

*auprès du Ministre de l'Emploi  
et de la Solidarité*

*Paris, le*     **17 OCT. 1997**

CAB/FV/DV

Monsieur le Professeur,

Vous avez bien voulu accepter le principe d'une mission relative aux quatre disciplines pour lesquelles existent aujourd'hui des insuffisances d'effectifs dans les hôpitaux publics : l'anesthésie, l'obstétrique, la radiologie, la psychiatrie.

Les perspectives de démographie médicale, compte tenu des prévisions de départs en retraite laissent prévoir une situation encore plus inquiétante pour les années à venir dans ces disciplines.

Une réforme des études médicales et de l'internat est nécessaire pour obtenir une meilleure régulation du flux de spécialistes qui tienne compte des besoins du pays dans les différentes disciplines. Cependant, une telle réforme ne pourrait pas avoir d'effets avant plusieurs années.

Il est donc indispensable d'apporter des solutions à court et moyen terme aux déficits de praticiens, qui se traduisent par des postes vacants dans certains établissements hospitaliers.

Je vous saurais gré de bien vouloir assurer la coordination des quatre groupes de travail, chargés de faire à Martine AUBRY et à moi-même des propositions sur les mesures susceptibles d'être prises pour permettre une meilleure adéquation entre les besoins des hôpitaux et les effectifs dont peuvent disposer chacune des disciplines concernées. Je souhaite que la réflexion des groupes de travail soit la plus large possible et prenne bien en compte les disparités géographiques qui peuvent expliquer des difficultés plus prononcées pour certains établissements.

Après un bref rappel du constat et de ses causes, vous vous attacherez particulièrement à faire réfléchir les professionnels sur des propositions concrètes.

J'attache une importance particulière à ce que les internes soit représentés dans chacun de ces groupes.

Monsieur le Professeur Guy NICOLAS  
Haut comité de santé publique  
8, avenue de Ségur  
75008 PARIS

.../...

Il me paraît également nécessaire que les représentants des médecins libéraux, des représentants des directeurs d'hôpitaux et des Agences régionales de l'hospitalisation ainsi que toute autre personne que vous jugerez utile puissent, selon les modalités que vous choisirez, participer à cette réflexion.

Si certaines mesures proposées pourront être spécifiques à une discipline, il me semble nécessaire que la vision globale des quatre disciplines vous permette de dégager des solutions communes.

Pour le déroulement de votre mission, vous pourrez bien entendu vous appuyer sur les services du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Les premiers éléments de votre réflexion devront me parvenir vers la mi-novembre et les conclusions définitives pour la fin de l'année 97.

En vous remerciant encore d'avoir accepté cette mission, je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Bernard KOUCHNER

# SOMMAIRE

## - Préambule

### I. LE CONSTAT PAR SPECIALITE

I.1. l'anesthésie réanimation	5
I.2. la gynécologie-obstétrique	9
I.3. la radiologie	10
I.4. la psychiatrie	11

### II. L'ANALYSE DES PROBLEMES

II.1. les problèmes liés à la démographie	13
II.2. les causes liées à l'exercice de la spécialité	13
II.3 les causes communes	15

### III. LES ACTIONS PROPOSEES

III.1. les actions en matière de démographie médicale	17
III.1.1. Fixer le nombre de places du concours d'internat par spécialités	17
III. 1.2. Fixer une répartition régionale du nombre de D.E.S.	19
III. 1.3. permettre un post-internat pour tous	20
III.2. les actions en matière d'organisation hospitalière	22
III. 2.1. la réorganisation du tissu hospitalier	23
III. 2.2. la mise en place de pôles de garde	25
III.3. la gestion des ressources humaines médicales	26
III.3.1. la gestion du corps des praticiens hospitaliers	27
. transformation du C.N.P.H.	
. nomination des praticiens hospitaliers sur une communauté d'établissement ou un réseau	
. permettrele recrutement de médecins hospitaliers contractuels	
. limitation à deux mandats successifs les fonctions de chef de service	
III.3.2. les conditions d'exercice de l'activité médicale	29
. les services à présence médicale constante	
. la reconnaissance de pénibilité de certains postes médicaux	

## - Conclusion 33

## - Annexes 36

## **PREAMBULE**

La démographie médicale se caractérise en France par une forte augmentation des effectifs du milieu des années 1970 à la fin des années 1980.

On compte au 1<sup>er</sup> janvier 1997, 175 000 médecins alors qu'ils n'étaient que 86 200 en 1977.

La croissance globale des effectifs va se poursuivre jusqu'aux années 2008/2010.

Cette situation n'est cependant pas exempte de fortes disparités :

- . disparités géographique entre les régions,
- . disparités entre activité libérale et hospitalière,
- . disparités entre les différentes spécialités médicales.

### **- DISPARITES ENTRE LES REGIONS ET LES DEPARTEMENTS**

On compte une densité de 178,5 généralistes pour 100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 118 dans le Centre.

La différence est beaucoup plus marquée pour les spécialistes puisqu'on relève des densités de 212,8 pour l'Ile-de-France, 194,1 pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur et 97,8 pour la Picardie.

### **- DISPARITES ENTRE MEDECINE LIBERALE ET MEDECINE HOSPITALIERE**

Alors que certaines disciplines semblent pléthoriques dans le secteur libéral, elles connaissent une certaine pénurie à l'hôpital ; c'est le cas notamment pour la radiologie mais également pour la psychiatrie dans une moindre mesure.

### **- DISPARITES ENTRE LES DISCIPLINES**

Le numerus clausus qui fixe le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études médicales au delà de la première année permet de réguler les flux globaux mais le concours d'internat qui constitue la seule voie de formation des spécialistes ne permet pas, dans son organisation actuelle, d'orienter les futurs spécialistes avec une précision suffisante vers les spécialités où les besoins sont les plus importants. Cette situation, si elle se maintenait, pourrait devenir source de tension importante dans les disciplines considérées moins attractives, avec l'augmentation du nombre de départs.

Les médecins selon le statut et la spécialité (au 1er janvier 1997)

SPECIALITES	LIBERAUX	SALARIES EXCLUSIFS	ENSEMBLE	DENSITE (1)
ANESTHESIE-REANIMATION	2 922	5 158	8 080	13.8
CARDIOLOGIE	3 478	1 434	4 912	8.4
DERMATO-VENEREOLOGIE	3 236	388	3 624	6.2
GYNECOLOGIE MEDICALE	1 787	134	1 921	13.1
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	1 854	910	2 764	4.7
MEDECINE INTERNE	422	1 335	1 757	3.0
PEDIATRIE	3 141	2 336	5 477	44.7
PNEUMOLOGIE	1 008	1 009	2 017	3.4
RADIOLOGIE	4 619	2 239	6 858	11.7
RHUMATOLOGIE	1 912	521	2 433	4.2
AUTRES SPECIALITES MEDICALES	3 810	4 478	8 288	14.1
TOTAL SPECIALITES MEDICALES	28 189	19 942	48 131	82.1
CHIRURGIE GENERALE	2 002	1 585	3 587	6.1
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	3 352	1 305	4 657	31.7
OPHTALMOLOGIE	4 580	551	5 131	8.8
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2 248	496	2 744	4.7
STOMATOLOGIE	1 393	145	1 538	2.6
AUTRES SPECIALITES CHIRURGICALES	1 891	1 959	3 850	6.6
TOTAL SPECIALITES CHIRURGICALES	15 466	6 041	21 507	36.7
BIOLOGIE MEDICALE	846	1 536	2 382	4.1
PSYCHIATRIE	6 291	5 220	11 511	19.6
MED. DU TRAVAIL ET SANTE PUBLIQUE	144	3 837	3 981	6.8
ENSEMBLE DES SPECIALITES	50 936	36 576	87 512	149.3
MEDECINE GENERALE	67 072	19 976	87 048	148.5
ENSEMBLE	118 008	56 552	174 560	297.9

(1) nombre de médecins pour 100 000 habitants sauf pour les gynécologues (100 000 femmes de 15 à 49 ans) et pour les pédiatres (100 000 enfant de moins de 16 ans)

Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité - SESI - Répertoire ADELI

Pour le présent rapport, l'étude a uniquement porté, sur les quatre spécialités qui ont fait l'objet de la lettre de mission mais il est certain que la réflexion ne saurait être limitée à ces spécialités.

D'autre secteurs vont connaître également des difficultés, c'est le cas notamment de certaines spécialités chirurgicales mais, dans ce cas, l'éclatement de la spécialité consécutif à l'hyperspécialisation justifie des analyses particulières.

Toutefois la méthodologie que ce travail a permis de déterminer pourra être appliquée à l'étude démographique des différentes spécialités.

Enfin les problèmes qui ont été perçus lors de l'étude : vieillissement de la population, inadéquation de la répartition géographique des médecins, féminisation et vieillissement du corps médical, plaident pour une amélioration de la connaissance des besoins de santé de la population et donc de l'élaboration d'un instrument d'évaluation de ces besoins au niveau régional.

## I - LE CONSTAT PAR SPECIALITE

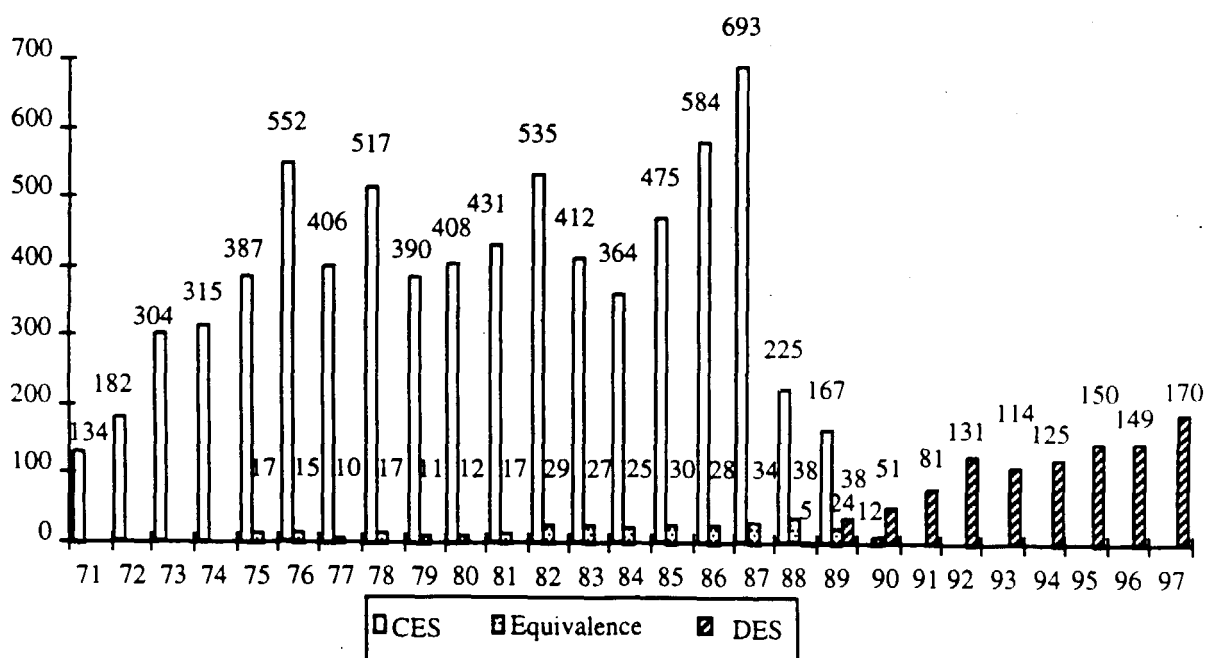
### I - 1 L'anesthésie-réanimation

L'anesthésie-réanimation est la spécialité médicale qui a connu la plus forte progression au cours des 20 dernières années.

Le nombre d'anesthésistes-réanimateurs qui était en 1981 de 3 639 atteignait 8 080 au 1er janvier 1997, soit une progression moyenne de 7,6 % par an, alors que dans le même temps la croissance du corps médical dans son ensemble était de l'ordre de 4,5 %.

Toutefois la progression n'a pas été linéaire au cours de cette période, elle a été forte de 1981 à 1988 (+10,45 % par an en moyenne), puis elle s'est ralentie à partir de 1988, pour à nouveau baisser à partir de 1990, en raison notamment des modifications intervenues dans les conditions de formation de la spécialité.

Evolution des flux d'entrée en anesthésie-réanimation de 1971 à 1997



S. Pontone, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 1998

Jusqu'à la réforme des études médicales, la qualification d'anesthésie-réanimation était pour l'essentiel acquise par le C.E.S. d'anesthésie-réanimation (CESAR). Depuis la loi du 23 décembre 1982, portant réforme des études médicales, l'accès au 3ème cycle spécialisé n'est possible que par la voie du concours d'internat. Les futurs anesthésistes-réanimateurs sont internes des hôpitaux et préparent le diplôme d'études spécialisées.

Les anesthésistes-réanimateurs représentent désormais une densité de 13,8 pour 100 000 habitants, toutefois les tensions sont de plus en plus fréquentes notamment dans les hôpitaux généraux où de nombreux postes ne sont pas pourvus.

Il faut remarquer qu'à la différence de certains pays étrangers et notamment des pays anglo-saxons, les anesthésistes, en France ne limitent pas leur pratique à l'exercice en bloc opératoire ou en réanimation chirurgicale, mais ils occupent fréquemment des postes dans les services d'urgence, les SAMU - SMUR, les centres de traitement de la douleur ou les unités de soins palliatifs.

Ce peut être également des anesthésistes-réanimateurs qui prennent en charge l'hémovigilance ou la matériovigilance notamment.

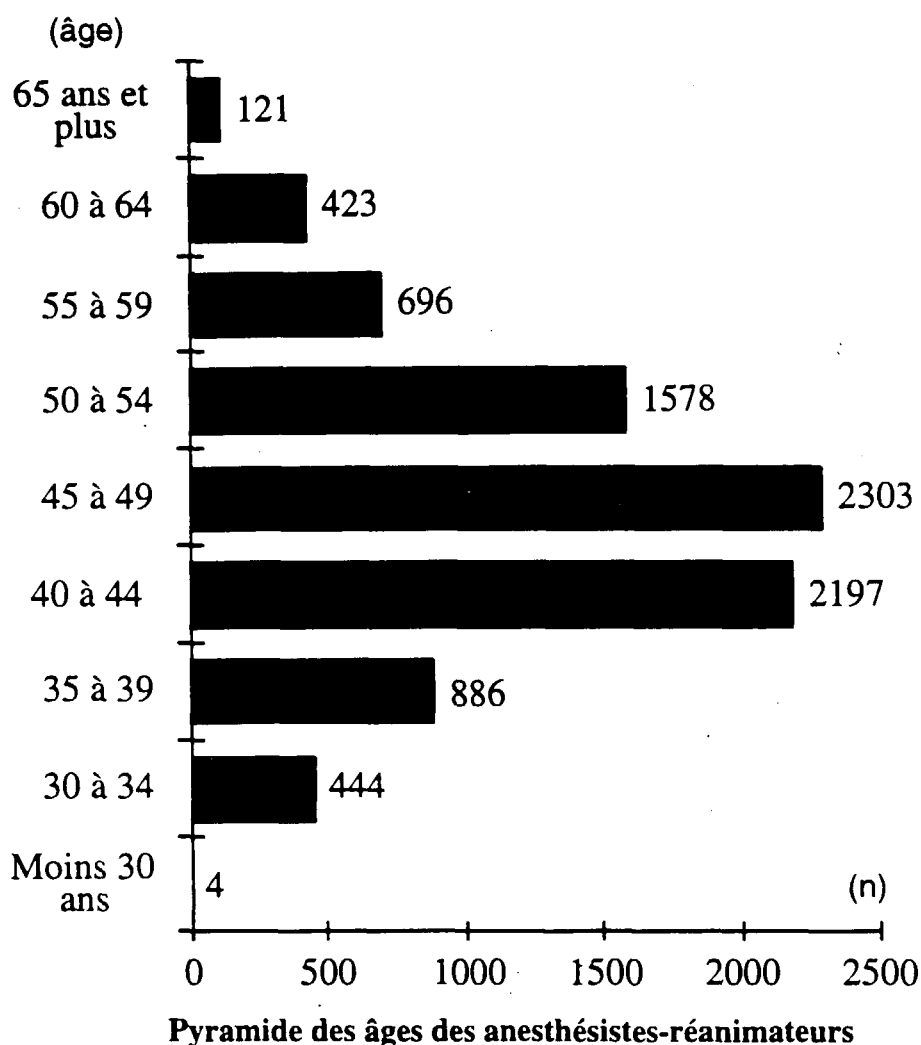
Selon la profession, cette diversification de l'exercice professionnel constitue une ouverture indispensable pour la spécialité dont les contraintes et la pénibilité sont particulièrement fortes, et toute limitation à ces différentes modalités d'exercice se traduirait par des difficultés accrues et une diminution de l'attractivité.

