décompte horaire du temps de travail, plutôt qu'en demi-journées. La circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR généralise le décompte horaire sur l'ensemble du territoire pour ces services et pose le principe d'une réflexion élargie aux spécialités présentant le même type de sujétions.

Cependant, la revendication d'un décompte horaire résulte d'organisations de travail bien spécifiques, dans lesquelles prédomine le travail « posté ». Ce mode de décompte ne saurait être généralisé à l'ensemble des services, même si des évolutions restent souhaitables dans le cadre d'un décompte de type demi-journées pour répondre aux limites du système actuel.

A la suite de la conclusion du groupe de travail réuni par la DGOS sur l'application de la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014

relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences, SAMU et SMUR, la mission se range aux trois principes ayant recueilli l'accord des représentants des praticiens directement concernés, à savoir :

- la généralisation du principe du décompte horaire du temps de travail dans les structures d'urgences, SAMU et SMUR ;
- la mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans ces mêmes structures permettant d'identifier, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser ;
- l'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient.

Il apparaît en particulier opportun à la mission que soit conduit, sous l'égide des ARS et avec l'ensemble des parties prenantes, un travail sur une territorialisation des organisations de travail des équipes d'urgences-SAMU-SMUR pour permettre une mutualisation des ressources et du temps médical entre les sites d'urgences et les différents SMUR inscrits

dans une activité multi-sites. La mission recommande, en conséquence, l'étroite association des représentants des organisations professionnelles du personnel médical concerné, dans chaque région, au suivi qui sera mené en l'espèce, en lien avec les commissions régionales paritaires. De plus la mission souligne la nécessité que soit assurée une bonne articulation entre les équipes d'urgences-SAMU-SMUR, œuvrant dans le cadre d'une territorialisation multi-sites coordonnée, et les services départementaux d'incendies et de secours (SDIS). La mission souhaite enfin que soit positionné auprès de chaque directeur régional d'ARS un comité technique régional des urgences afin d'assurer une concertation d'ensemble performante et de garantir le suivi de l'adaptation de l'urgence dans les territoires (la composition de ces comités techniques étant à préciser par voie réglementaire).

Pour les autres structures où prédominent les activités en travail posté et en permanence des soins (anesthésie, obstétrique, réanimation et/ou soins intensifs...), la mission préconise que le décompte du temps de travail puisse se faire sur une base horaire lorsque les équipes médicales en font la demande, sur proposition de la CME, après avis de la

commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), et en cas de litige, de la commission régionale paritaire (CRP).

La mise en place du décompte horaire dans certaines structures a permis de mesurer la nécessité de trouver des dispositions permettant de rétablir l'équité avec les praticiens exerçant dans les autres structures.

A la suite des 3 tables-rondes consacrées au temps de travail, qui ont rassemblé les représentants des praticiens et des internes, les représentants institutionnels, les syndicats de directeurs, les services de la DGOS, et le CNG, au cours desquelles ont émergé de nombreuses suggestions, la mission propose, étant précisé que les 48 heures de travail hebdomadaire sont le maximum de l'obligation de service, de retenir le dispositif suivant :

1- Maintenir un socle statutaire commun permettant deux organisations possibles du temps de travail pour les praticiens hospitaliers :

- **Les 10 demi-journées** dont les amplitudes horaires doivent rester souples pour s'adapter à toutes les organisations de travail ;
- **Le décompte horaire**, en cours de généralisation pour les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

Proposition n°26 : *Sur la base d'un temps de travail hebdomadaire de 48 heures maximum, maintenir un socle statutaire commun permettant deux organisations possibles du temps de travail pour les praticiens hospitaliers : les demi-journées et le décompte horaire (déjà prévu pour les urgentistes, dans les conditions précisées par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014, et pouvant être étendu à d'autres structures où prédominent les activités en travail posté ou en permanence des soins, lorsque les équipes médicales en font la demande, sur proposition de la CME et après avis de la COPS, et en cas de litige de la CRP).*

2- Renforcer le suivi individuel du temps de travail des praticiens,
quelle que soit l'organisation du temps de travail à laquelle ils sont

soumis dans le cadre du tableau prévisionnel du service établi par le chef de service. Afin de garantir la précision et l'exactitude de ce suivi pour chaque praticien, la mission préconise d'informatiser la gestion du temps de travail médical. Ce décompte sert de base au suivi du temps de travail médical dans le bilan social. La mission rappelle qu'il prend obligatoirement la forme d'un décompte horaire pour la rémunération des interventions réalisées dans le cadre des astreintes. Enfin, il donne lieu à un contrôle dans des conditions déterminées par les établissements.

Proposition n°27 : Renforcer le suivi individuel du temps de travail des praticiens, quelle que soit l'organisation du temps de travail à laquelle ils sont soumis.

3- Confier aux chefs de service ou responsables d'unités la responsabilité de la bonne application des règles du temps de travail, de la transparence des répartitions du travail sous ses différentes formes, de leur réalisation, et de la répartition équilibrée des sujétions diverses.

Proposition n°28 : *Confier aux chefs de service ou responsables d'unités la responsabilité de la bonne application des règles du temps de travail, de la transparence des répartitions du travail sous ses différentes formes, de leur réalisation, et de la répartition équilibrée des sujétions diverses.*

4- Reconnaître en soirée (par exemple entre 18h30 et 22h30), lorsque l'activité le justifie¹¹, une 5^e demi-journée par 24 heures. Cela permettra de poursuivre une activité en soirée sans que les plages définies dans l'organisation prévisionnelle de l'activité ne puissent durer plus de 5 heures.

Proposition n°29 : *Reconnaître en soirée (par exemple entre 18h30 et 22h30), lorsque l'activité le justifie, une 5^e demi-journée par 24 heures.*

5- Garantir une autonomie aux praticiens dans le cadre de leurs obligations de service par une contractualisation se déclinant successivement de la manière suivante :

¹¹ Ceci étant arrêté par la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) qui établit les activités (dans le respect du projet médical) et les amplitudes horaires des plages en tenant compte de l'organisation des soins dans l'établissement.

- Un **contrat de pôle**, conclu entre le chef de pôle et le directeur de l'établissement après avis du président de la CME (ou contresigné par lui) ;
- Un **contrat collectif d'équipe**, établissant les ressources de chaque équipe, service ou unité, conclu entre le chef de pôle, le chef de service ou d'unité et les praticiens du service ou de l'unité ;
- Un **contrat individuel d'engagement** conclu entre le chef de service ou d'unité et chaque praticien, rappelant que ce dernier consacre directement ou indirectement 80% de ses obligations de service à son unité ou à son service dans le cadre du contrat collectif d'équipe, et précisant les conditions selon lesquelles il peut par ailleurs consacrer les 20% restant, soit à une activité libérale déjà prévue par la réglementation, soit à des activités d'intérêt collectif qui peuvent être les suivantes :
 - coordination des internes ;
 - contribution à la vie institutionnelle, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ;

- participation à des démarches collectives qualité – risques
 - vigilances comme l'évaluation et l'amélioration des pratiques, au sein du service ou de l'institution ;
- participation aux démarches de préparation des gestions de crises ;
- contribution aux travaux de recherche et d'enseignement universitaires ;
- démarches relatives à la satisfaction par les praticiens de leur obligation d'actualisation de connaissances, d'amélioration des pratiques et de formation médicale continue, qui comporte l'obligation de DPC...

Proposition n°30 : *Garantir une autonomie aux praticiens par une contractualisation se déclinant successivement dans : un contrat de pôle ; un contrat collectif d'équipe ; un contrat individuel d'engagement conclu par chaque praticien, rappelant que ce dernier consacre directement ou indirectement 80% de ses obligations de service à son unité ou à son service dans le cadre du contrat collectif d'équipe, et précisant les conditions selon lesquelles il peut par ailleurs consacrer les 20% restant,*

soit à une activité libérale déjà prévue par la réglementation, soit à diverses activités d'intérêt collectif.

6- A la demande du praticien, permettre l'exercice d'une activité d'intérêt collectif au-delà de 20% des obligations de service, dans le cadre d'une contractualisation avec le directeur de l'établissement et le chef de pôle, par exemple pour permettre à un praticien de se voir reconnaître une valence d'exercice.

Proposition n°31 : Permettre l'exercice d'une activité d'intérêt collectif au-delà de 20% des obligations de service pour reconnaître à un praticien une valence d'exercice.

7ème VOLET : Retrouver l'esprit originel du développement professionnel continu (DPC)

Nos échanges avec les praticiens hospitaliers sur cette question ont fait ressortir qu'ils aspirent à ce que soit reconnue la spécificité liée à leurs lieux d'exercice (l'hôpital public). Cette aspiration est partagée par les représentants institutionnels des établissements qui les emploient (FHF, conférences des Présidents de CME et de Directeurs de CH, CHU et CHS). Ceci n'est pas sans incidence sur la complexité du dispositif à adopter.

Afin de répondre à ce challenge, sur la base des observations de l'IGAS dans son rapport de 2014, il semble opportun à la mission de finaliser :

- d'une part, la refondation du sens du DPC, sans pour autant marginaliser la réponse aux besoins individuels courants en FMC des professionnels médicaux ;
- et, d'autre part, de proposer des évolutions du schéma de gouvernance du DPC pour préciser les mesures prévues par l'article 28 du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Un groupe de travail réunissant les services de la DGOS et l'ensemble des partenaires hospitaliers et libéraux concernés y travaille. Notre mission se rangera aux conclusions de ce groupe, qui a déjà établi plusieurs axes structurants.

Le DPC y est défini comme une obligation triennale de maintien et d'amélioration des compétences. Il s'agit d'une démarche globale au sein de laquelle sont définies des actions prioritaires pour chaque profession de santé. Deux types d'actions sont concernées :

- **Des programmes qui s'inscrivent dans des priorités nationales arrêtées par le Ministère de la santé, en lien avec la profession et/ou la discipline** (dans le cadre des Conseils Nationaux Professionnels) et portent sur leur cœur de métier ; leur contenu scientifique est validé et ils associent un apport cognitif à une démarche d'évaluation des pratiques ;
- **Des actions relevant d'orientations nationales** accompagnant des enjeux de santé publique (orientations liées à une politique de santé) ou de maîtrise médicalisée, fixées par le Ministère de la santé ou dans le cadre du dialogue conventionnel.

L'engagement dans une démarche d'accréditation (spécialités à risques, laboratoire, greffes...) permet à un praticien de remplir son obligation de DPC.

S'agissant du financement, il peut prendre deux formes :

- Un fléchage de l'enveloppe de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'Assurance Maladie sur les programmes et actions prioritaires ;
- Une prise en charge par les employeurs, OPCA, et fonds de formation pour les autres actions.

Concernant la gouvernance, 6 principes généraux sont ressortis du groupe de travail et restent en cours de discussion :

- La volonté de construire **une maison commune à tous les professionnels** pour la démarche globale ;
- Un pragmatisme imposant de disposer de **structures de gestion propre à chaque type d'exercice** ;
- **Une séparation revendiquée entre les instances** d'expertise, de proposition et d'orientation et les instances et structures de gestion ;

- **Une clarification indispensable des rôles** et une plus grande souplesse dans le fonctionnement.
- **Une meilleure association des professionnels** au processus de gouvernance et une plus grande responsabilisation des acteurs à la gestion des enveloppes
- **Une limitation de la réglementation à l'essentiel** (dispositif actuel sur-réglementé) : laisser la main aux acteurs pour procéder aux adaptations nécessaires et concertées.

Concernant les médecins salariés, en particulier les médecins hospitaliers, la gestion du DPC serait confiée aux employeurs et aux OPCA.

Par ailleurs, s'agissant de la formation médicale continue, les médecins hospitaliers ont fait connaître leur souhait de voir créée une instance de recours en cas de refus de financement. Selon la mission, cette commission devrait être adossée au conseil supérieur des personnels médicaux qui sera créé par la loi de modernisation de notre système de santé.

Proposition n°32 : *Refonder le sens du DPC, sans pour autant marginaliser la réponse aux besoins courants en formation médicale continue, en suivant les recommandations étoffées du groupe de travail spécifique conduit par la DGOS, que la mission reprend dans son rapport.*

8ème VOLET : Améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail

Les praticiens aspirent à de meilleures conditions de travail et à une qualité de vie au travail ; or, les hôpitaux publics conservent d'importantes marges de progression en la matière. Les personnalités auditionnées ont notamment souligné que la taille de l'équipe médicale a un impact important sur les conditions de travail des praticiens. Cette taille détermine le rythme des gardes et astreintes et la capacité à s'absenter pour suivre des formations, effectuer des travaux universitaires, assumer des responsabilités institutionnelles, ou mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle (aspiration croissante des praticiens, alors que la féminisation du corps médical s'accélère). Pour le permettre, la mission préconise la constitution, dans le cadre des futurs GHT, d'équipes médicales de territoire permettant d'atteindre une taille critique (cf. volet 4).

Par ailleurs, afin d'envoyer un signal fort d'évolution, la mission préconise aux établissements de concentrer leurs efforts sur deux priorités :

1- Améliorer l'accueil des médecins dans l'hôpital, depuis les

étudiants jusqu'aux praticiens hospitaliers :

a) **Demander aux directions, aux présidents de CME, aux doyens, et aux représentants des internes de chaque établissement public de santé de s'approprier et de mettre en œuvre la charte de l'accueil des internes** (cf. annexe VIII) mettant l'accent, comme proposé par la FHF, sur 8 thématiques :

- L'accueil dans l'établissement ;
- L'information à la prise de fonction ;
- L'intégration dans le service d'affectation ;
- La formation reçue au long des stages ;
- Les conditions de travail ;
- La gestion des temps professionnels ;
- L'implication des internes dans leurs stages ;
- Le dialogue social avec les internes.

b) **Formaliser un véritable accueil des nouveaux praticiens dans l'hôpital**, au niveau de la direction des affaires médicales, permettant d'acquérir une connaissance de l'institution et des équipes, du projet d'établissement, de son positionnement dans

le territoire, des conditions dans lesquelles il exercera, et des moyens matériels mis à sa disposition.

Proposition n°33 : *S'approprier et mettre en œuvre la charte de l'accueil des internes de la FHF*

Proposition n°34 : *Formaliser un accueil des nouveaux praticiens dans l'hôpital au niveau de la direction des affaires médicales*

2- Favoriser la qualité de vie au travail. A l'issue de son audition, la mission a étudié avec attention divers travaux, et en particulier le référentiel de la Haute Autorité de Santé, au sujet de la qualité de vie au travail. Les organisations syndicales nous ont également fait part (à juste titre) de leur fortes attentes sur la question de la prise en compte de la pénibilité, à la suite de la mise en place de la compte pénibilité dans le secteur privé. Dans l'attente de la conclusion des travaux de la mission confiée à la DGAFP pour adapter cette mesure aux fonctions publiques, la mission préconise :

a) de renforcer dans les meilleurs délais la représentation du personnel médical au CHSCT : créer une section « hygiène, sécurité, conditions de travail » au sein de la CME, dont le responsable est membre de droit du CHSCT, ce qui porte la représentation médicale à deux membres. A long terme, la mission préconise d'aller vers une représentation syndicale pluriprofessionnelle au niveau du CHSCT.

b) d'intégrer un volet consacré aux praticiens dans le projet social de l'établissement, afin d'initier un travail transversal à l'ensemble des directions fonctionnelles des établissements sur des enjeux tels que l'accueil, le travail en équipe, le développement du management, l'application des règles du temps de travail, la formation, la prévention des risques professionnels... mais aussi les tâches administratives, que les établissements doivent travailler à alléger pour tous les médecins hospitaliers, de façon à libérer du temps médical. Tous les participants aux tables-rondes ont souligné l'importance de ce sujet, ce qui rejoint l'enquête réalisée dans le cadre du rapport sur l'exercice médical à l'hôpital coordonné par Danielle

Toupillier en 2011, dans laquelle le poids des tâches administratives apparaissait comme l'un des principaux sujets de préoccupation des praticiens.

c) de renforcer le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins (lutte contre les événements indésirables associés aux soins), dans le cadre des équipes médicales, en s'inspirant des expérimentations positives du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) de la HAS, pour généraliser un travail sur des facteurs tels que la prise en compte du stress, l'entraide, l'écoute, la communication, l'implication du patient, les pratiques collaboratives, le développement des pratiques avancées en lien avec les auxiliaires médicaux... (voir en annexe IX l'extrait du cahier des charges du PACTE et en annexe X l'article 30 du projet de loi de modernisation de notre système de santé sur les pratiques avancées)

d) de développer un management de proximité du personnel médical, dans le cadre des équipes, visant une répartition équilibrée des tâches et des différentes sujétions (permanence des soins, exercice multi-sites, tâches administratives,

coordination...) entre tous les praticiens de l'équipe ; cela doit passer par une formation plus systématique des chefs de service et des responsables d'unités au management, par une évaluation régulière des pratiques managériales sous la responsabilité du président de la CME et/ou du chef de pôle ; il importe également de limiter le « cumul des mandats », en nombre mais aussi dans le temps, pour fluidifier la circulation de l'information et le partage des responsabilités au niveau des équipes médicales ;

e) d'ouvrir le comité de gestion des œuvres sociales aux praticiens et de permettre l'accueil de leurs enfants dans les crèches et les garderies des hôpitaux là où elles existent ;

f) de développer la pratique d'une activité physique pour les personnels hospitaliers, médicaux comme paramédicaux, par exemple en aménageant des salles dédiées à cette activité dans les hôpitaux. L'activité physique est un vecteur de préservation de la santé. Ainsi que le souligne le professeur Jean-Paul RICHALET, chef du service de physiologie explorations fonctionnelles et médecine du sport de l'hôpital Avicenne, il existe de nombreuses études montrant les effets bénéfiques

d'un exercice physique raisonné dans la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), du stress, etc. Il peut aussi s'agir d'un facteur non-négligeable d'attractivité pour de jeunes professionnels.

Proposition n°35 : *Renforcer la représentation du personnel médical au CHSCT (créer une section hygiène, sécurité, conditions de travail au sein de la CME dont le responsable serait membre de droit du CHSCT de l'établissement, en plus du représentant de la CME déjà présent dans cette instance) et envisager à plus long terme la mise en place d'une représentation syndicale pluriprofessionnelle comprenant les médecins dans les CHSCT.*

Proposition n°36 : *Intégrer un volet consacré aux praticiens dans le projet social*

Proposition n°37 : *Renforcer le lien entre qualité de vie et qualité des soins dans le cadre des équipes médicales en s'inspirant des expérimentations positives du programme « PACTE » de la HAS*

Proposition n°38 : Développer un management de proximité du personnel médical, visant une répartition équilibrée des tâches et des différentes sujétions entre tous les praticiens de l'équipe, et former dans cette optique les chefs de service

Proposition n°39 : Ouvrir le comité de gestion des œuvres sociales aux praticiens et permettre l'accueil de leurs enfants dans les crèches et les garderies dans les établissements où elles existent

Proposition n°40 : Développer la pratique d'une activité physique pour les personnels hospitaliers, médicaux comme paramédicaux, par exemple en aménageant des salles dédiées à cette activité.

9ème VOLET : Revaloriser le rôle du corps médical dans la gestion de l'hôpital

L'histoire de la gestion de l'hôpital est évolutive et tributaire de modèles obéissant à des logiques multiples (modèle compassionnel, modèle social, modèle professionnel, modèle bureaucratique...) qui, ayant marqué une époque, perdurent, sous des formes plus ou moins dégradées, au cours des époques suivantes.

S'agissant de l'évolution contemporaine de cette gestion, nous observons qu'elle s'inscrit dans une époque marquée par la forte augmentation des dépenses de santé sur fond de progression générale des dépenses publiques et de stagnation de la croissance économique dans notre pays.

Dans ce contexte, la logique de gestion, voulue par les autorités publiques, est dominée par une dimension économique-financière de plus en plus affirmée.

Cette logique de gestion, sous contrainte, s'est traduite notamment par des réformes du financement de l'hôpital (la dernière en date étant la

mise en œuvre de la tarification à l'activité) couplées avec de nouvelles formes de « management » dont la dynamique consiste, en partie, à transposer le mode de gestion de l'entreprise privée (jugé plus performant sur les plans productif, économique et financier) à l'hôpital public, avec comme point d'acmé (en 2009) l'adoption de dispositions législatives, (contenues dans la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire ») venant consacrer ce mode de gestion à l'hôpital public.

La consécration de ce type de management pour les hôpitaux (nouveau modèle que l'oxymore « Hôpital-Entreprise » entend « imager ») ne laisse d'interpeller et d'inquiéter les acteurs hospitaliers et en premier lieu le corps médical, dont la spécificité du travail est d'obéir à des modes d'exercice propres aux professions dites « à pratique prudentielle ».

Ces professions ont la particularité de traiter des problèmes (en l'occurrence, des problèmes attachés à la clinique médicale) à la fois singuliers et complexes, dans des situations de forte incertitude (c'est cette adaptation à la singularité des cas que l'on appelle la « prudence ») qui se prêtent mal à une rationalité technicienne, à une application systématique de savoirs formalisés, de standards prédéfinis ou de règles générales imposées de l'extérieur dont elles estiment qu'elles peuvent

conduire à de graves inconvénients et/ou difficultés pour les cas dont elles s'occupent.

Dire que la pratique médicale est « prudentielle », c'est dire qu'elle ne peut être totalement normalisée, puisqu'elle doit toujours avoir la latitude de pouvoir s'adapter à la singularité des cas traités, ce qui suppose pour le praticien, dans son travail, qu'il puisse disposer de la plus large autonomie possible y compris dans son organisation personnelle pour l'effectuer.

A ce niveau se trouve un « espace » majeur de conflictualité entre praticiens médicaux et cadres de direction (gestionnaires administratifs). Ceux-ci (et en premier lieu les chefs d'établissements, représentants légaux de leur hôpital, et à ce titre seuls juridiquement et personnellement responsables de leur gestion, notamment financière) vont mettre en œuvre, pour une maîtrise de cette gestion, pour maximiser les ressources de l'établissement et éviter les risques de dérives financières des outils de plus en plus sophistiqués de « régulation managériale » de l'activité de leurs établissements (ils sont du reste formés pour opérer ainsi). Ces outils comprennent des techniques d'ingénierie financière et comptable ; des systèmes de mesure de la

production de soins à partir d'informations administratives et médicales recueillies sur la base de « codages » qui prennent en compte les types de pathologies concernées et leurs traitements avec les actes qui s'y rattachent ; actes qui seront valorisés en fonction de leur degré de complexité et de la mobilisation des moyens des structures hospitalières concernées (application opérationnelle du PMSI qui, par l'intermédiaire de la tarification à l'activité, détermine une part essentielle des ressources financières attribuées à l'établissement).

Les cadres de direction sont, du reste, invités à privilégier ces modes opératoires par les autorités sanitaires nationales et régionales (ARS) qui évaluent les résultats de leur gestion et en tirent les conséquences qui peuvent être (si ces résultats ne sont pas conformes, par exemple en termes de maîtrise des enveloppes budgétaires accordées à l'établissement) pénalisantes pour leurs établissements (mise en place par l'ARS de plan de redressement financier) et pour eux-mêmes dans le cadre de leur évaluation par le directeur de l'ARS ; les autorités de tutelle étant pour leur part garante du respect des objectifs de dépenses arrêtés par le gouvernement et démocratiquement votés par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Cette « machinerie » (pour reprendre une expression de l'un des interlocuteurs auditionnés par notre mission) est signalée comme étant « lourde », contraignante, consommatrice de temps, génératrice de « paperasserie » à remplir dont la majorité des praticiens déplorent qu'elle s'impose à eux au détriment de leur activité de soins, d'enseignement et de recherche et qu'elle soit source de conflits entre les directions et le corps médical. S'ils ne nient pas l'utilité que peuvent revêtir certaines de ces pratiques managériales (dont ils savent qu'elles sont requises pour la compétition que se livrent les différents acteurs engagés dans le champ complexe de la santé pour accéder d'une manière satisfaisante aux ressources financières, budgétaires et humaines disponibles dans une économie en tension), les médecins n'en souhaitent pas moins que leur propre pratique professionnelle (dont on a vu, ci-dessus, la spécificité, constitutive de la logique médicale de fonctionnement) soit prise en considération sans ambiguïté et autant que possible qu'elle ne soit pas systématiquement subordonnée à une logique managériale exclusivement financière.

Dans cet espace de conflictualité où se rencontrent et s'opposent deux logiques (l'une médicale, l'autre économique), chacune cherche à affirmer

sa légitimité (qui est réelle) et à l'opérationnaliser en termes de pouvoir, ce qui ne peut que conduire à des impasses sur le plan de la gestion de l'institution si aucun élément médiateur puissant ne peut être dégagé. Cet élément médiateur existe, il s'agit de la « confiance » qui génère un sentiment d'assurance, de sécurité ; qui gomme la crainte ; qui permet d'avancer sans hésitation. La confiance joue un rôle « d'analyseur » dissipant les « arrière-pensées », les soupçons, les malentendus, les faux-procès et permet d'apaiser les situations tendues, puis de résoudre les conflits les plus rudes parmi lesquels on peut ranger, les conflits de préséance, de pouvoir (souvent attachés à l'ignorance respective de ce que chacun s' imagine devoir être la place de l'autre compte tenu de son « état » et de ses responsabilités). En outre, la confiance peut être renforcée par la contractualisation engageant la parole des parties au contrat (ces contrats devant être équilibrés par exemple au niveau du lien entre l'activité demandée et la rémunération offerte).

Sur la base de cette confiance et de l'autonomie, reconnue comme nécessaire, pour l'organisation de leur pratique (en tant que décideurs médicaux responsables et déontologiquement astreints à apporter des réponses adaptées aux besoins de leurs patients) les praticiens

demandent à retrouver leur place (qu'ils jugent avoir perdue avec l'avènement du nouveau management en vigueur à l'hôpital aujourd'hui) dans la gestion de leurs établissements.

Parallèlement à cette demande, les praticiens soulignent être parfaitement conscients que, dans un Etat de droit, le représentant légal de l'établissement (le chef d'établissement), dans le cadre des arbitrages ou des prises de décisions sur des dossiers sensibles ou dans des situations où celles-ci sont requises, a l'autorité juridique suffisante pour faire valoir sa décision, de plein droit, en dernier ressort.

Ces constats, souhaits et principes étant reconnus majoritairement par les acteurs concernés (corps médical et corps de direction), ce que la mission a relevé au cours de ses auditions et de ses travaux (sans occulter toutefois que pour certains d'entre eux, issus du corps de direction, et en responsabilité dans de grandes administrations hospitalières, la confiance n'allant pas de soi, il fut utile que la loi HPST existât et ait permis heureusement de réorganiser les établissements de santé, de rationaliser leurs organisations et leurs fonctionnements, et de contrecarrer le pouvoir de la CME, souvent rétive à cette rationalisation pour des motifs discutables et non toujours liés à l'intérêt de l'établissement ; position

que ne partage pas le responsable de notre mission), une volonté commune semble se dégager pour que des dispositions soient prises, dans les meilleurs délais, en vue d'apporter des ajustements utiles aux modes de gouvernance en vigueur dans les établissements de santé.

Chacun des interlocuteurs auditionnés par la mission (avec plus ou moins « d'appétence » compte-tenu de sa place et de sa qualité dans l'institution) a reconnu que dans l'objectif de réaliser à l'hôpital un management apaisé, il était nécessaire de garantir une gouvernance partagée entre les directions et les responsables médicaux, dont en premier le président de la commission médicale d'établissement, fondée sur les responsabilités des uns et des autres et sur leur commune volonté de maîtriser les risques (administratifs, financiers et médicaux) qui peuvent survenir dans le cadre de la gestion de leurs établissements.

Pour la mission, prenant acte de la confiance sollicitée par le corps médical et des vertus qu'elle véhicule, dont il est fait état ci-dessus, cette garantie passe d'abord par un rééquilibrage de la gouvernance hospitalière accordant une place plus importante au corps médical dans les exécutifs des établissements (notamment pour les présidents des

commissions médicales et par l'élargissement sensible du champ des compétences de ces commissions).

Cette garantie devrait être de nature à rendre plus attractif l'exercice médical à l'hôpital public pour les praticiens en situation de choix de leur futur lieu de travail mais également pour fidéliser ceux qui déjà y exercent.

Les dispositions à retenir ne sont pas nécessairement d'ordre législatif ; nombre d'entre elles peuvent être prises par la voie réglementaire (après concertation avec les représentants des organisations professionnelles, syndicales et institutionnelles concernées) ; d'autres, plus nombreuses, relèvent de ce que l'on pourrait appeler la mise en œuvre d'un « compagnonnage institutionnel » franc et loyal (ce qui est du reste le cas actuellement, et c'est heureux, dans un très grand nombre d'établissements). Beaucoup de ces dispositions, enfin, relèvent de « l'éthique du management du service public de santé » établie en janvier 2013 dans le rapport du deuxième groupe de travail du Pacte de confiance pour l'hôpital, et plus particulièrement des « valeurs » portées par les managers qui ont été répertoriés dans ces travaux et ont fait largement consensus.

Dans cette perspective visant une gouvernance hospitalière apaisée, reposant sur un partage équilibré des responsabilités entre directions et représentants du corps médical, la mission préconise :

- **De réaffirmer l'importance du rôle du corps médical dans la gouvernance hospitalière** en réévaluant la place de ses représentants dans les exécutifs des établissements publics de santé ;
- **De reconnaître sans ambiguïté, dans l'organisation interne des établissements, les équipes médicales comme « socles »** à partir desquels l'organisation s'articule pour réguler et développer l'activité hospitalière ;
- **Que cette organisation interne en pôles d'activité soit bien en cohérence médicale et en conformité avec le projet médical de l'établissement**, tel qu'élaboré par la commission médicale (projet médical d'établissement lui-même en congruence avec le projet médical de territoire qui devra voir le jour dans le cadre des GHT), ce qui requiert que cette commission puisse donner son avis sur la dite cohérence et conformité.

- Que la reconnaissance de cette cohérence et de cette conformité, organisationnelle et fonctionnelle, des pôles avec le projet médical soit attestée par **un contreseing du président de la commission médicale aux contrats de pôles** signés entre le directeur de l'établissement et les chefs de pôle pour les pôles d'activité clinique et médico-technique ; et que dans les pôles créés dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), compte tenu de leurs spécificités, les contrats de pôle soient également contresignés par le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) médicale, ou, en cas de pluralité d'unités, par le président du comité de coordination de l'enseignement médical.
- Ces préconisations visent à conforter la garantie apportée au corps médical que la « logique médicale » (innervant le projet médical d'établissement et celui du GHT) dans l'organisation interne en pôles d'activité médicale et médico-technique de l'établissement est bien celle qui est priorisée dans le pilotage de l'institution hospitalière, avec (en contrepartie) l'engagement du corps médical que cette logique s'inscrit bien dans un cadre collaboratif avec la direction, pour sa part contrainte de tenir des

objectifs budgétaires dont le chef d'établissement est juridiquement et personnellement l'unique responsable devant les autorités de tutelle.

- Que des préconisations soient apportées aux règlements intérieurs des établissements pour le mettre en mesure de définir les principes du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles et les responsables des services, départements, unités fonctionnelles et autres structures internes dans les matières précisées par voie réglementaire après concertation avec les partenaires sociaux et institutionnels concernés.
- Que le règlement intérieur de la CME dépende de cette seule assemblée sous réserve d'être en conformité avec les dispositions législatives et les textes réglementaires en vigueur (ce qui va de soi) et qu'il respecte le règlement intérieur de l'établissement.