Il est clair que tout changement dans ce domaine, s'il était décidé, devrait être obligatoirement précédé d'une étude approfondie sur les conditions d'exercice et les sujétions propres à la spécialité.

Aussi on considérera, pour les besoins de cette étude, limitée au court terme, que les effectifs actuels de la spécialité permettent de répondre aux besoins de la population dans les conditions actuelles.

L'examen de la situation démographique de la spécialité révèle des perspectives inquiétantes pour les prochaines années.

L'âge moyen des anesthésistes-réanimateurs est désormais de 45,5 ans et la répartition par tranche d'âge de la profession témoigne d'une situation préoccupante.

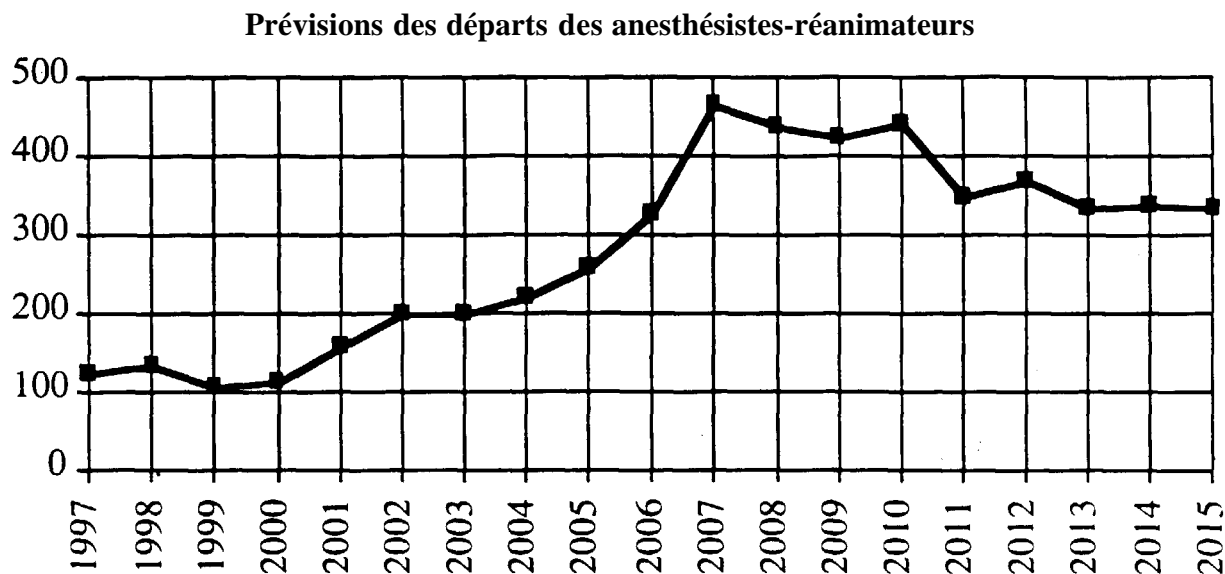


La pyramide des âges montre une hypertrophie des tranches d'âge 45/65 ans (60 % de la profession) au détriment des tranches 30/40 ans (16 %).

On sait par ailleurs que l'âge moyen des départs en retraite qui est actuellement de 63 ans dans le privé tend à diminuer et que dans le secteur public beaucoup d'anesthésistes-réanimateurs modifient leur mode d'exercice à partir de 60 ans.



Aussi les perspectives de sorties qui sont faibles jusqu'en 2000 - un peu plus de 100 par an - atteignent 200 dès 2002 pour dépasser 300 en 2006.



Alors que le nombre d'anesthésistes formés par la voie des D.E.S. se situera pendant 10 années autour de 150 par an. Un déficit important est donc prévisible à moyen terme.

Cette situation requiert donc des mesures rapides.

## **I - 2 La gynécologie-obstétrique**

La spécialité compte 4 657 praticiens au 1er janvier 1997 ; le pourcentage de féminisation de la spécialité est de 33,5 % ; 72 % exercent à titre libéral.

L'examen de la discipline par tranches d'âge montre qu'actuellement 23,5 % des gynécologues-obstétriciens ont plus de 50 ans.

Il convient de préciser que les chiffres sont plus difficiles à établir dans cette spécialité. En effet, tous les spécialistes n'exercent pas l'obstétrique ; du fait de la double qualification certains pratiquent exclusivement la chirurgie gynécologique, d'autres se consacrent uniquement à la gynécologie. Il est donc difficile de déterminer avec précision ceux qui exercent l'obstétrique ; le chiffre fourni se situe entre 40 et 50 %.

Par ailleurs on constate qu'à partir de 55 ans la majorité des obstétriciens abandonnent cette activité et s'orientent vers la gynécologie dont l'exercice est moins pénible.

Le syndicat national des gynécologues obstétriciens a lancé auprès de tous les gynécologues-obstétriciens publics et privés une enquête détaillée sur leurs conditions d'exercice professionnel.

Les premiers résultats de cette enquête permettent d'établir une prévision des sorties de la spécialité (arrêt d'exercice total ou arrêt de l'obstétrique) aux chiffres suivants :

2000 :	125
2001 :	108
2002 :	91
2003 :	216
2004 :	116
2005 :	295
2006 :	133
2007 :	270

soit en moyenne 170 par an.

On forme actuellement entre 75 et 85 gynécologues-obstétriciens par an. Si ce chiffre est maintenu, il ne permet pas d'assurer à très court terme le renouvellement des effectifs.

### **I - 3 La radiologie**

La spécialité compte 6 858 praticiens au 1er janvier 1997 ; 67,5 % exercent à titre libéral ; les femmes représentent 24,5 % de la spécialité.

La croissance démographique de la spécialité se poursuit (180 par an en moyenne), mais cette augmentation est pour l'essentiel absorbée par le secteur libéral et la profession s'accorde pour estimer que la densité de radiologues permet de satisfaire les besoins de la population.

On note toutefois de fortes disparités entre les départements, la région parisienne paraissant particulièrement riche.

Le constat notable est que de nombreux postes sont actuellement vacants dans les établissements hospitaliers publics, en particulier dans les hôpitaux généraux le taux est de vacance 11,5 %.

Dans cette discipline il n'existe donc pas de problème démographique, mais la situation est préoccupante au niveau du lieu d'implantation des spécialistes formés notamment dans les hôpitaux généraux.

## **I - 4 La psychiatrie**

La psychiatrie est l'une des spécialité dont les effectifs ont connu une forte progression ces dernières années. Le nombre des psychiatres est ainsi passé de 7 40 en 1987 à 9 707 en 1991, pour atteindre au 1er janvier 1997, 11 511, soit une progression en 10 ans de plus de 53 %, pourcentage supérieur à celui de la moyenne des spécialités.

Cette discipline, qui a longtemps été une discipline d'exercice essentiellement hospitalier, s'est fortement implantée dans le secteur libéral ces 15 dernières années.

Actuellement les 2/3 des nouveaux diplômés s'installent en libéral.

Avec désormais une densité moyenne de 19,6 spécialistes pour 100 000 habitants, il semble que les effectifs globaux permettent de répondre aux besoins de la population. Néanmoins, les nouveaux spécialistes qui s'installent en privé se constituent rapidement une clientèle et le système pourrait risquer de continuer à s'auto-alimenter alors que les besoins n'ont jamais été réellement identifiés.

Dans le même temps un certain nombre d'hôpitaux connaissent d'importantes difficultés pour pourvoir leurs postes en particulier dans certains établissements et dans certains départements - 8 % des postes hospitaliers sont actuellement inoccupés.

Il y a là une situation nullement liée à la démographie du corps mais qui est néanmoins inquiétante.

## **II - L'ANALYSE DES PROBLEMES**

Les problèmes posés par les quatre spécialités qui font l'objet de la présente étude ne sont pas similaires.

Deux spécialités, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique vont connaître, du fait de la structure de leur population et du flux actuel de renouvellement, une décroissance rapide de leurs effectifs et un vieillissement des praticiens en activité.

Pour les deux autres spécialités, la radiologie et la psychiatrie, les problèmes concernent uniquement le recrutement hospitalier puisque les effectifs de ces spécialités permettent globalement de satisfaire aux besoins de la population.

## **II - 1 - Les problèmes liés à la démographie**

Comme cela a été montré, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs a connu une forte croissance entre les années 1970 et 1990 pour atteindre au 1er janvier 1997 un effectif de 8 080.

La réforme des études médicales instaurée par la loi du 23 décembre 1982 en modifiant le mode de formation des spécialistes, a réduit le nombre de diplômés dans la spécialité.

Le nombre de nouveaux diplômés s'établit désormais, en moyenne, à 150 par an.

L'examen de la structure par âge des anesthésistes réanimateurs en fonction, révèle qu'à partir de 2002 le flux de sortie de la spécialité va atteindre 200 puis dépasser 300 en 2005.

Si les conditions actuelles de formation sont maintenues, il est clair que le renouvellement des effectifs ne sera pas assuré.

La même situation est observée en gynécologie-obstétrique qui dans les conditions actuelles voit apparaître une décroissance de ses effectifs dès 2003 alors que le taux de naissance est stable. La situation particulière de cette spécialité du fait de la double qualification doit être soulignée.

S'il paraît hasardeux d'évaluer précisément le nombre de spécialistes qui n'exercent pas l'obstétrique, cette donnée doit néanmoins être prise en compte et ce d'autant que la profession s'accorde pour considérer que parmi les praticiens qui exercent l'obstétrique, un grand nombre après 55 ans s'oriente vers la gynécologie.

L'enquête réalisée par la profession montre qu'en moyenne 170 praticiens cesseront leur activité en obstétrique chaque année alors que le D.E.S. ne qualifie aujourd'hui que la moitié de cet effectif.

## **II - 2 - Les causes liées à l'exercice de la spécialité**

On peut distinguer les causes qui sont liées à l'exercice de la spécialité et qui concernent aussi bien le secteur libéral que le secteur hospitalier et celles qui concernent plus particulièrement l'exercice hospitalier.

Pour deux spécialités, la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation, l'attractivité souffre de la pénibilité d'exercice qu'elles génèrent. Dans les deux cas, il s'agit de spécialités qui exigent une disponibilité de jour

comme de nuit, qui impliquent un rythme de garde important et une forte activité au cours des gardes dès que la structure atteint un certain débit.

Elles sont l'une et l'autre, des spécialités dont la pratique professionnelle entraîne un fort niveau de responsabilité individuelle. Ce sont sur ces deux spécialités que porte actuellement le plus grand nombre de contentieux.

Pour les deux autres spécialités radiologie et psychiatrie, les problèmes s'analysent différemment ; seuls les hôpitaux se trouvant confrontés à des difficultés de recrutement, ce sont les différences de conditions d'exercice entre les deux secteurs qui en sont la cause.

Pour la radiologie, le système de rémunération à l'acte dans une spécialité où le progrès technique a été particulièrement développé ces dernières années entraîne entre les praticiens qui exercent dans le secteur public et privé des différences très importantes de revenus.

Le processus actuel de fixation des tarifs conventionnels qui privilégie les actes techniques, le mode d'actualisation de la nomenclature des actes médicaux en fonction des progrès techniques sont autant de facteurs qui bénéficient au secteur libéral qui n'est par ailleurs soumis à aucune sujétion particulière puisque ce sont les hôpitaux qui assurent la continuité de l'activité dans la spécialité. Seule une action sur la nomenclature serait de nature à réduire les écarts de revenus actuellement enregistrés entre les deux modes d'exercice public et privé.

En psychiatrie, les conditions d'exercice dans le secteur libéral et dans le secteur public sont fortement différenciées. L'organisation de la lutte contre les maladies mentales repose sur le service public. Elle se traduit pour les praticiens par des activités multiples : gardes dans les SAU, interventions dans différentes structures : CMP, hôpital de jour, centre d'activité à temps partiel...

Les psychiatres libéraux ne sont actuellement que peu associés à la prise en charge organisée dans le cadre des secteurs psychiatriques. L'amélioration de l'attractivité de la psychiatrie hospitalière passe probablement désormais par la recherche d'une nouvelle articulation avec le secteur libéral et la mise en place d'une coopération structurée.

Les modifications qu'apporterait une telle évolution à l'organisation actuelle : redéfinition des missions, mode de rémunération à déterminer pour les psychiatres libéraux..., nécessitent une étude préalable spécifique sur la politique de santé mentale.

## **II - 3 - Les causes communes**

Lors des réunions des groupes de travail, il est apparu très clairement qu'indépendamment des conditions spécifiques et des contraintes propres à chaque spécialité, les difficultés que connaissent actuellement les établissements hospitaliers pour pourvoir les postes avaient également des causes plus structurelles et plus fondamentales.

L'absence, de fait, de possibilités de mutations pour les praticiens hospitaliers nommés dans les hôpitaux généraux, constitue un frein important aux candidatures de ces spécialistes qui, dans ces conditions, et compte tenu des possibilités qui leur sont largement offertes, choisissent préférentiellement la pratique libérale dans une ville plus importante.

On remarque aussi que le sentiment d'isolement et quelquefois d'abandon est très fort dans un certain nombre d'établissements où l'effectif des spécialistes de chaque discipline est limité parfois à un seul praticien.

Un autre frein très largement souligné est constitué par l'organisation interne de l'hôpital. Des charges nouvelles sont apparues ces dernières années et si certaines activités sont considérées comme une exigence légitime dans l'amélioration des conditions d'exercice et des pratiques (hémovigilance, matério-vigilance, lutte contre les infections nosocomiales...), d'autres sont au contraire vécues comme un facteur important de contraintes. Parmi celles-ci on peut citer les nombreux projets et études prospectives qui sont demandés, sans avoir forcément d'aboutissement, la longueur des procédures, les justifications et les contrôles qui se sont multipliés.

Enfin, les conditions très égalitaires des rémunérations et de la gestion des carrières de l'ensemble des praticiens hospitaliers sont considérées par les praticiens les plus sollicités comme une anomalie, voire une injustice. La reconnaissance des conditions particulières d'exercice de certaines spécialités et des niveaux d'implication et de responsabilité constitue donc une demande forte.



### **III - LES ACTIONS PROPOSEES**

L'analyse de la situation actuelle montre que les difficultés que rencontrent les établissements hospitaliers pour recruter des praticiens hospitaliers ont des causes liées à différents facteurs et l'évolution prévisible à court terme du nombre de médecins dans certaines spécialités impose que des mesures soient prises sans délai pour assurer le renouvellement des effectifs.

Il serait toutefois illusoire de penser que la seule augmentation du nombre de médecins formés dans les disciplines déficitaires suffirait à résoudre les problèmes rencontrés par les établissements hospitaliers qui actuellement ne paraissent pas suffisamment attractifs pour la jeune génération, qui préfère se diriger vers le secteur privé, qu'il soit hospitalier ou libéral.

Il faut donc parallèlement redéfinir les missions et l'organisation des structures hospitalières, simplifier et assouplir les procédures de nomination et les conditions d'exercice du corps médical hospitalier.