Proposition n°41 : Réaffirmer l'importance du rôle du corps médical dans la gouvernance hospitalière en réévaluant la place de ses représentants dans les exécutifs des établissements publics de santé.

Proposition n°42 : Reconnaître sans ambiguïté, dans l'organisation interne des établissements, les équipes médicales comme « socles » à partir desquels l'organisation s'articule pour réguler et développer l'activité hospitalière ;

Proposition n°43 : S'assurer que l'organisation interne en pôles d'activité soit bien en cohérence médicale et en conformité avec le projet médical de l'établissement, et attester cette conformité par un contreseing du président de la CME aux contrats de pôles signé entre le directeur de l'établissement et les chefs de pôle (et le cas échéant par le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical).

10ème VOLET : Porter les plateaux techniques et équipements médicaux des établissements publics de santé au plus haut niveau de l'excellence et stimuler en permanence la réactivité des décisions, internes et externes, permettant d'atteindre cet objectif prioritaire pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et pleinement satisfaire ses usagers.

Tous les interlocuteurs de la mission ont souhaité que le service public hospitalier soit au « top niveau » en matière d'équipement et de diffusion de rapide des innovations (françaises ou étrangères) sur l'ensemble du territoire national afin de garantir à nos concitoyens (qui à plus de 85% font confiance à l'hôpital public) une excellence non seulement des hospitaliers qui les soignent mais aussi de leur « outil technique » de travail.

Pendant des décennies, l'excellence de ces « outils » était reconnue. C'était même, pour les médecins (mais aussi les paramédicaux et les autres personnels hospitaliers) une des raisons principales de leur choix de travailler à l'hôpital et d'y faire carrière plutôt que d'opter pour d'autres secteurs du « monde de la santé » nonobstant des

rémunérations souvent en retrait (en début de carrière) à celles qui leur étaient offertes hors de l'hôpital. Ce n'est plus tout à fait le cas aujourd'hui selon la grande majorité des interlocuteurs de notre mission. La plupart de ceux-ci font, en outre, état d'un manque de réactivité dans les prises de décision en matière de renouvellement de matériels médicaux qu'ils soient ou non des équipements lourds. Ils évoquent aussi la longueur des procédures en amont des décisions, le découragement des praticiens face à ce qu'ils qualifient de « montagnes de paperasse » pour obtenir le simple renouvellement d'un appareil devenu trop vétuste.

Ces praticiens n'imputent pas spécialement aux directions hospitalières l'origine de cette lourdeur. Ils reconnaissent la part imputable aux contraintes (souvent d'ordre réglementaire, qu'il devient urgent d'assouplir) qui s'imposent à elles (Code des marchés publics, comptabilité publique, code des assurances, de commerce, de l'environnement, des sociétés). Ils savent la complexité liée à la recherche des financements nécessaires aux opérations envisagées. Ils constatent, car ils en sont souvent les acteurs, la difficulté pour les directions d'opérer des choix et de faire des arbitrages, d'élaborer des plans d'échelonnement des achats et des opérations à réaliser à partir de

demandes multiples et légitimes en provenance de tous les services de l'institution. Ils ne sont pas sans ignorer qu'il existe des tutelles administratives et financières qui pour leur part doivent toujours avoir « un regard » sur le niveau d'évolution d'un ONDAM orienté à la baisse dont la maîtrise au niveau local est de plus en plus délicate à réaliser en matière de financement des activités hospitalières compte tenu des besoins et des exigences croissantes de la demande de la part de nos concitoyens en matière de santé.

Tous ces éléments cumulés explicitent en grande partie le frein puissant qui entrave le dynamisme décisionnel dans l'institution hospitalière publique. Ce frein leste, ou limite, en permanence une réactivité performante à laquelle aspirent les praticiens hospitaliers mais aussi tous les autres acteurs de la communauté hospitalière à commencer par ses dirigeants.

Ce frein au dynamisme décisionnel est aussi, par contrecoup, un frein à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital (objet de notre mission) pour les médecins qui sont en choix de carrière (médecins qui du reste ont pu mesurer de l'intérieur pendant leur internat ou leur clinicat ce déficit de réactivité) à l'issue de leur formation mais aussi pour le maintien dans

l'hôpital des médecins exerçant déjà, y compris en tant que praticiens hospitalo-universitaires.

On ne peut plus occulter cette réalité et s'exonérer de rechercher, sans délais, des solutions (notamment de financement des investissements hospitaliers) à même de répondre à cette problématique sous peine de voir toutes les préconisations contenues dans les volets précédents de ce rapport être insuffisantes du fait de l'absence de cet élément clé de l'attractivité médicale que constitue l'espoir pour les médecins de pouvoir travailler dans des structures d'un haut niveau d'excellence sur le plan de leurs équipements ; mais aussi structures attentives et réactives à leurs besoins et à leurs demandes en matière de plateaux techniques performants, de matériels médicaux et biomédicaux récents et opérationnels, de structures capables de soutenir et de relayer leurs innovations, et/ou de s'approprier celles émergentes hors d'elle ; enfin des structures dans le champ hospitalo-universitaire qui puissent bénéficier des meilleurs moyens modernes permettant d'effectuer une recherche de pointe.

Prenant acte de cette réalité, notre mission propose :

1- **De revoir et de clarifier le mode de financement des**

investissements hospitaliers (hors les investissements immobiliers

pour lesquels elle renvoie aux préconisations de la MECSS du Sénat
contenues dans son rapport n°703 de l'année 2012)

a. Soulignons tout d'abord qu'aujourd'hui les recettes de
financement des investissements hospitaliers sont multiples
et d'importance variable selon les établissements, elles
regroupent :

i. La marge dégagée sur l'activité qui alimente la capacité
d'autofinancement à partir des recettes liées au
fonctionnement courant en provenance de l'assurance-
maladie (tarifs, forfaits, MIGAC) ou des patients (ticket
modérateur et forfaits journaliers éventuellement
financés par les complémentaires santé) ;

ii. La valorisation du patrimoine, s'il existe (il s'agit du
patrimoine immobilier privé des établissements de
santé) et les subventions d'investissement reçues des
collectivités territoriales ;

- iii. Les subventions et investissements de l'assurance-maladie, de fait gérés par l'Etat ; elles restent un élément essentiel des plans de financement ; elles transitent par des canaux divers (AC, FMESPP) ;
- iv. Les emprunts qui ont beaucoup été sollicités ces dernières années, augmentant d'autant la dette hospitalière.

b. La mission préconise donc d'initier une stratégie différente pour le financement de certains équipements médicaux et plateaux techniques des hôpitaux, y compris ceux nécessaires à la mise en œuvre des innovations. Rappelons que la réforme budgétaire et comptable de 2006 a sensiblement modifié la logique financière des hôpitaux qui se concrétise dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) des investissements qui lui est annexé. Sur la base de cette réforme, la mission propose :

- i. **Que le PGFP répertorie clairement, dans un volet spécialement dédié à cet effet, les équipements qui**

devraient bénéficier d'un financement spécifique compte tenu de leur coût, de leur utilité stratégique dans le cadre de la politique de santé développée au niveau des territoires et prévue par les projets médicaux partagés des futurs groupements hospitaliers de territoire, ou préconisés dans les PRS (projets régionaux de santé) ; les équipements s'inscrivant dans le champ de la télémédecine définis par le décret 2010-1229 (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale) ; et bien évidemment tous les équipements lourds soumis à autorisation ministérielle.

- ii. **Que, pour le financement de ces équipements précisément répertoriés dans le PGFP, soient créés dans chacune des 13 futures régions de l'Hexagone, un GIP** (groupement d'intérêt public) de financement de la modernisation des équipements hospitaliers publics et de la diffusion des innovations médicales.

- Ces groupements rassembleraient : la Région ; la ou les métropoles de la région ; l'assurance maladie et l'Etat représentés par l'ARS ; les établissements publics supports des GHT de la région concernée.
- Chacun des membres du GIP apporterait son concours financier sur la base d'enveloppes selon des critères qui pourraient être définis dans le cadre de l'ordonnance prévue à l'article 27, chapitre 2, du projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen au Parlement (des amendements gouvernementaux pourraient être présentés lors de son passage au Sénat) ; l'autorisation d'ériger de tels GIP étant également à prévoir dans le cadre de ce projet de loi, dans un premier temps pour une période expérimentale de 5 ans pour 4 régions dont les conseils ainsi que ceux de leurs métropoles seraient volontaires, avant une généralisation sur

l'ensemble du territoire après évaluation du dispositif présentée devant le Parlement.

- Ces GIP pourraient être destinataires de fonds européens et/ou du grand emprunt ; ils devraient pouvoir eux-mêmes lancer des emprunts pour assurer les plans de financement qui leur seraient nécessaires afin d'accomplir leurs missions.
- Les établissements de santé concernés par ces opérations, notamment ceux supports des GHT, assureraient un suivi budgétaire et comptable dans le cadre de budgets annexes ouverts à cet effet.

iii. S'agissant des autres investissements prévus dans le PGFP (hors le volet spécifique dont la mission fait état ci-dessus), ils continueraient à être financés comme actuellement.

2- **De stimuler la réactivité décisionnelle** d'une manière plus générale en recommandant, pour les établissements où ce n'est pas encore

le cas, que les chefs d'établissement et leur directoire mettent en place avec les chefs de pôle et les chefs de service **des procédures simplifiées de décision** qui fassent consensus sans pour autant que l'on passe outre la réglementation.

- 3- **De juguler l'instabilité tarifaire, dans le cadre de la tarification à l'activité**, car cette instabilité nuit gravement au développement des projets et des activités hospitalières et de les insérer dans une perspective pluriannuelle (cf. les préconisations de la MECSS du Sénat dans son rapport 703 de l'année 2012).
- 4- **De mettre en place des dispositifs de contractualisation entre les ARS et les établissements pour les projets de développement de nouvelles activités** (retenus dans le cadre des projets médicaux partagés de territoire mais non financés par le biais des GIP dont la création est sollicitée ci-dessus) permettant qu'ils bénéficient d'un niveau de financement prévisible sur la période du cycle d'investissement nécessaire (cf. la préconisation n°16 du rapport n°703 de la MECSS du Sénat de l'année 2012).

Proposition n°44 : Répertorier clairement dans le PGFP, dans un volet dédié, les équipements nécessitant un financement spécifique, les équipements de télémédecine, et les équipements lourds soumis à autorisation ministérielle.

Proposition n°45 : Créer dans chacune des 13 futures régions un GIP (groupement d'intérêt public) de financement de la modernisation des équipements hospitaliers publics et de la diffusion des innovations médicales associant la Région, les métropoles, l'Etat et les établissements publics de santé.

Proposition n°46 : Stimuler la réactivité décisionnelle en mettant en place des procédures simplifiées de décision.

Proposition n°47 : Juguler l'instabilité tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité en insérant l'évolution des tarifs dans une perspective pluriannuelle.

Proposition n°48 : Mettre en place des dispositifs de contractualisation entre les ARS et les établissements pour les projets de développement de nouvelles activités.

11ème VOLET : Approche du coût global des préconisations retenues par la mission et suggestions pour son financement

I/ Approche du coût global des préconisations

La mission s'est attachée, dans la conduite de ses travaux, à tenir compte de la dimension financière des propositions qu'elle préconise. Elle ne pouvait cependant conduire, dans le temps et avec les moyens dont elle disposait, d'étude d'impact organisationnel et budgétaire de chacune de ses préconisations. La ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes mesurera plus précisément le coût des préconisations qu'elle entendra retenir avec les moyens d'expertise, moins frustrés que ceux de la mission, qui sont à sa disposition.

D'ores et déjà, la mission suggère que, compte tenu du contexte économique de notre pays et du coût global des préconisations qu'elle présente, ainsi que de l'impact organisationnel qu'entraînerait l'application de certaines d'entre elles (par exemple la réorganisation du temps de travail des médecins), un calendrier de mise en œuvre soit

négocié entre les autorités ministérielles, les représentants des institutions hospitalières (FHF, conférences...), et les organisations syndicales de praticiens hospitaliers.

Pour la mission, cette mise en œuvre ne saurait se faire sur une période inférieure à cinq exercices budgétaires et doit tenir compte prioritairement de l'organisation des activités dans les zones en tension.

Pour couvrir le coût des mesures préconisées par la mission, celle-ci propose d'assumer une montée en charge sur 5 exercices budgétaires, en ciblant dans un premier temps les zones géographiques en tension, pour les mesures qui s'y prêtent.

II/ Suggestions de nature à financer la mise en œuvre des préconisations de la mission et à dégager, au-delà, des marges de manœuvre importantes dans le champ de l'économie de la santé.

1/ Opérer un remodelage ambitieux de l'offre publique de soins dans le cadre d'une territorialisation réussie

Tout d'abord, il ne peut être nié qu'en plus des dotations qu'il sera possible d'apporter aux hôpitaux publics lors de chaque campagne budgétaire, sur la période concernée par la mise en œuvre des préconisations de la mission, ceux-ci doivent accroître la maîtrise de leurs dépenses de fonctionnement, quel que soit le rééquilibrage (souhaitable) de leur mode de financement la tarification à l'activité (T2A) et les dotations (MIGAC, FIR...).

Ensuite, cet effort supplémentaire d'adaptation des hôpitaux doit se faire dans le cadre d'une territorialisation réussie. Celle-ci appelle, selon la mission, un remodelage « courageux » de l'offre publique de soins, par exemple en matière de maintien ou non de plateaux techniques (blocs opératoires, blocs obstétricaux...). Certains ne se justifient plus tant sur le plan médical que sur celui de leur sécurité pour les patients ou encore de leur fréquentation au regard du coût prohibitif de leur maintien. Ils n'ont plus lieu d'être pérennisés et les établissements considérés doivent être reconvertis pour prendre en charge d'autres besoins dans le champ de la santé, du médico-social et du social. Ces établissements peuvent par

exemple devenir des solutions d'aval (soins de suite et de réadaptation, long séjour...) ou servir de support au développement de consultations avancées de médecins spécialistes, afin de favoriser l'accès aux soins dans tous les territoires. Il convient également de rationaliser l'organisation de la permanence des soins dans le cadre d'une organisation territoriale des lignes de garde et d'astreintes. Certains plateaux techniques pourraient par exemple n'ouvrir qu'en journée ou en semaine, notamment pour développer une chirurgie ambulatoire de proximité permettant de concrétiser le fameux « virage ambulatoire » promu par les pouvoirs publics, la permanence des soins la nuit et les week-ends pouvant être assurée par le principal centre hospitalier du territoire. Des discussions responsables avec les élus locaux des territoires d'assise de ces établissements sont possibles, car les élus locaux qui ont la confiance des populations qu'ils représentent sont des citoyens responsables. Elles doivent être conduites sans laxisme dans un climat de confiance éloigné de toute démagogie électoraliste et/ou de sensationnalisme médiatique.

D'autres plateaux techniques, au contraire, doivent être renforcés, notamment au niveau des effectifs de leurs équipes médicales mais aussi de la qualité et de la modernité de leurs équipements.

Tout ceci doit être pensé et conduit sur la base de projets médicaux de territoire partagés, cohérents et pertinents dans chacun des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de discussion au Parlement.

Des économies intelligentes et responsables en matière de dépenses de santé, bien que difficilement chiffrables aujourd'hui, ne manqueront pas d'être induites par ce remodelage de l'offre publique de soins dans le cadre évolutif d'une territorialisation réussie qui entend contribuer (dans le cadre de la politique de santé concernant aussi, bien évidemment, l'offre des établissements privés et la médecine de ville) à assurer l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins et concourir à l'objectif d'équité territoriale tenant compte des spécificités démographiques, géographiques, et saisonnières de certains territoires.

Proposition n°49 : Opérer un remodelage ambitieux de l'offre publique de soins, dans le cadre d'une territorialisation réussie s'appuyant sur les acteurs et les élus locaux, permettant : de supprimer les plateaux techniques qui ne se justifient plus et de reconvertir les sites hospitaliers

concernés dans d'autres activités qui seront de plus en plus nécessaires compte tenu du vieillissement de la population (consultations avancées, SSR, long séjour, EHPAD...) ; de supprimer ou mutualiser certaines lignes de garde et d'astreintes...

2/ Les économies attendues d'une maîtrise renouvelée de l'emploi médical temporaire à l'hôpital

Les préconisations de la mission s'inspirant ; d'une part, de celles avancées dans le rapport du député Olivier VERAN (décembre 2013) ayant trait à « l'essor et les dérives du marché médical temporaire à l'hôpital public » et notamment des propositions exposées en axes 3 et 4 de ce rapport, axes intitulés « améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital » et « réguler le marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital pour stopper les abus et améliorer la connaissance du secteur » ; d'autre part, des dispositions du projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen au Parlement.

Le coût total (direct et indirect) de l'intérim et des recrutements de contractuels sur des grilles coûteuses pour l'hôpital avoisinerait selon

Olivier VERAN les 500 millions d'euros par an. Selon l'évaluation de la mission, le coût direct du seul intérim médical peut être estimé à environ 15% de celui rapporté dans l'étude en cause, ce qui est déjà beaucoup (75 millions d'euros).

Une part de cette dépense, que l'on peut estimer à 30 millions d'euros, devrait être économisée pour la mise en œuvre des mesures faisant l'objet de nos préconisations dans une première étape. Dans une deuxième étape, lorsque les groupements hospitaliers de territoire seront complètement fonctionnels, l'économie attendue pourrait effectivement être de 50 à 75 millions d'euros.

Proposition n°50 : Réorienter les économies attendues d'une maîtrise renouvelée de l'emploi médical temporaire à l'hôpital vers le financement des mesures d'attractivité préconisées par la mission.

3/ Suggestions en direction des domaines sensibles touchant le cœur du financement de notre système de santé et hors hôpital

Un effort d'une nature différente est aussi suggéré par la mission ; effort qui vise, cette fois, des domaines touchant des secteurs très sensibles pour les acteurs du monde de la santé. Il s'agit de certains éléments constitutifs du financement des soins des usagers du système de santé, dans le public comme dans le secteur libéral. Ces éléments sont aussi à la source des ressources des acteurs du monde de la santé.

Il devient urgent d'investiguer ces domaines et d'initier des réformes car ils renferment d'importantes sources d'économies pour l'assurance maladie, pour les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance), et pour les patients eux-mêmes.

Cet effort requerra une démarche volontariste et pérenne, notamment de la part des autorités ministérielles et des responsables de l'assurance maladie. Nous répertorions ci-dessous quelques uns de ces domaines qu'il semble à la mission urgent d'évoquer pour qu'ils soient traités.

Rénover la gestion de la nomenclature des actes médicaux

La mission, après avoir auditionné l'ancien directeur des hôpitaux Jean De Kervasdoué, professeur émérite au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), a pris connaissance de son dernier ouvrage portant sur

le revenu des professions de santé¹² et a croisé ces informations avec d'autres, obtenues par l'intermédiaire des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat. La mission peut avancer qu'une gestion plus dynamique de la nomenclature des actes médicaux serait source de fortes économies générées par l'effacement de rentes de situations injustifiables.

La mission fait sienne les remarques de Jean De Kervasdoué et des coauteurs de son ouvrage, publié avec le concours de la Mutualité Française, tant sur une gestion plus dynamique de la nomenclature des actes que sur la stimulation de la recherche sur le calcul des tarifs (cf. annexe XI).

Par ailleurs, le niveau de certains tarifs pour des actes techniques pourrait être réinterrogé au regard de la concurrence parfois impossible à soutenir pour les hôpitaux publics qui rencontrent de plus en plus de difficultés à recruter des praticiens dans certaines spécialités, par exemple en radiologie. Selon une étude de la FHF (voir annexe XII), 40 % des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont vacants alors que ce chiffre

¹² Laurence HARTMAN, Jean-Marc MACE, Kieke OKMA, *Le revenu des professions de santé*, Economica, Paris, 2014. Laurence HARTMAN est maître de conférences en sciences économiques au CNAM ; Jean-Marc MACE est professeur en géographie de la santé au CNAM ; Kiek OKMA est professeur associé à l'université de New York et membre de la *National Academy of Social Insurance*.

n'était que de 10% il y a 15 ans. L'alerte est sérieuse de voir disparaître cette spécialité des hôpitaux publics alors que s'annonce le départ à la retraite de 1500 radiologues PH temps plein.

Pour éviter cela, il reste possible de prendre en considération les propositions de la commission « imagerie » de la Fédération Hospitalière de France (FHF)¹³.

Par ailleurs, il serait opportun de bloquer l'évolution, voire de diminuer, les tarifs de certains actes techniques en rapport avec les gains de productivité réalisés (voir annexe XI). Outre l'économie réalisée par l'assurance maladie, cela permettrait d'éviter une véritable hémorragie de praticiens hospitaliers en direction du secteur libéral pour des raisons financières (auxquelles sont aussi sensibles, lors de leurs choix de modes d'exercice, nombre de médecins spécialistes en fin de formation pour les disciplines concernées).

4/ Limiter les actes inutiles dans le champ de la santé

Lutter contre les comportements d'induction de la demande

¹³ Voir en annexe XII cette contribution adressée au ministère de la santé dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé par le Parlement. Des amendements d'origine gouvernementale ou parlementaire sont encore possibles au niveau de son examen par le Sénat.

Lors des rencontres sociales de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques » du 16 avril 2015 à Paris (auxquels participait le responsable de cette mission) qui portaient sur la thématique suivante : « *La médecine de ville libérale en France : entre équité et efficacité, quelles impacts du vieillissement* », il a été souligné l'hypothèse émise par des économistes de comportements individuels de certains médecins comme les comportements d'induction de la demande.

De tels comportements impactent l'évolution des dépenses de santé d'une manière non négligeable. Il conviendrait de les limiter, si ce n'est de les faire disparaître, dans l'espoir d'une gestion maîtrisée de ces dépenses avec le souci d'orienter les économies générées vers le financement d'autres priorités en matière de besoins à couvrir dans le champ de la santé. Nous renvoyons en annexe l'extrait d'un document remis aux participants de ces rencontres sociales ayant trait à cette problématique (ANNEXE XIII).

Améliorer la pertinence des soins et des séjours d'hospitalisation

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (commission des affaires sociales du Sénat) a rédigé en 2012, un rapport n°703 intitulé « *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* »

dont le responsable de cette mission était l'un des deux corédacteurs. S'agissant de cette question essentielle de lutte contre les actes inutiles et pour l'amélioration de la pertinence des soins et des séjours hospitaliers, le rapport précité a développé toute une argumentation mettant en exergue que nombre d'actes médicaux ne sont pas pleinement justifiés.

Ce rapport souligne notamment que « *selon une enquête menée par la FHF, appuyée sur un sondage réalisé auprès de 803 médecins hospitaliers et libéraux, sondage intitulé "les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés" et publié le 4 juillet 2012, il apparaîtrait que 28% des actes médicaux ne seraient pas « pleinement justifiés »*. Les médecins sondés expliquent ce phénomène principalement par la demande des patients et par le risque médico-judiciaire, mais aussi par les insuffisances de la formation initiale, l'absence de référentiel et de contrôle des pratiques, et par les incitations économiques.

Le rapport de la MECSS du Sénat souligne que l'enquête de la FHF « *confirme le sentiment recueilli par la MECSS d'un nombre élevé mais non évalué précisément d'actes inutiles* » et que « *nombre de médecins rencontrés durant les travaux se sont régulièrement fait l'écho de cette préoccupation* ». Ces actes inutiles sont naturellement à la fois très

coûteux pour la société, peuvent présenter des inconvénients pour les patients eux-mêmes, et risquent de réduire inutilement le temps médical dans un contexte démographique défavorable. Le rapport de la MECSS poursuit en évoquant également le cas de certaines pratiques divergentes des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et des sociétés savantes¹⁴.

Dans son argumentation, le rapport de la MECSS fait état des remarques et préconisations allant dans le même sens de l'assurance maladie (voir rapport sur les charges et produits de l'année 2013). La MECSS soulève aussi la vaste question de la pertinence des séjours : la coordination des différents acteurs, la disponibilité de places en aval de la prise en charge sanitaire ou encore les alternatives à l'hospitalisation.

Notre mission insiste pour que les propositions de la MECSS du Sénat, votées à l'unanimité par la Haute assemblée, soient prises en considération avec le maximum d'opérationnalité, car elles sont de nature à apporter des économies financières extrêmement substantielles, mais

¹⁴ Voir par exemple les travaux présentés par le revue hospitalière de France par le professeur René MORNEX, président de la commission chargé de travailler sur la pertinence des actes médicaux, n°537 de novembre-décembre 2010, travaux s'inscrivant dans une étude conduite par la FHF entre décembre 2009 et septembre 2010.

aussi des économies de temps médical et paramédical, et bien évidemment à conforter les meilleurs prises en charge pour les patients :

- Développer les référentiels de la Haute Autorité de Santé pour le plus grand nombre de pathologies.
- Créer des observatoires de la qualité et de la pertinence des soins au sein des ARS.
- Revoir la question de la couverture assurantielle des praticiens et des établissements afin d'éviter la multiplication des actes destinés à une couverture médico-légale.
- Faire évoluer la médecine « expertale » pour la rapprocher de l'exercice en situation.
- Intégrer la dimension médico-économique et la pertinence des actes dans les études de santé initiales, mais aussi continues (médecins, infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes).

Certaines de ces préconisations, dont l'impact économique-financier positif est important, pourraient faire l'objet d'amendements gouvernementaux lors du passage devant la Haute Assemblée du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Proposition n°51 : Développer les référentiels de la Haute Autorité de Santé pour le plus grand nombre de pathologies.

Proposition n°52 : Créer des observatoires de la qualité et de la pertinence des soins au sein des ARS.

Proposition n°53 : Revoir la question de la couverture assurantielle des praticiens et des établissements afin d'éviter la multiplication des actes destinés à une couverture médico-légale.

Proposition n°54 : Faire évoluer la médecine « expertale » pour la rapprocher de l'exercice en situation.

Proposition n°55 : Intégrer la dimension médico-économique et la pertinence des actes dans les études de santé initiales, mais aussi continues (médecins, infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes).

5/ Poursuivre le développement d'une culture de l'efficiencia dans les établissements de santé publics, gage d'économies continues qui pourront être réinvesties pour permettre de répondre aux besoins des malades, le premier de ces besoins étant de mettre en face de ceux-ci un

praticien hospitalier et des équipes médicales et de soins compétentes, formées et suffisamment étoffées en nombre pour ce faire.

Il est nécessaire de travailler sur les écarts de coût et de production de soins, qui sont toujours très importants entre les établissements d'une même catégorie. Ainsi, la mission MALLOT-MORANGE de la MECSS de l'Assemblée Nationale dans son rapport n°2556 de juin 2010 intitulé, *« Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner »* relève que *« dans l'échantillon des établissements étudiés, il ressort que pour générer la même recette issue de la tarification à l'activité (T2A), avec le même nombre de journées ou de lits dans la même spécialité, il faut à certains hôpitaux quatre fois plus de médecins qu'à d'autres et jusqu'à 15 fois dans les maternités. Dans les services d'accueil des urgences (SAU) les écarts concernant les personnels non médicaux vont de 1 à 5 et le coût d'une ligne de garde pour 5000 passages peut varier de 1 à 12 (de 16 000 euros à 200 000 euros, la moyenne étant de 86 000 euros). Les écarts de coût de permanence des soins peuvent être encore plus élevés. »* Cela pose la question de l'adaptation des moyens à l'activité qui doit donner lieu à une vigilance permanente des directions des établissements et du corps médical.

Pour sa part, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) estime, sur la base de travaux d'expertise et d'audit hospitaliers, que l'écart moyen de coût global lié à une insuffisance de l'organisation est d'au moins 25% entre un établissement très performant et les autres.

Il faut favoriser la culture de l'adaptation permanente et assurer le suivi des préconisations et des mesures décidées à l'issue des audits de performance médico-économiques régulièrement sollicités par les établissements. Ce suivi précis doit être également partagé par les équipes médicales, paramédicales et médico-techniques concernées. Il doit faire l'objet de rendez-vous programmés et permettre d'analyser aussi précisément que possible les résultats obtenus, les progrès accomplis (à positiver), et les insuffisances et les écarts par rapport à d'autres organisations comparables. Cela suppose, évidemment, que les structures d'activités disposent d'outils de gestion et de pilotage programmés.

Proposition n°56 : Travailler sur les écarts entre les coûts de production de soins entre établissements d'une même catégorie.

6/ Améliorer la gestion des blocs opératoires

La mission de la MECSS de l'Assemblée Nationale insiste dans son rapport précité sur le fait que « *l'activité chirurgicale structure en grande partie l'organisation des hôpitaux, en particulier les plus grands comme les centres hospitaliers régionaux ou universitaires. A l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, par exemple, l'activité chirurgicale représente près de 30% des lits installés et des entrées. Or des études montrent des différences très importantes entre les établissements, en ce qui concerne le nombre annuel d'interventions par anesthésiste et le nombre annuel d'interventions rapportées au personnel non médical affecté aux blocs opératoires* ».

Des réorganisations souvent techniquement simples peuvent permettre d'améliorer l'utilisation des salles. L'informatisation des blocs et une meilleure programmation des interventions peuvent permettre d'augmenter le taux d'occupation des salles d'opération (les taux constatés sont souvent inférieurs aux taux cibles de 85%) et d'éviter de réduire sensiblement les taux de débordement qui correspondent à l'utilisation des salles au-delà des horaires d'ouverture réglementées (le

taux cible est de 5%). La mise en place de blocs opératoires communs et la mutualisation des salles, voire des équipes, peuvent aussi permettre d'élargir les périodes d'ouverture des blocs. Il paraît aussi opportun de généraliser la mise en place des conseils de bloc, avec définition des chartes de bloc mentionnant explicitement les horaires d'ouverture.

Tous les acteurs hospitaliers (et pas seulement les responsables de l'établissement) doivent se sentir concernés par les marges substantielles d'amélioration du fonctionnement des blocs et doivent en retour en retirer bénéfice, y compris sur le plan de la redistribution (à négocier dans le cadre de contractualisation basée sur des processus d'évaluation consensuellement établis)

On ne peut ici évoquer avec exhaustivité ces actions d'optimisation des modes d'organisation ou de prise en charge des patients, gages d'efficience, mais les hospitaliers doivent être convaincus de leurs retombées positives pour dégager des moyens financiers. Une fraction conséquente pourra être réallouée au financement de priorités des établissements, telles que les différentes mesures préconisées par la mission pour maintenir l'attractivité de l'exercice médical dans nos

hôpitaux publics, de façon à fidéliser les équipes médicales en place et à recruter de nouveaux praticiens.

Proposition n°57 : Améliorer la gestion des blocs opératoires dans les établissements publics de santé.

* *

*

CONCLUSION

L'engagement par les pouvoirs publics d'une stratégie visant à améliorer l'attractivité de l'exercice médical sert un objectif : mettre un médecin en face de chaque patient qui confie ses problèmes de santé à l'hôpital public.

Les préconisations suggérées par la mission n'auraient pas pu voir le jour sans les nombreux travaux conduits antérieurement. Ils sont aussi le fruit d'un travail collectif ayant notamment associé les représentants des praticiens, des institutionnels, de l'administration et des directeurs d'hôpital. La mission tient à souligner l'excellent climat dans lequel s'est déroulé ce travail, qui démontre que les professions et acteurs du monde de la santé, que l'on tend trop souvent à opposer les uns aux autres, peuvent travailler ensemble.

La confrontation des ressentis et des positions des uns et des autres n'a pas empêché le niveau des débats de s'élever et a permis de dégager des préconisations d'intérêt général, susceptibles de renforcer l'attractivité des hôpitaux publics tout en recherchant l'efficience. Le coût

nécessaire de certaines mesures préconisées par la mission doit être replacé dans une approche plus large du financement de la santé. Leur application volontaire et continue par l'administration et les professionnels des établissements publics de santé permettra de redonner confiance à l'hôpital et dans l'hôpital.

La mission propose donc à Mme la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, de s'emparer de ces propositions, dans l'espoir qu'elles permettent aux établissements d'attirer les jeunes médecins et de fidéliser ceux en place, afin de pouvoir continuer à accueillir la population qui, dans sa grande majorité, (85% selon un sondage récent) désire toujours, en cas de nécessité, avoir recours à l'hôpital public.

ANNEXES

ANNEXE I : Synthèse des préconisations de la mission

VOLET n°1 – Pallier le choc démographique dans le corps des praticiens hospitaliers par des mesures immédiates

- ✓ **Proposition n°1** : Anticiper l'effet du recul de l'âge de départ en **retraite** sur l'âge limite de la prolongation d'activité afin de **permettre un exercice jusqu'à l'âge de 72 ans** (soumis à un avis du médecin du travail et sous réserve de l'accord du directeur et du président de la CME).
- ✓ **Proposition n°2** : Assouplir les modalités du **cumul emploi/retraite** (soumis à un avis du médecin du travail et sous réserve de l'accord du directeur et du président de la CME).

VOLET n°2 – Relever le défi de l'emploi médical temporaire

1- Assainir le recours au marché de l'emploi médical temporaire

- ✓ **Proposition n°3** : Assurer un suivi précis des dépenses d'intérim.
- ✓ **Proposition n°4** : Plafonner le recours à l'intérim à l'échelle d'un même établissement.
- ✓ **Proposition n°5** : Rappeler la réglementation statutaire relative au cumul d'activités.
- ✓ **Proposition n°6** : Soumettre les sociétés d'intérim médical à un agrément délivré par le CNG.

2- Créer des pools de praticiens hospitaliers remplaçants

- ✓ **Proposition n°7** : Créer dans chaque région un ou des pools, composés de praticiens hospitaliers remplaçants rémunérés par le CNG, qui seraient organisés dans le cadre des GHT (un bilan annuel devant être présenté aux ARS et aux commissions régionales paritaires). Une surrémunération de 1000 € net par mois serait versée au praticien.

VOLET n°3 – Simplifier et fluidifier le recrutement

1- A court terme

- ✓ **Proposition n°8 : Conforter la « Bourse de postes »** mise en place par la FHF en relayant à la fois les offres d'emploi de la FHF et les postes publiés au CNG via les Plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) des ARS, en associant à chaque offre publiée un profil de poste.
- ✓ **Proposition n°9 : Rendre possible pour des candidats souhaitant exercer à temps partiel de postuler sur un poste publié comme temps plein.**
- ✓ **Proposition n°10 : Autoriser les établissements à rémunérer les praticiens contractuels qui s'engagent à servir dans l'établissement pour une période de 5 ans à un niveau supérieur au maximum fixé par la réglementation** (par exemple au 6^e échelon + 10%).

2- A moyen terme

- ✓ **Proposition n°11** : Entamer avec les organisations syndicales **une réflexion sur le concours de praticien hospitalier.**

3- Elargir la possibilité de recrutement de médecins hors UE aux Antilles

- ✓ **Proposition n°12** : Elargir la possibilité de recrutement de **médecins hors UE aux Antilles** pour permettre de recruter des médecins du bassin caribéen (Haïti, Cuba, Brésil...) comme c'est déjà le cas au Guyane.

VOLET n°4 – Dynamiser les carrières des praticiens hospitaliers

1- Améliorer la rémunération des PH en début de carrière

- ✓ **Proposition n°13** : Revaloriser les 5 premiers échelons de la grille indiciaire.
- ✓ **Proposition n°14** : Prendre en compte à hauteur de 50% les années effectuées en tant qu'interne dans le calcul de l'ancienneté.

2- Réformer les régimes indemnitaires des praticiens

- ✓ **Proposition n°15** : Créer une prime de solidarité territoriale, se substituant à l'indemnité d'exercice multi-établissements (prime multi-site), qui s'articulerait autour d'une **part fixe d'équipe** (d'un montant minimum de 100€ mensuel, doublé pour les équipes en tension identifiées par les GHT en lien avec les ARS), **attribuée à tous les praticiens qui s'engagent dans une équipe médicale de territoire**, et d'une **part individuelle**, modulable selon le degré de

territorialité de la pratique (appliquer différents critères selon un référentiel national). Cette prime de solidarité territoriale serait **attribuée par l'établissement support de la GHT et non plus par l'ARS**, qui dresserait un bilan annuel présenté aux CRP.

- ✓ **Proposition n°16** : Attribuer l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux PH en période probatoire (et autoriser ces praticiens à exercer une activité libérale).
- ✓ **Proposition n°17** : Mettre en extinction le statut de clinicien hospitalier et la prime complémentaire variable.
- ✓ **Proposition n°18** : Maintenir à titre transitoire l'indemnité pour postes prioritaires.
- ✓ **Proposition n°19** : Compenser le temps consacré aux mandats et responsabilités institutionnels (président de CME, chef de pôle).

Et concernant plus particulièrement **les indemnités liées à la permanence des soins** :

- ✓ **Proposition n°20** : Aligner la rémunération du temps de travail additionnel « de nuit » sur le temps de travail additionnel « de jour ».
- ✓ **Proposition n°21** : Revoir les astreintes de sécurité (les supprimer ou les transformer en astreintes opérationnelles).
- ✓ **Proposition n°22** : Réserver la forfaitisation des astreintes aux seuls actes à distance de télé médecine ou de téléradiologie.

3- Elaborer un dispositif de reconversion professionnelle

- ✓ **Proposition n°23** : Elaborer un dispositif statutaire de reconversion professionnelle pour les personnels statutaires.

VOLET n°5 – Dynamiser les parcours professionnels

- ✓ **Proposition n°24** : Elaborer des profils de poste complets et détaillés, définissant les missions et objectifs attendus du praticien,

permettant la mise en œuvre d'un contrat d'engagement pour chaque praticien et soumis à une évaluation périodique.

- ✓ **Proposition n°25** : Reconnaître la pluralité des missions confiées aux praticiens hospitaliers (enseignement, recherche, management, responsabilités institutionnelles...).
- Rémunérer l'enseignement en s'appuyant sur le FIR et les Régions ;
 - Rémunérer la recherche en mobilisant les Régions (sur le modèle des contrats d'interface INSERM).

VOLET n°6 – Préciser les règles de décompte du temps de travail

- ✓ **Proposition n°26** : Sur la base d'un temps de travail hebdomadaire de 48 heures maximum, maintenir un socle statutaire commun permettant deux organisations possibles du temps de travail pour les praticiens hospitaliers : les demi-journées et le décompte

horaire (déjà prévu pour les urgentistes dans les conditions précisées par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014, et pouvant être étendu à d'autres structures où prédominent les activités en travail posté ou en permanence des soins, lorsque les équipes médicales en font la demande, sur proposition de la CME et après avis de la COPS, et en cas de litige de la CRP).

- ✓ **Proposition n°27 : Renforcer le suivi individuel du temps de travail des praticiens**, quelle que soit l'organisation du temps de travail à laquelle ils sont soumis.

- ✓ **Proposition n°28 : Confier aux chefs de service ou responsables d'unités la responsabilité de la bonne application des règles du temps de travail**, de la transparence des répartitions du travail sous ses différentes formes, de leur réalisation, et de la répartition équilibrée des sujétions diverses.

- ✓ **Proposition n°29 : Reconnaître en soirée** (par exemple entre 18h30 et 22h30), lorsque l'activité le justifie, **une 5e demi-journée par 24 heures.**
- ✓ **Proposition n°30 : Garantir une autonomie aux praticiens par une contractualisation** se déclinant successivement de la manière suivante :
- **un contrat de pôle ;**
 - **un contrat collectif d'équipe**, établissant les ressources de chaque équipe, service ou unité ;
 - **un contrat individuel d'engagement conclu par chaque praticien**, rappelant que **ce dernier consacre directement ou indirectement 80% de ses obligations de service à son unité ou à son service** dans le cadre du contrat collectif d'équipe, et précisant les conditions selon lesquelles il peut par ailleurs consacrer les 20% restant, soit à une activité libérale déjà prévue par la réglementation, soit à diverses activités d'intérêt collectif.

- ✓ **Proposition n°31** : Permettre l'exercice d'une activité d'intérêt collectif au-delà de 20% des obligations de service pour **reconnaître à un praticien une valence d'exercice.**

VOLET n°7 – Retrouver l'esprit originel du développement professionnel continu

- ✓ **Proposition n°32** : Refonder le sens du DPC, sans pour autant marginaliser la réponse aux besoins courants en formation médicale continue, en suivant les recommandations étoffées du groupe de travail spécifique conduit par la DGOS, que la mission reprend dans son rapport.

VOLET n°8 – Améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail

1- Améliorer l'accueil des médecins dans l'hôpital

- ✓ **Proposition n°33** : s'approprier et mettre en œuvre la charte de l'accueil des internes de la FHF
- ✓ **Proposition n°34** : Formaliser un accueil des nouveaux praticiens dans l'hôpital au niveau de la direction des affaires médicales

2- Favoriser la qualité de vie au travail

- ✓ **Proposition n°35** : Renforcer la représentation du personnel médical au CHSCT (créer une section hygiène, sécurité, conditions de travail au sein de la CME dont le responsable serait membre de droit du CHSCT de l'établissement, en plus du représentant de la CME déjà présent dans cette instance) et envisager à plus long terme la mise en place d'une représentation syndicale pluriprofessionnelle comprenant les médecins dans les CHSCT.
- ✓ **Proposition n°36** : Intégrer un volet consacré aux praticiens dans le projet social.

- ✓ **Proposition n°37 : Renforcer le lien entre qualité de vie et qualité des soins dans le cadre des équipes médicales** en s'inspirant des expérimentations positives du programme « PACTE » de la HAS.
- ✓ **Proposition n°38 : Développer un management de proximité du personnel médical**, visant une répartition équilibrée des tâches et des différentes sujétions entre tous les praticiens de l'équipe, et former dans cette optique les chefs de service.
- ✓ **Proposition n°39 : Ouvrir le comité de gestion des œuvres sociales aux praticiens** et permettre l'accueil de leurs enfants dans les crèches et les garderies dans les établissements où elles existent.
- ✓ **Proposition n°40 : de développer la pratique d'une activité physique pour les personnels hospitaliers**, médicaux comme paramédicaux, par exemple en aménageant des salles dédiées à cette activité.

VOLET n°9 – Revaloriser le rôle du corps médical dans la gestion de l'hôpital

- ✓ **Proposition n°41** : Réaffirmer l'importance du rôle du corps médical dans la gouvernance hospitalière en réévaluant la place de ses représentants dans les exécutifs des établissements publics de santé.

- ✓ **Proposition n°42** : Reconnaître sans ambiguïté, dans l'organisation interne des établissements, les équipes médicales comme « socles » à partir desquels l'organisation s'articule pour réguler et développer l'activité hospitalière.

- ✓ **Proposition n°43** : S'assurer que l'organisation interne en pôles d'activité soit bien en cohérence médicale et en conformité avec le projet médical de l'établissement, et attester cette conformité par un contreseing du président de la CME aux contrats de pôles signé entre le directeur de l'établissement et les chefs de pôle (et le cas échéant par le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical).

VOLET n°10 – Porter les plateaux techniques et équipements médicaux des établissements publics de santé au plus haut niveau de l'excellence et stimuler en permanence la réactivité des décisions, internes et externes, permettant d'atteindre cet objectif prioritaire pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et pleinement satisfaire ses usagers.

- ✓ **Proposition n°44** : Répertorier clairement dans le PGFP, dans un volet dédié, les équipements nécessitant un financement spécifique, les équipements de télémédecine, et les équipements lourds soumis à autorisation ministérielle.
- ✓ **Proposition n°45** : Créer dans chacune des 13 futures régions un GIP (groupement d'intérêt public) de financement de la modernisation des équipements hospitaliers publics et de la diffusion des innovations médicales associant la Région, les métropoles, l'Etat et les établissements publics de santé.
- ✓ **Proposition n°46** : Stimuler la réactivité décisionnelle en mettant en place des procédures simplifiées de décision.

- ✓ **Proposition n°47** : Juguler l'instabilité tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité en insérant l'évolution des tarifs dans une perspective pluriannuelle.
- ✓ **Proposition n°48** : Mettre en place des dispositifs de contractualisation entre les ARS et les établissements pour les projets de développement de nouvelles activités.

VOLET n°11 – Approche du coût global des préconisations retenues par la mission suggestions pour son financement

Pour couvrir le coût des mesures préconisées par la mission, celle-ci propose d'assumer **une montée en charge sur 5 exercices budgétaires**, en ciblant dans un premier temps les zones géographiques en tension, pour les mesures qui s'y prêtent.

La mission formule par ailleurs des suggestions de nature à financer la mise en œuvre de ces préconisations et à dégager, au-delà, des marges de manœuvre importantes dans le champ de l'économie de la santé :

- ✓ **Proposition n°49** : Opérer un remodelage ambitieux de l'offre publique de soins, dans le cadre d'une territorialisation réussie s'appuyant sur les acteurs et les élus locaux, permettant : de **supprimer les plateaux techniques qui ne se justifient plus** et de reconvertir les sites hospitaliers concernés dans d'autres activités qui seront de plus en plus nécessaires compte tenu du vieillissement de la population (consultations avancées, SSR, long séjour, EHPAD...) ; de **supprimer ou mutualiser certaines lignes de garde et d'astreintes...**

- ✓ **Proposition n°50** : Réorienter les économies attendues d'une maîtrise renouvelée de l'emploi médical temporaire à l'hôpital vers le financement des mesures d'attractivité préconisées par la mission.

Il convient également d'engager **un travail d'investigation sur le financement de notre système de santé à l'hôpital comme en dehors de l'hôpital**, visant à limiter les actes inutiles, à rénover la gestion de la

nomenclature des actes médicaux, à lutter contre les comportements d'induction de la demande... La mission suggère en particulier les préconisations suivantes :

- ✓ **Proposition n°51** : Développer les référentiels de la Haute Autorité de Santé pour le plus grand nombre de pathologies.
- ✓ **Proposition n°52** : Créer des observatoires de la qualité et de la pertinence des soins au sein des ARS.
- ✓ **Proposition n°53** : Revoir la question de la couverture assurantielle des praticiens et des établissements afin d'éviter la multiplication des actes destinés à une couverture médico-légale.
- ✓ **Proposition n°54** : Faire évoluer la médecine « expertale » pour la rapprocher de l'exercice en situation.
- ✓ **Proposition n°55** : Intégrer la dimension médico-économique et la pertinence des actes dans les études de santé initiales, mais aussi continues (médecins, infirmières, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes).

Enfin, des progrès restent à faire en matière de productivité dans les hôpitaux publics :

- ✓ **Proposition n°56** : Travailler sur les écarts entre les coûts de production de soins entre établissements d'une même catégorie.

- ✓ **Proposition n°57** : Améliorer la gestion des blocs opératoires dans les établissements publics de santé.

ANNEXE II : Bibliographie

Rapports parlementaires

Jean MALLOT, « *Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner* », Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, juin 2010

Alain MILON, Jacky LE MENN, « *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* », Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, Rapport d'information n°703, 2011-2012

Jacky LE MENN, Alain MILON, « *Les Agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance* », Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, Rapport d'information n°400, 2013-2014

Olivier VERAN, « *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public* », Assemblée Nationale, décembre 2013

Autres rapports

IGAS, CGES, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, janvier 2009

François AUBART, Didier DELMOTTE, Alain JACOB, Jean-Pierre PRUVO, Danielle TOUPILLIER, Olivier VERAN, *Exercice médical à l'hôpital. Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, septembre 2011

IGAS, *L'Hôpital*, La documentation française, 2012

Edouard COUTY, *Le Pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013

Fédération Hospitalière de France, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, commission permanente de l'attractivité de la FHF, mai 2014

SNPHARe, *Rapport-qui-pique*, 2015

Travaux académiques, ouvrages, et articles de revues

François DANET, *Où va l'hôpital*, Desclée de Brouwer, Paris, 2008

Evangeline PERSONENI, *Pour l'émergence d'une nouvelle politique des ressources humaines médicales : des parcours professionnels individualisés au service d'une offre de soins territorialisée*, EHESP, Rennes, 2010

Antoine BREZIN, « Éviter le déclin de la chirurgie dans les Centres hospitaliers universitaires », *Commentaire*, n°133, mars 2011

Bertrand MAS, Frédéric PIERRU, Nicole SMOLSKI, Richard TORIELLI, *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, Broissieux, 2011

Alain SUPLOT, *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France 2012-2014*, Fayard – Poids et Mesures du monde, 2015

Gisèle CALMES, Sylvia BENZAKEN, Francis FELLINGER, Roland OLLIVIER, Sylvie PERON, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2013

Didier TABUTEAU, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013

François-Jérôme AUBERT, *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin*, thèse de doctorat en sciences politiques présentée et soutenue publiquement, Centre Emile Durkheim (IEP de Bordeaux), 28 novembre 2014

Laurence HARTMAN, Jean-Marc MACE, Kieke OKMA, sous la direction de Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, Economica et la Mutualité Française, Paris, 2014

Arnaud COLLIN, Quentin DEMANET, Erwann PAUL, « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions Hospitalières*, n°544, mars 2015

David PINEY, Jacques HUBERT, Christophe BLANCHARD, « Équipe médicale de territoire en urologie. Un modèle d'avenir », *Revue Hospitalière de France*, n°563, mars-avril 2015

Documentation de la HAS

HAS, Cahier des charges de l'expérimentation du PACTE, Mission sécurité du patient, février 2014

ANNEXE III : Lettre de mission



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Le Ministre

Paris le 25 NOV. 2014

1 AR - 07306-FR-Ms-D13-3025

Monsieur, *Cher Jacky,*

Le rapport parlementaire relatif à l'intérim médical publié en décembre dernier mettait en exergue les difficultés en matière de recrutement médical des établissements publics de santé et a suscité l'attention de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Des mesures visant à réguler les abus constatés dans le secteur de l'emploi médical temporaire ont été intégrées dans le projet de loi santé. Les conditions de sa déclinaison dans le cadre de la création d'une nouvelle position statutaire, celle de praticien remplaçant, ont fait l'objet d'interrogations de la part de certaines intersyndicales de praticiens hospitaliers. Je souhaiterais dans ces conditions que vous puissiez reprendre les travaux de concertation portant sur cette position statutaire et me proposer, le cas échéant, les adaptations ou les précisions que vous jugerez opportunes.

Simultanément, les acteurs hospitaliers conviennent de la nécessité d'améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. Ce sujet a déjà fait l'objet de rapports établis par les acteurs hospitaliers, notamment le rapport Loupplier de 2011 et le rapport établi par la fédération hospitalière de France au printemps dernier qui, l'un et l'autre, formulent de nombreuses propositions.

Je vous demande d'approfondir, sur le plan de la faisabilité et de l'impact organisationnel et financier, en lien avec les acteurs de terrain, les pistes portant sur les domaines que sont la diversification des modes d'exercice, le fonctionnement en équipe, la dynamisation des carrières et notamment leur gestion en début et en fin d'exercice, l'amélioration des conditions de travail, l'application homogène et adaptée à toutes les organisations du travail, des règles de décompte du temps de travail. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers soulignent la nécessité de trouver des adaptations à la gestion de leur obligation de développement professionnel continu (DPC), facteur essentiel de maintien et de développement de leurs compétences. Afin de finaliser la réflexion que je souhaite engager pour refonder le DPC, il serait utile de pouvoir disposer de propositions concrètes également sur ce champ.

Monsieur Jacky LEMPIN
Ancien Sénateur d'Ille et Vilaine
34 rue des Orfèvres
35400 SAINT-MALO

14 AVENUE DU LOUISIERE / 75350 PARIS SE - TÉLÉPHONE : 01 40 56 00 00

Il est important que le gouvernement puisse disposer, sous six mois, de préconisations d'actions prioritaires en nombre limité. Un premier bilan vous est demandé pour la fin du mois de décembre afin de permettre la mise en œuvre rapide de premières mesures.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

Amicalement,



Marisol TOURAINE

ANNEXE IV : Personnes auditionnées par la mission

Les représentants des organisations syndicales

Pour l'AMUF – CGT

FAGGIANELLI Bruno

KRIM Florent

PELLOUX Patrick

PRUDHOMME Christophe

SERRADJ Dalila

Pour Avenir Hospitalier

DASSIER Patrick

GARRIC Jean

LE PORS Pascale

SMOLSKI Nicole

REA Didier

REBUFAT Yves

Pour la CMH

BOURCET Stéphane

COUDERC Rémi

CHRISTODOLOU Alexandre

GOBERT Jean-Gérard

MISSET Benoît

FRAISSE François

SKURNIK Norbert

PAQUET Jean-Christophe

Pour la CPH

BETREMIEUX Marc

CAZABIAN Denis

DESANGES Denis

TREVIDIC Jacques

Pour le FNSIP-BM

DELAGE Clément

FORTUN Mickaël

RIQUIER Thomas

Pour l'INPH

BADET Jean-Michel

BOCHER Rachel

DIQUET Bertrand

JACOB Alain

LEGLISE Patrick

Pour l'ISNCCA

FAIVRE Jean-Christophe

MIREK Sébastien

ROHAN-CHABOT Florence

Pour l'ISNI

BENZAQUI Mickael

MARQUET Mélanie

Pour l'ISNAR

MOINARD Pierre-Antoine

VINCENT Yves-Marie

Pour le SNAM-HP

BELOUCIF Sadek

DAVID Stéphane

HANSSEN Michel

SEGOUIN Christophe

RYMER Roland

Pour le SNIO

BONNET Anne-Laure

KARIMOVA Anna

Représentants institutionnels et professionnels

Pour la Fédération Hospitalière de France (FHF) et sa commission
permanente sur l'attractivité

BARBIER Nadine

CAUTERMAN Maxime

BERNABE GELOT Antoinette

HOUSSEL Marie

NEUVILLE Charlotte

PAQUIS Philippe

PINEY David

VINCENT Gérard

Pour la délégation régionale de la FHF Rhône-Alpes

ANGILLET Yves

COUTY Edouard

DUPUIS Bernard

SORRENTINO Monique

Pour la conférence des présidents de CME de CHU

CANARELLI Jean-Pierre

CLARIS Olivier

CLAUDON Michel

MOULIN Guy

PAQUIS Philippe

SAMUELIAN Jean-Claude

Pour la conférence des présidents de CME de CH

MARTINEAU Frédéric

PINEY David

Pour la conférence des présidents de CME de CHS

Catherine BOITEUX

Alain MERCUEL

Pour la conférence des DG de CHU

ALBERTONE Mathias

DEBAT Pascal

DENIEL Patrick

REYNIER Marc

SIAHMED Hamid

SOYEZ Annie

Pour la CNDCH

BOUSQUIE Florent

PORTAL Danielle

Pour le Conseil national de l'ordre des médecins

BOUET Patrick

CERFON Jean-François

JORNET Francisco

SIMON Franck

Pour le collège des ARS

GRALL Jean-Yves

LANNELONGUE Christophe

Les représentants des directeurs d'hôpital

Pour l'association des directeurs d'hôpitaux (ADH)

BOIRON Frédéric

LE GALL Morgane

Pour le CH-FO

BILLAUD Florence

GAILLARD Valérie

GUINGOUAIN Marylène

Pour le SMPS

CHAPEL Elodie

DREXLER Armelle

SECHER Jérémie

Pour le SYNCASS-CFDT

MORIN Maxime

OPPETIT Hélène

ROSENBLATT Michel

Pour la CGT – cadres de santé

PRUDHOMME Christophe

RICHER Yves

Les représentants de l'administration

Pour le centre National de Gestion

CABON Jean-François

TOUPILLIER Danielle

Pour la DSS

FATOME Thomas, DSS

Pour la DGOS

ALBERTONE Matthias

GARDEL Christine

LENOIR-SALFATI Michèle

Les parlementaires

Pour l'Assemblée Nationale

LEMORTON Catherine, présidente de la commission des affaires sociales
de l'Assemblée Nationale

TOURAIN Jean-Louis

VERAN Olivier

Pour le Sénat

CAMPION Lise

DURAIN Jérôme

EMERY-DUMAS Anne

GENISSON Catherine

MILON Alain, président de la commission des affaires sociales du Sénat

TOURENNE Jean-Louis

Autres organisations associations et personnalités qualifiées

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

HIRSCH Martin

WELTY Christine

La Haute Autorité de Santé

HAROUSSEAU Jean-Luc

MAIGNE Dominique

MORICE Yvonnick

THEBAULT Jean-François

La mission GHT

Jacqueline HUBERT

Frédéric MARTINEAU

Les anciens directeurs des hôpitaux et de la DGOS

COUTY Edouard

DEBEAUPUIS Jean

DE KERVASDOUE Jean

PODEUR Annie

VINCENT Gérard

Le Mouvement de Défense de l'Hôpital Public

GRANGER Bernard

GRIMALDI André

Les associations d'étudiants

FOUCHER Sébastien, ANEMF

CASCIANI François-Antoine, ANEMF

RUCZKAL David, ANEPF

Autres personnalités qualifiées

COURREGES Cécile, ARS des Pays-de-la-Loire, ancienne conseillère santé
du Premier ministre

DEMANET Quentin, Elève directeur d'hôpital

DESTAIS Nathalie, cabinet du Président de la République

DUHAMEL Gilles, IGAS

EVIN Claude, ARS d'Île-de-France, ancien ministre

HEDON Bernard, collègue national des gynécologues et obstétriciens
français

JOHANET Stanislas, ANAP

LYON-CAEN Olivier, cabinet du Président de la République

MORELLE Aquilino, IGAS

PORQUET Dominique, conférence des doyens de pharmacie

TAGLIANA Cécile, cabinet du Premier ministre

YAHIEL Michel, cabinet du Président de la République

MOTS CLÉS

Magnet hospital
Magnétisme hospitalier
Attractivité
Fidélisation
Qualité
Marketing
Valorisation

RECHERCHE

Magnet hospital et attractivité hospitalière Quelle articulation ?

L'étude du magnétisme hospitalier a commencé au début des années 1980 suite aux travaux d'un groupe de l'American Academy of Nursing. Le concept est né d'une interrogation : pourquoi et comment certains établissements, dans un contexte de pénurie de personnels, parviennent-ils à attirer et à fidéliser leurs personnels infirmiers ? Cette recherche a permis de mettre en évidence des critères de réussite mais aussi de révéler la corrélation entre magnétisme des personnels infirmiers et qualité des soins⁽¹⁾. C'est ce même contexte qui fait ressurgir le terme en France, en 2009, pour traduire une solution organisationnelle et managériale innovante face à des tensions fortes sur la démographie des personnels médicaux et paramédicaux. L'ambition de cet article est de partir des critères mis en relief à partir d'études empiriques⁽²⁾ pour établir une grille d'analyse et d'amélioration de l'attractivité globale des établissements publics de santé. Ce concept de « magnet hospital » peut-il être étendu à l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux et apporter des leviers d'amélioration possibles ? Le positionnement choisi ici est double : montrer la nécessité actuelle d'un hôpital magnétique et présenter des outils d'amélioration concrets d'attractivité de l'ensemble des personnels hospitaliers.

Appréhender les enjeux hospitaliers contemporains

Les établissements publics de santé (EPS) sont confrontés à un contexte d'exercice particulièrement délicat : ils connaissent une situation financière et économique dégradée, des disparités territoriales majeures et sont soumis à des injonctions de plus en plus fortes et contradictoires. Ils doivent préserver un accès et une continuité des soins tout en

répondant à un certain nombre de problématiques relatives à leur attractivité. D'un côté, l'hôpital public est plébiscité en son sein, car l'exercice y est synonyme de protection de l'emploi, d'un salaire régulier et de reconnaissance des droits sociaux, même si parallèlement il fait face à des difficultés de recrutement (contexte démographique médical tendu). D'un autre côté, l'hôpital public est à la fois recherché par les médecins pour la professionnalisation et la recherche clinique qu'il permet et décrié pour la démesure de ses structures et la nécessaire coopération avec l'administration. De manière générale, la demande envers l'hôpital est plus large ; il doit résoudre, dans sa recherche d'attractivité, les paradoxes propres à notre société : faire mieux à moyens constants, voire réduits, mettre en avant sa spécificité et favoriser la concurrence tout en visant la collaboration.

Arnaud COLLIN
Quentin DEMANET
Erwann PAUL
Élèves directeurs
d'hôpital, EHESP

Attirer les personnels hospitaliers dans un contexte de démographie médicale tendu

Le concept d'hôpital magnétique met en avant que les incitatifs non économiques sont d'aussi puissants sinon de plus efficaces « prédicateurs de

comportements » que les variables jouant sur le revenu (indisponibles dans le contexte actuel). Cette théorie prend en compte la spécificité de la mobilisation des personnels hospitaliers (médicaux ou non médicaux). Le choix de travailler en EPS n'est pas uniquement lié à la rémunération. À la différence d'autres biens, au sens économique, les travailleurs ne répondent pas uniquement à des logiques de prix ⁽³⁾ : les conditions de travail, les perspectives d'évolution, l'inscription au sein d'un projet dynamique et porteur constituent autant de variables propres à faire adhérer le personnel hospitalier en dépit de rémunérations plus faibles. Si le facteur financier ne s'efface pas dans l'élaboration d'une stratégie d'attractivité, il n'est plus le levier exclusif d'action.

L'histoire de l'hôpital tout comme ses perspectives d'évolution montrent que son avenir n'est pas figé ⁽⁴⁾. Le concept d'hôpital magnétique offre un outil d'analyse particulièrement en phase avec le contexte actuel. Il prend en considération le caractère changeant du milieu hospitalier et la prégnance de la mobilité (des professionnels et des malades). Il souligne l'utile valorisation interne et externe des conditions de travail. Si l'hôpital est, encore, très centré sur lui-même, il lui faudra dans le futur intégrer des logiques de réseaux plus fortes. Ce champ théorique valorise le décloisonnement des relations entre professionnels (médicaux et non médicaux) ainsi qu'une organisation hiérarchique davantage horizontale et un développement des réseaux de santé. En facilitant l'implication et la collaboration de l'ensemble des personnels hospitaliers, le magnétisme hospitalier place au cœur de ses actions l'intérêt des patients. Ils deviennent ainsi la pierre angulaire de toute action et sont beaucoup plus impliqués dans la prise de décision. Les soins sont recentrés sur la qualité afin d'engendrer un cercle vertueux de valorisation. Les professionnels recherchent des conditions de travail intéressantes et, notamment, une diversité des cas cliniques à traiter. En se concentrant sur la qualité des soins, les établissements renforcent leur effet réputation et, *in fine*, l'attractivité de l'hôpital.

Un éclairage économique intéressant

Un détour par la théorie économique apporte un éclairage complémentaire. Deux tendances se dégagent dans le monde hospitalier : une augmentation de la capitalisation du fait de l'accélération du progrès technique et une spécialisation des professionnels.