Les propositions d'actions porteront sur trois domaines.

- . la démographie médicale,
- . l'organisation hospitalière,
- . la gestion des médecins hospitaliers.

### III 1. Les actions en matière de démographie médicale

Les mesures proposées à court et moyen terme sont destinées à apporter des solutions à des situations temporaires dans l'attente de la mise en place d'une réforme plus complète des études médicales actuellement à l'étude.

Elles ne modifient donc pas les bases de l'organisation actuelle, ce qui implique

- que le *numerus clausus* soit maintenu à son niveau actuel,
- que la répartition entre généralistes et spécialistes à partir du nombre de postes ouverts au concours d'internat demeure inchangée.

Trois propositions ont été retenues

#### III. 1.1. Fixer le nombre de places du concours d'internat par spécialités ou groupe de spécialités.

Le concours d'internat qui intervient à la fin du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales, permet de réguler le flux des spécialistes en formation.

Il est actuellement organisé dans deux zones géographiques, le Nord et le Sud, avec pour chacune d'elle un nombre de postes répartis entre six disciplines.

Quatre disciplines coïncident avec des spécialités médicales spécifiques : médecine du travail, santé publique, biologie et psychiatrie.

Les deux autres disciplines "spécialités médicales" et "spécialités chirurgicales" regroupent respectivement dix neuf spécialités médicales et treize spécialités chirurgicales, à l'intérieur desquelles les lauréats choisissent librement leur spécialité ; or ces deux groupes représentent plus des 3/4 des places.

La proposition consiste donc à ventiler les quotas de places non plus entre les six disciplines mais à un niveau plus fin ; à l'intérieur des deux groupes, spécialités médicales et chirurgicales, on peut parfaitement isoler certaines spécialités médicales à gros débit (gastro-entérologie, cardiologie....)

et procéder à une répartition en trois ou quatre groupes des spécialités chirurgicales, seule façon d'identifier d'emblée la spécialité qui sera réellement exercée à la fin de l'internat.

Cette disposition ne doit pas remettre en cause le "droit au repentir" qui permet actuellement aux internes, sous certaines conditions de modifier leur choix avant la fin du 4ème semestre d'internat.

Parmi les disciplines étudiées dans le cadre de cette mission, deux d'entre elles posent des problèmes urgents de renouvellement des effectifs : l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique.

Pour permettre le maintien des effectifs dans ces deux spécialités, il convient que le nombre de postes ouverts aux concours d'internat soit fixé pour l'anesthésie à 200 dès 1999 puis progressivement augmenté pour atteindre 300 en 5 ans.

Pour la gynécologie-obstétrique le nombre de places devrait être porté à 110 en 1999, puis progresser jusqu'à 150 en 5 à 6 ans.

La situation des deux autres spécialités radiologie et psychiatrie n'impose pas les mêmes dispositions à court terme car il ne s'agit pas d'un problème démographique mais d'une désaffection du secteur hospitalier public au profit du privé.

Dans ces conditions augmenter le nombre des internes ne fournirait pas la réponse adéquate.

Dans l'hypothèse que nous avons retenue, le nombre total de spécialistes en formation n'étant pas modifié, le nombre de postes ouverts au concours d'internat devra donc diminuer dans les spécialités qui apparaissent excédentaires et dont les effectifs vont néanmoins continuer à croître : cardiologie, gastro-entérologie dermatologie, biologie, pneumologie.

Les simulations qui ont été effectuées sur la base de ces hypothèses montrent que dans ces spécialités l'effectif actuel sera maintenu jusqu'en 2010-2012, époque où l'on se trouvera sous l'effet des mesures prises dans le cadre de la réforme des études médicales.

### III. 1.2. Fixer une répartition régionale des postes de D.E.S.

Les écarts de densité médicale entre les régions sont importantes et s'efforcer de les réduire doit constituer un objectif prioritaire.

Organiser un concours d'internat national et fixer une répartition régionale des postes de D.E.S. paraît une méthode susceptible d'infléchir cette situation.

L'expérience montre qu'il existe une bonne corrélation entre le lieu de formation et le lieu d'installation des médecins - Au 1er janvier 1996 76 % des médecins en activité exercent dans la région où ils ont effectué leurs études. Mais la liberté d'installation constitue toutefois un facteur d'incertitude non négligeable et ceci est probablement plus sensible pour les spécialistes.

La répartition géographique des postes de D.E.S. devrait être faite en tenant compte à la fois de la population et des moyens de formation disponibles dans les différentes régions.

Un bassin de population de 2,5 millions à 3 millions de personnes semble constituer une base correcte pour réaliser cette répartition, ce qui entraînera dans un certain nombre de cas des regroupements entre deux régions administratives voisines.

Les deux mesures exigent que soit effectué chaque année un affichage clair des répartitions par spécialité tant à l'échelon national que régional.

### III. 1.3. Permettre un post internat pour tous

Le secteur hospitalier n'occupe actuellement qu'une part minoritaire des médecins en exercice, mais cette situation ne reflète pas réellement le poids pour l'hôpital de toute évolution de la démographie médicale.

Il convient de rappeler que 60 % des spécialistes ont une activité hospitalière.

De plus, les jeunes médecins en cours de formation ont toujours constitué une part importante du personnel médical hospitalier.

Avant la réforme des études médicales des années 1980, les internes et les étudiants des CES constituaient un effectif qui participaient au fonctionnement des services.

La mise en place du numerus clausus puis la réduction importante du nombre de spécialistes en formation ont rapidement posé des problèmes importants aux hôpitaux non universitaires ; alors que les facultés ont compensé en partie les déficits en créant des postes de chefs de clinique pour assurer des fonctions essentiellement hospitalières.

Toutefois la répartition des postes de chefs de clinique reste très inégalitaire d'un CHU à l'autre et au sein des CHU d'une discipline à l'autre.

La possibilité donnée à tous les internes d'effectuer un post-internat de 2 ans renouvelable devrait permettre de répondre aux besoins des services hospitaliers et d'éviter les tensions qui ne manqueraient pas de se manifester dans les prochaines années.

De plus, cette solution permet d'établir une égalité de traitement d'une discipline à l'autre ; elle fournit également à tous les internes sortants l'occasion d'acquérir une formation pratique dans un poste de responsabilité.

La mesure implique.

- \* une nouvelle répartition des postes de chefs de clinique assistants entre les différentes spécialités à l'intérieur des CHU et entre les CHU;

- \* la création d'environ 1 000 postes d'"assistants hospitaliers" en complément des postes de Chefs de clinique assistants et d'assistants des hôpitaux généraux.

Le statut des assistants hospitaliers devra être calqué sur celui des Chefs de clinique assistants : même rémunération, mêmes avantages en matière de conditions d'inscription au CNPH, de reprise d'ancienneté...

La répartition des postes d'assistants entre les régions sera indexée à la population et l'affection aux établissements faite par les Directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

Il y aura lieu de prévoir des mesures transitoires pour les assistants actuellement en poste dans les hôpitaux généraux.

Cette mesure devrait permettre de faciliter les conditions de fonctionnement des établissements hospitalier et de préparer dans les meilleures conditions les évolutions futures tant en matière d'organisation des structures hospitalières que de formation médicale.

### III 2. Les actions en matière d'organisation hospitalière

Des solutions pérennes aux problèmes de pénurie de certaines spécialités hospitalières ne sauraient être trouvées sans que soit reconsidérée l'organisation de l'offre de soins au niveau régional et que soit réformé le fonctionnement actuel du système hospitalier.

Deux domaines sont plus particulièrement concernés :

- la structure de l'offre de soins ;
- l'organisation de pôles de garde.

### III. 2.1. La réorganisation du tissu hospitalier

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population doit passer par la conception d'une nouvelle organisation hospitalière et par une nouvelle définition des rôles et des missions de chacune des structures.

Il n'est pas raisonnable que se poursuivent les concurrences mesquines et dangereuses entre établissements hospitaliers publics distants de quelques dizaines de kilomètres ou entre établissements publics et privés.

L'exigence légitime de la population en termes de qualité et de sécurité impose que soit établie une nouvelle organisation.

Celle-ci devrait être construite en réseau autour d'un hôpital référent afin de satisfaire aux besoins d'un bassin de population allant de 150 000 à 300 000 habitants selon les régions.

La zone retenue doit répondre à trois critères essentiels : sécurité, accessibilité, efficience.

Cette nouvelle organisation nécessite que soit déterminé au préalable le niveau des plateaux techniques permettant un fonctionnement permanent tout en assurant une activité suffisante.

Centrée sur les besoins du malade la nouvelle organisation devra définir les différents niveaux susceptibles d'apporter la réponse la plus adéquate à ces besoins et codifier les relations entre les structures.

Cette nouvelle conception de la prise en charge des patients exige pour être fonctionnelle des collaborations à la fois structurées et souples dans leur fonctionnement.



L'ordonnance du 24 avril 1996 en créant les communautés d'établissements et les réseaux et en instituant les agences régionales de l'hospitalisation a mis en place les outils permettant de parvenir à une organisation de ce type, dépassant les cloisonnements et favorisant une meilleure articulation entre les différentes structures.

La première étape qui devrait pouvoir se réaliser rapidement consiste à encourager les collaborations entre établissements en définissant les missions de chacun et les complémentarités qui doivent s'instaurer.

Les nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire devraient permettre de formaliser ces restructurations dès 1999.

Ils devront pour cela considérer qu'il s'agit d'une priorité stratégique et en définir les principales bases organisationnelles.

### III. 2.2. La mise en place de pôles de gardes

La permanence de l'accueil et des soins aux hospitalisés reposent dans tous les établissements hospitaliers sur l'organisation de gardes médicales.

Au cours des quinze dernières années le nombre des activités cliniques à l'hôpital s'est notablement accru, ce qui s'est traduit par une augmentation et une dispersion des gardes mises en place dans les établissements les plus importants. Dans d'autres établissements ce sont les effectifs des praticiens qui posent problème pour l'organisation des gardes.

La garde ou l'astreinte constituent actuellement pour les praticiens hospitaliers le principal facteur de contrainte et le rythme devient dans certaines spécialités une sujétion considérée insupportable et un élément dissuasif pour entrer dans le secteur hospitalier public

L'organisation de la garde, pour qu'elle soit acceptable, doit répondre à deux exigences :

- disposer d'un nombre de praticiens suffisant pour que le rythme des gardes soit supportable ;
- s'assurer que l'organisation mise en place permettra de garantir une activité qui justifie la garde.

Deux actions pourraient être menées pour répondre à ces impératifs :

- \* rationaliser l'organisation des gardes dans les établissements référents et réduire le nombre et les sites de garde

Cette mesure imposera la remise en cause de l'organisation actuelle très cloisonnée des établissements mais elle se situe dans la droite ligne de la modernisation de l'organisation hospitalière. Elle nécessitera fréquemment des investissements qui seront la condition préalable aux réorganisations souhaitées.

- \* mettre en place des pôles de garde communs entre établissements

La réorganisation du tissu hospitalier et les coopérations qu'elle va entraîner devrait faciliter la mise en place de ces pôles de garde.

Une telle réorganisation paraît essentielle pour améliorer la prise en charge des patients en particulier dans les services d'urgence ou la présence de médecins "sénior" s'impose en permanence.

La mesure suppose que soit élaboré dans le même temps un schéma d'organisation des urgences et une définition des zones d'intervention des SMUR.

### **III. 3 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES**

Réduire les délais et simplifier les procédures de recrutement, favoriser la mobilité, reconnaître les contraintes particulières qui pèsent sur certains postes représentent des demandes fortes du corps médical hospitalier.

Quelques mesures pourraient y contribuer tant en ce qui concerne la gestion du corps des praticiens hospitaliers, que les conditions d'exercice de l'activité médicale.

### III. 3.1. La gestion du corps des praticiens hospitaliers

Quatre mesures sont proposées pour assouplir les conditions actuelles de gestion du corps des praticiens hospitaliers.

**1ère mesure** : transformer le concours national de praticiens hospitaliers en épreuve nationale d'aptitude à la fonction de praticiens hospitaliers et réduire à deux le mode de sélection.

Cette mesure permettrait de ne plus limiter le nombre d'inscrits sur la liste d'aptitude au nombre de postes susceptibles d'être ouverts au recrutement.

Elle permettrait de réduire la durée du concours - actuellement 3 mois - et de rapprocher les dates d'ouverture des épreuves d'aptitude des dates de fin d'internat ou de clinicat. Rappelons que dans l'organisation actuelle le concours national de praticien hospitalier est ouvert en mai alors que le clinicat ou l'internat se termine pour le plus grand nombre en novembre.

Les épreuves se déroulent d'octobre à décembre et la liste d'aptitude est établie en janvier.

L'objectif est de permettre l'ouverture des épreuves dès novembre et d'en assurer le déroulement au cours du 1er trimestre de l'année.

**2ème mesure** : nommer les praticiens hospitaliers sur une communauté d'établissement ou un réseau.

Les difficultés rencontrées par les praticiens hospitaliers qui souhaitent obtenir une mutation, le sentiment d'isolement ressenti par un certain nombre ont été largement présentés comme un facteur dissuasif de l'exercice hospitalier.

Une nouvelle organisation de l'offre de soins en réseau, permettant de répondre aux besoins de la population sur la base d'une complémentarité des structures et des compétences est préconisée.

La nomination des praticiens hospitaliers au niveau de la nouvelle structure et non plus sur l'un des établissements qui y participent constituerait une avancée notable.

Elle permettrait d'apporter un nouvel intérêt aux fonctions des praticiens hospitaliers en impliquant leur participation à un certain nombre d'activités de l'hôpital référent, elle devrait également faciliter la mobilité à l'intérieur de la structure qui serait alors dotée du statut l'établissement public de santé.

**3ème mesure** : permettre le recrutement de médecins hospitaliers contractuels

Dans les conditions actuelles de recrutement des praticiens et d'organisation de l'hôpital on s'aperçoit qu'il est impossible de trouver des candidats pour certains postes qui demeurent vacants depuis plusieurs années. Face à cette situation d'échec durable on pourrait envisager de pourvoir ces postes par des médecins contractuels sur la base d'un contrat d'objectif d'une durée de 5 ans.

Les contrats devraient être soumis à l'accord des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation de façon à s'assurer qu'ils ne contreviennent pas aux objectifs des SROS. Les postes contractuels ainsi définis seraient accessibles aux anciens internes ayant effectué 2 ans de post-internat et aux médecins inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de P.H.

Cette proposition qui semble retenir l'attention de la génération en formation pourrait être rapidement expérimentée sur quelques sites.

**4ème mesure** : limiter à 2 mandats successifs les fonctions de chef de service

La modernisation de l'organisation de l'hôpital va entraîner une implication différente du corps médical hospitalier. Les expérimentations en cours, notamment la création de pôles fonctionnels vont permettre de regrouper les différents services d'un hôpital dont l'activité est identique ou complémentaire. On va donc assister à une redistribution des responsabilités aux différents niveaux du pôle et à une répartition des charges des praticiens concernés, plus cliniques pour les uns plus organisationnelles ou gestionnaires pour les autres. Ce nouveau concept va permettre de gérer plus efficacement un ensemble de taille suffisante, permettre surtout de situer le malade dans une structure unique réunissant toutes les compétences pour une pathologie donnée. La limitation à deux mandats des fonctions de chef de service soit 10 années serait un délai suffisant pour animer une équipe sur un projet et acquérir une expérience qui pourra être utilisée dans un autre secteur du réseau interhospitalier.

### III. 3.2. Les conditions d'exercice de l'activité médicale hospitalière

Les conditions d'exercice du corps médical hospitalier sont actuellement fixées par les textes réglementaires propres à chaque catégorie d'emploi, praticien hospitalier à temps plein, praticien hospitalier partiel, assistants, attachés, ...