Pour suivre le progrès technique, de plus en plus d'investissements sont nécessaires. Ces évolutions technologiques constantes ont, dans un deuxième temps, une influence sur la productivité du travail : celle-ci croît et les métiers se spécialisent. Le personnel a besoin de compétences de plus en plus précises pour s'occuper d'une industrie de santé marquée par une complexification des plateaux techniques. La théorie du capital humain de G. Becker met en lumière certains aspects de ce mouvement ⁽⁵⁾. Elle ajoute un troisième facteur de production (au-delà du capital et du travail), le capital humain, *id est* la qualification des professionnels. Le nombre de personnes n'a que peu de sens s'il n'est pas confronté à leur productivité. Les professionnels de santé (et notamment les médecins) sont très spécialisés et difficilement

ENCADRÉ 1 Le magnétisme labellisé

Le « magnétisme hospitalier » est aujourd'hui un label de reconnaissance et de qualité accordé par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC), le centre d'accréditation des infirmières américaines, pour quatre ans. Il associe à un niveau élevé de satisfaction professionnelle des infirmières, un niveau élevé de qualité des soins et qui se traduit par un faible taux de rotation des équipes et une gestion efficace des conflits. Le Magnet Recognition Program constitue aujourd'hui un des indicateurs d'excellence des meilleurs hôpitaux américains et recense près de 402 établissements.

NOTES

(1) McClure et al., "Magnet Hospitals Attraction and Retention of Professional Nurses", Presentation Kansas City, American Nurse Association, 1983.

(2) Les études américaines étudient avant tout les professions paramédicales alors que nous nous intéressons ici à l'attractivité des hôpitaux dans leur globalité.

(3) M-M. Hiance, « Les ressources humaines médicales au centre hospitalier de Gonesse : du projet social médical institutionnel au projet médical territorial, de l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale », mémoire EHESP, 2013.

(4) E. Domergue, E. Paul, V. Vauchel, « L'hôpital public en 2030. Au carrefour des possibles », JADH, n° 53, 2014.

(5) OCDE, « Le capital humain : comment le savoir détermine votre vie », Les essentiels de l'OCDE, 2007.

(6) Pour ce faire, certains militent pour des outils facilitant ces reconversions et ces évolutions. Il peut s'agir de fonds de formation mutualisés (sur le modèle de l'ANFH) ou une structure de défaisance (temporaire et financée) pour un certain nombre de professionnels. Une telle structure éviterait que l'hôpital conserve en son sein du personnel en surnuméraire. Celui-ci devient très vite, et à juste titre, indispensable. Ces deux types de structures permettraient l'accompagnement nécessaire des projets les plus restructurants.

interchangeables. Il existe une dépendance aux compétences des praticiens. Souvent, le départ d'un praticien ou l'embauche d'un nouveau médecin a comme conséquence l'évolution des techniques effectuées au sein de l'hôpital et, *in fine*, du *case-mix*. Il faut alors remarquer une spécificité et une idiosyncrasie des actifs. En outre, les hôpitaux investissent pour former et spécialiser leurs personnels. C'est, par exemple, tout le sens des postes de clinicien et d'assistant. L'adaptabilité des personnels d'un environnement à un autre dépendra de la capacité des hôpitaux à disposer de formations tout au long de la vie ⁽⁶⁾.

Il existe, par conséquent, une compétition exacerbée pour attirer les meilleurs professionnels ou les professionnels les plus rares ⁽⁷⁾.

Les ressources rares :

un enjeu pour les hôpitaux publics

L'hôpital moderne se distingue par une nécessaire maîtrise des ressources rares que sont, essentiellement, le personnel médical et les innovations technologiques. Pour mener des investissements, il convient d'avoir une masse critique suffisante permettant une certaine rentabilité. Investir est une condition de survie pour les hôpitaux. Le progrès médical est de plus en plus coûteux à financer tant en investissement qu'en exploitation. Mais l'hôpital est aussi une industrie de service où le patient est client d'une prestation et dispose du libre choix quant à son hospitalisation.

NOTES

(7) C'est, notamment, le cas de certaines spécialités médicales (anesthésiste, radiologue, gynécologie par exemple), d'ingénieurs (TIM, radioprotection, hygiène hospitalière, entre autres) mais aussi, dans certains territoires, d'autres personnels soignants (ergothérapeutes ou kinésithérapeutes).

(8) FHF, *L'Amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital*, 2014.

(9) « Pour certaines spécialités, le taux de vacance est élevé, de l'ordre de 38,5 % en radiologie par exemple ». O. Veran, rapport parlementaire : emploi médical temporaire à l'hôpital, 2014.

(10) « À l'occasion d'un fort roulement de personnel, des coûts supplémentaires peuvent apparaître : agences d'intérim, temps de travail supplémentaires volontaires ou non, perception d'une réduction de la compétence individuelle et/ou collective, besoins de formation et réduction de la productivité. Indépendamment de ces effets, un roulement élevé peut témoigner de problèmes internes de gestion pouvant conduire à l'épuisement des professionnels ». P. Dufour, « Construction d'un score agrégé d'activité », *Gestions hospitalières*, n°518 2012.

(11) S. Stordeer, W. D'Hoore, « ARIQ, Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins », HAS, séminaire Qualité de vie au travail, 2010.

(12) L. Bami et al., « Absentéisme : principaux enseignements du projet Phare », *Revue hospitalière de France*, 2012.

(13) M. Kramer, "The magnet hospitals: Excellence revisited", *Journal of Nursing Administration*, 1990.

La Fédération hospitalière de France (FHF) distingue trois éléments vecteurs de l'attractivité hospitalière : la diversité des fonctions de l'hôpital, la richesse des missions du service public et les conditions de travail permises par le statut de praticien hospitalier⁽⁸⁾.

Il existe une course et une dépendance à l'acquisition, à la maîtrise, voire au partage de ces ressources rares. Par exemple, beaucoup de maternités voient leur avenir s'assombrir par manque de gynéco-obstétriciens. De même, les blocs opératoires et l'activité chirurgicale dépendent de la présence d'anesthésistes. Cette tension accentue deux types de risques : la détérioration des soins et celle de l'environnement de travail. Pour pallier ces difficultés, beaucoup d'hôpitaux font appel à de l'interim médical, notamment dans toutes les spécialités liées à l'urgence ou pour lesquelles les différences de salaire privé et public sont élevées⁽⁹⁾. De plus, le confort et l'intérêt du travail poussent souvent les praticiens à choisir des équipes étoffées. Un cercle vicieux peut, ainsi, faire son apparition. Au-delà de l'attractivité pour certaines professions à la démographie tendue, un roulement (*turn-over*) trop élevé des personnels entraîne des coûts importants et peut être un signal du dysfonctionnement de la structure⁽¹⁰⁾.

Un hôpital doit gérer et anticiper ces sources de dépendance. En ce sens, l'enjeu pour des hôpitaux placés dans un système concurrentiel est de détenir ces ressources ou de les intégrer partiellement. Même s'ils sont dans l'impossibilité d'embaucher, ils vont chercher à développer des temps partagés ou des consultations avancées, voire à disposer d'internes pour fidéliser de futurs praticiens. Attirer et fidéliser les personnels, grâce aux hôpitaux magnétiques, se révèle pertinent.

L'attractivité des hôpitaux publics, une problématique générique

Les enseignements des « magnet hospitals »

Dans un environnement concurrentiel accru, les établissements doivent répondre à une double attractivité : attirer les meilleurs professionnels afin de rester attractifs auprès des usagers. Ces deux nécessités doivent conduire les EPS à rechercher la meilleure organisation du travail pour les personnels de l'hôpital tout en veillant à ce que celle-ci soit avant tout orientée vers la prise en charge optimale du patient. Les hôpitaux cherchent à agir sur le roulement récurrent de personnel qui handicape le bon fonctionnement d'un établissement. Ce cercle vicieux peut être brisé en investissant dans les structures et la qualité de l'environnement de travail. La Haute Autorité de santé (HAS) explique qu'au-delà d'un enjeu de société et de bien-être des professionnels de santé, la qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins⁽¹¹⁾.

Pour agir sur cet enjeu, il convient de s'intéresser à différents éléments. Il faut identifier et mettre en œuvre un environnement organisationnel favorable aux personnels. Cela commence par les valeurs véhiculées par l'établissement et sa direction, mais aussi par le type de management choisi. Ces éléments doivent fédérer les équipes et permettre d'identifier l'établissement.

Il apparaît, également, que la coordination doit être améliorée entre les différents professionnels, qu'ils soient médecins, soignants ou cadres, afin de partager l'information. Dans un grand nombre d'établissements, il peut être observé que les médecins s'impliquent peu dans le suivi des problèmes des unités et des équipes⁽¹²⁾. Une piste centrale d'amélioration peut consister à créer des espaces ritualisés d'échange dans les unités de soins afin que les acteurs envisagent ensemble les difficultés et l'organisation du travail.

La reconnaissance du travail et de la qualité professionnelle favorise également un environnement de travail attractif (pour les patients ainsi que pour les personnels). Il convient alors de s'intéresser aussi aux ratios personnels/patients et au type d'emploi exercé au sein des structures.

Un autre élément permettant aux personnels de se sentir épanouis réside dans l'autonomie laissée à chacun. Le souci permanent de former et de se former (afin de rester proactif dans sa carrière) doit être facilité. L'autonomie concerne par exemple la libre gestion laissée par la direction aux différents professionnels dans les services. Il convient d'améliorer la reconnaissance des missions de gestion et d'organisation réalisées par les personnels médicaux pour favoriser leur implication. Cette nécessité de responsabilisation peut permettre de lutter efficacement contre l'absentéisme. L'autonomie dans le travail se traduit par une prise de décision accrue vis-à-vis du patient par les infirmières. Cela permet une sécurité des soins renforcée (notamment par des procédures qualité) puisque les personnels endossent une plus grande responsabilité.

Ces différents points favorisent un environnement de travail favorable pour les professionnels. Cette prise en charge de qualité rejaillit sur la réputation de l'établissement et sur la fidélisation du patient lors de ses prochaines hospitalisations⁽¹³⁾.

Des outils pratiques pour un hôpital magnétique

L'étude du magnétisme hospitalier a mis en jeu un certain nombre de catégories empiriques⁽¹⁴⁾, de concepts, de points structurants⁽¹⁵⁾ dont il convient de retracer les faits saillants afin d'élaborer notre propre grille d'analyse. Dans l'étude pionnière sur des infirmières américaines, des grilles descriptives ont été mises au point, que ce soit dans une étude réalisée sur 114 établissements⁽¹⁶⁾ ou dans une des exégèses des forces du magnétisme sous 14 points⁽¹⁷⁾. L'attraction et la fidélisation des personnels (médicaux et non médicaux) sont interprétées comme la conséquence de la satisfaction des patients et des personnels. Le lien de causalité n'est donc plus l'attraction des personnels pour attirer les patients, mais bien un recentrement vers la qualité des soins et un environnement de travail agréable pour attirer les patients et les personnels. Cet inversement causal conduit à dépasser le cadre exclusivement financier pour s'interroger sur les conditions globales de travail comme source de l'attraction et de la fidélisation des patients. Nous avons fait le choix de résumer les caractéristiques du magnétisme hospitalier en cinq champs complémentaires : management, qualité, valorisation, développement continu et marketing. Pour chaque catégorie, des exemples concrets seront apportés.

» Agir sur le management constitue la première étape. Une organisation hiérarchique plus horizontale favorisant les discours informels et les relations entre pairs permet de répondre aux critiques établies par les personnels à l'égard des EPS. Cela favorise la prise de décisions au niveau des unités, c'est-à-dire au plus près des patients, de ses besoins et envies. Le magnétisme hospitalier se distingue toujours par une proximité assumée qui vise à un travail collaboratif et encourage les relations complémentaires. L'interdisciplinarité y est encouragée et apparaît comme un véritable levier d'amélioration de la prise en charge. En contrepartie de cette autonomie laissée aux personnels (médicaux et non médicaux), une autoévaluation systématique par les pairs et un *leadership* partagé doivent voir le jour. Ce sont sur ces fondements que le management hospitalier peut être efficace et attirer/fidéliser ces personnels. L'autoévaluation couplée au management plus autonome doit favoriser une amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail.

Il est possible de donner trois exemples d'applications concrètes de ce principe. Favoriser un management des cadres intermédiaires (chefs de service et cadres de santé) – qui doivent être disponibles et visibles – permet une horizontalité de la prise de décision. Par ailleurs, certaines décisions doivent pouvoir être prises à un niveau décentralisé (service ou pôle clinique). Une délégation de gestion différenciée entre le pôle et le service peut s'imaginer ; la délégation de gestion de budgets ou du temps de travail serait effectuée au niveau du service qui deviendrait une unité fonctionnelle débureaucratée centrée sur les soins et services aux familles. Les fonctions médicales, administratives et infirmières seraient intégrées permettant une autonomie accrue de ces unités⁽¹⁸⁾. Enfin, il faut continuer à promouvoir une approche non statuaire et administrative de la fonction ressources humaines (RH) fondée sur l'analyse des emplois et la gestion des compétences

ainsi que faciliter sa décentralisation. Un accent particulier doit être mis sur les chefs de service qui pourraient être évalués sur la qualité de leur management ainsi que sur leur facilité à fidéliser les jeunes praticiens.

» La qualité constitue le point central de tous les schémas de magnétisme hospitalier. Il s'agit de placer le patient au centre des préoccupations. Il faut, d'une part, constamment évaluer ses besoins et ses attentes, d'autre part renverser la charge de l'exercice médical et non médical. Ce n'est pas aux patients de s'adapter au traitement, à sa prise en charge ou à sa pathologie, mais bien aux personnels de tout faire pour répondre à ses caractéristiques individuelles. Ce souci de la qualité conduit à des réflexions sur la répartition des moyens humains.

Favoriser la qualité de vie au travail est l'un des objectifs majeurs des projets sociaux des EPS. Ils préconisent notamment de renforcer l'équilibre vie professionnelle/vie familiale. Dans certains hôpitaux anglo-saxons, des groupes de travail ont été mis en place sur cette thématique afin de s'adapter aux besoins des salariés. Un tel positionnement peut être repris. Dans certains hôpitaux, cela passe par des services à la personne (gardiennage, ouverture de places de crèche aux horaires atypiques, etc.) ou en préparant l'arrivée des nouveaux praticiens (journées d'accueil, guide d'accueil par profession, etc.), à l'image de ce qui est mis en place en Allemagne avec le service Famille & Beruf⁽¹⁹⁾.

» Le modèle de l'hôpital magnétique doit avoir pour clé d'action la valorisation. Il s'agit d'impliquer l'ensemble des personnels à la prise de décision. En mettant en avant leur spécificité et en les associant à la prise de décision, cela permet d'aboutir à une gestion participative et consensuelle.

NOTES

(14) L'ANCC construit son travail sur cinq branches : le *leadership* transformationnel ; l'habilitation structurelle et l'*empowerment* ; les pratiques professionnelles exemplaires ; les nouvelles connaissances, l'innovation et les améliorations et les résultats de qualité. ANCC, A New Model for ANCC's Magnet Recognition Program, 2008.

(15) Y. Brunelle en met avant huit : l'autonomie professionnelle ; le support fourni ; la collaboration entre médecins et infirmières ; la valorisation professionnelle ; les relations positives avec les pairs ; un ratio de personnel adéquat ; un focus client et l'importance de la qualité. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisation des soins*, 2009.

(16) M. Sibé, 2012, « "Hôpitaux magnétiques" : d'une mesure de l'attractivité des personnels infirmiers vers un modèle de performance des établissements de santé ? », actes des congrès annuels de l'Association francophone de gestion des ressources humaines.

(17) Y. Brunelle, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *op. cit.*

(18) S. Stordeur, W. D'Hoore, « Attractivité, fidélisation et qualité des soins », 2009.

(19) <http://vk.shg-kliniken.de/index.php?id=5376>

« Seule une démarche volontariste des hôpitaux permettra de renforcer leur attractivité grâce aux outils d'amélioration concrets pour l'ensemble des personnels hospitaliers.

Il convient de fournir une autonomie professionnelle plus importante et un support flexible par les appareils administratifs. Ce point d'appui est gage, pour les personnels autant que pour les patients, d'une amélioration des conditions de travail et donc, *in fine*, de la satisfaction des patients autant que des personnels.

La valorisation des personnels passe notamment par l'anticipation des recrutements futurs et la valorisation des personnels présents. Il est possible de créer des viviers de futurs praticiens. Ce travail avec les chefs de pôle et les chefs de service vise à fidéliser les internes pour les employer dans le futur. L'anticipation est la clé pour s'assurer de leur recrutement au sein de l'hôpital. Cette stratégie peut être développée au niveau d'un territoire de santé. Les différentes étapes conduisant à la titularisation des nouveaux personnels doivent être explicitées afin de donner une trajectoire claire aux personnes concernées⁽²⁰⁾. Cette idée de vivier rejoint le point mis en exergue par la FHF qui propose d'*« accompagner individuellement le développement des carrières des médecins en formation »*⁽²¹⁾. Les mesures mises en avant par la FHF sur la dynamisation des parcours professionnels (GPEC, *mentoring*, planification et suivi individuel des carrières, etc.) vont dans ce sens. Il est, par ailleurs, possible de capitaliser sur un atout qui contribue déjà à l'attractivité des EPS, notamment pour les PH : les activités d'enseignement

et de recherche. Mieux valoriser ces activités pour les praticiens non universitaires pourrait favoriser le recrutement de ces professionnels. Sur cette thématique, la France se singularise des pays anglo-saxons dans son approche du métier de soignant qu'elle tend à considérer comme un généraliste des soins. Les pratiques de ressources humaines actuelles visent une flexibilisation et polyvalence des soignants comme réponse à la pénurie. Le magnétisme des hôpitaux américains parie davantage sur une spécialisation des soignants et de leur expertise, un moyen de les valoriser et de les fidéliser⁽²²⁾.

» La recherche d'un développement professionnel continu des personnels hospitaliers est un point majeur d'amélioration du magnétisme. Il s'agit de leur offrir une carrière durable et une vision de leur avenir au sein de l'EPS. Cela doit passer par une formation professionnelle continue valorisée et, surtout, individualisée selon les envies et les spécificités de chacun. Si le développement clinique pour les personnels médicaux est central, il doit se joindre d'une formation continue en gestion et/ou en management (notamment pour les chefs de service)⁽²³⁾. Un personnel médical formé à ces logiques sera beaucoup plus enclin à y participer. Il convient aussi de favoriser la recherche, l'innovation et l'enseignement pour l'ensemble des personnels. Enfin, cette orientation ne peut aller de pair qu'avec une volonté de limiter les emplois d'intérim et d'encourager les emplois durables.

Plusieurs applications de ce principe peuvent être mises en œuvre : elles passent par la communication autour des métiers de l'hôpital et par l'accent mis sur la formation. Le rapport de la FHF sur l'attractivité de l'hôpital public met en avant la nécessaire *« amélioration de la communication sur les carrières à l'hôpital public au cours de la formation initiale »*. Un effort d'explicitation des métiers proposés par l'hôpital public doit être fait. Il ne concerne pas que les métiers médicaux ; les métiers d'ingénieurs hospitaliers sont ainsi très peu connus. Outre les actions d'information dans les écoles, il est possible de proposer des stages ou des conventionnements avec des masters 2 ou des écoles d'ingénieurs pour publiciser les métiers hospitaliers, mais aussi fidéliser des futurs professionnels. D'autre part – outre le plan annuel de formation –, une vision stratégique et pluriannuelle doit être mise en place sur cette thématique afin de favoriser l'éclosion des différents potentiels existants dans l'hôpital. Les *magnet hospitals* stimulent la formation continue et encouragent la mise sur pied de programmes d'intégration et de plans de mobilité. Une action emblématique de ce point de vue consisterait à créer une direction de la formation continue qui centraliserait ces questions pour les personnels médicaux et paramédicaux.

» Le dernier champ sur lequel se distingue un hôpital magnétique réside dans l'utilisation du marketing en santé. Plus précisément, un hôpital magnétique est un hôpital qui porte des valeurs et qui les assume. Il est important, pour redonner de l'attractivité aux établissements hospitaliers, de définir, avec l'ensemble des personnels hospitaliers et

NOTES

(20) De même, la visibilité des postes à pourvoir peut être accrue par la rédaction systématique de fiches de poste précises disposant d'objectifs précis et mesurables en termes d'activités, de qualité, etc.

(21) FHF, 2014, *op. cit.*

(22) S. Mainhagu, « Les soignants face à la flexibilité des effectifs », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2010.

(23) Il est possible à ce sujet de plaider pour une extension du droit à la formation actuellement ouvert aux chefs de pôle. Ainsi, les chefs de service pourraient disposer d'éléments pédagogiques précis avant de prendre leurs fonctions.

pas uniquement la direction, les valeurs de l'établissement. Elles seront d'autant plus ancrées et partagées que l'ensemble des équipes y aura travaillé. Elles deviendront les caractéristiques dont se réclameront l'établissement et les personnels. Il s'agit ainsi d'une image qui doit être portée à l'intérieur et diffusée à l'extérieur de l'établissement⁽²⁴⁾. L'ouverture sur l'extérieur est centrale dans le contexte actuel et portée notamment par le nouveau projet de loi de santé⁽²⁵⁾, mais elle ne pourra constituer un levier d'attractivité que si elle est fondée sur des valeurs ancrées et assumées. La démarche de marketing au niveau de l'établissement doit s'articuler avec celle des régions et s'intégrer à une stratégie plus globale et territoriale. Par exemple, selon l'article 34 du projet de loi de santé, les *pools* de médecins remplaçants pourraient être confiés aux agences régionales de santé (ARS). Ces dernières devront redoubler d'effort pour attirer les éventuels candidats et mettre en place des campagnes ciblées sur les besoins régionaux. Les

établissements hospitaliers peuvent se saisir de ces financements publics régionaux afin de valoriser leur attractivité. La collaboration entre plusieurs établissements ne doit alors prendre place qu'à travers une complémentarité et le respect des valeurs affichées par l'établissement.

La différence entre un EPS classique et celui qui s'inscrit dans une démarche d'hôpital magnétique sera visible à travers les outils déployés afin de renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Seule une démarche volontariste des hôpitaux permettra de renforcer leur attractivité grâce aux outils d'amélioration concrets pour l'ensemble des personnels hospitaliers. ●

NOTES

(24) M. Sibé, *op. cit.*, 2012.

(25) http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/10/151014-dossier_de_presse-loi_de_sante.pdf



ENCADRÉ 2

Le marketing social, outil opérationnel d'amélioration de la qualité des soins

La recherche d'attractivité pour les EPS nécessite aujourd'hui une approche renouvelée face aux risques. Le marketing social apparaît justement comme un outil afin de renforcer l'attractivité des EPS en agissant sur les comportements soignants. Il a pour fonction d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge par le développement des bonnes pratiques de soins. Il s'inspire des méthodes du marketing commercial afin de permettre des campagnes de prévention, de communication et de promotion de la santé. Il favorise l'adoption volontaire de comportements par des publics cibles. Pour cela, il propose de réduire les barrières auxquelles sont confrontés ces mêmes publics et utilise la persuasion pour les motiver à participer au programme proposé*. Le marketing part du constat que les êtres humains agissent en fonction de leurs perceptions. Les stratégies du marketing social s'articulent autour de cinq étapes clés :

- la compréhension des comportements par l'étude des publics cibles via des questionnaires, entretiens, analyse de la littérature et recherches scientifiques sur le domaine ;
- la segmentation et le ciblage d'une audience en mettant en place des programmes différenciés selon l'âge, le sexe, la communauté, etc. ;
- la mise en place d'objectifs réalistes ;
- la mise en œuvre d'une stratégie d'action qui répond à la règle des « 4C » s'inspirant des « 4P » (produit/prix/place/promotion) du marketing commercial ; il s'agit ainsi de proposer un *comportement* à un public cible, pour un *coût* minimal, avec une *capacité* d'accès au comportement et une campagne de *communication* pour le promouvoir ;
- l'évaluation du programme en lien avec l'objectif.

L'application du marketing social est encore peu développée dans les EPS en France du fait de sa rigueur et de son coût élevé. Elle

a pourtant fait ses preuves à l'étranger à condition de respecter les différentes étapes de la démarche. La stratégie d'action (les 4C) aide les responsables de ces institutions à concevoir une campagne promotionnelle. Il faut, de cette manière, déterminer le public cible et ses besoins. Il importe de connaître ses goûts, ses modes de comportement au changement et ses facteurs limitant au changement, afin d'infléchir certains comportements chez les personnels et permettre ainsi une meilleure qualité des soins.

L'expérience VigiGerme développée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en 2002 est l'exemple d'une bonne application du marketing social à l'hôpital. Il regroupe l'ensemble des mesures de prévention des infections en vigueur dans l'hôpital**. Les promoteurs du programme ont commencé par établir une étude de marché et du public cible : « Lors de la création de VigiGerme, il a été déterminé que le produit à vendre était le respect de bonnes pratiques de prévention des infections et que le public cible était composé des travailleurs de santé des HUG. » La cible était une réduction de 20 % des infections nosocomiales évitables. Le produit vendu n'est donc pas un bien physique mais un comportement. Il s'agit d'inciter les soignants à davantage se laver les mains lorsqu'ils sont en contact avec les patients. Le coût concerne le temps requis afin d'accomplir cette tâche. L'expérience a été un succès. Une évaluation en 2008 du programme a révélé que le personnel appréciait la formation VigiGerme, sa haute utilité et la cohérence du matériel mis à disposition. La plupart des répondants avaient ressenti un changement de comportement positif pour eux-mêmes et leurs collègues.

* P. Kotler, E. Robert, *Social marketing: strategies for changing public behavior*, 1989.

** H. Sax et al., « Le marketing social : un regard sur la prévention des infections nosocomiales », *Revue médicale suisse*, 2009.

ANNEXE VI : Article 34 *ter* du projet de loi

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 34, insérer l'article suivant :

L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L 138. – Dans les établissements publics de santé, pour les médecins visés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou visés par l'article 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la limite d'âge fixée à l'article 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée, à titre transitoire, à soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2022. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les difficultés démographiques attendues durant les dix prochaines années conduisent à devoir prendre deux mesures visant à absorber ce choc démographique dans les établissements publics de santé afin de garantir le maintien d'une prise en charge de qualité.

En premier lieu, il s'avère nécessaire d'anticiper l'application du report de la limite d'âge de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme

des retraites afin de permettre une prolongation d'activité jusqu'à l'âge de 70 ans dès la première génération concernée par la mise en œuvre de ces dispositions.

L'ajout de dispositions transitoires à cet effet à l'article 135 de la loi n° 2004/806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a autorisé la prolongation d'activité pour les personnels médicaux hospitaliers répond à cet objectif.

En deuxième lieu, les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives au cumul emploi retraite doivent également être adaptées de manière à autoriser le recrutement, sous ce régime, de personnels médicaux dans les établissements publics de santé. Il est donc prévu une modification de l'article L. 138 de la même loi afin de permettre le recrutement de médecins de façon dérogatoire à la limite d'âge de droit commun : de manière transitoire, la limite d'âge est portée à 72 ans jusqu'au 31 décembre 2022.

ANNEXE VII : Article 34 *quater* du projet de loi

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 34, insérer l'article suivant:

L'article 135 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Cette durée maximale est portée à 60 mois pour les praticiens nés avant le 1er juillet 1951. Pour ceux nés entre le 1er juillet 1951 et le 1er janvier 1955, cette durée maximale est réduite de la manière suivante :

« 1° À raison de quatre mois pour les praticiens nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

« 2° À raison de cinq mois par génération pour les praticiens nés entre le 1er janvier 1952 et le 1er janvier 1955. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les difficultés démographiques attendues durant les dix prochaines années conduisent à devoir prendre deux mesures visant à absorber ce choc démographique dans les établissements publics de santé afin de garantir le maintien d'une prise en charge de qualité.

En premier lieu, il s'avère nécessaire d'anticiper l'application du report de la limite d'âge de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites afin de permettre une prolongation d'activité jusqu'à l'âge de 70 ans dès la première génération concernée par la mise en œuvre de ces dispositions.

L'ajout de dispositions transitoires à cet effet à l'article 135 de la loi n° 2004/806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a autorisé la prolongation d'activité pour les personnels médicaux hospitaliers répond à cet objectif.

En deuxième lieu, les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives au cumul emploi retraite doivent également être adaptées de manière à autoriser le recrutement, sous ce régime, de personnels médicaux dans les établissements publics de santé. Il est donc prévu une modification de l'article L. 138 de la même loi afin de permettre le recrutement de médecins de façon dérogatoire à la limite d'âge de droit commun : de manière transitoire, la limite d'âge est portée à 72 ans jusqu'au 31 décembre 2022.

ANNEXE VIII : Charte d'accueil des internes

Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics

PREAMBULE

Les stages hospitaliers des internes constituent la principale composante de la formation reçue au cours de leur 3^{ème} cycle d'études.

La mission dévolue aux établissements publics, Centres hospitaliers universitaires et Centres hospitaliers, d'accueil et d'accompagnement des internes lors de leurs stages, contribue pleinement au processus de formation médicale française. Il s'agit d'une responsabilité qui oblige vis à vis des générations de futurs médecins autant qu'une opportunité, celle de permettre aux praticiens de ces établissements de côtoyer régulièrement de jeunes collègues et de leur transmettre, au-delà de compétences purement médicales, les valeurs portées par l'hôpital public.

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurés dans les établissements hospitaliers constituent dès lors un marqueur de mobilisation de la communauté hospitalière publique. Ces conditions emportent aussi des enjeux majeurs, enjeu pédagogique pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens issus de notre système de formation médicale, enjeu en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques mais enjeu également de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

Les établissements publics, seuls ou au sein de dynamiques régionales, ont commencé à s'engager dans des démarches d'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des internes au cours de leurs stages. Au-delà de ces initiatives, dont la qualité et la portée peuvent être significatives, il est important que l'ensemble de la communauté hospitalière publique témoigne d'une ambition collective en la matière, définisse un certain nombre d'objectifs qu'elle souhaite atteindre et se mette en situation de partager les bonnes pratiques, en association étroite avec les représentants des internes comme avec les facultés, eu égard aux responsabilités pédagogiques qui leur incombent.

C'est l'objet de cette « Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics » que de définir les objectifs qui permettront d'atteindre cette ambition. Elle est structurée autour de huit thématiques complémentaires :

- L'accueil dans l'établissement
- L'information à la prise de fonction
- L'intégration dans le service d'affectation
- La formation reçue au long des stages
- Les conditions de travail
- La gestion des temps professionnels
- L'implication des internes dans leurs stages
- Le dialogue social avec les internes

La mise en œuvre de cette charte, portée par le directeur, le président de la CME, le doyen et les représentants des internes s'inscrit dans le respect des dispositions statutaires, réglementaires et pédagogiques concernant les internes, leurs droits, leurs devoirs, leur formation et leur activité à l'hôpital.

I - L'ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- L'accueil des internes au sein de l'hôpital dans lequel ils sont affectés constitue la première condition, indispensable, d'un stage réussi. Il doit leur permettre, au-delà du geste symbolique de bienvenue fait en leur direction par les responsables de l'établissement, de découvrir et de comprendre l'hôpital dans lequel ils effectueront leur stage.

⇒ Une journée d'accueil institutionnelle est organisée par la direction et la présidence de CME, à l'attention de l'ensemble des internes effectuant leur 1^{er} stage dans l'établissement¹. Les doyens ainsi que les représentants des internes y sont invités.

Cette journée a vocation à présenter l'hôpital, son organisation, le projet d'établissement et le projet médical, les droits et devoirs des internes ainsi que les principales modalités de fonctionnement pratiques (organisation de la gestion des ressources humaines des internes, rôle de la CME, accès aux prestations, modalités d'organisation et de participation à la permanence de soins, organisations représentatives des internes,...) permettant aux internes de disposer des repères nécessaires pour un bon déroulement de leur stage. L'ensemble des thématiques constitutives de la présente Charte est abordé lors de cette journée d'accueil, présentées ou mises en perspective lorsqu'elles seront traitées à d'autres moments.

La réunion est programmée au plus tard dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement.

Des supports d'information (incluant notamment les organigrammes et répertoires utiles) sont remis aux internes dans ce cadre. La remise de documents dématérialisés, ou l'accès à des bases de données informatiques, sont privilégiés.

Les services hospitaliers s'organisent pour permettre la participation des internes à cette journée d'accueil.

Cette journée d'accueil ne se substitue pas au temps d'accueil réalisé par les facultés en présence des coordonnateurs de spécialités, présentant en particulier les conditions de réalisation et de validation des enseignements et des stages dans le cadre des DES / DESC.

- Une attention particulière est apportée aux **conditions dans lesquelles les internes se voient remettre leurs équipements personnalisés** (blouses, badges, codes d'accès individuels,...) afin que le processus soit rationalisé, compact et limite les démarches à effectuer. La recherche d'une procédure de remise en un lieu unique le 1^{er} jour de l'internat est privilégiée et à la charge de l'établissement. L'objectif est de permettre aux internes d'être opérationnels le plus tôt possible dans leur stage.

¹ Le séminaire d'accueil semestriel peut, le cas échéant, être fait annuellement en accord avec la structure représentative des Internes, s'il y a peu de mouvement d'Internes.

II - L'INFORMATION A LA PRISE DE FONCTION

- Afin que les internes puissent réaliser leur stage de manière la plus autonome et éclairée possible, diverses informations institutionnelles portant sur des politiques ou procédures spécifiques leur sont délivrées.

⇒ Ces informations concernent en particulier :

- o La politique qualité et la sécurité des soins de l'établissement
- o Les principaux logiciels utilisés dans l'établissement (dossier médical, prescriptions d'actes, commandes, codage PMSI,...)
- o Les vigilances, les procédures de gestion des risques associées ainsi que les procédures de déclaration des événements indésirables graves
- o Les politiques de bon usage des prescriptions et le circuit du médicament
- o Les modalités de représentation et de participation des usagers au sein de l'établissement ainsi les conditions de traitement des réclamations et plaintes
- o La prévention des risques d'accidents ou de maladies professionnelles
- o Les protocoles internes de conduite à tenir en cas d'urgence vitale

Ces informations sont délivrées aux internes dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement, soit dans le cadre de la journée d'accueil, soit le cas échéant lors de temps spécifiques.

III - L'INTEGRATION DANS LE SERVICE D'AFFECTATION

- L'organisation d'un temps institutionnel ne saurait suffire à accueillir les internes dans de bonnes conditions. Leur accueil et intégration dans la structure où ils sont affectés sont également très importants. C'est avant tout au sein de cet environnement de proximité qu'ils réaliseront leur stage et seront appelés à évoluer. Il est donc essentiel qu'ils s'y sentent à l'aise et attendus.

⇒ **Un accueil, organisé par le responsable de service, est prévu** afin de présenter l'organisation des structures (unités, services, cliniques, pôle), les organigrammes médical et paramédical, le projet de service, les modalités organisationnelles, les procédures de fonctionnement médicales, les temps de coordination entre professionnels, et d'une manière générale, tout ce qui présente une spécificité médicale ou technique particulière par rapport aux informations reçues dans le cadre de l'information générale à la prise de fonction.

Cet accueil de proximité est organisé au cours de la 1^{ère} semaine de chaque stage.

IV - LA FORMATION AU LONG DES STAGES

- L'architecture, le contenu et l'évaluation de la dimension pédagogique des stages de formation réalisés par les internes dans les établissements hospitaliers relèvent de cadres nationaux et de prérogatives légales et réglementaires dévolues aux Unités de Formation et de Recherche. Le rôle reconnu dans ce cadre aux coordonnateurs universitaires de spécialités est essentiel.

- L'accueil reçu par les internes, les compétences transmises, les échanges avec les équipes médicales et paramédicales, l'évaluation et l'accompagnement dont ils bénéficient tout au long de leurs stages contribuent néanmoins de manière très importante à la qualité formative de leur expérience hospitalière et au final à la plus-value pédagogique reçue.

La **formalisation**, dans le cadre d'un livret de stage, **des objectifs du stage hospitalier, des missions confiées à l'interne et de la participation à la permanence de soins** doit fortement contribuer à la mise en valeur et à l'amélioration continue de la formation reçue dans l'établissement, en conformité avec le projet pédagogique défini par la commission de subdivision

- Il est également important qu'un accompagnement personnalisé puisse être apporté à des internes qui rencontreraient des difficultés particulières au cours de leur stage.

L'identification au sein de la CME d'un référent médical en charge des relations avec les internes pourra faciliter entre autre l'accompagnement des situations spécifiques en lien avec la direction de l'hôpital. Les directeurs d'UFR seront saisis de toute difficulté le justifiant.

⇒ Les acteurs hospitaliers sont conscients de cette responsabilité qui est affirmée et reconnue par la présente Charte.

V - LES CONDITIONS DE TRAVAIL

- **Les conditions de travail des internes constituent un autre facteur important de reconnaissance et d'attractivité.** L'attention qui y est apportée concerne différents aspects de l'exercice professionnel :
 - o Les espaces de travail au sein des services d'affectation, ou dans la meilleure proximité possible, permettant aux internes de travailler dans de bonnes conditions (consultation de dossiers, accès à des moyens informatiques et de communication,...)
 - o L'accès aux chambres de gardes au sein des services où la garde est réalisée, ou dans une proximité compatible avec la permanence de soins à assurer, répondant à des standards normaux de confort (équipement, état, entretien)
 - o La prestation de restauration délivrée à l'internat ou sous forme de collation dans le cadre de la participation aux gardes qui doit être quantitativement suffisante et qualitativement satisfaisante
 - o L'espace dédié que constitue l'internat qui permet aux internes de se retrouver.
- **Les internes sont associés aux démarches susceptibles d'améliorer ou d'impacter leurs conditions de travail** dans les différentes dimensions décrites ci-dessus (réorganisation ou rénovation des chambres de garde ou de l'internat par exemple). A ce titre, la formalisation de convention pour la gestion de l'internat avec les structures représentatives des internes est encouragée.
- Afin de faciliter par ailleurs la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle, et en raison de la féminisation croissante du corps médical, les mêmes conditions d'accès aux crèches de l'établissement sont proposées aux internes qu'aux autres professionnels de l'établissement.

Une information adaptée leur est délivrée pour cela.

VI - LA GESTION DES TEMPS PROFESSIONNELS

- Les obligations légales et réglementaires concernant le temps de travail des internes doivent être respectées dans le cadre de l'organisation et de l'accomplissement de leurs activités hospitalières.
- Cela porte sur leurs obligations de service hebdomadaires, sur la participation à la permanence de soins, et sur le respect du repos de sécurité, y compris en cas de participation à de la permanence des soins hors de l'établissement.
- Les sujétions, imposées aux internes dans le cadre de leur participation à la permanence des soins, s'inscrivent dans le respect du plan général des gardes et astreintes de l'établissement, dont la COPS, à laquelle participent les représentants des internes (action 7 du programme national), est garante.

VII - L'IMPLICATION DES INTERNES DANS LEURS STAGES

- Les dispositions de la présente Charte témoignent d'une ambition d'amélioration régulière de l'accueil et de la formation reçus par les internes dans le cadre de leurs stages hospitaliers. Leur mise en œuvre doit s'accompagner de l'implication et d'engagements spécifiques des internes eux-mêmes, acteurs de l'amélioration continue des pratiques.
- Dans ce cadre, que les internes s'engagent notamment à :
 - o participer de manière active à leur formation
 - o respecter les obligations professionnelles et déontologiques liées à l'exercice médical public
 - o respecter le règlement intérieur de l'établissement
 - o participer aux temps d'accueil et d'intégration organisés à leur intention
 - o participer à la vie collective et aux instances de l'établissement au sein desquelles ils sont représentés (CME, COPS, autres commissions ou groupes ad-hoc)
 - o réaliser leurs obligations de service
 - o respecter le matériel, les équipements et les locaux, d'exercice professionnel, de repos ou de détente, mis à leur disposition
 - o participer à la permanence de soins au sein de l'établissement
 - o solliciter de leurs responsables médicaux et administratifs l'autorisation de participer à la permanence des soins hors établissement.

VIII - LE DIALOGUE SOCIAL AVEC LES INTERNES

- La représentation des internes au sein des instances de l'établissement et l'organisation d'un dialogue social de qualité avec leurs représentants sont importantes.
- Les internes participent aux travaux de la CME, selon les conditions prévues par les textes notamment concernant leur nomination. Cela leur permet d'être informés sur la vie de l'établissement, sur les enjeux à relever et sur la manière dont la communauté médicale se mobilise pour y contribuer.
- Leur participation aux travaux de la COPS permet aux internes d'aborder en particulier les problématiques liées à leur participation à la permanence de soins, dans comme hors de l'établissement le cas échéant, au respect du repos de sécurité, et d'une manière générale aux questions relatives à leur temps de travail.
- Le dialogue social est facilitée par l'organisation de temps d'échanges réguliers, au minimum une fois par semestre, entre des représentants des internes, de la CME et de la Direction générale.
Ces rencontres, dans un cadre plus ou moins formalisé, au sein d'une instance locale ad hoc le cas échéant, permettent d'organiser le dialogue social, autour des problématiques qui concernent spécifiquement les internes dans l'établissement et qu'il peut être difficile d'aborder dans le cadre des réunions des autres instances.

IX. EVALUATION

- La Fédération hospitalière de France, soucieuse de promouvoir la signature et la mise en œuvre de la présente Charte par le plus grand nombre possible d'établissements, confiera à sa commission permanente sur l'attractivité médicale, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.
- Les associations représentatives des internes pourront réaliser pour ce qui les concerne leurs propres évaluations, selon la fréquence et les modalités qui leur agréeront.
- Cela permettra d'assurer un suivi dans la durée du respect de la Charte et de l'amélioration des pratiques.

ANNEXE IX : Extrait du cahier des charges du PACTE de la HAS

1. Contexte et enjeux

1.1. Contexte

On sait depuis déjà plus de 10 ans, grâce au rapport de l'Académie de Médecine Américaine (IOM) « To err is Human – Building a safer health system », que les Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont fréquents (8ème cause de décès aux USA, avant la mortalité par accident de la voie publique). Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009 ont mis également en évidence une fréquence stable d'environ 1 EIG tous les 5 jours par secteur de 30 lits ainsi que 4,5% des séjours en établissements de santé causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.

La sécurité de la prise en charge s'impose donc comme un axe majeur dans les politiques de santé. Plusieurs études confirment la prévalence des causes organisationnelles :

- ▶ Les travaux de Reason (2000) ont mis l'accent sur l'aspect multifactoriel des EIAS et la nécessité de promouvoir une analyse systémique de ceux-ci afin de pouvoir apprendre des erreurs.
- ▶ Les travaux de Charles Vincent (The essentials of patient safety - Charles Vincent - 2011) confirment cette approche et note qu'un système efficace nécessite certes, l'identification des EIAS mais surtout, l'association des professionnels à l'analyse de ces EIAS pour en tirer des enseignements et un apprentissage à partir des erreurs détectées (retour d'expérience). Leur participation permettant ensuite un partage d'informations et la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins¹.
- ▶ Par ailleurs un des enseignements tiré de la littérature scientifique est qu'une cause fréquemment retrouvée lors de l'analyse des EIAS est souvent liée au fonctionnement de l'équipe qu'il s'agisse : d'un défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein du collectif de travail^{2,3,4}. Par exemple, près de 70% des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un problème de communication⁵. La base des Vétérans (Veterans Administration (VA) National Center for Patient Safety database) montre les mêmes résultats avec une défaillance de la communication citée comme facteur contributif principal dans 75% des événements indésirables⁶. On retrouve également les mêmes résultats dans la base de l'accréditation des médecins de la HAS qui collecte (ou regroupe) les événements porteurs de risque.

On sait également que la qualité du travail en équipe impacte la sécurité du patient^{7,8,9} mais surtout qu'améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer autant les processus de soins que leurs résultats^{10,11}. Un travail récent démontre même une diminution de 18% de la mortalité après la mise en œuvre d'un programme pour améliorer le travail en équipe¹².

Une des réponses aux problèmes posés se trouve dans une culture de sécurité qui structure le milieu professionnel concerné. Cette culture est le produit d'un processus d'apprentissage collectif reposant sur des éléments d'adhésion naissant à l'occasion d'initiatives partagées, au sein d'un collectif de travail comportant l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.

¹ C. Vincent. Patient Safety. Chapitre 5 : Reporting and learning systems. Wiley-Blackwell ed., Oxford, second édition 2010, 416 pages.

² Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003 Jun;133(6):614-21

³ Dunn EJ, Mills PD, Neilly J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007 Jun;33(6):317-25

⁴ http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx

⁵ Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue No. 30, 2004.

⁶ Dunn E.J., et al.: Medical Team Training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33:317-325, Jun. 2007.

⁷ Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009 Feb;53(2):143-51

⁸ Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*. 2013 Apr;110(4):529-44

⁹ Medical teamwork and patient safety : the evidence-based relation. AHRQ <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/medteam/index.html>

¹⁰ Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, Halpin SM. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors*. 2008 Dec;50(6):903-33.

¹¹ <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetvii-full.pdf> in Chapter 40. Team-Training in Health Care: Brief Update Review

¹² Neilly J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*. 2010 Oct 20;304(15):1693-700

La littérature montre que le travail d'équipe efficace^{13,14} :

- constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables,
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient,
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels.
- est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

Mais améliorer le travail en équipe nécessite aussi de prendre en compte : les objectifs de l'équipe, l'organisation et la culture de sécurité préexistantes, le leadership au sein de l'équipe ainsi que définir des modalités de suivi et de mesure pour une implémentation réussie¹⁵.

1.2. Enjeux

La **sécurité des patients** devient de plus en plus un enjeu majeur de nos sociétés, aussi, nombreux sont les dispositifs et réglementations qui s'y intéressent :

- la loi HPST a mis en place une gouvernance des risques en impliquant fortement la CME de l'établissement et son président et en désignant un coordinateur de la gestion des risques¹⁶
- le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) présenté le 14 février 2013 par le Ministère de la santé cible particulièrement les EIG et le retour d'expérience (axe 2 du PNSP) ainsi que la notion d'équipe, de culture de sécurité partagée et de formation (axe 3).
- parmi les méthodes de développement professionnel continu (DPC) retenues par la HAS (document de décembre 2012), on retrouve les méthodes de gestion de risque dont une concernant la gestion des risques en équipe.
- la certification des établissements de santé investit la gestion des risques (notamment à travers les critères 8 et 28a de la V2010).
- la gestion des risques est l'élément central de l'accréditation des médecins des spécialités à risque.

Par ailleurs, la HAS porte un intérêt de plus en plus fort aux dynamiques d'équipe favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette attention est motivée par l'observation des données et études relatives aux événements indésirables (cf. supra) concluant à la prééminence de ces facteurs d'organisation et de culture d'équipe dans leur survenue ou dans leur récupération. La HAS souhaite ainsi favoriser un mouvement pour construire un système de reconnaissance des équipes entraînées aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité, dans les dispositifs existants (certification, accréditation, DPC) et futurs.

Le Programme d'Amélioration Continue pour le Travail en Equipe (**PACTE**) doit permettre aux équipes de sécuriser la prise en charge des patients. « L'enjeu est de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »¹⁷, notamment par le développement de collectifs de travail partageant valeurs, savoirs, savoir-faire et attitudes communes, et un apprentissage du travail en équipe qui n'est pas inné, mais qui s'apprend.

¹³ Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008 17: 127-130

¹⁴ Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3.

¹⁵ Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf. 2013 May;22(5):369-73

¹⁶ Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

¹⁷ <http://www.rmf.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>

**ANNEXE X : Article 30 du projet de loi de modernisation de notre
système de santé**

Article 30

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début du livre III de la quatrième partie, il est ajouté un titre préliminaire ainsi rédigé :

« *TITRE PRÉLIMINAIRE*

« ***EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE***

« *Art. L. 4301-1. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d’une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d’une équipe de soins en établissements de santé coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d’un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.*

« Un décret en Conseil d’État, pris après avis de l’Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d’auxiliaire médical :

« 1° Les domaines d’intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

« *a) Des activités d’orientation, d’éducation, de prévention ou de dépistage ;*

« *b) Des actes d’évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;*

« c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

« 2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

« II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

« La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.

« III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée, à cet effet, sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

« IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions

particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « ses malades, », sont insérés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ».

Exposé des motifs

Cet article crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales.

Les défis de l'organisation des soins pour demain sont bien identifiés et nécessitent des transformations majeures des modèles professionnels. Le diagnostic est consensuel et voit converger une série de contraintes : la baisse de la démographie médicale, l'explosion des besoins des patients chroniques, l'exigence croissante de qualité, de sécurité, mais aussi d'information et d'accompagnement, le défi de l'accès aux soins. Ces défis sont au cœur de la stratégie nationale de santé pour construire la réponse que le Gouvernement entend donner aux inquiétudes des professionnels et des usagers.

Au regard de l'évolution épidémiologique, démographique et économique, bien des réponses convergent pour promouvoir à partir des

métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux. Les acteurs sont nombreux à prendre position en faveur d'un questionnement de fond sur la conception des métiers de santé.

Cet article définit la notion de pratique avancée d'une profession de santé paramédicale et les modalités de son inscription dans la partie législative du code de la santé publique. Cette mesure est destinée à créer le métier d'infirmier clinicien, ainsi que le recommande le plan cancer III lancé par le Président de la République.

Les auxiliaires médicaux formés à assumer des « pratiques avancées » devront exercer dans des équipes de soins en lien avec le médecin traitant, afin d'améliorer la réponse aux besoins des patients chroniques.

L'article définit cette notion de pratique avancée : il s'agit, à partir du métier socle de permettre, dans des conditions qui seront définies par voie réglementaire, un élargissement du champ des compétences vers, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention.

ANNEXE XI : Extrait de l'ouvrage de Jean de Kervasdoué « Les revenus des professions de santé »¹⁵ sur la nomenclature des actes et les tarifs de ceux-ci

Poursuivre sans relâche l'amélioration de la gestion de la nomenclature des actes médicaux

« Cette nomenclature sert notamment à définir la nature des actes remboursés aux assurés sociaux et le montant des tarifs opposables par le médecin au patient et à la caisse d'assurance maladie. [...] Outil médical, la nomenclature recense tous les actes autorisés ce qui suppose tout d'abord de suivre en permanence la pratique chirurgicale et ses nombreuses innovations afin de pouvoir « coter » de nouveaux actes et d'en modifier le cas échéant la complexité relative ; mais la nomenclature doit aussi « sortir » de sa classification d'autres actes, soit parce qu'ils sont remplacés par d'autres, plus efficaces et moins onéreux, soit que l'on s'est aperçu qu'ils étaient inutiles ou dangereux. Si les inventeurs d'une nouvelle technique souhaitent qu'elle soit remboursée et poussent donc à son introduction dans la nomenclature, remarquons que personne n'ira plaider, sauf l'assurance maladie, pour sortir un acte de la liste ou en modifier la cotation à la baisse. Beaucoup d'économies rendues possibles par une technologie nouvelle, l'IRM par exemple, ne se matérialisent que si la substitution alléguée devient effective, autrement dit si les technologies

¹⁵ Laurence HARTMAN, Jean-Marc MACE, Kieke OKMA, sous la direction de Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, Economica et la Mutualité Française, Paris, 2014

anciennes ne sont plus remboursées. Du fait de la gestion imparfaite de la nomenclature et des conditions de remboursement, le plus souvent l'usage de la technique ancienne et de la technique nouvelle se cumulent et la substitution ne se produit que des années plus tard »¹⁶. Cette incapacité, souvent dénoncée mais peu solutionnée, à gérer les indications et la tarification, coûte très cher et est source d'importantes dépenses inutiles de la part de l'assurance maladie. Il s'agit donc d'une importante source d'économie qui passe par une gestion dynamique de la nomenclature des actes médicaux, consistant à faire entrer et sortir les actes à un rythme qui devrait être annuel.

Certes, cela demande un gros travail. Mais les moyens humains nécessaires doivent être mis en place car ils apporteront un retour sur investissement particulièrement conséquent. Il faut en effet *« discipline par discipline, [...] suivre non seulement les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) mais aussi de la recherche médicale mondiale, les recommandations des instances d'expertise privée (comme la collaboration Cochrane) ou publique comme FDA américaine (Food and Drug Agency) ou du NICE anglais (National Institute of Clinical Excellence) »¹⁷*, ce qui n'est pas fait, d'après les auteurs de l'ouvrage de Jean de Kervasdoué, au rythme qui serait nécessaire.

« L'Etat ne se saisit qu'avec grand retard des nouvelles techniques disponibles sur le marché mondial. Cela constitue à la fois un préjudice pour les patients qui auraient pu en bénéficier et offre une sortie à ceux qui

¹⁶ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé, op. cit.*, p. 26

¹⁷ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé, op. cit.*, p. 27

continuent à proposer des traitements obsolètes ». Il s'agirait de suivre politiquement ces dossiers techniques « à l'échelon ministériel » plutôt que de laisser les dits dossiers « aux mains d'agences faites avant tout pour protéger les acteurs du système »¹⁸.

« Entrer et sortir les actes [de la nomenclature] ne suffit pas, ils doivent non seulement être classés, pondérés les uns par rapport aux autres et pour tous il faut calculer [...] un tarif, avec si possible une logique explicite ». Et Jean De Kervasdoué de souligner qu'on est loin aujourd'hui de « l'application rigoureuse de ces principes »¹⁹.

Stimuler la conduite de travaux de recherche sur le calcul du tarif des actes

Les sommes engagées par l'assurance maladie dans le remboursement des actes et prothèses de toute nature sont considérables. Soulignons les travaux du professeur Alain Sommer concernant ce champ de recherche rappelé dans l'ouvrage de Jean De Kervasdoué, à savoir :

« [...] afin de modéliser le fonctionnement économique d'un établissement de soins, l'équipe du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) et notamment le professeur Alain Sommer, ont dû maîtriser les nomenclatures pour simuler le fonctionnement des blocs

¹⁸ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, op. cit., pp. 27-28

¹⁹ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, op. cit., p. 28

opératoires et préciser les conditions de rémunération du chirurgien libéral et de l'établissement dans lequel il exerce. Ainsi l'existence de l'indication des temps de réalisation des actes dans la liste des actes de la CCAM et de leur tarif a permis de calculer la rémunération implicite de la minute de chirurgien de chacun de ces actes ». Cette indication permet d'évaluer le calcul de la rémunération des chirurgiens libéraux réalisés par la CNAM-TS : « l'analyse de la version 25 de la CCAM montre que le prix de la minute des actes opératoires connaît d'amples variations, de 0,41€ à 10,45€, soit un rapport de plus de 25 (2500 %) ! La moyenne est de 2,61€... »²⁰.

La question se pose des justifications de cette hétérogénéité. Concernant les conséquences de l'hétérogénéité du tarif par minute, Jean De Kervasdoué indique (nous semble-t-il à juste titre) que s'il ne lui « appartient pas de décider quelle serait la « bonne », la « juste » ou « l'équitable » valeur du tarif par minute des chirurgiens et de leur équipe », il convient « toutefois de souligner que ces variations inexpliquées peuvent créer des rentes, retarder l'innovation, conduire à des pratiques condamnables soit par excès, soit par manque d'incitation. »²¹

Les auteurs précisent en outre que « dans un domaine d'économie administrée, le tarif est aussi un signal qui a pour objectif certes de rémunérer de manière efficace et équitable les acteurs, les chirurgiens dans notre cas, mais aussi d'orienter les pratiques pour favoriser, par exemple, une technique plus efficace ou plus productive ». Ils s'inquiètent

²⁰ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé, op. cit.*, pp. 29-30

²¹ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé, op. cit.*, pp. 31

de ce qu'il en est de la CCAM et soulignent que « *pour le moins l'opacité règne et avec elle, comme toujours dans de tels cas, le poids du passé, celui des lobbies, la crainte de la transparence et le peu d'effort pour aborder derrière ce voile les questions médicales, économiques et éthiques qu'impliquent un tel sujet* »²².

Ils avancent enfin que « *si les patients sont à juste titre inquiets du retard donné à la solvabilité d'une innovation ; ils devraient l'être tout autant de la rente, c'est-à-dire d'une somme d'agent qui arrive dans la poche de quelqu'un qui ne l'a aucunement mérité* »²³.

Notre mission voit encore dans ce niveau du volume de rentes injustifiées les sources d'économies à faire qui permettraient de compenser largement les sommes qui devraient être engagées pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.

Baisser la valeur de l'acte de certaines spécialités dans le secteur libéral

Les Hôpitaux ont de graves problèmes de recrutement pour les spécialités qui sont beaucoup mieux rémunérées en ville qu'à l'hôpital (radiologie, anesthésie...) ; comme l'affirme le professeur Jean De Kervasdoué (dans son ouvrage précité, *Le revenu des professions de santé*, 2014) : « *La solution de l'hôpital est en ville, pas à l'hôpital* » ; « *il faut*

²² Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, op. cit., pp. 31-32

²³ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé*, op. cit., p. 32

baisser la valeur de l'acte de certaines spécialités dans le secteur libéral »²⁴.

Outre l'économie réalisée par l'assurance maladie, cela permettrait d'éviter une véritable hémorragie de praticiens hospitaliers en direction du secteur libéral pour des raisons financières (auxquelles sont aussi sensibles, lors de leurs choix de modes d'exercice, nombre de médecins spécialistes en fin de formation pour les disciplines concernées).

²⁴ Jean de KERVASDOUE, *Le revenu des professions de santé, op. cit.*, p. 37

ANNEXE XII : Propositions de la commission imagerie de la FHF



Contribution de la commission imagerie à la future loi de santé 2014

A l'initiative des professionnels de terrain, la FHF a constitué en janvier 2014 une commission imagerie. Composée de médecins et de directeurs d'établissement, la commission, présidée par le Docteur Frédéric Martineau, est chargée d'apporter des propositions concrètes pour promouvoir une imagerie publique de qualité.

Dans le cadre de la future loi de santé, qui mettra en œuvre la Stratégie Nationale de Santé, il nous est apparu indispensable de définir les grandes orientations à déployer dans les années qui viennent pour la discipline de radiodiagnostic et d'imagerie médicale exercée à l'hôpital public.

En effet, l'imagerie médicale, par la place prépondérante qu'elle occupe dans le diagnostic et le suivi thérapeutique de toutes les activités et spécialités médicales ou chirurgicales, constitue un enjeu stratégique majeur pour les établissements de santé. Elle est au cœur de la plupart des grands plans de santé publique de ces dernières années (Plans Cancer, AVC...) et de la prise en charge des urgences. Son efficience sera capitale demain dans la montée en charge de l'activité ambulatoire.

Pour autant, la situation actuelle de cette discipline est alarmante dans de nombreux territoires.

Le constat, connu, se dégrade depuis 15 ans, avec un taux de vacance d'emplois passé de moins de 10% à 40% des postes de radiologues ; quant à l'équipement médical d'imagerie, après l'embellie du plan Hôpital 2007, il est fréquent que les équipes radiologiques travaillent sur des scanners et des IRM de plus de 10 ans, y compris dans des services universitaires ; par ailleurs, la part des établissements publics détenteurs d'autorisation de ces équipements est passée à moins de 40% alors qu'elle était supérieure à 60% il y a encore 15 ans.

Si le déficit de coopération entre établissements publics de santé a parfois pu aggraver certaines difficultés locales, dans de nombreuses régions, y compris pour de grands centres hospitaliers, la situation est préoccupante.

La commission imagerie de la FHF est consciente que la future loi de santé ne saurait répondre à elle seule à l'ensemble des problématiques de l'imagerie publique et particulièrement son attractivité en concurrence avec le secteur privé lucratif. Cependant, ne pas en tenir compte constituerait une faute qui fragiliserait à terme tout le dispositif hospitalier public.

C'est pourquoi, les membres de la commission souhaitent que cette loi puisse porter, au sein d'un cadre général, une attention particulière à ce secteur essentiel d'activité et propose 5 grandes recommandations.

Rappel des 5 propositions de la commission imagerie de la FHF :

- ✓ Rendre obligatoire sur les territoires la mise en œuvre de plateformes d'imagerie diagnostique et interventionnelle complètes, diversifiées et regroupées autour d'équipes de taille suffisante et pluri-spécialisées
- ✓ Développer une politique attractive de l'hôpital public pour l'ensemble des professionnels de l'imagerie sur un territoire
- ✓ Structurer une démarche qualité
- ✓ Clarifier les règles d'archivage des données et simplifier les échanges d'images tout en préservant la confidentialité
- ✓ Valoriser l'activité d'imagerie au sein des établissements de santé et encourager les investissements.

Et en particulier la 2^{ème} proposition qui porte spécifiquement sur l'attractivité :

2. Développer une politique attractive de l'hôpital public pour l'ensemble des professionnels de l'imagerie sur un territoire

La future loi de santé comportera un chapitre sur la modernisation des professions de santé.

L'urgence de la situation de la démographie médicale en imagerie – près de 40% des postes de PH temps plein vacants, 1.500 départs à la retraite dans les 10 prochaines années... – impose une réaction rapide des autorités régulatrices.

Tout d'abord, les membres de la commission tiennent à rappeler que la coopération entre établissements ne suffirait pas à elle seule à combler les difficultés majeures posées par la démographie médicale.

Les **campagnes de dépistage** et les **plans nationaux de santé publique**, notamment le dernier plan cancer, affichent des objectifs ambitieux d'accès rapide à un plateau technique d'imagerie de qualité. Pour que l'ensemble des patients puissent bénéficier des progrès considérables réalisés dans ce secteur, les radiologues doivent pouvoir être disponibles à tout moment afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de cette population. Ceci nécessite d'étoffer de façon significative les équipes existantes car l'évolution de l'activité professionnelle s'effectue de plus en plus **de la production vers le conseil et la concertation, la relecture ou la synthèse de dossiers réalisés antérieurement ou ailleurs**. Cette mutation de l'activité de radiologie est la contrepartie de la **révolution numérique**.

L'augmentation du nombre de postes d'internes en radiodiagnostic et imagerie médicale, certains pouvant être fléchés vers les plateformes, avec des maquettes de formation validées par les universitaires, est une première réponse et constituerait un signal fort pour l'ensemble des acteurs.

Cette mesure, qui ne relève pas du domaine législatif, doit malgré tout être rapidement engagée et constitue un préalable à la question de la démographie médicale.