La durée hebdomadaire du travail est fixée pour les praticiens exerçant à plein temps à 10 demi-journées et pour ceux qui exercent à temps partiel à 6 demi-journées.

La loi hospitalière faisant obligation au service public hospitalier d'assurer en permanence l'accueil des malades et les soins aux hospitalisés, cette obligation est réalisée dans l'organisation actuelle par la mise en place, à l'issue du service normal de jour d'un service de garde.

Rappelons que dans la réglementation actuelle, le service de garde commence à la fin du service normal de jour au plus tôt à 18 H 30 pour s'achever au début du service normal le lendemain à 8 H 30 ; les dimanches et jours fériés le service de garde est assuré de 8 H 30 à 18 H 30, début du service de garde de nuit. En pratique très souvent le même médecin assure la garde pendant la durée du week-end ce qui est anormal et dangereux sur le plan de la sécurité.

Enfin tout praticien hospitalier, aux termes de son statut, est tenu de participer au service de garde.

Cette organisation historique ne tient pas compte des modifications intervenues ces dernières années dans les conditions d'exercice de la médecine à l'hôpital.

Assurer la permanence de l'accueil et la continuité des soins, deux notions fondamentales du service public hospitalier n'impliquent pas dans un hôpital les mêmes exigences dans tous les services.

Pour certains elle est bien assurée par une simple astreinte, pour d'autres elle constitue une servitude plus lourde en imposant une présence médicale permanente et la possibilité d'accès à un plateau technique performant, pour

quelques services enfin la sécurité des malades et la continuité des soins exigent une présence constante et active d'au moins un médecin.

Le mode actuel d'organisation uniforme ne permet pas de répondre correctement aux besoins différenciés des disciplines médicales. Il ne permet pas non plus de prendre en compte la pénibilité particulière de certains postes soumis à des gardes lourdes et fréquentes voire à un exercice dans plusieurs établissements.

Les mesures proposées sont de deux types :

- Revoir les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers dans les services à présence médicale continue,
- Identifier et prendre en compte de manière spécifique la pénibilité d'exercice de certains postes médicaux.

#### **\* Les services à présence médicale constante**

L'exigence accrue de sécurité dans la prise en charge des patients, l'augmentation de technicité de certains services, entraînent de fait une présence médicale permanente 24H/24H.

Entrent dans cette catégorie les services de réanimation répondant aux normes établies, ainsi que les services d'accueil des urgences (S.A.U.) où la présence permanente d'un médecin "sénior" est indispensable et cet impératif est unanimement reconnu.

Dans ces services, dès lors qu'ils auront été limitativement déterminés, la présence des médecins sera intégrée dans leurs obligations normales de service et non plus assurée en service de garde en sus de leurs obligations de service. Le temps de présence des praticiens se trouvera de ce fait considérablement réduit. Mais cette mesure devrait permettre d'apporter aux malades une garantie de sécurité optimum et une continuité des soins, elle devrait également permettre de rationaliser la présence médicale.

Toutefois, son impact sur l'organisation des établissements et sur les effectifs exige que soient déterminés, préalablement à sa mise en place, des critères objectifs pour identifier les services concernés.

### **\* La reconnaissance de la "pénibilité" de certains postes médicaux**

C'est actuellement le rythme des gardes, et le niveau d'activité et de responsabilité engagée au cours des gardes qui constituent pour le corps médical le facteur principal de pénibilité ;

Les interventions multisites et inter-établissements qui vont se développer avec la mise en place des réseaux sont également considérées comme un facteur nouveau de contraintes particulières.

Or la mise en place d'un travail médical continu dans certains services ne permet pas de supprimer le service de garde pour l'ensemble des services hospitaliers.

La sécurité des patients nécessitera toujours une garde médicale sur place, pour certaines spécialités avec des contraintes variables selon l'activité.

Il sera donc nécessaire que des critères précis et incontestables soient déterminés pour définir les postes qui justifieront des compensations ou d'avantages spécifiques.

Les avantages spécifiques devront en outre être limités à la période durant laquelle, au cours de sa carrière, le praticien sera soumis aux contraintes sus indiquées.

Deux types de mesures pourraient être rapidement mise en place :

- . L'une concerne l'organisation de l'activité pour les praticiens soumis à des gardes lourdes,
- . l'autre porte sur les compensations qui pourraient être attribuées.

### **\* L'organisation de l'activité**

Le service de garde étant considéré, dans notre système hospitalier comme le complément du service normal de jour ; le praticien hospitalier de garde est tenu d'assurer son service le lendemain d'une garde dans les conditions habituelles. Cette situation courante n'est pas sans poser des problèmes pour certaines spécialités, c'est le cas notamment des anesthésistes ou des chirurgiens inscrits sur les plannings opératoires à l'issue d'une garde



"lourde". Cette pratique n'est plus admissible. Il paraît donc nécessaire, de ne plus permettre qu'un praticien hospitalier assure un service normal à l'issue d'une garde "lourde" au moins en bloc opératoire.

L'application de cette mesure va impliquer et accélérer les réorganisations au sein des grands établissements. Elle devrait favoriser les rapprochements entre établissements en incitant fortement à la mise en place de poste de garde commun.

#### \* L'attribution de compensations

Actuellement la garde médicale est rémunérée sur une base forfaitaire quelque soit son rythme et le niveau d'activité qu'elle implique.

Aucune mesure compensatoire n'est prévue pour les praticiens appelés à intervenir dans plusieurs établissements dans le cadre des complémentarités qui se mettent en place.

Les compensations proposées pourraient s'appliquer aussi bien aux praticiens soumis à des gardes à haute pénibilité qu'à ceux dont l'activité se déroulera dans plusieurs établissements.

Des critères clairs et peu nombreux sont à définir pour attribuer ces mesures qui devront être attachées aux conditions d'exercice.

Les mesures compensatoires attribuées peuvent être d'ordre statutaire ou financier.

Plusieurs propositions peuvent être faites : coefficient multiplicateur des annuités de retraite pendant la période concernée, bonification pour avancement d'échelon, attribution au cours de la carrière d'un congé rémunéré de 6 à 8 mois pour études ou activités d'intérêt général, durée à moduler suivant la période de la carrière soumise aux conditions prédéfinies.

Les mesures proposées ne font que reconnaître une réalité, c'est-à-dire que les contraintes et la pénibilité sont différentes selon le mode d'exercice ou selon la spécialité.

## CONCLUSION

La question posée était celle de la pénurie du recrutement de médecins hospitaliers dans quatre spécialités.

Mais rapidement, il est apparu que le problème était beaucoup plus vaste et beaucoup plus complexe.

Plus vaste car pour certaines spécialités les problèmes de recrutement ne se limitaient pas au secteur hospitalier et qu'à l'intérieur même de l'hôpital d'autres spécialités allaient être rapidement concernées.

Plus complexe car les causes de cette pénurie sont apparues multiples.

Certes le renouvellement des effectifs des spécialités doit être assuré et l'insuffisance à court terme du nombre de médecins dans certaines spécialités impose des mesures urgentes. Mais il est apparu que seule une réforme plus profonde des études médicales permettrait de réaliser une adaptation du nombre de spécialistes aux besoins.

Mais la baisse d'attractivité de l'hôpital a des causes plus structurelles. Les contraintes et les lourdeurs accumulés au fil des années ont créé un système figé qui n'a pas pu suffisamment s'adapter aux exigences du progrès technique et aux besoins nouveaux de la population.

Il fallait donc inverser la tendance, s'attaquer aux structures, au fonctionnement et ouvrir des perspectives nouvelles.

L'ambition de ce rapport est modeste ; puisse-t-il contribuer à débloquer une situation et à permettre à l'hôpital de mieux s'intégrer au système de santé qui se met en place

Ce rapport a été réalisé grâce à l'aide de quatre groupe de travail et d'une commission plénière.

Chaque groupe de travail a tenu 4 réunions.

La commission plénière s'est réunie a 2 reprises.

\*  
\*                      \*

Nous tenons à remercier tout particulièrement le SESI, Mmes GOTTELY et VILAIN qui ont réalisé les modèles de projection des effectifs médicaux.

merci également à Mme Silvia PONTONE, qui a assuré l'actualisation de la démographie des anesthésistes-réanimateurs.

\*  
\*                      \*

## Personnalités consultées

M. BROUARD	Directeur de recherche à l'I.N.E.D.
M.le Dr GATELMAND	Secrétaire général de L'Union Collégiale des Chirurgiens et spécialistes français
M.de KERVASDOUE	Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers
M. MALABOUCHE	Inspecteur général des finances
M. le Dr MASSE.	Mission d'Appui en Santé Mentale
M. J. de SAVIGNY	Secrétaire général de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris
M. G. VINCENT	Inspecteur général de la santé

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : Evolution des effectifs des spécialistes médicaux**

**ANNEXE 2 : Personnalités consultées et liste des membres des groupes de travail**

## ANNEXE I

### 1 - Evolution des effectifs en anesthésie réanimation

- en maintenant les tendances
- en portant à 200 en 2005 et 350 en 2010 le nombre de diplômés.

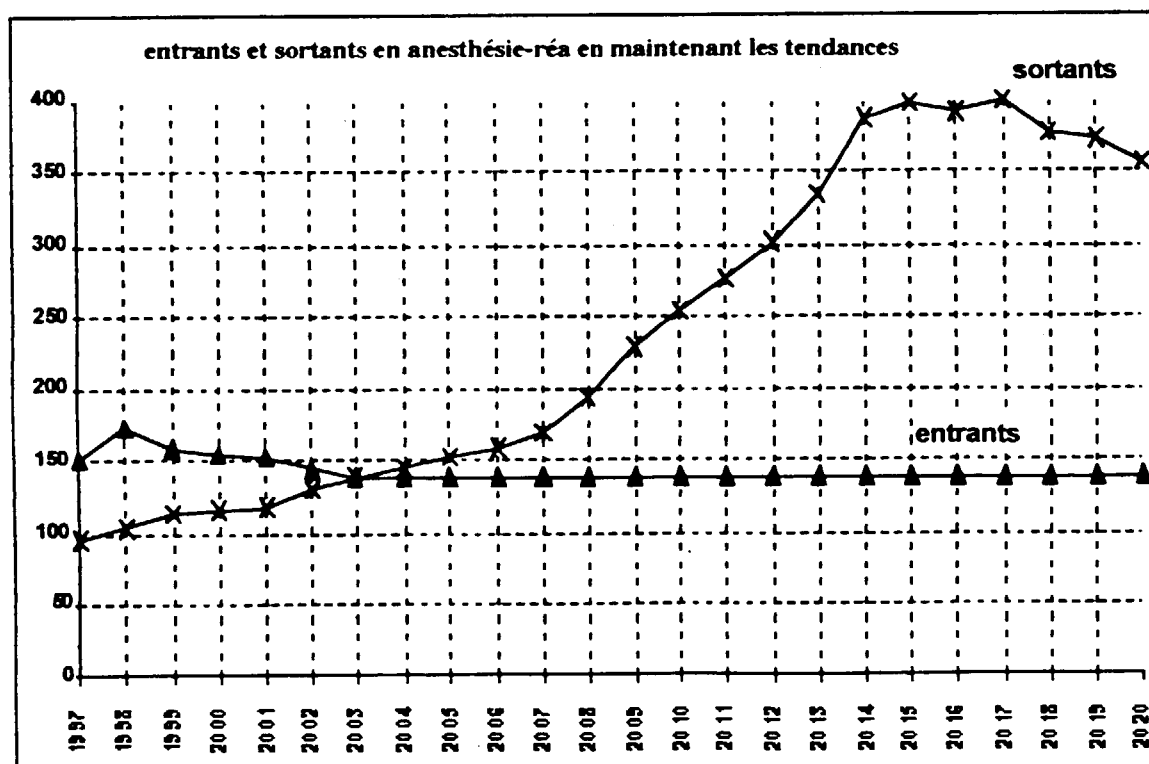
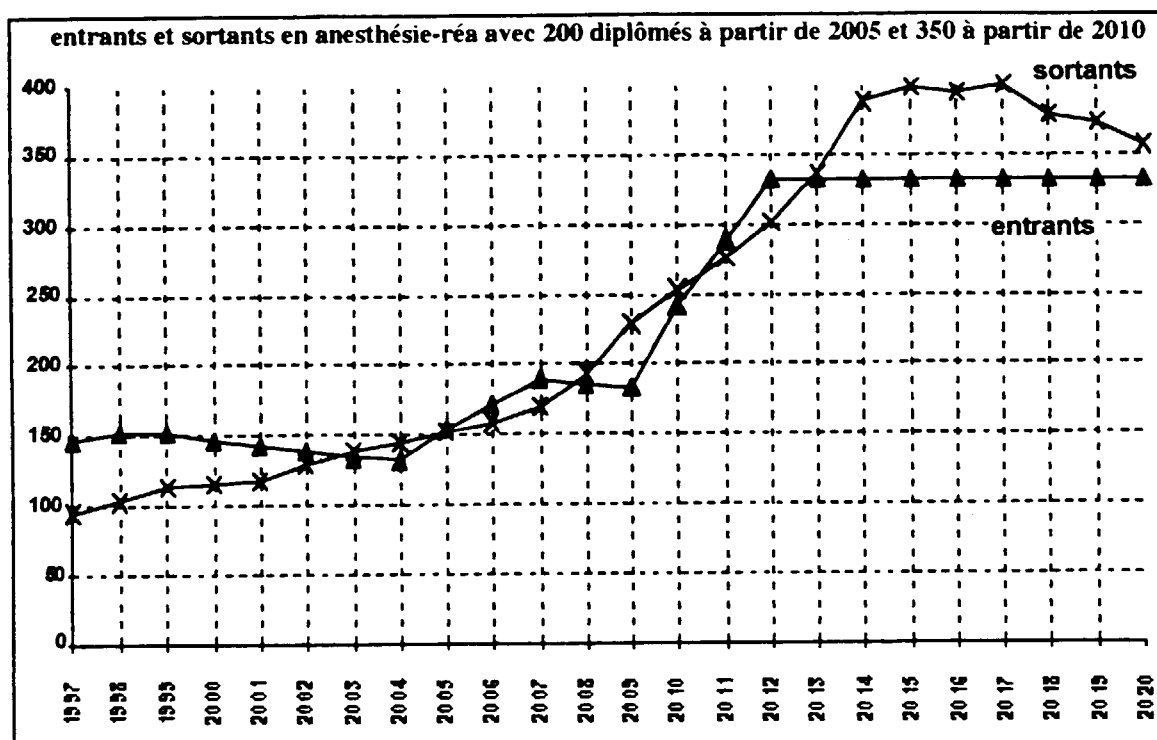
### 2 - Evolution des effectifs en gynécologie-obstétrique