La mise en œuvre des plateformes d'imagerie doit constituer une réponse facilitatrice aux difficultés de recrutement des établissements de santé, difficultés multi-factorielles liées aux rémunérations, aux contraintes de l'exercice et parfois aux lourdeurs administratives et au moindre espace laissé aux radiologues dans la définition de la stratégie, et de la politique d'investissement. Pour ce faire, les plateformes pourront apporter les réponses suivantes :

- Offrir des **conditions d'emploi et de rémunération homogènes** sur un même territoire ;
- Offrir aux praticiens **l'opportunité de se sur-spécialiser, d'accéder à des plateaux techniques innovants et de participer à la recherche et l'enseignement** ;
- Partager des **postes d'assistants** entre centres hospitaliers, mais aussi entre CH et CHU pour rapprocher les équipes, favoriser les recrutements ultérieurs, participer aux publications et améliorer le parcours des patients ;

- Etre le lieu **d'expérimentations statutaires** visant à renforcer l'attractivité pour les médecins et les personnels non médicaux de l'imagerie médicale.

Ces expérimentations pourraient notamment être issues des propositions de la **commission attractivité de la FHF** (ex : uniformisation des statuts en post-internat, fin de l'année probatoire dans certains cas, rémunérations complémentaires, facilitation de l'exercice mixte par assouplissement de la réglementation sur le statut de PH temps partiel...).

Enfin, et venant en complément des précédentes propositions, **les délégations d'activité** au sein des services d'imagerie apparaissent incontournables.

Plusieurs types de délégations peuvent s'exercer : les délégations horizontales entre médecins (du radiologue vers le cardiologue par exemple, ou du manipulateur vers l'IDE) mais également des délégations d'activité, du radiologue vers le manipulateur, **toujours placé sous la responsabilité médicale**. Ces délégations doivent être encadrées et faire l'objet d'un accord de l'ensemble des parties prenantes. Il ne s'agit en aucun cas de segmenter les compétences et la responsabilité des médecins mais de permettre à chaque professionnel d'exercer son art dans des conditions d'exercice sûres et encadrées.

Par ailleurs, dans le domaine de l'échographie, le diplôme inter-universitaire (DIU) d'échographie est ouvert depuis 2 ans aux manipulateurs en électroradiologie médicale impliqués dans un projet de coopération. Cette formation constitue un élément d'attractivité pour ces professionnels et doit être encouragée.

ANNEXE XIII : Extrait des actes des Rencontres sociales de la Chaire TDTE

Pour les médecins du secteur 1 (plus de 90% des médecins généralistes), le revenu³ est strictement proportionnel à l'activité individuelle. Pour les médecins généralistes du secteur 2, les dépassements s'ajoutent au revenu proportionnel à l'activité. Dans les deux cas, l'activité et donc le revenu est marquée par une forte montée en charge lors des 10 premières années d'exercice⁴. Au delà des 10 premières années d'activité, l'expérience a un impact faible sur les revenus individuels des médecins, en opposition à des profils de carrière salariée équivalents.

Pour une cohorte donnée, il apparaît que les différences de revenu entre médecins sont fortement expliquées par la localisation géographique pour laquelle on observe également des fortes différences de niveaux de densité médicale. Sur le vingt dernières années, l'évolution des revenus médicaux peut s'expliquer par deux facteurs importants. Tout d'abord les revalorisations tarifaires et ensuite, étant donnée la modification du prix relatif de la consultation par rapport à la visite, une modification de la structure de l'activité en faveur des consultations.

L'information médicale : un enjeu de santé publique et de maîtrise de la qualité des soins

Le médecin libéral reçoit donc de la collectivité des honoraires mais en contrepartie donne peu d'informations sur les soins qu'il délivre. Actuellement, le dossier médical personnalisé (DMP) contient peu d'informations sur les pathologies rencontrées par le médecin, au nom du secret médical. Seuls les actes et les prescriptions sont présents sur le DMP. Le financeur public a ainsi peu de moyens de contrôle de l'efficacité technique et de la qualité des actes délivrés dans le cas de la médecine ambulatoire, a contrario de ce qui est disponible dans le cadre de l'activité hospitalière. Ainsi il est difficile pour le financeur public de voir dans le praticien libéral un relais efficace de toute politique de santé publique.

Les mises en évidences des comportements individuels

Comportements d'induction

Quelle est la relation entre le contexte institutionnel et les pratiques individuelles ? Dans le cadre de la médecine libérale où le revenu des médecins est fortement lié à leur niveau d'activité, de nombreux économistes émettent l'hypothèse d'un comportement d'induction de la demande de la part des médecins. Afin d'obtenir un certain niveau de revenu, le médecin a le pouvoir de manipuler la demande de soins du patient. Ce type de comportement est renforcé par les caractéristiques du système de santé français (paiement à l'acte et forte couverture assurantielle). Dans le cadre des généralistes du secteur 1, de nombreuses études⁵ montrent la réalité de tels comportements, principalement dans les zones à fortes densités médicales.

³ Il est parfois complexe, sur données individuelles de distinguer entre honoraires (bruts) qui intègrent les charges individuelles et les revenus nets.

⁴ Dormont et Samson, 2008.

⁵ Delattre et Dormont, 2005.

L'influence de tels comportements sur l'évolution des dépenses de santé est non négligeable. Sur la période 1988-2000, l'évolution réelle du volume de soins de médecine libérale est de 57%. Des simulations (Delattre et Dormont, 2005) permettent de montrer que les comportements d'induction expliquent 8% de cette évolution : près de un septième de l'évolution du volume de soins est imputable à des comportements de demande induite.

La localisation des médecins libéraux

Entre équité et efficacité, les fortes différences de densité médicale sur le territoire métropolitain posent un souci au régulateur. Lorsque les niveaux de densité médicale sont élevés, de forts comportements d'induction sont à envisager et sont sources d'inefficacité. Si les niveaux sont trop faibles, l'accès aux soins peut être difficile pour certaines populations. Dans ce cadre, la connaissance des déterminants des choix de localisation des médecins est un pré-requis à toute tentative de régulation spatiale de la démographie médicale. Dans cette optique, Delattre et Samson (2012) montrent que les médecins valorisent le revenu potentiel dans leur zone d'installation mais également la qualité de vie associée. Dans cet arbitrage, les médecins sont prêts à s'installer dans des zones à forte densité médicale et faible revenu mais à qualité de vie plus élevée⁶.

Les outils de régulation

Au cours des trente dernières années, face à la croissance non maîtrisée des dépenses de santé, le régulateur a mis en place un grand nombre d'outils de régulations. Ces outils, initialement déclinés comme tentatives de régulation quantitative de l'activité ont évolué vers des mécanismes incitatifs plus qualitatifs

Les mécanismes de contrôle de l'activité globale

Afin de contrôler les dépenses associées, le plan Juppé (novembre 1995) avait mis en place un mécanisme de contrôle du volume global de l'activité de médecine ambulatoire. En cas de dépassement des objectifs globaux définis annuellement, certains médecins jugés individuellement responsables (étant donnée l'évolution de leur activité) auraient du reverser une partie de leurs honoraires. L'efficacité de ce mécanisme n'a pu être évaluée⁷ sur la durée puisqu'il a été remplacé en 1997 par le plan Aubry. Dans ce plan, le même principe de contrôle de l'activité globale était envisagé mais les éventuels reversements d'honoraires se déclinaient collectivement, quelle que soit la contribution de chacun au dépassement. C'est sur ce principe que le Conseil Constitutionnel a déclaré le dispositif inconstitutionnel en décembre 1998. De fait, à ce jour, aucun mécanisme de contrôle global de l'activité de médecine libérale n'a abouti à des reversements d'honoraires.

⁶ Régions PACA ou Languedoc-Roussillon au détriment des régions Île de France ou Nord-Pas de Calais

⁷ De fait, lors de sa première et unique année de mise en application, l'enveloppe allouée à la médecine généraliste a été respectée.

ANNEXE XIV : Synthèse des travaux sur le temps de travail

Synthèse des propositions

Groupe « temps de travail »

Préalable :

La mission précise à nouveau que, s'agissant des propositions qui seront retenues par le groupe de travail, celles-ci auront vocation à prendre place dans le rapport sur l'attractivité qui sera remis à Madame la Ministre ayant commandé ce rapport, sans que cette dernière soit engagée par les dites propositions ; la mission n'ayant pas qualité pour se substituer aux négociations en cours ou à venir entre les partenaires sociaux (syndicaux et institutionnels) et Madame la Ministre, son cabinet et/ou ses services.
Les participants prennent acte de ce rappel.

Les participants reconnaissent que les préconisations retenues devront être mises en œuvre progressivement pour ne pas mettre en danger le bon fonctionnement des établissements.

Proposition de synthèse des thèmes évoqués le 19 mars, dont l'approfondissement a été poursuivi au cours de la réunion du 31 mars.

1/ Mettre en place une déclaration individuelle du nombre d'heures de travail effectuées par chaque praticien, quels que soient le statut du praticien et l'organisation du temps de travail auquel il est soumis dans le cadre du tableau prévisionnel du service. Ce décompte horaire déclaratif (et rétrospectif) sert de base au suivi du temps de travail médical

(notamment dans le bilan social) et pour la rémunération du temps de travail additionnel, des permanences sur place et des astreintes. Il donne lieu à un contrôle dans des conditions déterminées par les établissements.

Observations

L'INPH et le SNAM rappellent qu'ils demandent un décompte par plages, qui doivent être au nombre de 5 par 24 heures. Si le temps est compté en plages, il n'a pas à être décompté en heures. La rémunération supplémentaire (sous forme de plages additionnelles) est due au-delà de 10 demi-journées. L'INPH souligne le rôle des commissions régionales paritaires (CRP) dans le suivi du temps médical.

L'AMUF demande le respect de la réglementation européenne (48 heures de travail maximum par semaine). Il est souligné qu'il s'agit d'un enjeu d'équité entre les praticiens.

Avenir Hospitalier et la CPH demandent un outil permettant rétrospectivement de suivre le temps de travail effectivement réalisé.

La CMH propose de distinguer la programmation prévisionnelle du temps de travail, établie dans le tableau de service, du décompte « a posteriori », qui doit se faire en heures.

La conférence des DG de CHU demande que l'on tienne compte de l'organisation collective : le tableau de service est établi par le chef de service pour l'équipe.

La conférence des présidents de CME se dit favorable à ces mesures, à condition qu'elles ne soient pas porteuses de contraintes supplémentaires, et préfère la notion de suivi à celle de contrôle.

La FHF rappelle qu'elle est favorable à un système basé sur la confiance, forfaitaire, et ajoute que la mise en place d'un décompte horaire impose un contrôle dans le cadre de la certification des comptes.

2/ Rappeler que les 48 heures de travail hebdomadaire sont le maximum de l'obligation de service.

3/ Confier aux chefs de service ou responsables d'unités la responsabilité de la bonne application des règles du temps de travail, la transparence des répartitions du travail sous ses différentes formes, leur réalisation, et la répartition équilibrée des sujétions diverses.

Observations :

L'INPH propose de remplacer « la bonne application des règles » par « l'organisation »

4/ Garantir à chaque praticien un temps de travail « autonome ».

Suite aux échanges entre les participants, il apparaît préférable de trouver un autre terme que celui de « temps autonome ». Le concept d'intérêt général, avancé par certains, paraît trop limité car décrivant une possibilité déjà bien délimitée par le code de la santé publique (article R.6152-30).

Comme convenu avec les participants au groupe de travail, la mission a donc à nouveau échangé avec Mme Danielle Toupillier, directrice générale du CNG, déjà missionnée en 2011 sur l'exercice médical à l'hôpital, pour préciser cette notion.

Consécutivement, la mission a proposé que pour garantir une autonomie aux praticiens hospitaliers dans leur exercice professionnel, leurs obligations de service soient précisées de la manière suivante :

1. Le praticien hospitalier exerce une spécialité (ou une discipline) médicale ou médico-technique qui constitue son cœur de métier et représenterait 80% de ses obligations de service. Selon la discipline et la

spécialité considérées, cette activité peut être clinique ou non-clinique, et relever ou non d'un travail posté.

2. Le praticien hospitalier exerce à raison de 20% de son temps de travail d'autres activités de service public, qui comprennent :

- a. Des activités concourant à l'intérêt du service : les tâches administratives, le tutorat, la coordination avec les autres professionnels, le contact avec les familles, la conduite de projets, etc. Ce temps peut être mutualisé au niveau de l'équipe médicale dans le cadre d'une contractualisation avec le chef de pôle.
- b. Les activités « d'intérêt général »²⁵ (AIG), qui peuvent notamment relever de travaux universitaires (formation, recherche), de missions internes à l'établissement, ou de missions auprès d'autres administrations, établissements ou organismes assurant une mission de service public.

Observations sur cette proposition :

Les participants ont formulé de nombreuses remarques sur cette proposition, dont voici les principales :

- *Selon les intersyndicales de PH, certaines activités listées au 2-a relèveraient du point 1. Cela vaut en particulier pour la communication avec les familles, les tâches administratives, et la coordination avec les autres professionnels.*
- *Une contradiction est soulevée entre la reconnaissance d'un temps « autonome », qui comprend des tâches réalisées par tous les praticiens, et l'intégration dans ce temps de l'AIG et de l'activité libérale qui ne concernent que certains praticiens.*
- *Selon les intersyndicales, les activités qui présentent un caractère obligatoire pour les praticiens ne doivent pas être décomptées comme du temps « autonome » dont le principe est précisément de redonner aux praticiens de l'autonomie dans leur exercice professionnel.*
- *Plusieurs participants s'interrogent sur la manière dont la reconnaissance d'un temps autonome peut permettre de répondre à l'aspiration des praticiens à une plus grande modularité de la carrière.*

²⁵ C'est-à-dire les activités exercées dans les conditions définies à l'article R. 6152-30 du Code de la santé publique

Des dénominations sont proposées pour distinguer les deux activités :

- *L'INPH suggère de distinguer les activités directes des activités indirectes.*
- *Avenir Hospitalier met en avant les expressions d'intérêt collectif et d'intérêt institutionnel, par opposition à l'activité principale dans le cadre du service.*
- *La FHF propose d'utiliser la notion de travail non-posté, comme pour les urgentistes.*

Un accord se dégage sur l'idée d'intégrer la notion de temps autonome dans une contractualisation, dont Danielle Toupillier suggère de distinguer trois dimensions qui se déclinent successivement de la manière suivante :

- *Le contrat de pôle, conclu entre le chef de pôle et le directeur de l'établissement après avis du président de la CME (ou contresigné par lui) ;*
- *Le contrat collectif d'équipe, qui établirait les ressources de chaque équipe, service ou unité, conclu entre le chef de pôle, le chef de service ou d'unité et les praticiens du service ou de l'unité ;*
- *Le contrat individuel d'engagement propre à chaque praticien, conclu entre le chef de service ou d'unité et chaque praticien.*

Le SNAM souligne les difficultés nombreuses posées par l'idée de segmenter les obligations de service, et demande que le temps autonome puisse s'ajouter aux dispositifs déjà existants de l'activité d'intérêt général et de l'activité libérale.

L'INPH suggère de travailler à une mesure de consensus permettant que les travailleurs postés puissent se voir reconnaître une activité indirecte qui corresponde au forfait des urgentistes, tandis que les travailleurs non postés doivent bénéficier d'une contractualisation à la fois collective, pour s'assurer du bon dimensionnement des équipes, et individuelle, pour permettre un exercice autonome volontaire, transparent et évalué.

Avenir Hospitalier affirme que les jeunes praticiens sont très attachés à la possibilité de pouvoir mener des projets individuels (enseignement,

recherche clinique, expérimentation, élaboration de nouveaux protocoles...) et attendent que cet engagement soit reconnu.

La CPH souligne que les propositions de la mission ne doivent pas venir remettre en cause les facteurs d'attractivité que sont l'activité libérale et l'activité d'intérêt général.

La CMH propose, sans que cela fasse consensus, que chaque praticien consacre 80% de ses obligations de service aux soins et à la clinique au sens large, dans le cadre du contrat collectif d'équipe, et les 20% restants à d'autres missions, détaillées dans le contrat individuel, qui peuvent être aussi bien de l'AIG, de l'activité libérale, de l'activité d'enseignement ou de recherche, une participation à un ou plusieurs projets de l'établissement, ou un projet personnel qui peut être dans le service, mais hors du champ du contrat collectif.

Points à nouveau évoqués le 31 mars

- Faut-il inclure dans les 20% la participation aux instances et à la vie de l'institution ?

Observations des participants : il est proposé de faire la distinction entre les mandats, tels que ceux remplis par les membres élus à la CME, et qui s'intègrent à l'activité principale, et les autres formes d'implication dans la vie de l'établissement (ex. : CLIN, CLUD...) qui pourraient relever de ce temps autonome. La problématique de la compensation (ou remboursement) aux unités, équipes ou services du temps médical consacré à l'ensemble de ces activités est soulignée.

- Les activités de développement professionnel (DPC, formation continue...) relèvent-elles de l'activité principale ou des 20% ?

Observations des participants : les intersyndicales de PH affirment que ces activités relèvent d'un congé statutaire de 15 jours par an, et se situent donc hors du champ de cette réflexion. La DGOS précise que bien que les textes mentionnent un « congé de formation », le temps consacré à celle-ci doit être décompté dans les obligations de service et ne saurait être assimilé à des congés annuels, par exemple.

Précision de la mission

Il est rappelé que la rémunération des activités de service public est incluse dans le traitement de praticien hospitalier. Si des surcoûts étaient mis en évidence, il conviendrait de prévoir un plan de montée en charge en priorisant les actions sur une durée à déterminer.

Autres observations

La conférence des DG de CHU souligne l'impact du choix entre 18,75%, suggéré à la réunion du 5 mars, et 20%. Le travail autonome existe déjà, l'inscrire dans un droit individuel pose question du point de vue de la démographie.

La FNSIP-BM rappelle les discussions en cours dans le cadre du groupe de travail sur les risques psychosociaux et le burn-out : les trois points importants sont la démarche projet, le travail en équipe, et la qualité du matériel et des locaux.

5/ Maintenir un socle statutaire commun permettant deux organisations possibles du temps de travail :

- Les **10 demi-journées** dont les amplitudes horaires doivent rester souples pour s'adapter à toutes les organisations de travail.
- Le **décompte horaire**, en cours de généralisation pour les structures d'urgences-SAMU-SMUR :
 - Qui peut être étendu, à d'autres disciplines et spécialités pour lesquelles la réglementation le permet (anesthésie-réanimation, obstétrique) sur proposition de la CME, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins et, *en cas de litige*, de la CRP.
 - Et s'applique pour toutes les heures déclarées en temps de travail additionnel.

Une expertise juridique est demandée à la DGOS pour s'assurer que le maintien du terme de demi-journée n'empêche pas de reconnaître une 5^e demi-journée par tranche de 24 heures.

Point à nouveau évoqué le 31 mars

- **Quelle possibilité d'extension du décompte horaire** pour les disciplines et spécialités pour lesquelles la réglementation ne le permet pas ?

Un consensus ne se dégage que sur l'idée que la mise en place d'une 5^e demi-journée par tranche de 24 heures fera disparaître la majeure partie de l'injustice qui motive aujourd'hui la revendication du décompte horaire.

Observations

L'extension du décompte horaire aux autres disciplines et spécialités ne fait pas consensus :

- *La CPH propose de permettre l'adaptation aux mutations technologiques qui permettraient d'étendre l'amplitude de l'activité, comme par exemple en biologie médicale et en pharmacie.*
- *La conférence des PCME de CH suggère de laisser une autonomie aux établissements*
- *D'autres représentants de PH sont attachés à l'application d'une même réglementation à l'échelle nationale, sans dérogation possible, notamment pour éviter les phénomènes de dumping à l'échelle d'un territoire.*

Il est proposé que les commissions régionales paritaires puissent réaliser un suivi de l'organisation du temps de travail.

6/ Reconnaître une 5^e demi-journée par 24 heures

La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) établit les activités (dans le respect du projet médical) et les amplitudes horaires des plages en tenant compte de l'organisation des soins dans l'établissement.

Suite à l'avis du CNG, la mission propose que les plages définies dans l'organisation prévisionnelle de l'activité ne puissent faire ni moins de 4 heures, ni plus de 5 heures.

Observations

Les conférences de DG de CHU et de CH demandent que soient prises en considération les pertes de ressources médicales, qui risquent d'être très importantes dans certains établissements.

La CPH demande le versement d'une indemnité de sujétion pour les demi-journées réalisées en plage de soirée.

7/ A la demande du praticien, permettre l'exercice d'autres activités de service public pour une durée supérieure à 20% du temps de travail hebdomadaire, dans le cadre d'une contractualisation avec le directeur de l'établissement et le chef de pôle, par exemple pour permettre à un praticien de se voir reconnaître une valence universitaire.

- Faut-il inclure dans ce cadre **les responsabilités assurées dans l'institution ?**

Il est rappelé que certaines activités (expertise, jury) relèvent d'une obligation statutaire. Pour les autres activités, il est proposé dans un esprit de simplification d'intégrer cette possibilité de dérogation au contrat individuel de chaque praticien.

Il est souligné qu'il est important de permettre d'une part le remboursement aux hôpitaux du temps consacré à l'extérieur par le praticien, et d'autre part la compensation dans les équipes, du temps médical concerné.

8/ Approfondir le positionnement de l'activité libérale à l'hôpital par rapport aux obligations de service. Il est rappelé que la durée de l'activité libérale à l'hôpital ne doit pas dépasser 20% *des obligations de service*.

Observations

Les intersyndicales de PH demandent que l'activité libérale puisse être cumulée avec le temps autonome.

9/ Fusionner les statuts de PH temps plein et temps partiel. Les praticiens hospitaliers nommés dans un établissement peuvent exercer leur activité à temps partiel pour la quotité de travail de leur choix, sous réserve d'une autorisation du directeur de l'établissement et du chef de pôle. L'exercice à temps partiel donne lieu à un traitement proratisé.

Observations

Les intersyndicales de PH sont ouvertes à une réflexion sur le sujet bien que le temps imparti n'ait pas permis de l'approfondir.

La question de la fusion des statuts de contractuels est mise en avant par les intersyndicales de PH.

Le CNG propose de maintenir la distinction entre les statuts praticiens exerçant à temps plein et à temps partiel, en permettant aux PH temps plein d'exercer à temps réduit pour une durée comprise entre 5 et 9 demi-journées hebdomadaires. Dans cette situation, les intéressés seraient autorisés à exercer un cumul d'activités accessoires mais ils doivent renoncer à leur activité libérale (cf. article R. 6152-46 CSP). De leur côté, les praticiens exerçant à temps partiel devraient effectuer de 4 à 6 demi-journées hebdomadaires et pourraient exercer une activité libérale à l'extérieur de l'hôpital, en dehors de leurs obligations de service.

ANNEXE XV : Compte-rendu de la réunion du 31 mars 2015

Etaient présents :

Pour la mission

Jacky LE MENN	Ancien sénateur et directeur d'hôpital honoraire
Paul CHALVIN	EDH

Pour les représentants des praticiens et des internes

Alain JACOB	INPH
Christophe SEGOUIN	SNAM
Alexandre CHRISTODOULOU	CMH
François FRAISSE	CMH
Rémy COUDERC	CMH
Marc BETREMIEUX	CPH
Clément DELAGE	FNSIP-BM
Jacques TREVIDIC	CPH
Nicole SMOLSKI	Avenir Hospitalier (AH)
Yves REBUFAT	AH
Jean GARRIC	AH
Didier REA	AH
Mélanie MARQUET	ISNI

Pour l'administration

Isabelle COUAILLIER	DGOS
Florent TIRAVY	DGOS
Matthias ALBERTONE	DGOS
Michèle LENOIR-SALFATI	DGOS
Danielle TOUPILLIER	CNG

Pour les représentants des établissements

Marc REYNIER	Conférence des DG de CHU
Charlotte NEUVILLE	FHF
Marie HOUSSEL	FHF
David PINEY	Conférences des PCME de CH

Pour les représentants des directeurs

Elodie CHAPEL

SMPS

Hélène OPPETIT

Syncass-CFDT

La réunion est ouverte à 14 heures 30.

Suite au rappel méthodologique de Jacky LE MENN, et à la présentation des propositions 1, 2 et 3 de la synthèse, Marie HOUSSEL (FHF) demande l'ajout de la position de la FHF au point 1.

Le groupe de travail étudie ensuite le document présenté, proposition par proposition.

Concernant la proposition 4 : « Garantir à chaque praticien un temps de travail autonome »

Nicole SMOLSKI (Avenir Hospitalier) affirme que le développement professionnel (DPC, formation continue) relève d'un congé statutaire de 15 jours par an, qui ne correspond ni à l'activité principale, ni au temps autonome.

Michèle LENOIR-SALFATI précise qu'il s'agit d'une position statutaire.

Jacques TREVIDIC (CPH) rappelle que la CPH a fait état de sa position sur la formation continue, qui rejoint celle d'Avenir Hospitalier, dans un document transmis à la mission, et ajoute que l'implication dans la vie de l'institution doit aussi être hors champ dès lors que le praticien exerce un mandat.

La CMH, le SNAM et l'INPH rejoignent la position d'Avenir Hospitalier et de la CPH sur le développement professionnel.

Christophe SEGOUIN (SNAM-HP) estime que la communication avec la famille fait partie de l'activité principale. Il demande, si les deux demi-journées de temps autonome intègrent l'activité d'intérêt général (AIG) et l'activité libérale, si cela implique que les praticiens exerçant une AIG ou une activité libérale ne font plus les tâches listées dans le temps

autonome. Il affirme que le temps de travail des médecins ne peut pas être segmenté en plusieurs activités.

Marie HOUSSEL (FHF) souligne l'importance d'inscrire le temps autonome dans un collectif, tout en le suivant individuellement pour chaque praticien, et propose d'utiliser la notion de travail non-posté, qui n'est pas nécessairement identique pour tous les praticiens ni au cours du temps.

Alain JACOB (INPH) regrette le manque de clarté sur l'articulation entre AIG et temps autonome, propose de faire une distinction entre activités directes et indirectes, et demande que l'on parle de 20% des obligations de service plutôt que du temps de travail, car cela évoque le décompte horaire.

Rémy COUDERC (CMH) estime que les activités listées au 2-a relèvent de l'activité principale et doivent s'organiser au sein des services et des spécialités.

François FRAISSE (CMH) souligne que l'on ne peut pas décompter le temps incompressible de transmission, et souligne que le codage relève de l'activité principale. Il propose de différencier l'activité directe, qui comprend le 1 et le 2-a, de l'activité indirecte.

Nicole SMOLSKI rappelle le lien avec le groupe sur les urgences et estime que le temps de travail autonome doit permettre, soit de faire de nouvelles choses, soit de reconnaître des choses que l'on fait mais qui n'étaient pas reconnues, comme le travail de recherche. Elle propose de parler d'intérêt collectif ou d'intérêt institutionnel.

David PINEY (CME de CH) propose que la reconnaissance d'un temps autonome permette une plus grande modularité de la carrière, dans un cadre contractualisé pour le 1 comme pour le 2-a.

Jacques TREVIDIC rappelle que les missions internes peuvent ne pas relever d'un mandat et donc devoir être décomptées comme temps autonome, et demande la reconnaissance d'un droit individuel pour les praticiens.

Danielle TOUPILLIER (CNG) rappelle l'ambition, exprimée par les rapporteurs de 2011, de mettre en place une triple contractualisation en articulant contrat de pôle, contrat collectif d'équipe, et contrat individuel d'engagement du praticien, pour combiner le collectif et l'individuel dans le cadre d'un tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA).

François FRAISSE affirme que la logique de contractualisation doit permettre de concilier les droits réglementaires avec la continuité du service, dans un esprit de transparence et de lisibilité.

Didier REA (Avenir Hospitalier) demande que la formation continue, qui est une obligation statutaire, soit intégrée à l'activité principale.

Jean GARRIC (Avenir Hospitalier) souligne qu'il est difficile de mesurer le temps nécessaire à un exercice autonome lorsqu'il s'agit, par exemple, de travailler sur un article de recherche ou un protocole.

François FRAISSE souligne la nécessité de distinguer, dans la notion d'activité indirecte, celle qui concourt à l'intérêt du service (liée à la clinique) de l'activité institutionnelle.

Alain JACOB demande ce qu'il advient des praticiens qui font le choix d'exercer à 100% une activité clinique.

Jacques TREVIDIC propose de les rémunérer en temps additionnel.

Alain JACOB suggère de faire porter l'obligation de service sur 80%.

Michèle LENOIR-SALFATI rappelle que dans le cadre du groupe urgences, il n'est pas possible de faire 100% de travail « posté », définie comme l'activité au sein d'un SAU, d'un SMUR ou à la régulation du SAMU. Elle suggère de bien préciser ce que l'on intègre dans les 80%, sans nécessairement intégrer tout ce qui est lié à la clinique, car si l'on pousse cette logique à l'extrême, un projet d'installation d'un nouveau système d'information pourrait par exemple être considérée comme du temps clinique.

François FRAISSE exprime son désaccord avec cette vision et demande que les obligations de service qui relèvent de l'activité du service et ne peuvent pas être contrôlées relèvent des 80%.

Rémy COUDERC donne l'exemple des contrôles qualité réalisés par les biologistes, qui doivent selon lui s'intégrer aux 80%.

Nicole SMOLSKI appelle de ses vœux un système qui soit souple tout en permettant de l'aération pour les praticiens, et propose d'adopter un principe simple : tout ce qui est obligatoire doit relever des 80%.

Jacques TREVIDIC ajoute que les 20% doivent représenter du temps choisi, ne donnant pas lieu à un contrôle.

Christophe SEGOUIN rappelle que le point de départ de la réflexion est l'attractivité de l'exercice médical, et demande si les 20% de temps autonome s'ajoutent ou intègrent l'AIG et l'activité libérale. Il estime qu'il faut poser la question de l'accès à l'AIG, qui reste insuffisant.

Nicole SMOLSKI répond que le temps autonome doit être mis sur la table car il ne relève pas que d'un projet professionnel individuel, comme c'est au contraire le cas de l'AIG et de l'activité libérale.

Matthias ALBERTONE (DGOS) propose de travailler sur l'accès à l'AIG et d'être attentif à ne pas créer dans le droit du temps impossible à dégager dans les faits, car ce n'est pas en rajoutant de la contrainte que l'on obtiendra des résultats opérationnels.

Rémy COUDERC répond que les mesures nouvelles doivent s'intégrer à une contractualisation pour être rendues opérationnelles.

Yves REBUFAT (Avenir Hospitalier) rappelle que dans les faits certains praticiens peuvent travailler plus de 70 heures par semaine, et affirme que le cadre de l'activité d'intérêt général est trop restrictif. Il appelle de ses vœux une évolution du statut pour redonner une autonomie aux praticiens qui travaillent plus de 40 heures par semaine.

François FRAISSE propose de distinguer 2 activités :

- La première relève des soins et de la clinique au sens large, dans le cadre d'un service ou d'une unité, et donne lieu à une programmation mais ne relève pas que d'un travail posté car il s'agit de l'ensemble des moyens qui concourent à faire fonctionner l'entité ;
- La deuxième relève d'un projet individuel pour permettre à chaque praticien d'avoir une autonomie dans son exercice professionnel, ne revêt aucun caractère obligatoire, et peut consister en de l'AIG, de l'activité libérale, de l'activité d'enseignement ou de recherche, ou une participation à un ou plusieurs projets de l'établissement.

Michèle LENOIR-SALFATI répond que les 20% doivent aussi pouvoir faire l'objet d'une contractualisation.

Matthias ALBERTONE ajoute qu'aller au bout de la logique de contractualisation impose de revoir le rôle du chef de service, et rappelle que l'activité d'enseignement et de recherche fait l'objet de financement (dans les CHU) avec les dotations MERRI.

François FRAISSE exprime son accord avec la notion de contractualisation.