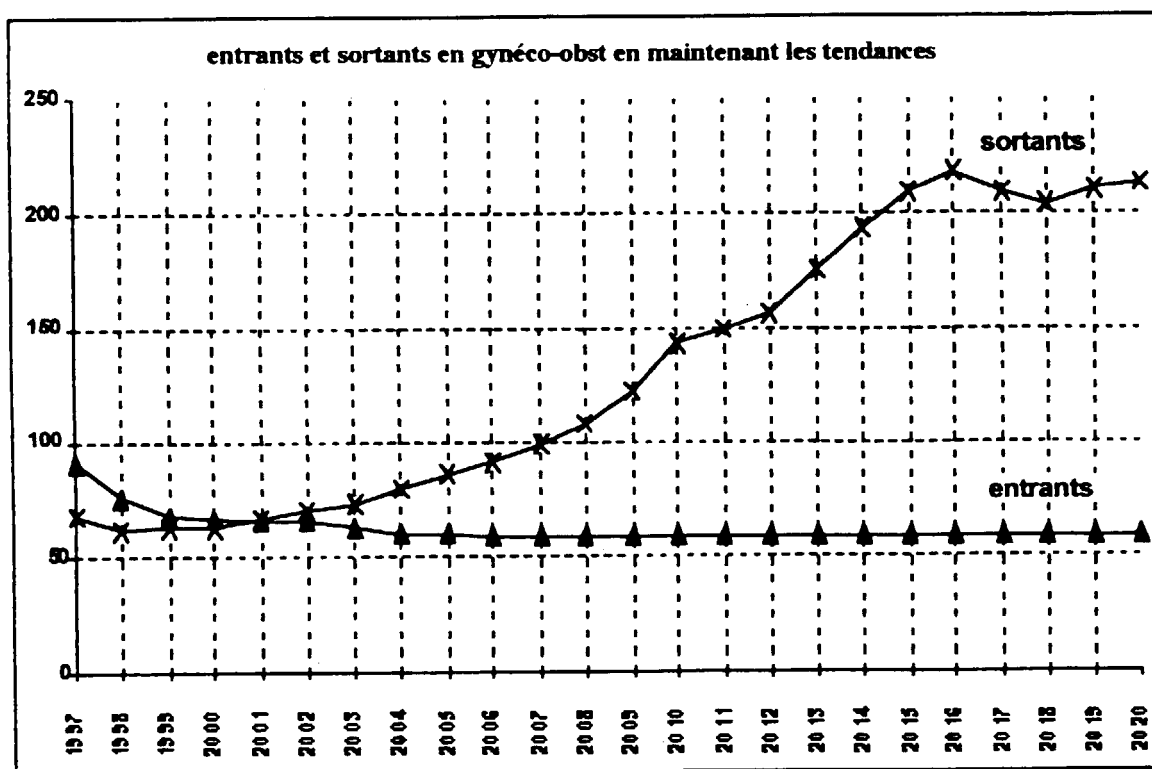
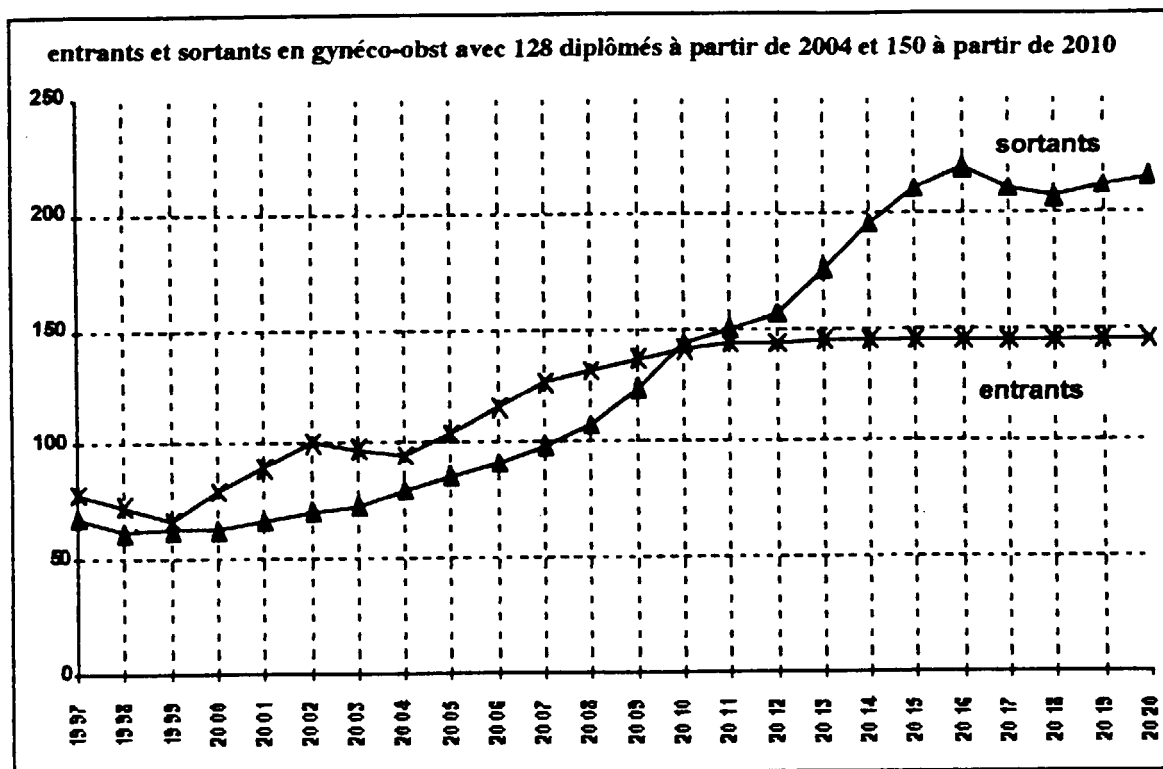
- en maintenant les tendances
- en portant à 128 en 2004 et 150 en 2010 le nombre de diplômés.

### 3 - Incidence de l'augmentation du nombre de formations en anesthésie-réanimation,

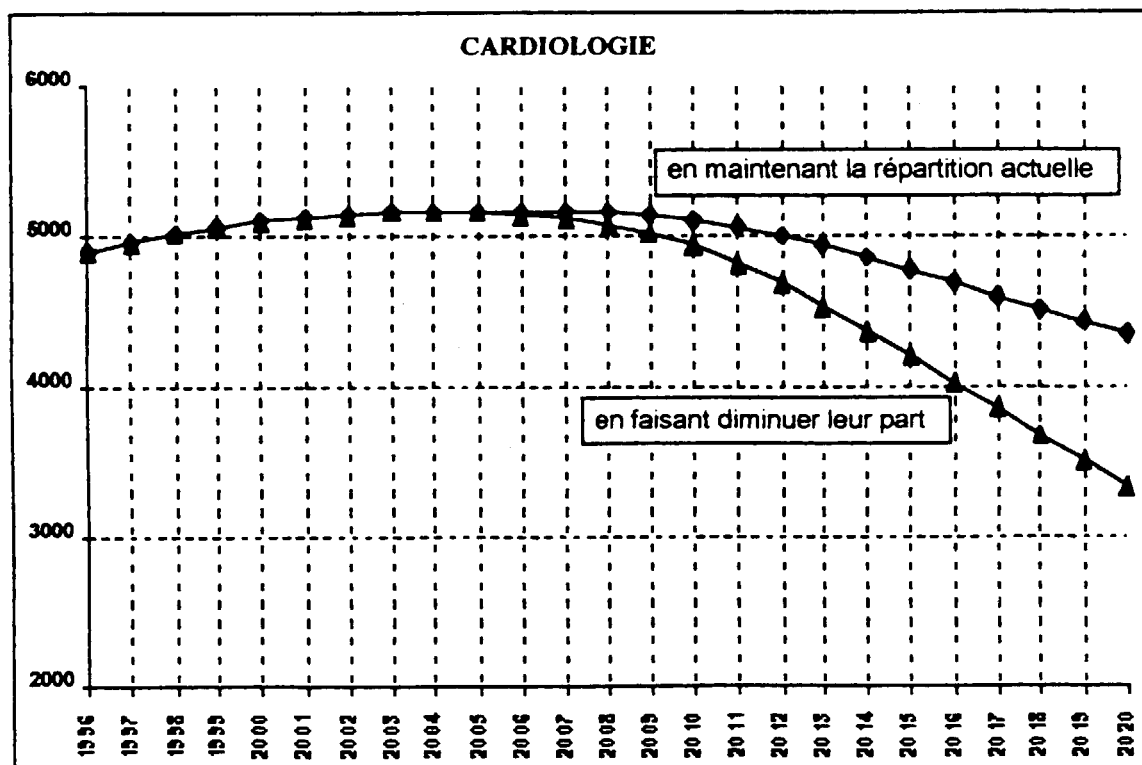
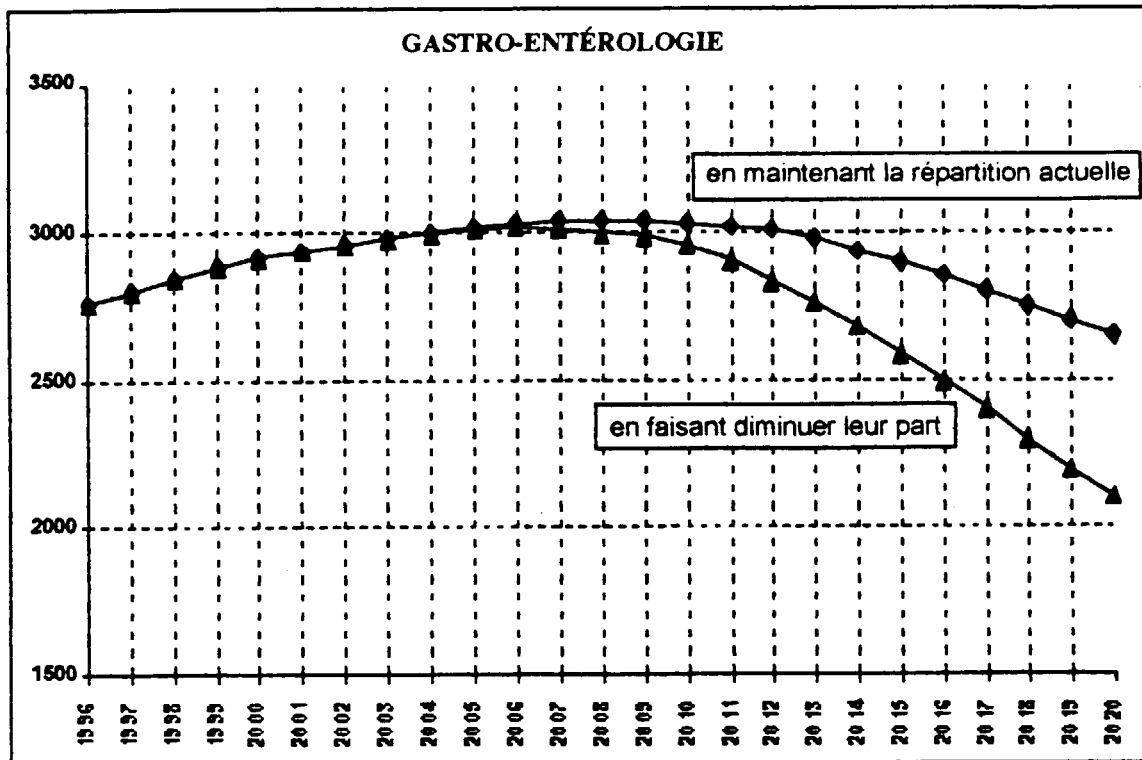
gynécologie-obstétrique sur les spécialités

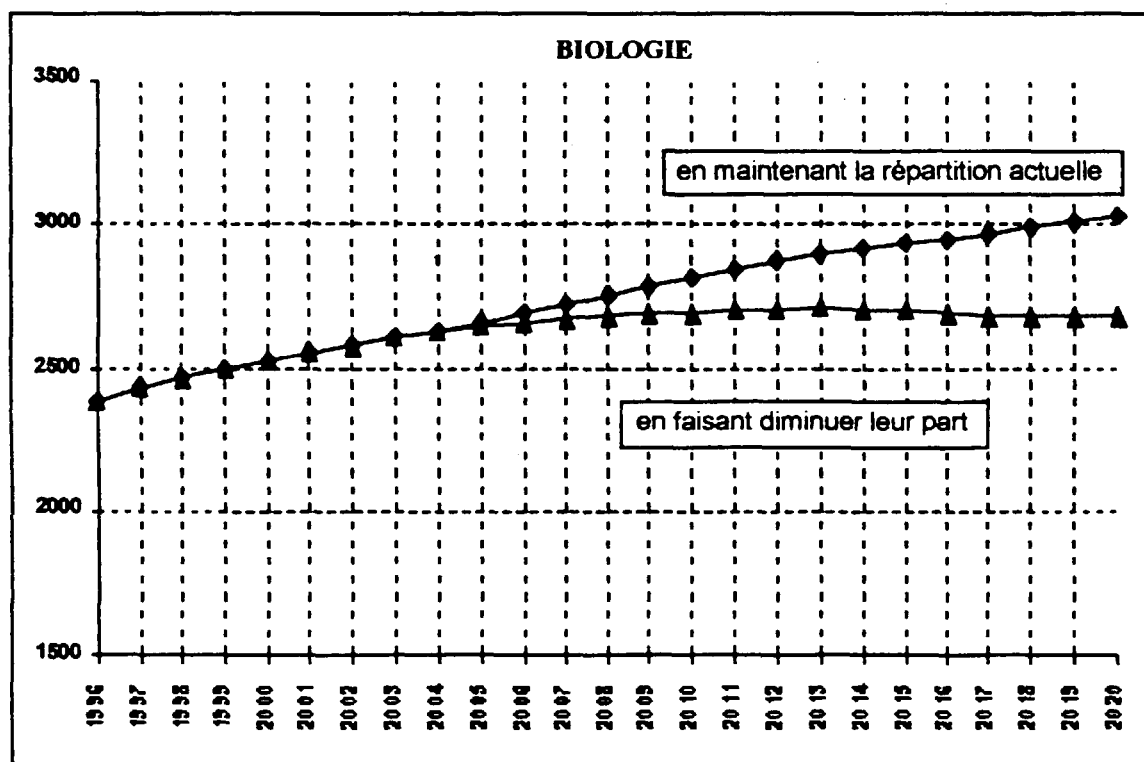
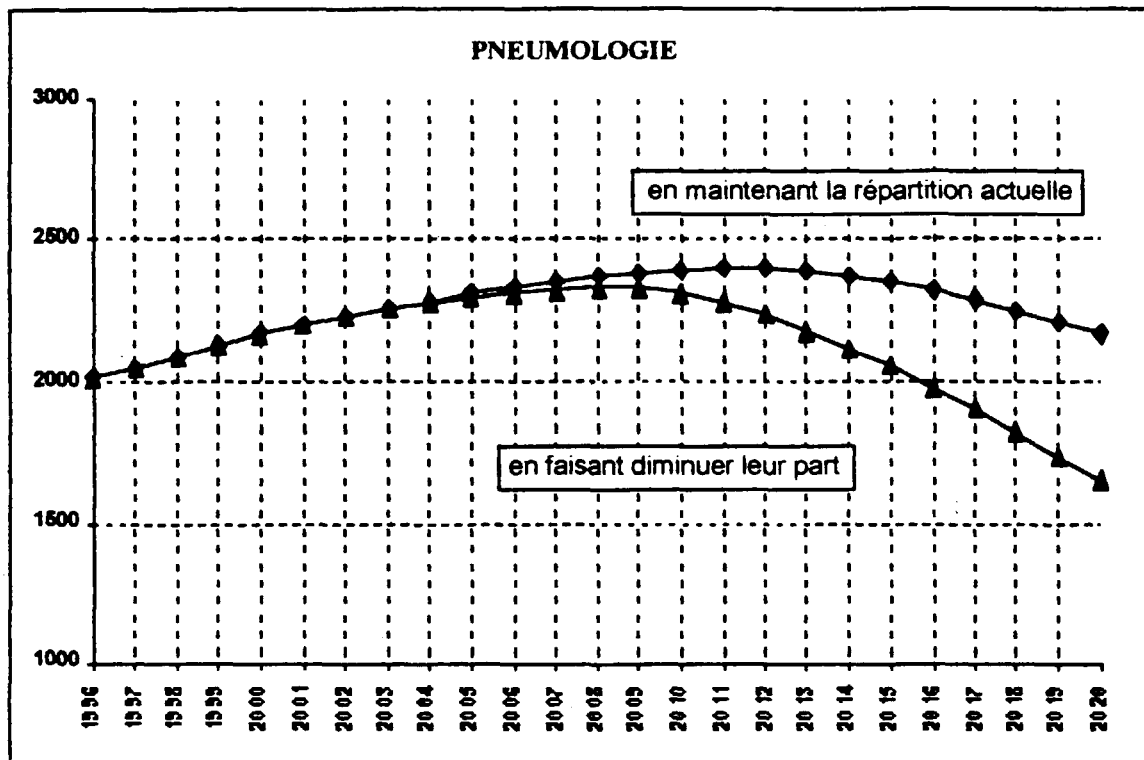
- gastro enterologie
- cardiologie
- biologie
- pneumologie
- dermatologie

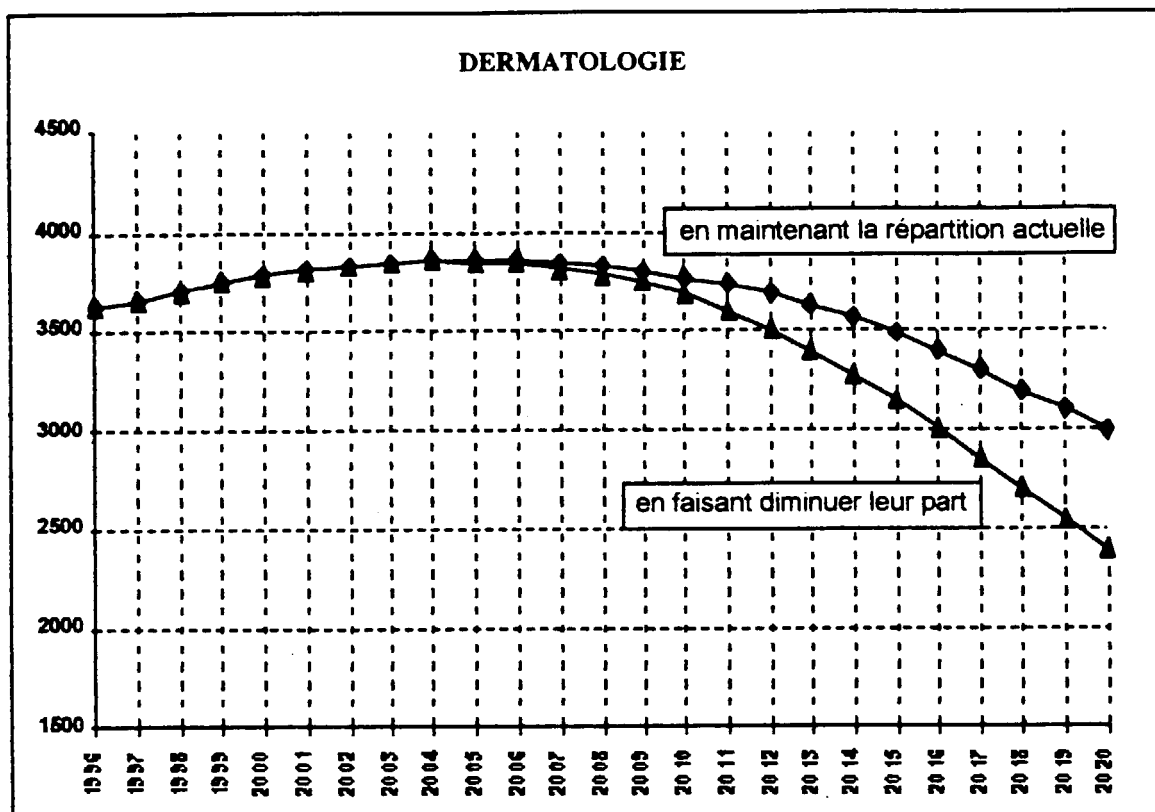












## **ANNEXE II**

- 1 - Personnalités consultées
- 2- Groupes de travail
  - \* groupe de travail - Anesthésie- réanimation
  - \* groupe de travail - Gynécologie-obstétrique
  - \* groupe de travail - Radiologie
  - \* groupe de travail - Psychiatrie
  - \* groupe de travail pluridisciplinaire
- 3 - Commission Plénière

## **GROUPE DE TRAVAIL EN ANESTHÉSIE-REANIMATION**

- C.H.U. :**
- Professeur Philippe SCHERPEREEL - **LILLE**  
**Président du collège français des anesthésistes-réanimateurs**  
**Membre du conseil d'administration de la SFAR**
- Professeur André LIENHART - **Hôpital SAINT ANTOINE (AP-HP)**  
**Vice-président de la SFAR**  
**Ancien président du syndicat parisien des PU-PH AR**
- Docteur Marcel VIALARD - **Hôpital TENON (AP-HP)**  
**Président du SNPHAR**
- Professeur Jean-Marie DESMONTS  
**Doyen de l'UFR Bichat**  
**Président du syndicat parisien des PU-PH AR**  
**Membre du directoire du collège français des anesthésistes-réanimateurs**
- Professeur CORIAT - **Hôpital la PITIE-SALPETRIERE (AP-HP)**  
 Docteur Maryse PALLOT - **REIMS en charge de l'anesthésie obstétricale**  
 Docteur Silvia PONTONE - **Hôpital Robert DEBRE (AP-HP)**
- CHIRURGIE :**
- Professeur Laurent SEDEL - **Hôpital LARIBOISIERE (AP-HP)**
- C.H.G. :**
- Docteur Michel VIGNIER - **centre hospitalier MANTES LA JOLIE**  
**Membre du conseil d'administration de la société française d'anesthésie et de réanimation**
- Docteur Michel VEDEL - **centre hospitalier VERDUN**
- HÔPITAL-CLINIQUE :**
- Docteur Vincent LAJARIGE - **centre hospitalier LILLEBONNE (76)**
- secteur libéral :**
- Docteur Christian BLERY - **CLINIQUE DE CAVAILLON**  
 Docteur DUMEIX  
**Président du SNARF - membre du Directoire du Collège français des anesthésistes-réanimateurs**
- 1 représentant du syndicat des internes :**
- Docteur Frédéric JEGOU

## **GROUPE DE TRAVAIL EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

**C.H.U.**      Professeur BRUHAT - **CLERMONT-FERRAND**  
 Professeur TOURNAIRE - **hôpital ST-VINCENT-DE-PAUL (AP-HP)**

**C.H.G.**      Docteur CHABERT - centre hospitalier **CHAMBERY**  
 Docteur BERTHET - centre hospitalier **SAINT-JUNIEN**  
 Docteur MARIA - centre hospitalier  
    **VILLENEUVE-SAINT-GEORGES**  
 Docteur SOUTEYRAND - centre hospitalier  
    **AMBERT**

**Secteur libéral :**

Docteur MOUCHEL - clinique du Tertre-Rouge - **LE MANS**  
 Docteur COUSIN - Polyclinique Atlantique - **NANTES**

**1 représentant des internes :**

Docteur Véronique EQUY

## **GROUPE DE TRAVAIL EN RADIOLOGIE**

**C.H.U** : Professeur Michel AMIEL - hôpital Louis Pradel - LYON

Docteur Jean-Pierre LAISSY - CHU **Bichat** - (AP-HP)

**C.H.G** : Docteur Michel ALMERAS - centre hospitalier **LE MANS**

Docteur Jean-Pascal BAUGE - centre hospitalier **ROMANS**

Docteur Philippe GIACOMINO - centre hospitalier **AURILLAC**

Docteur Jean LEMESLE - centre hospitalier  
**ST-GERMAIN-EN-LAYE**

**1 représentant des internes :**

Docteur Eric CHAVIGNY





**GROUPE DE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE**

Docteur AUBART :	C.M.H
Docteur HUYNH :	C.S.M.F
Docteur LEGUAY :	S.P.H
Docteur MALLARD :	F.N.A.P
Docteur PEIGNE :	I.N.P.H
Docteur WEILL :	S.N.A.M AP
Professeur LIENHART :	S.F.A.R
Docteur JC ODIN :	I.S.N.I.H
Professeur GHISOLFI :	Conférence des présidents de CME de CHU
Docteur JOYEUX :	Conférence des présidents de CME de CHG
M. RAYROLLES :	Conférence des directeurs généraux de CHU
M. COGNET :	Conférence des directeurs de CHG
Mme NGUYEN :	Fédération Hospitalière de France

## **Commission Plénière**

### **Représentants des conférences :**

Monsieur COGNET

Conférence des Directeurs de CHG

Monsieur RAYROLLES

Conférence des Directeurs généraux de CHU

Monsieur Jacques GHISOLFI

Conférence des Présidents de CME et CHU

Monsieur JOYEUX

Conférence des Présidents de CME de CHG

Monsieur Michel POTENCIER

Conférence des Président de CME de CHS

### **Représentants des syndicats :**

Monsieur François AUBART

Coordination syndicale des médecins, biologistes  
et pharmaciens des hôpitaux publics

Monsieur le Professeur MIGNOT

Fédération des médecins de France

Monsieur le Docteur HUYNH

Confédération des syndicats médicaux français

Monsieur le Docteur ALBY  
Syndicat MG FRANCE

Monsieur Francis PEIGNE  
l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers

Monsieur Georges MALLARD  
Fédération nationale des praticiens des hôpitaux généraux

Monsieur WEILL  
syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et  
biologistes des hôpitaux publics

Monsieur FARNOS  
Fédération nationale  
des internes assistants, anciens internes, des hôpitaux des régions sanitaires

Monsieur J.C ODIN  
Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux des villes de facultés

Monsieur le Docteur JP TAROT  
Attaché Anesthésie-réanimation

Représentants des Agences Régionales de l'hospitalisations :

Monsieur Christian DUTREIL  
Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de la Provence-Alpes-Côte-  
d'Azur

Monsieur Bernard MARROT  
Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du CENTRE

Représentant de la FHF :

Monsieur Philippe CADENE  
Délégué général de la FHF

**Représentants de chaque groupe de travail :**

**Monsieur le docteur MARIA**

**représentant groupe de travail : gynécologie-obstétrique**

**Monsieur le docteur LEMESLE**

**représentant groupe de travail : radiologie**

**Monsieur le docteur FARAGGI**

**représentant groupe de travail : psychiatrie**

**Monsieur le Professeur LIENHART**

**représentant le groupe de travail : anesthésie-réanimation**

**DOCUMENT DE TRAVAIL**

**RAPPORT SUR L'ADEQUATION ENTRE  
LES BESOINS HOSPITALIERS ET LES  
EFFECTIFS EN ANESTHESIE, OBSTETRIQUE,  
PSYCHIATRIE ET RADIOLOGIE**

Guy NICOLAS

Michèle DURET

## PREAMBULE

La démographie médicale se caractérise en France par une forte augmentation des effectifs du milieu des années 1970 à la fin des années 1980.

On compte au 1er janvier 1997, 175 000 médecins alors qu'ils n'étaient que 86 200 en 1977.

La croissance globale des effectifs va se poursuivre jusqu'aux années 2008/2010.

Cette situation n'est cependant pas exempte de fortes disparités :

- . géographique entre les régions,
- . entre activité libérale et hospitalière,
- . entre les différentes spécialités médicales.

### DISPARITES ENTRE LES REGIONS ET LES DEPARTEMENTS

On compte une densité de 178,5 généralistes pour 100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 118 dans le Centre.

La différence est beaucoup plus marquée pour les spécialistes puisqu'on relève des densités de 212,8 pour l'Ile-de-France, 194,1 pour la Provence-Alpes-Côte d'Azur et 97,8 pour la Picardie.

### DISPARITES ENTRE MEDECINE LIBERALE ET MEDECINE HOSPITALIERE

Alors que certaines disciplines semblent pléthoriques dans le secteur libéral, elles connaissent une certaine pénurie à l'hôpital ; c'est le cas notamment pour la radiologie mais également pour la psychiatrie dans une moindre mesure.

## DISPARITES ENTRE LES DISCIPLINES

Le numérus clausus qui fixe le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études médicales au delà de la première année permet de réguler les flux globaux mais le concours d'internat qui constitue la seule voie de formation des spécialistes ne permet pas dans son organisation actuelle, d'orienter les futurs spécialistes avec une précision suffisante vers les disciplines ou les besoins sont les plus importants. Cette situation, si elle se maintenait, pourrait devenir source de tension importante dans les disciplines considérées moins attractives avec l'augmentation du nombre de départs.

### Les médecins selon le statut et la spécialité

Au 1er Janvier 1997

France métropolitaine

SPECIALITES	LIBERAUX	SALARIES EXCLUSIFS	ENSEMBLE	DENSITE (1)
ANESTHESIE-REANIMATION	2322	5153	8060	13.8
CARDIOLOGIE	3478	1434	4912	8.4
DERMATO-VENEREOLOGIE	3236	363	3624	6.2
GYNECOLOGIE MEDICALE	1787	134	1921	13.1
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	1854	910	2764	4.7
MEDECINE INTERNE	422	1335	1757	3.0
PEDIATRIE	3141	2335	5477	44.7
PNEUMOLOGIE	1008	1009	2017	3.4
RADIOLOGIE	4619	2239	6853	11.7
RHUMATOLOGIE	1912	521	2433	4.2
AUTRES SPECIALITES MEDICALES	3310	4478	8288	14.1
TOTAL SPECIALITES MEDICALES	23183	19342	43131	82.1
CHIRURGIE GENERALE	2202	1535	3537	6.1
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	3352	1305	4657	31.7
OPHTALMOLOGIE	4580	551	5131	8.8
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2243	495	2744	4.7
STOMATOLOGIE	1393	145	1538	2.6
AUTRES SPECIALITES CHIRURGICALES	1891	1959	3850	6.6
TOTAL SPECIALITES CHIRURGICALES	15466	6041	21507	36.7
BIOLOGIE MEDICALE	846	1536	2382	4.1
PSYCHIATRIE	6291	5220	11511	19.5
MED. DU TRAVAIL ET SANTE PUBLIQUE	144	3937	3931	6.8
ENSEMBLE DES SPECIALITES	50936	36576	87512	149.3
MEDECINE GENERALE	67072	19976	87048	148.5
ENSEMBLE	118008	56552	174560	297.9

(1) nombre de médecins pour 100 000 habitants sauf pour les gynécologues (100 000 femmes de 15 à 49 ans) et pour les pédiatres (100 000 enfants de moins de 16 ans)

L'objet du présent rapport est d'étudier plus spécifiquement, l'évolution démographique de quatre spécialités : l'anesthésie-réanimation, la gynécologie obstétrique, la radiologie, la psychiatrie, qui connaissent les plus importantes difficultés de recrutement dans les hôpitaux aujourd'hui.

Après avoir fait un bilan de la situation spécifique de ces disciplines et une analyse des causes des difficultés rencontrées, un certain nombre de lignes d'action susceptibles d'infléchir la situation sont proposées.

Les mesures préconisées dépassent le strict cadre des disciplines qui sont à l'origine de l'étude. Elles se veulent plus globales en permettant à la fois d'améliorer la régulation des flux en fonction des besoins et de favoriser l'implantation des futurs spécialistes en organisant les conditions d'exercice des médecins dans la structure hospitalière.

## **I - LE CONSTAT PAR SPECIALITE**

### **I - 1 L'anesthésie-réanimation**

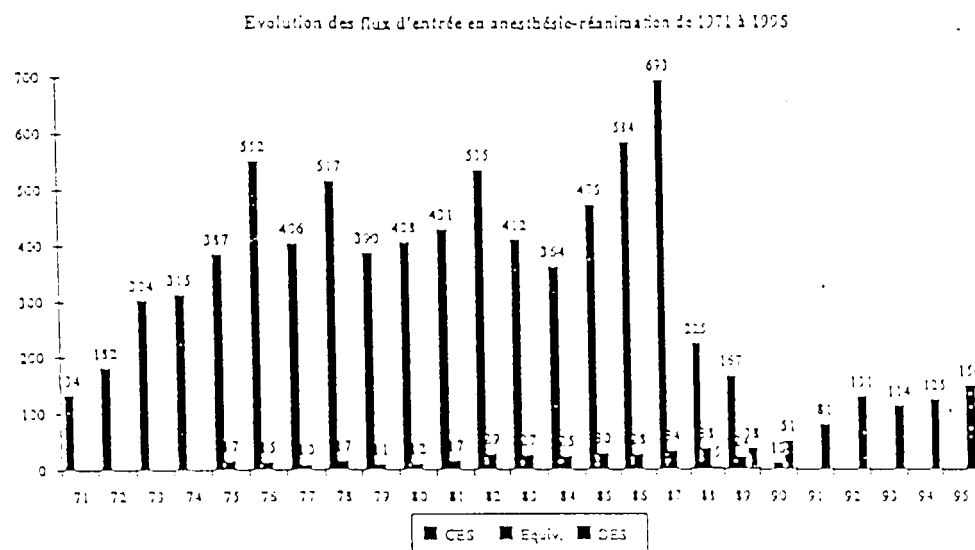
L'anesthésie-réanimation est la spécialité médicale qui a connu la plus forte progression au cours des 20 dernières années.