Didier REA demande à ce que les praticiens qui occupent une fonction institutionnelle soient déchargés d'une partie de leurs obligations de service dans le cadre d'un contrat interne.

Jacques TREVIDIC répond qu'il faut différencier la CME et les mandats de présidents de CME ou de chefs de pôle des autres activités comme la participation au CLIN, au CLUD, etc.

Nicole SMOLSKI rappelle que les jeunes sont attachés à l'expérimentation et à la recherche clinique et réalisent déjà ces activités que la reconnaissance d'un temps autonome doit rendre transparente.

Danielle TOUPILLIER met en avant les principes de simplicité, de lisibilité, et de respect de l'implication institutionnelle, et estime pertinente la distinction entre l'activité de service et l'activité hors service.

Michèle LENOIR-SALFATI indique que le temps autonome revêt une dimension managériale car il est forfaitisé, et donne donc lieu à une évaluation sur la base d'objectifs.

Christophe SEGOUIN demande dans quel cadre s'inscrit l'activité d'intérêt général.

Matthias ALBERTONE propose que ce soit au libre choix du praticien.

Christophe SEGOUIN craint que la mission revienne sur le statut, estime inacceptable de partir sur une base de 48 heures et non de 39 heures, et demande que la mission précise sur quelle activité seront prises les demi-journées supplémentaires.

Rémy COUDERC rappelle que pour les urgentistes, le praticien temps plein exerce son activité à raison de 39 heures par semaine auxquelles il faut ajouter un forfait contractuelisé.

Michèle LENOIR-SALFATI rappelle que dans le cadre des obligations de service, les praticiens exerçant leur activité en temps continu peuvent travailler jusqu'à 48 heures par semaine, ce temps étant lissé à l'échelle du quadrimestre. La circulaire « urgences » précise que leurs obligations de service comprennent 39 heures par semaine de travail posté qui servent de base au dimensionnement des équipes. Le praticien est rémunéré pour tout temps de travail additionnel réalisé en plus des 39 heures de travail posté et du forfait contractuelisé.

Alain JACOB propose de travailler à une mesure de consensus en partant du principe que les travailleurs postés doivent se voir reconnaître une activité indirecte qui correspond au forfait des urgentistes, tandis que les travailleurs non postés doivent bénéficier d'une contractualisation à la fois collective, pour s'assurer du bon dimensionnement des équipes, et individuelle, pour permettre un exercice autonome volontaire, transparent et évalué.

Marie HOUSSEL rappelle l'attachement de la FHF à la distinction entre travail posté et travail non-posté et demande que l'on ne puisse pas cumuler le bénéfice de deux demi-journées de temps autonome et de

deux demi-journées au titre de l'AIG ou de l'activité libérale. L'exercice médical doit s'inscrire dans un cadre collectif permettant à chaque praticien de l'équipe d'avoir une autonomie dans son exercice professionnel.

François FRAISSE propose de distinguer plusieurs volets :

- le contrat collectif qui régit les activités directes et les activités indirectes dans le cadre du service ;
- le travail collectif dans l'établissement dont il convient de préciser le mode de décompte ;
- le projet individuel du praticien, soit au sein du service mais ne relevant pas du contrat collectif, soit extérieur à l'établissement, et faisant également l'objet d'une contractualisation, mais individuelle.

Marie HOUSSEL exprime le désaccord de la FHF avec cette vision.

Yves REBUFAT rappelle que la mission est la conséquence d'un mouvement social du fait que beaucoup de praticiens, dans beaucoup d'établissements, travaillent plus de 48 heures par semaine ; l'évolution des règles du temps de travail doit rendre de l'attractivité à l'exercice médical à l'hôpital.

Jacques TREVIDIC estime que pour accroître l'attractivité, on ne doit pas revenir sur les dispositions statutaires, en particulier l'AIG et l'activité libérale.

Danielle TOUPILLIER rappelle que l'enquête réalisée en 2011 avait fait émerger comme préoccupations prioritaires la qualité du travail en équipe, l'adaptation du projet personnel au projet collectif, l'exercice en équipe dans le cadre d'un territoire, et les travaux universitaires.

Christophe SEGOUIN rappelle que la rémunération est aussi un sujet important et pointe le problème de la reconnaissance des travaux universitaires en dehors des CHU.

Concernant la proposition n°5 : « Maintenir un socle statutaire commun permettant deux organisations possibles du temps de travail : les demi-journées et le décompte horaire »

Jacques TREVIDIC rappelle le problème posé par l'exclusion du décompte horaire de certaines disciplines et spécialités, et propose de permettre l'adaptation aux mutations technologiques qui surviennent par exemple en biologie et en pharmacie (automatisation).

Didier REA demande que soit inscrite la limitation des obligations de service à 48 heures.

David PINEY propose de permettre le décompte horaire pour toutes les spécialités en laissant une autonomie aux établissements.

Rémy COUDERC pointe le risque de dumping à l'échelle du territoire.

François FRAISSE estime que la revendication du décompte horaire est liée à l'injustice générée par le système des demi-journées et disparaîtra avec le passage à 5 demi-journées par 24 heures.

Marc BETREMIEUX (CPH) estime que le rôle des CRP doit être de réaliser un suivi.

Nicole SMOLSKI demande si le fait de parler de demi-journées au lieu de plages peut être un obstacle au passage de 4 à 5.

Michèle LENOIR-SALFATI répond qu'une expertise juridique sera réalisée pour répondre à cette question.

Danielle TOUPILLIER rappelle la proposition, formulée en 2011, d'utiliser le terme « quartier ».

Concernant la proposition n°6 « Reconnaître une 5e plage par 24 heures »

Jacques TREVIDIC estime que la création d'une plage de soirée doit donner lieu au versement d'une indemnité de sujétion.

Didier REA demande l'unicité du terme utilisé pour l'ensemble du statut et estime également que le passage à 5 demi-journées fera disparaître la revendication d'un passage en décompte horaire.

Christophe SEGOUIN demande si le terme de plage s'applique à l'organisation ou au praticien.

Jacques TREVIDIC répond qu'il s'agit de l'organisation.

Danielle TOUPILLIER ajoute que le contrat collectif encadre les conditions dans lesquelles les plages sont remplies par les obligations de service.

Nicole SMOLSKI précise que cela ne change rien à l'organisation actuelle.

François FRAISSE estime qu'il faut différencier les organisations du décompte. Les organisations prévoient le nombre de praticiens nécessaires au service et les praticiens s'inscrivent au tableau de service.

Concernant la proposition n°7 « A la demande du praticien, permettre l'exercice d'autres activités de service public pour une durée supérieure à 20% du temps de travail hebdomadaire »

Alain JACOB estime que cette possibilité doit s'intégrer au contrat individuel.

Jacques TREVIDIC rappelle que certaines activités, comme l'expertise ou les jurys, relèvent d'une obligation statutaire. La proposition pourrait en revanche s'appliquer pour les autres activités qui relèvent du statut général des fonctionnaires (loi Le Pors).

Jean GARRIC pointe le risque d'un passage à temps partiel. L'hôpital doit être remboursé lorsqu'un praticien est partiellement ou totalement déchargé de ses obligations de service.

Nicole SMOLSKI estime important de reconnaître l'activité réalisée, même si les PH le font par intérêt personnel (activité universitaire), mais il ne faut pas que l'hôpital finance l'université.

Marc REYNIER (conférence des DG de CHU) propose de distinguer deux cas de figure :

- l'activité extérieure qui doit permettre une décharge dans le cadre d'une contractualisation et qui pourrait s'inspirer des contrats d'interface INSERM, tout en restant souple (convention de remboursement avec l'organisme bénéficiaire afin de permettre à l'établissement, CHU ou CH, de remplacer le praticien pour son temps de décharge d'activité contractualisée) ;
- l'activité interne à l'établissement, telle que le mandat de président de CME ou de chef de pôle, qui doit être contractualisée et serait accompagnée de 2 options pour l'établissement : attribution d'une indemnité spécifique ou compensation du temps médical au sein du pôle concerné.

Nicole SMOLSKI rappelle que certains praticiens donnent des cours, non seulement dans les universités, mais également dans les IFSI.

Matthias ALBERTONE appelle à ne pas s'enfermer dans le droit, et pose la question du remboursement des établissements lorsqu'ils mettent à disposition leurs praticiens.

Nicole SMOLSKI affirme que les établissements ne se font pas rembourser.

Yves REBUFAT donne l'exemple d'une intervention donnée dans un établissement d'enseignement supérieur de Rennes, pour laquelle son établissement n'avait pas pu se faire rembourser.

David PINEY se dit en accord avec cette proposition qui permettra d'identifier une charge, qui doit donner lieu à une compensation, et autorise de la souplesse.

François FRAISSE demande que ce temps soit compensé pour rembourser l'équipe médicale du temps consacré par le praticien à d'autres activités.

Concernant la proposition n°8 « Approfondir le positionnement de l'activité libérale à l'hôpital par rapport aux obligations de service »

Didier REA estime que l'activité libérale relève d'une activité clinique.

François FRAISSE propose de l'inscrire dans les 20%.

Christophe SEGOUIN rappelle que certains praticiens restent à l'hôpital public parce que cet exercice autorise une activité libérale.

Jacques TREVIDIC demande que l'on ne remette pas en question des avantages statutaires, et estime que l'activité libérale doit pouvoir être cumulée avec un temps autonome.

Alain JACOB rappelle que certaines activités d'expertise comptent pour bien plus que 20% du temps d'un praticien.

Michèle LENOIR-SALFATI estime que cela relève malgré tout d'une activité complémentaire.

Alain JACOB souligne la nécessité de conserver de la souplesse.

Michèle LENOIR-SALFATI rappelle que les activités d'expertise juridiques des psychiatres dans le cadre d'affaires pénales sont soumises à un décret paru en juillet 2014, relèvent de l'activité d'intérêt général prévue par le statut, et sont donc limitées à deux demi-journées par semaine en moyenne sur une durée de 4 mois.

Concernant la proposition n°9 « Fusionner les statuts de PH temps plein et temps partiel »

Il est souligné que cela pose le problème de l'application du statut général des fonctionnaires, sur le non cumul des rémunérations, ainsi que la question de l'activité libérale.

Christophe SEGOUIN estime la réflexion prématurée mais en admet la pertinence. Les praticiens hospitaliers pourraient bénéficier d'une rémunération proportionnelle au nombre de demi-journées réalisées dans le cadre d'une refonte d'ensemble du statut.

Didier REA souligne qu'un statut unique des praticiens des hôpitaux favoriserait l'égalité entre praticiens.

Jean GARRIC estime que cela supposerait un statut unique modulable.

Yves REBUFAT affirme que l'attachement des jeunes praticiens à un temps choisi, notamment pour des raisons personnelles, plaide pour cette fusion.

Jacques TREVIDIC rappelle que la CPH a historiquement défendu l'activité libérale mais est ouverte à un débat sur la question.

Marc REYNIER propose, avant d'ouvrir ce débat plus large, la conservation de certains droits qui sont ouverts pendant l'assistantat et/ou le clinicat (versement de l'ISPE et de l'AIG, possibilité d'un exercice à temps réduit ...). C'est en effet en début de carrière, pendant l'année probatoire des PH et pendant la période temporaire de praticien contractuel avant nomination en qualité de PH, que ce type de demandes est largement formulé et que ces reculs sont très mal vécus.

Nicole SMOLSKI propose de travailler sur la transition entre la fin de l'internat et l'entrée dans le statut, par exemple en fusionnant les différents statuts de contractuels.

La réunion s'achève à 17 heures 30.

ANNEXE XVI : Compte-rendu de la réunion du 28 avril 2015

Etaient présents :

Pour la mission

Jacky LE MENN	Ancien sénateur – directeur d’hôpital honoraire
Paul CHALVIN	EDH

Pour les représentants des praticiens et des internes

Jean-Michel BADET	INPH
Alain JACOB	INPH
Christophe SEGOUIN	SNAM
Didier THEVENIN	CMH
Jean-Gérard GOBERT	CMH
Marc BETREMIEUX	CPH
Jacques TREVIDIC	CPH
Nicole SMOLSKI	Avenir Hospitalier (AH)
Yves REBUFAT	AH
Jean GARRIC	AH
Florent KRIM	AMUF-CGT
Christophe PRUDHOMME	AMUF-CGT
Thomas RIQUIER	FNSIP-BM
Mélanie MARQUET	ISNI

Pour l’administration

Matthias ALBERTONE	DGOS
Michèle LENOIR-SALFATI	DGOS
Danielle TOUPILLIER	CNG
Jean-François CABON	CNG

Pour les représentants des établissements

Michel CLAUDON	Conférence des PCME de CHU
Guy MOULIN	Conférence des PCME de CHU
Jean-Claude SAMUELIAN	Conférence des PCME de CHU
Pascal DEBAT	Conférence des DG de CHU

Nadine BARBIER	FHF
Charlotte NEUVILLE	FHF
David PINEY	Conférences des PCME de CH
Danielle PORTAL	Conférence des directeurs de CH

Pour les représentants des directeurs

Elodie CHAPEL	SMPS
Hélène OPPETIT	Syncass-CFDT

La réunion est ouverte à 14h30.

Jacky LE MENN indique en préambule que la mission arrêtera ses préconisations pour l'attractivité en veillant à prendre en compte les remarques et les propositions de tous les participants, et rappelle que son travail n'engage pas la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, à qui il appartiendra de faire des choix sur la base des études d'impact qui seront faites. Il ajoute que la mission veillera à ce que le coût des mesures préconisées soit raisonnable – environ 50 millions d'euros – et étalé dans le temps, tout en proposant des pistes d'économies qui ne concernent pas que le secteur hospitalier, et conclut en soulignant que toutes les suggestions sont bienvenues.

Sur les régimes indemnitaires

Jacky LE MENN rappelle que la mission a travaillé en collaboration avec la mission sur les GHT dirigée par Jacqueline HUBERT, DG du CHU de Grenoble, et Frédéric MARTINEAU, Président de la CME du CH de la Côte Basque.

Paul CHALVIN rappelle les propositions déjà formulées par la mission sur la rémunération des praticiens, présente l'état des lieux dressé par la mission sur les régimes indemnitaires, et soumet aux participants la proposition de réforme de l'indemnité multi-établissements.

L'indemnité multi-établissements

Marc BETREMIEUX estime que certaines spécialités doivent plus particulièrement prendre le virage ambulatoire et que cela doit être pensé dans le cadre d'équipes territoriales, autour d'un projet de territoire.

Nicole SMOLSKI affirme que l'ensemble d'une équipe doit être indemnisée, car les équipes qui acceptent de voir l'un de leurs praticiens

travailler sur un autre site doivent assumer une charge de travail supplémentaire, et estime que la distance entre les sites n'est pas un critère pertinent. Elle ajoute que l'équipe territoriale doit s'inscrire dans le cadre des GHT et avoir un tableau de service, un management, et un projet communs.

Yves REBUFAT regrette que certaines indemnités de permanence des soins soient détournées pour renforcer l'attractivité d'un établissement.

Thomas RIQUIER se dit favorable à une indemnité d'exercice dans le cadre des GHT mais propose qu'elle reste individuelle, invite à différencier les situations entre l'AP-HP et le reste de la France, et propose de garantir un financement équitable de la permanence des soins en la finançant via les Fonds d'intervention régionale (FIR).

Mélanie MARQUET propose de maintenir une indemnité pour les praticiens qui exerceront sur plusieurs GHT et de prendre en considération le temps de trajet plutôt que le nombre de kilomètres.

Nicole SMOLSKI suggère de rémunérer cette contrainte via des indemnités kilométriques.

Christophe SEGOUIN propose de distinguer deux étages indemnitaires, l'un récompensant l'effort individuel, l'autre le projet de territoire de l'équipe. Il craint que le montant de 50 millions d'euros évoqué par la mission soit insuffisant pour améliorer sensiblement l'attractivité et demande que l'attribution des indemnités ne soit plus soumise à l'arbitraire des ARS.

Jean-Gérard GOBERT craint que la mise en place des GHT provoque une diminution des effectifs médicaux.

Didier THEVENIN souligne l'importance des équipes territoriales pour certaines spécialités, comme la réanimation, et s'interroge sur l'articulation de ces équipes avec les pôles.

Jean-Michel BADET propose que la rémunération associée à l'exercice multi-sites soit intégrée au traitement, car ce mode d'exercice deviendra opposable aux praticiens avec la mise en place des GHT, et demande que l'équipe territoriale élabore un projet médical commun qui puisse être décliné dans le profil de poste.

Guy MOULIN affirme l'importance de la notion d'équipe dans l'exercice multi-sites, qui ne doit pas se limiter à un exercice sur plusieurs entités juridiques, et craint la complexité générée par une indemnisation dans le cadre des GHT, à la suite de la mise en place des pôles d'activité médicale et alors que les CHU peuvent être membres de plusieurs GHT. Il propose aussi que la nouvelle indemnité concerne tous les statuts, notamment les hospitalo-universitaires et particulièrement les chefs de clinique, car la manière dont les jeunes sont traités a un impact décisif sur l'attractivité, et demande que l'enveloppe ne soit plus fermée.

Michel CLAUDON propose que la prime soit évaluée par la commission régionale paritaire, souligne que l'application de critères nationaux impose de sortir du mécanisme d'enveloppe fermée, et affirme que l'indemnité doit être versée aux praticiens qui exercent sur plusieurs sites au sein d'un même établissement.

David PINEY indique que l'indemnité multi-sites est un élément d'attractivité pour les praticiens et demande que la nouvelle indemnité soit en lien avec un projet professionnel. Il souhaite que le dispositif soit suffisamment incitatif, pour rémunérer l'engagement accru que représente l'exercice multi-site, et qu'il puisse répondre aux différentes modalités de pratiques multi-sites, qui peuvent aller de l'organisation de consultations avancées à la prise en charge de patients dans une nouvelle

équipe médicale et soignante. Il demande que l'organisation territoriale soit lisible dans la durée, pour construire la confiance avec les médecins de la ville et des autres établissements, et affirme que la durée d'exercice dans d'autres établissements et le temps de déplacement sont des facteurs importants. Il souhaite enfin un dispositif souple pour les établissements, le rôle de l'ARS et des CRP devant se limiter à un suivi.

Jacky LE MENN admet qu'il faut de la souplesse et demande si l'attribution de la prime doit se faire dans l'établissement plutôt que par l'ARS.

Nadine BARBIER affirme que l'activité multi-sites intéresse beaucoup de praticiens et est nécessaire pour maintenir une activité dans certains territoires, se dit favorable à une indemnité revalorisée et modulée selon le degré de territorialité, et propose que l'engagement sur une durée longue puisse être reconnue, par exemple sous la forme d'une bonification d'ancienneté. Elle demande aussi plus de souplesse, l'attribution de l'indemnité devant être de la responsabilité de l'établissement, et estime que les médecins qui s'engagent dans la durée sur une activité partagée doivent avoir une rémunération supérieure à celui qui reste dans l'établissement, même s'il participe au projet d'équipe.

Jacques TREVIDIC et Nicole SMOLSKI répondent que l'exercice multi-sites réussi se fait dans le cadre d'un engagement d'équipe. Jacques TREVIDIC souligne qu'il est fréquent que des assistants partagés abandonnent car ils ne sont pas encadrés.

Pascal DEBAT propose de travailler à une distinction entre les rémunérations individuelle (la quotité de temps extérieur et le nombre de sites différents lui apparaissant comme les bons critères, contrairement à la distance kilométrique) et collective, cette dernière pouvant par exemple être associée à la contrainte de continuité des soins sur plusieurs sites

dans le cadre d'une équipe, et d'assouplir les critères dans un souci d'homogénéité entre les différents statuts.

Elodie CHAPEL se dit favorable au dispositif proposé et à la distinction entre part individuelle et part d'équipe, qui permettent de prendre en compte toutes les situations, demande que la rémunération de l'exercice multi-sites soit du ressort des établissements, et propose de mettre en place un engagement de servir.

Hélène OPPETIT se dit favorable à une indemnité multi-sites valorisant l'exercice dans le cadre des GHT, quel que soit le statut du praticien, et à l'idée de confier cette mission aux établissements, l'ARS se limitant au contrôle, au suivi et à l'évaluation. Elle souhaite également qu'une différenciation puisse exister entre les praticiens qui se déplacent et ceux qui restent dans l'établissement.

Danielle PORTAL se dit en accord avec la position de la conférence des présidents de CME et favorable à une modulation tant pour l'équipe que pour le praticien qui s'engage.

Christophe PRUDHOMME souligne que si l'indemnité vise à renforcer l'attractivité, il apparaît nécessaire que la différenciation soit forte, à travers une part modulable selon l'engagement individuel et une part fixe associée à l'engagement dans une équipe de territoire avec un projet médical de territoire, qui pourrait être différenciée en fonction d'autres critères, tels que la densité médicale sur le territoire. Il met en garde contre le saupoudrage en soulignant que des mesures « inégalitaires » sont nécessaires pour rétablir l'attractivité, et appelle à distinguer clairement la grille indiciaire du travail sur l'attractivité.

Danielle TOUPILLIER rappelle avoir déjà défendu la notion d'équipe dans le cadre de ses travaux de 2011 et propose que les engagements individuels

puissent être différents en fonction de l'activité de l'équipe et de la situation statutaire du praticien.

Guy MOULIN souligne que les équipes de territoire sont une notion nouvelle, dont on ne sait pas par qui elle sera labellisée, et qu'elles risquent d'être plus large que l'équipe médicale hospitalière.

Jacky LE MENN indique que c'est tout le sens de la réflexion de la mission GHT avec laquelle il travaille.

Jacques TREVIDIC affirme que les GHT sont porteurs d'une restructuration qui doit se matérialiser par un projet médical partagé et souligne que l'équipe territoriale doit s'appuyer sur un tableau de service partagé. Enfin, il suggère de reconnaître l'engagement individuel par une bonification d'ancienneté.

Nicole SMOLSKI appelle à mettre l'accent sur l'équipe pour ne pas créer des médecins « volants » ou « nomades » qui ne soient intégrés dans aucun collectif, car cela risque de dégrader la qualité des soins, et propose de fusionner la nouvelle indemnité multi-sites avec d'autres dispositifs, tels qu'une part complémentaire variable associée à l'équipe, les médecins remplaçants, ou l'indemnité pour poste prioritaire. Enfin, elle se dit intéressée par la notion d'avancement accéléré.

Michel CLAUDON souligne que qu'une coopération territoriale renforcée nécessite d'organiser les nominations sur plusieurs établissements, avec des chefs de pôles qui n'ont pas de responsabilité sur les praticiens de l'autre établissement, ce qui peut poser problème pour mettre en place le recrutement ou assurer la permanence des soins. Il estime que le médecin doit être protégé pour pouvoir accomplir ses missions, ce qui implique de poser les questions de la personnalité morale et de la gouvernance.

Jean-Michel BADET affirme que c'est le partage de l'activité entre plusieurs établissements qui est un élément d'attractivité, et pas le GHT en lui-même, et s'inquiète de la mesure du degré de territorialité. Il demande que les équipes territoriales s'organisent dans le cadre d'un projet médical en lien avec les CRP, dont il estime que l'avis doit être obligatoire.

Jacques TREVIDIC demande que les GHT s'organisent autour d'une commission médicale de territoire.

Christophe PRUDHOMME affirme que les équipes territoriales sont la solution au problème d'attractivité des petits sites hospitaliers, qui visent à conjuguer qualité et proximité, car une équipe médicale doit avoir une taille critique. Il estime que l'équipe territoriale doit être chargée d'organiser la spécialité sur le territoire.

Jean GARRIC s'inquiète du niveau de transparence et de la suppression de la notion de volontariat, qui implique une rémunération associée à un profil de poste, demande que la décision d'engagement dans un exercice territorial relève de l'équipe et non des individus, et propose que la rémunération individuelle soit proportionnelle à l'échelon et prenne en compte le nombre de déplacements. Il préconise aussi une souplesse qui peut se traduire par une rémunération en deçà du seuil de deux demi-journées. Enfin, il estime nécessaire que les commissions paritaires régionales puissent réguler les pratiques des établissements.

Pascal DEBAT rappelle qu'il y aura toujours des praticiens qui interviendront sur plusieurs territoires, même avec les GHT.

Jean GARRIC propose d'organiser le territoire par spécialité.

Guy MOULIN estime qu'il faut maintenir la notion d'hôpital.

Nadine BARBIER demande que la prime soit individuelle afin de pouvoir attirer un médecin ou des médecins qui n'iraient pas à l'hôpital public sans ce dispositif, ce qui permet de diminuer les dépenses de remplacement.

Jacky LE MENN estime que l'équipe et les individus doivent être complémentaires, retient l'idée d'une refonte plus globale des primes existantes, et préconise de penser le dispositif en fonction de ce qui peut advenir ultérieurement, par exemple en prévoyant que les GHT puissent avoir un jour la personnalité morale, tout en prévoyant quelque chose d'efficace pour la période intermédiaire.

Sur la part complémentaire variable et les postes prioritaires

Christophe PRUDHOMME estime que les primes peuvent se décliner sur 3 axes, qui doivent s'imposer par rapport aux notions variables d'intéressement, en fonction de la pénibilité du travail : l'indemnisation monétaire, les cotisations de retraite, et le compte épargne retraite permettant de terminer la retraite à temps partiel plutôt qu'à temps plein.

Danielle PORTAL souligne que l'attractivité n'est pas la même dans tous les territoires et que le problème ne sera pas réglé uniquement par la prime multi-site. Il peut être intéressant de lui ajouter une part complémentaire variable (PCV) d'équipe dans le cadre des projets d'établissement.

Hélène OPPETIT se dit favorable à la refonte des deux indemnités (postes prioritaire/PCV) pour les réorienter vers l'exercice territorial.

Elodie CHAPEL propose d'intégrer la part complémentaire variable d'équipe dans la prime multi-sites, en différenciant une part collective et une part individuelle, et suggère de conserver la notion de postes prioritaires pour des territoires particulièrement en tension, de manière complémentaire.

Pascal DEBAT estime que le dispositif des postes prioritaires montre son utilité mais peut sans doute être articulé avec le dispositif précédent, et rappelle que l'équipe n'est pas que territoriale mais peut également intégrer des valences (enseignement, recherche...)

Nadine BARBIER affirme que les deux dispositifs sont à maintenir, particulièrement l'indemnité pour poste prioritaires, même si les modalités peuvent être revues, par exemple pour différencier le collectif et l'individuel. Elle appelle à relier l'indemnisation à la notion de projet professionnel, par exemple pour la reconnaissance de valences, et demande si les praticiens pourraient toucher la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'idée générale devant être d'aller dans le sens de l'attractivité.

David PINEY demande le maintien de l'indemnité pour postes prioritaires avec des modalités plus souples, par exemple en prévoyant que la décision d'attribution soit prise au niveau des GHT, et pas de l'ARS. Il s'inquiète du risque de maintien artificiel de certains plateaux techniques. Il affirme que la part complémentaire variable doit être refondue pour être simple et lisible, par exemple en l'intégrant directement à la contractualisation dans le cadre des pôles d'attractivité. Enfin, il se dit sceptique sur l'idée d'émarger à la ROSP.

Guy MOULIN indique que les postes à recrutement prioritaires sont un moyen de lutter contre la concurrence déloyale exercée par certains établissements qui proposent des conditions de travail plus confortables, par exemple en anesthésie réanimation, et appelle à en juger du bien-fondé à l'aune de l'établissement plutôt qu'à l'échelle du territoire. Il estime que l'échec de la PCV est lié à l'existence de l'activité libérale, propose qu'elle soit gérée au niveau des équipes, y compris si elles ne sont pas de territoire, et soulève la question de l'intéressement du personnel non médical qui serait un facteur d'attractivité certain.

Jean-Michel BADET estime que le renouvellement des postes prioritaires démontre que la réponse ne doit pas être que financière, mais craint une perte d'attractivité des postes d'assistants partagés si l'on supprimait l'indemnité de postes prioritaires.

Jacques TREVIDIC répond qu'un décret récent est venu modifier ce dispositif. Il ajoute que la part complémentaire variable n'est pas un élément d'attractivité mais de contrôle de l'activité pour les directions, et qu'elle peut générer un conflit d'indépendance professionnelle. Il propose de refondre la part complémentaire variable pour reconnaître les valences universitaires, de territoire, ou liées à une responsabilité interne.

Didier THEVENIN suggère de passer de la logique de poste prioritaire à celle d'équipe prioritaire.

Jean-Gérard GOBERT se dit en accord avec la reconnaissance de valences, dans le cadre des équipes, pour des missions universitaires ou dans l'établissement.

Christophe SEGOUIN invite à mettre en cohérence les différents systèmes d'indemnisation et de les orienter vers l'attractivité, sans écarter les rémunérations non monétaires telles que les bonifications d'ancienneté. Il pointe les effets pervers de la part complémentaire variable, qui peut conduire certains praticiens à se focaliser excessivement sur les activités valorisables, et suggère également de mettre en place une part variable d'équipe. Enfin il s'inquiète de la faisabilité des équipes territoriales dans le cadre de GHT n'ayant pas de personnalité morale et pense que l'ARS a un rôle à jouer.

Mélanie MARQUET s'inquiète de la multiplication des dispositifs en soulignant que la simplification est en soi un élément d'attractivité, et pointe les effets pervers possibles d'une part complémentaire variable d'équipe. Elle insiste sur l'importance de la reconnaissance de valences

d'enseignement dans les CH où les internes sont présents, en rappelant que la maîtrise de stage universitaire fait l'objet d'une rémunération des médecins généralistes de ville dans le cadre de la ROSP.

Thomas RIQUIER appelle de ses vœux plus de transparence et propose de mettre en place des contrats types, notamment pour faciliter l'exercice multi-établissements. Concernant les valences, il insiste sur l'enjeu de la simplification alors que les hospitalo-universitaires ont des dispositifs dérogatoires, en appelant à ne pas casser les dynamiques existantes dans le cadre des statuts hospitalo-universitaires. Il souligne que l'encadrement des instances concerne le management et l'apprentissage des protocoles, plus que les cours en eux-mêmes.

Guy MOULIN ajoute que la dimension hospitalo-universitaire attire les jeunes pour ses deux dimensions, et pas uniquement pour la partie universitaire, et que la capacité à avoir une activité hospitalière importante dans un cadre flexible est un facteur d'attractivité, ce qui doit inciter à mieux reconnaître la fonction hospitalo-universitaire de certains PH de CHU.

Jean-Michel BADET rappelle être issu du syndicat des monoappartenants de CHU, et souligne un fait nouveau : il n'y a pas suffisamment de praticiens, en CHU comme en CH. Il estime que le compagnonnage et la possibilité de faire de la recherche sont des éléments d'attractivité dans les CHU.

Jean GARRIC indique que tous les PH n'ont pas de valence universitaire bien que le compagnonnage puisse exister en CH.

Thomas RIQUIER souligne l'importance du coordonnateur des internes avec la réforme du temps de travail des internes.

Yves REBUFAT estime que si certains postes prioritaires sont occupés par des médecins « mercenaires » qui partent à la fin de leur engagement, il est des établissements qui ont réussi à recruter durablement avec ce dispositif. Concernant la part complémentaire variable, il faut la supprimer car les critères d'attribution sont opaques et à la tête du client, s'il faut des rémunérations supplémentaires pour maintenir les médecins en poste, autant les appeler par leur véritable nom (par ex. part complémentaire d'attractivité) plutôt que de détourner d'autres dispositifs.