Le nombre d'anesthésistes qui était en 1981 de 2 190 atteignait au 1er janvier 1997 8 080, soit une progression moyenne de 1,8 % par an, alors que dans le même temps la croissance du corps médical dans son ensemble était de l'ordre de 4,5 %.

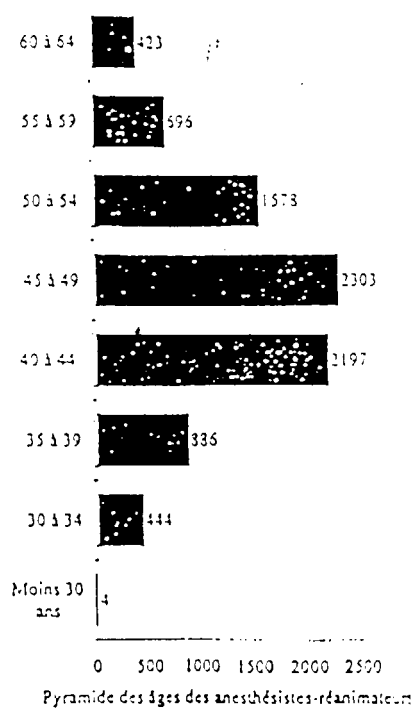
La progression n'a pas été linéaire. Au cours de cette période, elle a été forte de 81 à 88 (% 58 % par an en moyenne) puis elle s'est ralentie à partir de 1988 pour à nouveau baisser à partir de 1990 en raison notamment des modifications intervenues dans les conditions de formation de la spécialité.



Jusqu'à la réforme des études médicales, la qualification d'anesthésie-réanimation était pour l'essentiel acquise par le C.E.S. d'anesthésie-réanimation (CESAR). Depuis la loi du 23 décembre 1982, portant réforme des études médicales, l'accès au 3ème cycle spécialisé n'est possible que par la voie du concours d'internat. Les futurs anesthésistes sont internes des hôpitaux et préparent le diplôme d'études spécialisées.



La situation actuelle est préoccupante si l'on considère la répartition par tranche d'âge de la profession.

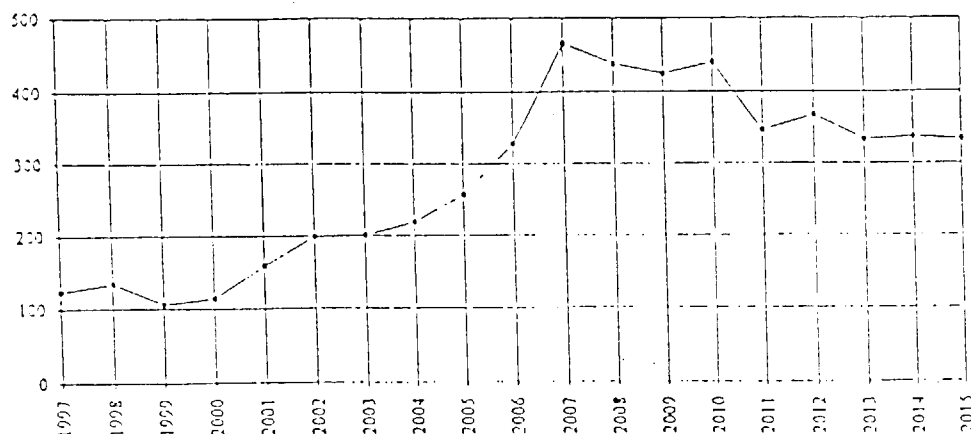


La pyramide des âges montre une hypertrophie des tranches d'âge 45/65 ans (60 % de la profession) au détriment des tranches 30/40 ans (16 %).

On sait par ailleurs que l'âge moyen des départs en retraite qui est actuellement de 63 ans dans le privé tend à diminuer et que dans le secteur public beaucoup d'anesthésistes modifient leur mode d'exercice à partir de 60 ans.

Aussi les perspectives de sorties qui sont faibles jusqu'en 2 000 - un peu plus de 100 par an - atteignent 200 dès 2 002 pour dépasser 300 en 2 006.

Prévisions annuelles des départs des anesthésistes-réanimateurs



alors que le nombre d'anesthésistes formés par la voie des D.E.S. se situera pendant 10 années autour de 125 par an. Un déficit important est donc prévisible à moyen terme.

Cette situation requiert donc des mesures rapides.

## I - 2 la Gynécologie Obstétrique

La spécialité compte au 1er janvier 1997, 4 657 praticiens (le pourcentage de féminisation de la spécialité est de 33,5 %, 72 % exercent à titre libéral).

L'examen de la discipline par tranche d'âge montre qu'actuellement 23,5 % des gynécologues-obstétriciens ont plus de 50 ans.

Il convient de préciser que les chiffres sont plus difficiles à établir dans cette spécialité. En effet tous les spécialistes n'exercent pas l'obstétrique, du fait de la double qualification : certains pratiquent exclusivement la chirurgie gynécologique, d'autres se consacrent uniquement à la gynécologie. Il est donc difficile de déterminer avec précision ceux qui exercent l'obstétrique, le chiffre fourni se situe entre 40 et 50 %.

Par ailleurs on constate qu'à partir de 55 ans la majorité des obstétriciens abandonnent cette activité et s'orientent vers la gynécologie dont l'exercice est moins pénible.

Le syndicat national des gynécologues obstétriciens a lancé auprès de tous les gynécologues-obstétriciens publics et privés une enquête détaillée sur leurs conditions d'exercice professionnel.

Les premiers résultats de cette enquête permettent d'établir une prévision des sorties de la spécialité (arrêt d'exercice total ou arrêt de l'obstétrique) aux chiffres suivants :

2000	:	125
2001	:	108
2002	:	91
2003	:	216
2004	:	116
2005	:	295
2006	:	133
2007	:	270

soit en moyenne 170 par an.

On forme actuellement entre 75 et 85 gynécologues-obstétriciens par an, si ce chiffre est maintenu, il ne permet pas d'assurer à très court terme le renouvellement des effectifs.

### I - 3 La Radiologie

La spécialité compte au 1er janvier 1997, 6 858 praticiens (67,5 % exercent à titre libéral les femmes représentent 24,5 % de la spécialité).

La croissance démographique de la spécialité se poursuit (180 par an en moyenne) mais cette augmentation est pour l'essentiel absorbée par le secteur libéral et la profession s'accorde pour estimer que la densité de radiologues permet de satisfaire les besoins de la population - on note toutefois de fortes disparités entre les départements, la région parisienne paraissant particulièrement riche.

Le constat notable est que de nombreux postes sont actuellement vacants dans les établissements hospitaliers publics, en particulier dans les hôpitaux généraux (le taux est de 11,5 %).

Dans cette discipline il n'existe donc pas de problème démographique, la spécialité semble saturée, mais la situation est préoccupante au niveau du lieu d'implantation des spécialistes formés notamment dans les hôpitaux généraux.

### I - 4 La Psychiatrie

La psychiatrie est une spécialité dont les effectifs ont connu une forte progression ces dernières années. Le nombre des psychiatres est ainsi passé de 7 540 en 1987 à 9 707 en 1991 pour atteindre au 1er janvier 1997, 11 511 soit une progression en 10 ans de plus de 53 %, pourcentage supérieur à celui de la moyenne des spécialités.

Cette discipline qui a longtemps été une discipline d'exercice essentiellement hospitalier s'est fortement implantée dans le secteur libéral ces 15 dernières années. Actuellement les 2/3 des nouveaux diplômés s'installent en libéral.

Avec désormais une densité moyenne de 19,6 spécialistes pour 100 000 habitants, il semble que les effectifs globaux permettent de répondre aux besoins de la population. Néanmoins, les nouveaux spécialistes qui s'installent en privé se constituent rapidement une clientèle et le système pourrait risquer de continuer à s'auto-alimenter alors que les besoins n'ont jamais été réellement identifiés.

Dans le même temps un certain nombre d'hôpitaux connaissent d'importantes difficultés pour pourvoir leurs postes en particulier dans certains établissements et dans certains départements - 8 % des postes hospitaliers sont actuellement inoccupés.

Il y a là une situation nullement liée à la démographie du corps mais qui est néanmoins inquiétante.

## II - L'ANALYSE DES PROBLEMES

Les problèmes posés par les quatre spécialités qui ont l'objet de la présente étude ne sont pas similaires.

Deux spécialités, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique vont connaître, du fait de la structure de leur population et du flux actuel de renouvellement une décroissance rapide de leurs effectifs et un vieillissement des praticiens en activité.

Pour les deux autres spécialités, la radiologie et la psychiatrie, les problèmes concernent uniquement le recrutement hospitalier puisque les effectifs de ces spécialités permettent globalement de satisfaire aux besoins de la population.

## II - 1 - Les problèmes liés à la démographie

Comme cela a été montré, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs a connu une forte croissance entre les années 1970 et 1990 pour atteindre au 1er janvier 1997 un effectif de 8 080.

La réforme des études médicales instaurée par la loi du 23 décembre 1982 en modifiant le mode de formation des spécialistes, a réduit le nombre de diplômés dans la spécialité.

Le nombre de nouveaux diplômés s'établit désormais, en moyenne, à 125 par an.

L'examen de la structure par âge en fonction, révèle qu'à partir de 2 000 le flux de sortie de la spécialité va atteindre 150 puis dépasser 300 en 2 005.

Si les conditions actuelles de formation sont maintenues, il est clair que le renouvellement des effectifs ne sera pas assuré.

La même situation est observée en gynécologie-obstétrique qui dans les conditions actuelles voit apparaître une décroissance de ses effectifs dès 2 003 alors que le taux de naissance est stable. La situation particulière de cette spécialité du fait de la double qualification doit être soulignée. S'il paraît hasardeux d'évaluer précisément le nombre de spécialistes qui n'exercent pas l'obstétrique, cette donnée doit néanmoins être prise en compte et ce d'autant que la profession s'accorde pour considérer que parmi les praticiens qui exercent l'obstétrique, un grand nombre après 55 ans s'oriente vers la gynécologie.

L'enquête réalisée par la profession montre qu'en moyenne 150 praticiens cesseront leur activité en obstétrique chaque année alors que le D.E.S. ne qualifie aujourd'hui que la moitié de cet effectif.

## II - 2 - Les causes liées à l'exercice de la spécialité

On peut distinguer les causes qui sont liées à l'exercice de la spécialité et qui concerne aussi bien le secteur libéral que le secteur hospitalier et celles qui concernent plus particulièrement l'exercice hospitalier.

Pour deux spécialités, la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation, l'attractivité souffre de la pénibilité d'exercice qu'elles génèrent. Dans les deux cas, il s'agit de spécialités qui exigent une disponibilité de jour comme de nuit, qui impliquent un rythme de garde important et une forte activité au cours des gardes dès que la structure atteint un certain débit. Elles sont également l'une et l'autre des spécialités dont la pratique professionnelle engage un fort niveau de responsabilité individuelle. Ce sont sur ces spécialités que porte actuellement le plus grand volume de contentieux.

Pour les deux autres disciplines (radiologie - psychiatrie) ce sont les différences de conditions d'exercice entre le secteur libéral et le secteur hospitalier qui expliquent l'attrait du secteur libéral.

- . absence de garde dans le secteur libéral,
- . différentiel important de revenus pour la radiologie avec, en outre, constitution d'un capital,
- . A ces deux éléments, s'ajoutent pour la psychiatrie, les contraintes liées à l'organisation de la prise en charge en santé mentale : interventions sur des structures multiples : C.M.P., hôpital de jour, centre d'activités à temps partiel... enfin lourdeur de la structure hospitalière.

L'exercice de la psychiatrie en secteur libéral n'est pas confronté aux mêmes conditions d'exercice et aux mêmes obligations.

## II - 3 - Les causes communes

Lors des réunions des groupes de travail, il est apparu très clairement qu'indépendamment des conditions spécifiques et des contraintes propres à chaque spécialités, les difficultés que connaissent actuellement les établissements hospitaliers pour pourvoir les postes avaient également des causes plus structurelles et plus fondamentales.

L'absence de fait, de possibilités de mutations pour les praticiens hospitaliers nommés dans les hôpitaux généraux, constitue un frein important aux candidatures de ces spécialistes qui dans ces conditions, et compte tenu des possibilités qui leur sont largement offertes, choisissent préférentiellement la pratique libérale dans une ville plus importante.

On remarque aussi que le sentiment d'isolement et quelquefois d'abandon est très fort dans un certain nombre d'établissements où l'effectif des spécialistes de chaque discipline est limité parfois à un seul praticien.

Un autre frein très largement souligné est constitué par l'organisation interne de l'hôpital. Des charges nouvelles sont apparues ces dernières années et si certaines activités sont considérées comme une exigence légitime dans l'amélioration des conditions d'exercice et des pratiques : (hémovigilance, matério-vigilance, lutte contre les infections nosocomiales...) d'autres sont au contraire vécues comme un facteur important de contraintes. Parmi celles-ci on peut citer les nombreux projets et études prospectives qui sont demandés, sans avoir forcément d'aboutissement, la longueur des procédures, les justifications et les contrôles qui se sont multipliés.

. Enfin, les conditions très égalitaires des rémunérations et de la gestion des carrières de l'ensemble des praticiens hospitaliers sont considérés par les praticiens les plus sollicités comme une anomalie, voire une injustice. La reconnaissance des conditions particulières d'exercice de certaines spécialités et des niveaux d'implication et de responsabilité constitue donc une demande forte.



### III - LES ACTIONS PROPOSEES

Les propositions d'action susceptibles d'apporter des solutions à court et moyen terme aux problèmes rencontrés portent sur trois domaines :

- . la démographie médicale,
- . l'organisation hospitalière,
- . la prise en compte des conditions spécifiques d'exercice à l'hôpital.

#### 1°) En matière de démographie médicale

Les mesures prises s'appliquent sur les principes de base actuels de l'organisation des études médicales, elles sont destinées à permettre, pour le court et moyen terme de répondre à des situations difficiles dans l'attente de la mise en place de la réforme des études médicales actuellement à l'étude.

Les propositions reposent sur un certain nombre de pré-acquis :

- . Les effectifs globaux actuels des spécialités, objet de la présente étude, permettent d'assurer les besoins de la population,
- . le numérus clausus est maintenu à son niveau actuel,
- . la répartition entre généralistes et spécialistes, c'est-à-dire le nombre de postes mis au concours d'internat, est maintenue.

#### 1ère proposition :

Fixer des quotas par spécialité pour le concours d'internat.

Le concours d'internat constitue pour les étudiants en médecine le passage obligé pour la formation vers les différentes spécialités. Actuellement, les places mises aux concours sont réparties en six disciplines. Quatre coïncident avec des spécialités :

. médecine du travail, biologie, santé publique, psychiatrie,

les deux autres "spécialités médicales" et "spécialités chirurgicales" regroupent respectivement 18 spécialités médicales et 13 spécialités chirurgicales. A l'intérieur de ces deux ensembles, les lauréats choisissent leur spécialité librement, or ces deux groupes représentent plus de 3/4 des places mises aux concours d'internat.