Nicole SMOLSKI ajoute que toutes les primes calculées en fonction de l'activité ont été un échec et souhaite associer l'intéressement d'équipe à des projets territoriaux sous une forme simple. Elle estime que la reconnaissance de valences implique de dégager du temps plus que des moyens supplémentaires. Enfin, elle propose de supprimer les postes prioritaires pour privilégier la réflexion sur les médecins remplaçants et les avantages statutaires qui peuvent leur être proposés.

Jacques TREVIDIC estime que la PCV ne marchait pas car le dispositif était compliqué, et rappelle que la plupart des postes prioritaires le restent longtemps et propose de rémunérer l'engagement des équipes qui rencontrent des difficultés de recrutement (intérim, postes vacants). Enfin, concernant la reconnaissance de valences, il propose de réfléchir à l'activité d'utilité collective proposée dans le cadre du groupe sur le temps de travail, qui pourrait être valorisée sur la base de critères indiscutables et ne cédant pas à l'arbitraire.

Sur l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)

Jean-Claude SAMUELIAN propose que les personnels non titulaires puissent se voir attribuer l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).

David PINEY rappelle que l'IESPE est attribuée de droit aux praticiens qui s'engagent à ne pas faire d'activité libérale, et propose donc d'autoriser les praticiens en période probatoire à faire de l'activité libérale.

Christophe PRUDHOMME estime que l'hôpital n'a pas accompagné les mutations de la société et voit dans l'activité libérale et les dépassements une cause majeure de la mauvaise image de la médecine spécialiste dans l'opinion publique. Il rappelle qu'en vertu d'un arrêt du Conseil d'Etat (CE, Limoges, 2002), le délai de rendez-vous proposé ne doit pas être incompatible avec le délai raisonnable de traitement, et donc que beaucoup de contrats d'activité libérale pourraient être jugés irréguliers. La CGT propose de supprimer l'IESPE et l'activité libérale pour les intégrer à la rémunération de base des praticiens. Lors de la concertation menée par Edouard COUTY, le CISS et la CGT, qui représentent la majorité des patients et la majorité des personnels hospitaliers, se sont exprimées en ce sens. Il rappelle que Bernard KOUCHNER avait pris une bonne mesure en obligeant à passer par la caisse de l'hôpital pour rémunérer les praticiens.

Guy MOULIN affirme qu'il s'agit d'un problème très parisien et estime que l'activité libérale est un facteur important d'attractivité qui fonctionne très bien si elle est encadrée. Il propose d'appliquer des clauses de non concurrence à Paris, Lyon, et Marseille, en soulignant que Lyon et Marseille ne se sont vues attribuées ce statut dérogatoire que pour justifier celui octroyé à Paris.

Jean-Michel BADET ajoute que l'activité libérale est un avantage statutaire, qui concerne les spécialités les plus concurrentielles et est un facteur d'attractivité dans certains hôpitaux généraux, qui peut cependant être sujet à négociation, et souligne que le caractère attractif de l'IESPE est bien faible par rapport à la rémunération d'une activité libérale dans un établissement. Il estime par ailleurs que la clause de non-concurrence constitue un facteur de non attractivité.

Christophe SEGOUIN propose de doubler l'IESPE et de l'attribuer aux PH en année probatoire en les autorisant à effectuer une activité libérale.

Yves REBUFAT rappelle que l'IESPE compense 2 demi-journées par semaine liées à l'activité libérale et propose donc que son montant corresponde à 20% du traitement du 13^e échelon de PH.

Nicole SMOLSKI propose, soit de fixer le montant de l'IESPE à 20% du traitement du 13^e échelon, soit que cette prime réévaluée soit donnée à tout le monde en l'intégrant dans le traitement, à condition de ramener la quotité de travail des praticiens qui exercent une activité libérale à 80%.

Mélanie MARQUET estime que l'activité libérale reste un facteur d'attractivité, bien qu'elle puisse être réinterrogée avec le retour du service public hospitalier.

Jacques TREVIDIC rappelle que l'activité libérale, qui est un facteur d'attractivité certain, n'implique pas nécessairement dépassement d'honoraire et estime que les dépassements d'honoraires parisiens et lyonnais sont un autre problème. Il propose donc de maintenir et revaloriser l'IESPE, ainsi que d'attribuer aux PH en période probatoire tous les avantages liés au statut de PH, y compris l'activité libérale.

Christophe PRUDHOMME souligne que l'image de l'hôpital public auprès de la population se dégrade, du fait de l'activité libérale, et que le non-respect de la loi rend la population suspicieuse à l'égard de toute la profession médicale dans un climat propice à la défiance.

Danielle PORTAL se dit favorable à la possibilité pour les PH en période probatoire, soit d'exercer une activité libérale, soit de percevoir l'IESPE, car cela est cohérent avec l'extension décidée pour les assistants.

Elodie CHAPEL se dit en accord avec cette position.

Nadine BARBIER exprime également son accord et ajoute que l'IESPE est un élément important pour renforcer l'attractivité de la rémunération, qu'il convient d'expliquer aux jeunes médecins, qui tendent à ne considérer que le traitement « de base ».

David PINEY propose l'application de tous les avantages associés aux statuts, dès la période probatoire, activité libérale comprise.

Sur les différents statuts

Thomas RIQUIER propose d'élaborer un guide de protection sociale pour tous les statuts, sur le modèle de ce qui a été fait pour les internes.

Christophe PRUDHOMME estime que le choix fait en 1984 de ne pas intégrer la grille de la fonction publique pose des problèmes aujourd'hui, par exemple en termes de couverture maladie et maternité.

Thomas RIQUIER ajoute que c'est encore pire pour les internes.

Christophe PRUDHOMME propose d'élaborer un statut unique du médecin fonctionnaire.

Guy MOULIN demande s'il ne serait pas possible de mieux prendre en compte les années d'ancienneté que ce n'est le cas aujourd'hui, notamment les années passées dans la médecine militaire.

Jacques TREVIDIC affirme que les années passées dans certains corps de la fonction publique d'Etat ne peuvent pas être prises en compte.

Danielle TOUPILLIER répond que la majorité des problèmes qui pouvaient survenir ont été réglés mais que des dysfonctionnements subsistent

effectivement pour certains métiers de la fonction publique, notamment la santé scolaire et la médecine militaire.

Guy MOULIN demande si un praticien ayant exercé en libéral et souhaitant revenir à l'hôpital public peut se voir prendre en compte son ancienneté.

Nicole SMOLSKI répond que c'est le cas à raison de $\frac{2}{3}$ du nombre d'années d'exercice libéral.

Jean-Michel BADET rappelle que le choix fait en 1984 de ne pas intégrer la fonction publique hospitalière était justifié par la volonté de préserver une indépendance professionnelle.

Christophe PRUDHOMME répond que les médecins fonctionnaires, tels que les médecins des centres municipaux de santé qui appartiennent à la fonction publique territoriale, sont tout aussi indépendants que les praticiens hospitaliers.

Thomas RIQUIER affirme que dans le passé, il existait dans les hôpitaux publics des médecins « résidents », notés par le directeur, dont l'indépendance n'était pas assurée.

Nicole SMOLSKI indique que les intersyndicales de PH ont rencontré le Premier ministre. Elle dit avoir beaucoup insisté sur la qualité des propositions émanant de la mission Le Menn et sur le fait qu'il y aurait un coût.

Nicole SMOLSKI propose de fusionner les statuts de médecins intermédiaires, c'est-à-dire de contractuels, attachés et assistants, qui ne sont pas attractifs en sortie d'internat.

Jacques TREVIDIC ajoute que l'entrée dans la carrière doit se faire à la fin de l'internat.

Thomas RIQUIER lie la question du post-internat à l'enjeu de la démographie. Il affirme que certains praticiens qui espèrent être nommés PH accumulent les expériences comme contractuel ou en CLCC jusqu'à l'âge de 40 ans, en raison du manque de postes.

Michel CLAUDON souligne que la période du post-internat est fragile, car marquée par des pertes de rémunération importante. C'est à ce moment que l'attraction de l'exercice libéral ou en ESPIC est la plus forte.

La réunion s'achève à 17h30.

ANNEXE XVII : Compte-rendu de la réunion du 30 avril 2015

Etaient présents :

Pour la mission

Jacky LE MENN	Ancien sénateur – directeur d’hôpital honoraire
Paul CHALVIN	EDH

Pour les représentants des praticiens et des internes

Jean-Michel BADET	INPH
Alain JACOB	INPH
Christophe SEGOUIN	SNAM
Stéphane BOURCET	CMH
Jean-Gérard GOBERT	CMH
Marc BETREMIEUX	CPH
Jacques TREVIDIC	CPH
Jean GARRIC	Avenir Hospitalier (AH)
Nicole SMOLSKI	AH
Thomas RIQUIER	FNSIP-BM
Mélanie MARQUET	ISNI

Pour l’administration

Matthias ALBERTONE	DGOS
Isabelle COUAILLIER	DGOS
Béatrice GICQUERE	DGOS
Martine HEBRARD	DGOS
Michèle LENOIR-SALFATI	DGOS
Florent TIRAVY	DGOS
Danielle TOUPILLIER	CNG
Jean-François CABON	CNG

Pour les représentants des établissements

Guy MOULIN	Conférence des PCME de CHU
Armelle DREXLER	Conférence des DG de CHU
Hamid SIAHMED	Conférence des DG de CHU

Marc REYNIER	Conférence des DG de CHU
Nadine BARBIER	FHF
Marie HOUSSEL	FHF
Charlotte NEUVILLE	FHF
David PINEY	Conférences des PCME de CH

La réunion débute à 10 heures.

Paul CHALVIN rappelle les principaux points qui sont ressortis de la réunion du mardi 28 avril :

- Refonte de l'indemnité multi-établissements, qui doit être versée par les établissements, pour tout exercice multi-sites même au sein d'une même entité juridique, sur la base d'une part fixe d'équipe, attribuée aux équipes médicales de territoire, à laquelle s'ajouterait une part individuelle, calculée selon des critères à préciser : nombre de sites, fréquence des déplacements, durée de l'activité sur un autre site...
- Permettre aux praticiens hospitaliers en période probatoire, soit de pratiquer une activité libérale, soit de percevoir l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).
- Réinterroger les dispositifs d'intéressement individuel (postes prioritaires, part complémentaire variable).

Christophe SEGOUIN indique qu'une autre demande unanime des intersyndicales était de réévaluer l'IESPE.

Hamid SIAHMED demande si cela doit comprendre le fait de pouvoir pratiquer à temps réduit et pose la question des contractuels.

Jacques TREVIDIC souhaite que tous les avantages statutaires des praticiens titulaires s'appliquent aux praticiens en période probatoire, et propose de permettre en fin d'internat d'accéder directement à la liste d'aptitude. Enfin, la mutation pourrait être rendue possible dès la fin de la période probatoire.

Hamid SIAHMED craint que cela ne soit pas si simple.

Nicole SMOLSKI propose que l'accès au secteur 2 soit possible pour tous les PH après 2 ans d'ancienneté, afin d'éviter que les jeunes ne prennent des postes d'assistants spécialistes que pour se réserver la possibilité d'accès au secteur 2. Elle demande que l'accès au secteur 2 soit possible

dès la réussite du concours de PH mais aussi à la suite de 2 ans d'exercice comme praticien contractuel.

Michèle LENOIR-SALFATI répond que cela pose la question du statut de la phase de mise en responsabilité – la faire sous le statut d'assistant permettrait l'accès au secteur 2 pour tout une cohorte – mais rappelle les réserves de la CNAM. Elle indique que toute réforme du secteur 2 doit être discutée lors des négociations conventionnelles.

Nicole SMOLSKI insiste sur le fait que c'est une des principales causes de départ en anesthésie.

Jean Michel BADET rappelle que le C3 n'a été autorisé plus que pour les PH des CHU pendant un temps et propose de revenir à cette situation. Il affirme que si le secteur 2 est un facteur d'attractivité certain dans certaines spécialités, choisir un poste d'assistant dans ce but n'est pas conforme à l'esprit initial de ce statut.

Jacky LE MENN indique la mission étudiera cette question et l'évoquera auprès du directeur de la sécurité sociale.

Mélanie MARQUET estime que donner le choix est en soi une mesure d'attractivité et souligne que cela n'implique pas que tous les PH partiront en secteur 2.

Sur les indemnités liées à la continuité des soins et à la permanence des soins

Hamid SIAHMED rappelle que des avancées considérables ont déjà été consenties sur ce sujet en 2014.

Marc REYNIER ajoute que bien que les délais de mise en œuvre aient été inégaux, il est désormais acquis que le temps de trajet est reconnu et rémunéré, l'aller-retour étant décompté comme une heure de travail. Cette simple règle a conduit à une hausse des dépenses liées aux

astreintes estimée à 20% en moyenne et pouvant atteindre 25% dans certains établissements, bien que ces chiffres restent à préciser.

David PINEY souligne que la mise en œuvre de la réforme est complexe et bloque sur l'obligation de repos de sécurité, qu'il propose de moduler car elle constitue une difficulté réelle pour les établissements.

Jacques TREVIDIC précise que la forfaitisation du temps de trajet ne concerne que le paiement et pas le temps passé, qui doit être réintégré dans les obligations de service.

Jean-Michel BADET indique qu'il faut selon lui 4 praticiens pour une ligne d'astreinte et 7 praticiens pour une ligne de garde.

Nicole SMOLSKI ajoute que les intersyndicales ont accepté d'introduire une certaine souplesse dans le respect du repos de sécurité sous la forme d'un repos différé.

Michèle LENOIR-SALFATI rappelle que la règle du repos de sécurité était un simple rappel de la directive européenne de 2003.

David PINEY propose de moduler la forfaitisation en fonction de la fréquence des déplacements pour plus de souplesse.

Jean GARRIC répond que la modulation peut s'envisager mais affirme que la forfaitisation est de l'exploitation.

David PINEY suggère, par souci d'équité entre praticiens publics et privés qui participent à une même ligne de garde, d'aligner la rémunération des praticiens de ville sur la rémunération des praticiens des hôpitaux publics.

Jean-Michel BADET propose au contraire que les praticiens des hôpitaux qui partagent une ligne de garde avec des médecins de ville soient rémunérés comme les médecins de ville.

Christophe SEGOUIN et Thomas RIQUIER expriment leur accord avec cette proposition.

David PINEY suggère d'indemniser une demi-plage en soirée.

Marie HOUSSEL indique la nécessité d'une rationalisation des gardes et astreintes à l'échelle territoriale, même si cela s'inscrit dans un contexte difficile, en associant les médecins libéraux. L'équité entre hospitalo-universitaires et hospitaliers dans la rémunération serait aussi un élément important. Toutefois, elle attire l'attention sur le facteur d'attractivité que représentent les lignes de garde pouvant représenter un facteur d'attractivité financière.

Marie HOUSSEL remercie à la fin pour l'écoute de toutes les parties prenantes par M. Le Menn."

Hamid SIAHMED suggère de lier les autorisations d'équipements lourds à une association obligatoire des médecins libéraux à la permanence des soins afin d'alléger la charge de travail des praticiens, par exemple en radiologie.

Nicole SMOLSKI se dit favorable à un choc de simplification et demande la mise en place d'un seul niveau d'astreinte, comme le prévoyait le protocole de 2006, qui n'a pas été appliqué car il était conditionné aux restructurations des lignes de garde et astreintes. Elle ajoute que le dimanche matin n'est souvent ni intégré dans le temps de travail, ni payé, ni récupéré ; ou parfois récupéré mais non payé.

Jacky LE MENN demande si des recours ont été faits.

Nicole SMOLSKI répond qu'il y en aura car les cas se multiplient.

Jean-Michel BADET indique que les directeurs mettent en avant la continuité du service public alors qu'il faudrait parler de continuité des soins.

Matthias ALBERTONE précise que la continuité des soins et la permanence des soins sont assurées par le tableau de service et l'existence d'astreintes. Il demande si c'est la réglementation qui est mal faite ou sa mise en œuvre.

Jean GARRIC estime scandaleux que l'organisation du travail ne prévoie pas que le patient puisse voir au moins une fois dans le week-end un médecin du service.

Michèle LENOIR-SALFATI demande s'il existe une imprécision juridique ou s'il s'agit d'un problème de mise en œuvre.

Jean-Michel BADET répond que le décret de 2003 traite la totalité de la continuité et de la permanence des soins, et affirme que les établissements qui ne rémunèrent pas les praticiens au motif de la continuité du service public sont dans l'erreur.

Jacques TREVIDIC explique que la visite du dimanche matin s'est toujours faite mais que les établissements ne la rémunèrent pas car il n'y a pas d'appel. Il pointe également le problème de l'astreinte forfaitisée qui ne permet aucune reconnaissance du temps passé.

Matthias ALBERTONE répond que la réglementation permet la rémunération des visites du dimanche et que celles-ci sont justifiées dès lors qu'elles s'inscrivent dans une maquette d'organisation.

Nicole SMOLSKI répond que les praticiens assurent la continuité des soins dans leur service car la ligne d'astreinte est globale sur l'établissement, et estime que la situation doit être clarifiée auprès des établissements et des COPS pour que le travail du dimanche matin soit reconnu et récupéré.

Jacques TREVIDIC souligne que la visite du dimanche matin n'est aujourd'hui pas reconnue par les directions.

Alain JACOB affirme que la visite du dimanche matin est une nécessité car il est insupportable pour les patients de ne pas avoir de passage médical du samedi matin au lundi matin, et estime que les deux problèmes majeurs sont la permanence des soins en astreinte, dont le fonctionnement est loin d'être optimal, et la continuité des soins, qui n'est ni éclaircie, ni tracée, alors qu'elle s'impose au praticien (présence médicale 7j/7). Il souligne que la reconnaissance du travail des praticiens est un enjeu d'attractivité.

Jean-Gérard GOBERT indique que le problème du dimanche matin se pose aussi pour les biologistes médicaux.

Hamid SIAHMED répond que des établissements ont créé des astreintes de week-end pour régler ce problème.

Nicole SMOLSKI pointe les difficultés posées par les différences de rémunération entre hospitalo-universitaires, hospitaliers, et libéraux, liées aux règles différentes de prise en compte du temps passé en garde pour remplir les obligations de service. Elle relève que les praticiens hospitaliers ont le sentiment que les chefs de clinique, qui prennent beaucoup de gardes, et respectent désormais le repos de sécurité, sont payés deux fois plus, mais affirme que la création d'une 5^e plage pourrait régler ce problème. Par ailleurs, elle ajoute que la différenciation entre temps de travail additionnel « de jour » et « de nuit » n'a pas de justification car la garde est une obligation tandis le temps additionnel est un choix laissé à l'appréciation du médecin, donc ne peut être du temps de nuit qui est une obligation.

Jacques TREVIDIC demande la fusion des astreintes opérationnelles et de sécurité et regrette que la prise en compte du temps de trajet et le respect du repos quotidien se mettent en place si lentement. Par ailleurs, il estime que la forfaitisation des astreintes est mal comprise par les établissements et devient contreproductive car elle retire du temps médical aux praticiens ; il propose de la réserver aux actes de télémedecine, télésanté et téléradiologie, y compris la validation 24 heures sur 24 des résultats pour les biologistes et des ordonnances pour les pharmaciens. Il conclut en demandant que tout travail effectué soit décompté.

Hamid SIAHMED ajoute qu'il faut effectivement trouver un mode de rémunération du télétravail, qui se développe du fait des accréditations COFRAC et des obligations de validation.

Jacques TREVIDIC propose de limiter la forfaitisation à la permanence des soins qui ne donne pas lieu à déplacement.

Mélanie MARQUET affirme que plus les organisations sont complexes, moins elles sont lisibles, moins elles sont attractives. Les différentiels de rémunération des astreintes et des gardes selon les statuts et les niveaux d'astreinte sont de ce point de vue problématique.

Jean-Michel BADET indique que l'astreinte est toujours une contrainte, rappelle que la rémunération n'a pas évolué depuis 2010, et propose d'aligner la rémunération des astreintes de sécurité sur les astreintes opérationnelles. Il pointe également une incohérence de l'arrêté de 2003 : en-dessous de 30 minutes, le praticien n'est pas rémunéré. Enfin, il propose d'identifier un budget dédié à la permanence des soins hospitalière, comme pour la ville.

Alain JACOB souligne qu'on fluidifierait le travail des urgentistes en renforçant la présence médicale dans les services en dehors des périodes dites ouvrables.

Jean-Gérard GOBERT propose de prendre en compte et rémunérer le temps travaillé le dimanche matin et consacré aux validations et aux accréditations COFRAC.

Stéphane BOURCET indique que la lisibilité est un facteur d'attractivité et propose la simple application du protocole d'accord de 2006.

Christophe SEGOUIN remercie Jacky LE MENN de prendre l'initiative de clarifier tous ces points, souligne le consensus existant entre les intersyndicales sur le temps de travail additionnel, les astreintes, et le télétravail, et affirme que l'activité d'un PH n'est pas réductible à du temps de travail car elle ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Il ajoute que la restructuration des gardes et astreintes va s'accélérer dans le cadre des GHT.

Thomas RIQUIER regrette les organisations différentes adoptées selon les pôles, services, spécialités, ou disciplines, soit pour des raisons budgétaires, soit pour répondre à l'impératif d'attractivité. Il évoque les exemples d'assistants, dont les gardes sont rémunérées comme s'ils

étaient internes ; d'internes, qui accumulent les gardes au point d'être rémunérés à un taux horaire inférieur au SMIC ; ou encore d'internes qui se retrouvent en difficulté car leurs seniors ne se déplacent plus le dimanche. Il suggère d'avancer vers une rémunération égalitaire de la permanence des soins pour tous les praticiens, quels que soient leurs statuts et leurs modes d'exercice, sur un financement par les ARS (FIR). Enfin, il propose de confier plus clairement l'organisation de la PDS à la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) dont la représentation est équitable en fonction des disciplines et des statuts.

Jean-Michel BADET indique que la COPS est chargée de l'organisation des soins et non de son financement, souligne qu'il n'est pas facile de mobiliser le FIR, et propose de travailler à une meilleure représentation des médecins hospitaliers dans les territoires (CRSA, conseils de territoire...).

Hamid SIAHMED rappelle que des schémas-cibles, établis par l'ARS dans le cadre des SROS, s'imposent aux établissements, de même que les fiches MIG concernant la permanence des soins. Il indique que le FIR n'est qu'un outil de financement en application d'un schéma-cible et d'une fiche MIG, ces éléments devant être rénovés à la lumière de l'arrêté de novembre 2013.

David PINEY précise que les présidents de CME sont représentés dans les CRSA et souligne que les spécialités qui travaillent déjà sur plusieurs sites s'interrogent sur le mode de rémunération des gardes dans ce cadre.

Jacky LE MENN répond que la période intermédiaire que l'on vit aujourd'hui s'achèvera avec la mise en place des GHT, qui devront permettre de répondre aux besoins à l'échelle d'un territoire, y compris en articulation avec les libéraux. Il rappelle, comme avait coutume de le dire François MITTERRAND, que « là où il y a une volonté, il y a un chemin ».

Thomas RIQUIER insiste sur le FIR comme solution pour rémunérer la permanence des soins assumée par les équipes territoriales, car c'est

nécessaire pour assurer le virage ambulatoire sans être bloqué par les logiques hospitalières. Par ailleurs, il demande que la rémunération des gardes et astreintes soit la même pour tous car la pénibilité est la même.

Jean GARRIC s'étonne que les ARS ne financent que partiellement des lignes de garde dans les schémas-cible de la permanence des soins, et ajoute qu'il faut associer les praticiens si l'on veut avancer sur les réformes territoriales.

Jean-Michel BADET indique que le même jour, lorsqu'on examine PDSA et la PDSES, on vote sur l'un et pas sur l'autre ; on prend l'avis des libéraux, pas des hospitaliers.

Jacky LE MENN répond que les nouvelles ARS, suite aux fusions de régions, peuvent être l'occasion de rappeler certains points.

Jean-Michel BADET souhaite que les intersyndicales de praticiens hospitaliers soient mieux représentées dans les CRSA.

Jean GARRIC s'inquiète du dimensionnement de certaines régions.

Jacky LE MENN concède le besoin d'une articulation intermédiaire au niveau territorial.

Jacques TREVIDIC constate que la PDSA repose sur le volontariat tandis que la PDS est obligatoire à l'hôpital et souligne que cela pèse sur l'attractivité et les réorganisations.

Marc REYNIER regrette que deux instances, les CRP et les comités d'élaboration des schémas-cible, rassemblent des participants différents pour traiter les mêmes sujets, et rappelle les différences d'obligations de service qui expliquent les différences de rémunération : les hospitalo-universitaires font 11 demi-journées par semaine, les gardes qu'il assurent ne sont pas dans leur temps de travail, et la portée du repos quotidien n'est pas la même car les hospitalo-universitaires peuvent réaliser un travail non-clinique le lendemain.

Jean GARRIC répond que les gardes hospitalo-universitaires sont essentiellement faites par les CCA et sont très bien rémunérées, ce qui explique d'ailleurs leur fuite de l'hôpital public lorsqu'ils deviennent PH.

Nicole SMOLSKI ajoute que parmi les jeunes, certains hospitalo-universitaires ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas les mêmes droits que les PH. Par ailleurs, elle estime qu'on ne peut envisager de gardes territoriales que s'il y a des restructurations de plateaux techniques, plutôt que d'obliger les PH à travailler sur plusieurs sites contre leur volonté, au mépris de la sécurité des patients et de la qualité de l'outil de travail, comme cela a été le cas dans certaines CHT.

Jacques TREVIDIC donne l'exemple d'un bloc opératoire situé à 25 km de Quimper, que les habitants et les élus souhaiteraient maintenir en dépit de mauvaises conditions de sécurité, et s'inquiète de la volonté de créer un conseil des élus territoriaux pour piloter les GHT, alors qu'il faut au contraire s'appuyer sur un projet médical avec une CME commune.

David PINEY se dit favorable à une restructuration des plateaux techniques mais souligne que les praticiens de certaines spécialités, qui ne se prêtent pas à ce type d'organisations, devront nécessairement travailler sur plusieurs sites.

Jacques TREVIDIC répond que c'est la raison pour laquelle elles doivent s'appuyer sur un projet médical.

Sur les indemnités qui rémunèrent les responsabilités institutionnelles ou professionnelles spécifiques

Jacques TREVIDIC propose de conserver en l'état l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison (IASL), l'indemnité du président de CME, et l'indemnité de chef de pôle, mais estime que les chefs de service devraient aussi percevoir cette indemnité si le chef de pôle délègue des compétences au chef de service.

Jean-Michel BADET pointe le problème des équipes qui comprennent un président de CME ou un chef de pôle qui a une activité importante, car l'exercice de cette responsabilité revient à les priver de temps médical.

Thomas RIQUIER demande que du temps soit dégagé au coordonnateur des internes, dont les missions sont particulièrement importantes et vont s'étendre, car certains établissements rencontrent aujourd'hui de grandes difficultés pour trouver un PU-PH qui accepte d'assumer ce rôle. Il ajoute que cela ne peut pas être que du ressort des universités car il s'agit d'un temps de travail hospitalier.

Jacques TREVIDIC remarque que les DES vont se redécouper sur le territoire des régions.

Thomas RIQUIER répond que dans le cadre des inter-régions comme des régions un relais local est nécessaire.

Jean-Michel BADET souligne l'intérêt de reconnaître des valences.

Thomas RIQUIER ajoute qu'à Lyon, Marseille et Paris, les syndicats locaux avaient demandé que les internes de niveau 1 puissent recevoir l'appui d'un mentorat/tutorat par un PH qu'ils choisissent, au moins pour assurer le suivi en début d'internat.

Stéphane BOURCET affirme que le versement d'une indemnité aux chefs de service serait un signe fort en direction de la communauté médicale.

Christophe SEGOUIN se dit en accord avec cette demande et propose que l'indemnité du président CME et du chef de pôle puisse être revalorisée à hauteur des responsabilités qu'on leur demande d'assumer.

Marc REYNIER souligne que pour toutes ces situations, il faut soit revaloriser l'indemnité dans une approche individuelle de la fonction, soit compenser le temps médical retiré aux équipes, dans une approche collective, par exemple en recrutant un praticien sur un contrat temporaire. Il se dit favorable à un droit d'option entre ces deux approches.

David PINEY rappelle que la réglementation prévoit déjà une part variable pour les chefs de pôle, en lien avec les objectifs qui leur sont fixés par contrat. Les chefs de service pourraient éventuellement souscrire au même dispositif dans le cadre du projet de son pôle. Les fonctions électives doivent par contre rester indemnisées forfaitairement. Il relève que le plus important est de pouvoir dégager du temps, par exemple par le recrutement d'un assistant qui donne une liberté de mouvement pour se libérer sur des activités institutionnelles.

Nicole SMOLSKI ajoute que la question se pose également pour les responsables syndicaux.

Jean-Michel BADET regrette que l'on ne puisse faire que deux mandats à la CRSA. Il se dit ouvert à la discussion sur une indemnité variable pour les chefs de pôle, mais pas pour les chefs de service, dont l'activité est essentiellement clinique, et qui verraient donc leur indépendance professionnelle mise en danger.

Hamid SIAHMED affirme que le management de proximité est un élément clé de l'attractivité et de la fidélisation et propose d'ouvrir une réflexion sur la qualité du management et son évaluation périodique.

Jacques TREVIDIC répond que les intersyndicales proposent que les chefs de service soient nommés sur une liste d'aptitude.

Nicole SMOLSKI ajoute que le temps des chefs à vie d'office est révolu et qu'il faut évaluer de manière régulière la qualité du management et de l'encadrement médical, car le nombre de praticiens qui partent pour ce type de motifs est important. Cela implique selon elle de mettre en place des critères d'évaluation, pas forcément pour la première nomination, mais pour la reconduction d'une chefferie de service, selon des critères d'efficacité clairs. Elle propose d'évaluer le service rendu des managers par une double évaluation par les pairs (l'équipe) et par l'institution, par exemple par l'intermédiaire la CME, le chef de service répondant à un projet institutionnel tout en étant au service de ses collègues.

Hamid SIAHMED souligne qu'il faut aussi envisager l'accompagnement institutionnel au management.

Danielle TOUPILLIER indique que des chefs de pôle viennent anonymement se faire accompagner par le CNG car ils ressentent la nécessité d'une formation qui n'est pas obligatoire au départ. Elle propose de la rendre obligatoire pour les chefs de pôle.

Michèle LENOIR-SALFATI précise que la question de l'évaluation est abordée dans le projet de décret mais pas la question de la formation. Elle propose de rappeler l'importance de l'évaluation en la liant avec une formation au management obligatoirement accordée par l'établissement pour ceux qui le souhaitent.

Thomas RIQUIER soutient cette proposition et indique que certains chefs de service nommés à 30 ans le sont toujours à 64 ans.

Hamid SIAHMED dit avoir reçu récemment un praticien qui quitte l'établissement à cause de la défaillance du management.

Jean-Michel BADET souligne qu'il s'agit là du quotidien du Président de la CME.

Jacques TREVIDIC propose de soumettre les nominations et les renouvellements des chefferies de service à un avis des pairs et de la CME.

Christophe SEGOUIN ajoute qu'il y a aussi des problèmes avec les directeurs et rappelle avoir dirigé pendant plusieurs années un programme de formation qui associait cadres supérieurs de santé, chefs de service, et directeurs. Il affirme qu'il faut travailler là-dessus si l'on veut concrétiser les GHT.

La réunion s'achève à 12 heures 35.