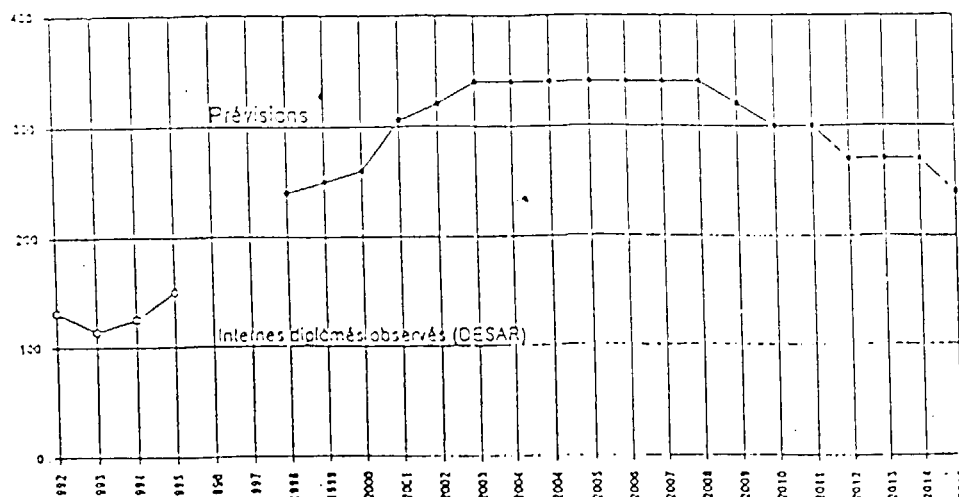
La proposition consiste à ventiler les quotas des places non plus en six disciplines mais au niveau de chaque spécialité et ce, en tenant compte des besoins prioritaires dans chaque spécialité. La répartition doit être clairement annoncée chaque année à l'échelon national.

Deux spécialités posent des problèmes urgents de renouvellement de leurs effectifs.

Il conviendrait, dans ces conditions, que pour l'anesthésie-réanimation, le quota de places offert au concours soit fixé à 200 dès la première année et progresser pour atteindre 350 en 5 ans.

Les perspectives de sorties de la spécialité atteignant 380 à 390 en 2 008/2 010.

Prévisions annuelles du nombre nécessaire d'Internes en anesthésie-réanimation.



Pour la gynécologie, le quota de places devrait être porté à 110 dès la 1ère année pour atteindre progressivement 150 en 5 à 6 ans.

Les deux autres spécialités ne posent pas les mêmes problèmes de renouvellement de leurs effectifs.

Le postulat étant que le nombre de spécialistes en formation demeurera constant, le nombre de formations devra diminuer dans les spécialités qui apparaissent aujourd'hui excédentaires (dermatologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, biologie...). Une telle orientation si elle est retenue présuppose que les commissions d'agrément ajustent le nombre de services sélectionnés au nombre de postes ouverts dans chaque spécialité.

2ème proposition :

Fixer une répartition régionale des postes de D.E.S.

La répartition du numérus clausus entre les différentes facultés de médecine devait permettre d'atténuer les disparités régionales mais la liberté d'installation constitue un facteur d'incertitude non négligeable.

L'expérience montre qu'il existe une certaine corrélation entre le lieu de formation et le lieu d'installation. C'est pourquoi il paraît judicieux de répartir les postes formateurs en fonction des besoins et d'afficher chaque année la répartition régionale des postes ouverts dans chaque spécialité.

3ème proposition :

Créer un post-internat obligatoire.

Le secteur hospitalier n'occupe actuellement qu'une part minoritaire de l'ensemble des médecins en exercice, mais cette situation ne reflète pas réellement le poids pour l'hôpital de toute évolution de la démographie médicale puisque 60 % des spécialistes ont une activité hospitalière. De plus, les internes constituent une part importante du personnel médical hospitalier.

Le maintien du numérus clausus et la réduction du nombre de formations de spécialistes posent déjà des problèmes de gestion non négligeables aux hôpitaux non universitaires, en particulier pour l'organisation des gardes. A la différence de l'impact qu'elle a sur le secteur libéral, toute modification du report spécialistes/généralistes a des répercussions rapides sur le fonctionnement de l'hôpital.

La création d'un post-internat de 2 ans renouvelable permettrait de répondre aux tensions qui ne vont pas manquer de se manifester dans les prochaines années pour maintenir les effectifs actuels. Cette période de 2 à 4 ans permettrait de compléter la formation pratique des internes et surtout de leur donner l'expérience d'une véritable responsabilité de soins. De plus cet apport de jeunes spécialistes permettrait d'aider aux restructurations indispensables des établissements hospitaliers. Pour cette raison, et pour éviter toute situation "acquise", il conviendrait, si cette mesure est retenue, que la répartition des postes entre les différents établissements, soit faite par les Agences Régionales d'Hospitalisation.

La mesure nécessitera enfin que soient adoptées des dispositions transitoires pour les assistants en poste.

Conçue, comme une mesure temporaire, cette disposition permettrait, sans doute puisqu'elle constitue une proposition des internes qui participent aux groupes de travail, de préparer dans de meilleures conditions les évolutions futures tant en matière de formation du praticien que d'évolution de l'hôpital .

## 2°) en matière d'organisation hospitalière

Une solution durable ne pourrait être trouvée aux problèmes la pénurie de certains spécialistes, sans que des modifications soient apportées à l'organisation actuelle des hôpitaux.

- . l'organisation de la structure hospitalière,
- . mise en place de pôles de garde,
- . gestion des ressources humaines médicales.

### 2-1 - Réorganisation du tissu hospitalier

Il faut concevoir une nouvelle organisation hospitalière en réseau pour un bassin de population de 150 à 250 000 habitants, selon les caractéristiques géographiques des régions concernées et ceci fait l'objet d'un consensus de tous les acteurs du monde de la santé que nous avons rencontré.

Une telle démarche nécessitera de redéfinir le rôle et les missions des différentes structures existantes. Les transformations et les évolutions à réaliser exigeront un affichage clair des objectifs. De nouveaux modes de collaboration et de répartition des missions seront à définir autour d'un centre hospitalier référent.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en créant les communautés d'établissements et les réseaux de soins, a posé les bases de cette réorganisation. Un certain nombre de rapprochements entre plusieurs établissements ont déjà été réalisés souvent par le biais de conventions. Ces initiatives qui sont le reflet d'un besoin ressenti par les établissements de collaborations et souvent de mises en commun de moyens doivent être mieux encadrés et structurés dans le cadre d'une organisation régionale voire interrégionale.

Une réorganisation de ce type impose en effet que soient préalablement définis des niveaux de plateaux techniques qui permettent pour les différentes spécialités un fonctionnement permanent et garantissant une activité suffisante.

A titre d'exemple, le groupe gynécologie-obstétrique a préconisé pour la prise en charge des naissances, l'organisation de structures pour une activité de 1 500 naissances disposant d'une équipe médicale composée de 6 anesthésistes, 6 obstétriciens et 4 pédiatres.

Cela suppose la mise en place de consultations prénatales et de suivi dans les hôpitaux de proximité à partir de cette organisation.

De telles structures existent actuellement dans le secteur libéral ; elles permettent, de l'avis des professionnels, d'assurer les prises en charge des mères et des enfants dans des conditions de sécurité optimum ; elles garantissent en outre pour l'équipe médicale des conditions de travail acceptables : rythme des gardes, organisation des plannings lors des absences et des repos.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaires devraient permettre de réaliser les premières étapes de cette nouvelle organisation.

## 2-2 - Créer des pôles de garde

La garde constitue aujourd'hui, pour les praticiens hospitaliers, le facteur de pénibilité le plus important.

La multiplicité des sites de garde avec un effectif de praticiens réduit est désormais considéré comme une sujétion insupportable et constitue un élément dissuasif pour entrer dans le secteur public.

Deux actions devraient pouvoir être menées :

- . au sein des grands établissements, rationaliser et réduire le nombre et les sites de garde, ce qui implique des réorganisations, et dans certains cas, des investissements.
- . Entre établissements, prévoir des pôles de garde communs notamment pour les urgences.

Il semble que ces pôles devraient répondre à deux exigences : garantir une séniorisation des urgences (indispensables pour la sécurité) en permettant de rassembler un pool de praticiens suffisant. Pour qu'une organisation de ce type soit fonctionnelle, 5 ou 6 praticiens semblent nécessaire mais il paraît également essentiel que la nouvelle organisation assure une activité suffisante à l'équipe de garde en place.

La carte des S.A.U. (1ère carte) pourrait être assez proche de l'organisation préconisée.

### 2-3 - Assurer une gestion différente du corps des praticiens hospitaliers.

La quasi-impossibilité actuelle pour un praticien nommé dans un centre hospitalier de ville moyenne d'espérer obtenir un poste dans un établissement plus important constitue un frein majeur pour pourvoir ces postes.

Les postes des établissements les plus importants sont le plus souvent attribués à l'un des membres de l'équipe, ancien interne ou ancien chef de clinique, pour lequel le poste a été créé et réservé.

Permettre une mobilité à l'intérieur du corps des praticiens hospitaliers entre les différents établissements constitue donc une revendication forte et légitime de la profession.

Trois mesures permettant d'assurer une plus grande mobilité sont proposées :

- Affecter systématiquement tout nouveau praticien hospitalier dans un hôpital général,
- limiter à deux mandats successifs dans le même établissement le renouvellement des chefs de service. La nomination de tout nouveau chef de service doit être faite sur la base d'un projet après définition par l'établissement des objectifs propres au service. Le poste ne doit pas automatiquement revenir à l'adjoint comme cela est la règle actuellement.
- organiser systématiquement la participation des praticiens hospitaliers des hôpitaux de proximité aux activités de jour et de garde de l'hôpital référent et ce sur la base minimum d'une demi-journée par semaine et ainsi amorcer une pratique d'échange et de collaborations.
- ces quelques mesures simples, si elles étaient retenues apporteraient une perspective différente aux praticiens des hôpitaux généraux.

#### 2-4 - La prise en compte des conditions particulière d'exercice

La loi hospitalière fait obligation au service public hospitalier d'assurer en permanence, l'accueil des malades et les soins aux hospitalisés.

Dans l'organisation actuelle, cette obligation est assurée, dans tous les hôpitaux, par la mise en place, à l'issue du service normal de jour, d'un service de garde, pour les praticiens hospitaliers.

Rappelons que dans la réglementation actuelle, le service de garde commence à la fin du service normal de jour au plus tôt à 18 H 30 pour s'achever au début du service normal le lendemain à 8 H 30 ; les dimanches et jours fériés le service de garde est assuré de 8 H 30 à 18 H 30, début du service de garde de nuit. En pratique très souvent le même médecin assure la garde pendant la durée du week-end ce qui est anormal et dangereux sur le plan de la sécurité.



Enfin tout praticien hospitalier, aux termes de son statut, est tenu de participer au service de garde.

Cette organisation historique ne tient pas compte des modifications intervenues ces dernières années dans les conditions d'exercice de la médecine à l'hôpital.

Assurer la permanence de l'accueil et la continuité des soins, deux notions fondamentales du service public hospitalier n'impliquent pas dans un hôpital les mêmes exigences dans tous les services.

Pour certains elle est bien assurée par une simple astreinte, pour d'autres elle constitue une servitude plus lourde en imposant une présence médicale permanente et la possibilité d'accès à un plateau technique performant, pour quelques services enfin la sécurité des malades et la continuité des soins exigent une présence constante et active d'au moins un médecin.

Le mode actuel d'organisation uniforme ne permet pas de répondre correctement aux besoins différenciés des disciplines médicales. Il ne permet pas non plus de prendre en compte la pénibilité particulière de certains postes soumis à des gardes lourdes et fréquentes voire à un exercice dans plusieurs établissements.

Les mesures proposées sont de deux types :

- a) Revoir les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers dans les services à présence médicale continue,
- b) Identifier et prendre en compte de manière spécifique la pénibilité d'exercice de certains postes médicaux.

#### A) Les services à présence médicale constante

L'exigence accrue de sécurité dans la prise en charge des patients, l'augmentation de technicité de certains services, entraînent de fait une présence médicale permanente 24H/24H.

Entrent dans cette catégorie les services de réanimation répondant aux normes établies, ainsi que les services d'accueil des urgences (S.A.U.) ou la présence permanente d'un médecin "sénior" est indispensable et cet impératif est unanimement reconnu.

Dans ces services, dès lors qu'ils auront été limitativement déterminés, la présence des médecins sera intégrée dans leurs obligations normales de service et non plus assurée en service de garde en sus de leurs obligations de service. Le temps de présence des praticiens se trouvera de ce fait considérablement réduit. Mais cette mesure devrait permettre d'apporter aux malades une garantie de sécurité optimum et une continuité des soins. Elle devrait également permettre de rationaliser la présence médicale.

Toutefois, son impact sur l'organisation des établissements et sur les effectifs exige que soient déterminés, préalablement à sa mise en place, des critères objectifs pour identifier les services concernés.

## 2 - La reconnaissance de la "pénibilité" de certains postes médicaux

C'est actuellement le rythme des gardes, le niveau d'activité et de responsabilité engagée au cours des gardes qui constituent pour le corps médical le facteur principal de pénibilité ;

Les interventions multisites et inter-établissements qui vont se développer avec la mise en place des réseaux sont également considérées comme un facteur nouveau de contraintes particulières.

Or la mise en place d'un travail médical continu dans certains services ne permet pas de supprimer le service de garde pour l'ensemble des services hospitaliers.

La sécurité des patients nécessitera toujours une garde médicale sur place, pour certaines spécialités avec des contraintes variables selon l'activité.

Il sera donc nécessaire que des critères précis et incontestables soient déterminés pour définir les postes qui justifieront des compensations ou d'avantages spécifiques.

Les avantages spécifiques devront en outre être limités à la période durant laquelle, au cours de sa carrière, le praticien sera soumis aux contraintes sus indiquées.

Deux types de mesures pourraient être rapidement mise en place :

- . L'une concerne l'organisation de l'activité pour les praticiens soumis à des gardes lourdes,
- . l'autre porte sur les compensations qui pourraient être attribuées.

\* L'organisation de l'activité

Le service de garde étant considéré, dans notre système hospitalier comme le complément du service normal de jour ; le praticien hospitalier de garde est tenu d'assurer son service le lendemain d'une garde dans les conditions habituelles. Cette situation courante n'est pas sans poser des problèmes pour certaines spécialités, c'est le cas notamment des anesthésistes ou des chirurgiens inscrits sur les plannings opératoires à l'issue d'une garde "lourde". Cette pratique n'est plus admissible. Il paraît donc nécessaire, de ne plus permettre qu'un praticien hospitalier assure un service normal à l'issue d'une garde "lourde" au moins en bloc opératoire.

L'application de cette mesure va impliquer et accélérer les réorganisations au sein des grands établissements. Elle devrait favoriser les rapprochements entre établissements en incitant fortement à la mise en place de poste de garde commun.

\* L'attribution de compensations

Actuellement la garde médicale est rémunérée sur une base forfaitaire quelque soit son rythme et le niveau d'activité qu'elle implique.

Aucune mesure compensatoire n'est prévue pour les praticiens affectés à intervenir dans plusieurs établissements dans le cadre des complémentarités qui se mettent en place.

Les compensations proposées pourraient s'appliquer aussi bien aux praticiens soumis à des gardes à haute pénibilité qu'à ceux dont l'activité se déroulera dans plusieurs établissements.

Des critères clairs et peu nombreux sont à définir pour attribuer ces mesures qui devront être attachées aux conditions d'exercice.

Les mesures compensatoires attribuées peuvent être d'ordre statutaire ou financier.

Plusieurs propositions peuvent être faites : coefficient multiplicateur des annuités de retraite pendant la période concernée, bonification pour avancement d'échelon, attribution au cours de la carrière d'un congé rémunéré de 6 à 8 mois pour études ou activités d'intérêt général, durée à moduler suivant la période de la carrière soumise aux conditions prédéfinies.

Les mesures proposées n'entraînent aucune modification de statut unique des praticiens hospitaliers, auquel un certain nombre d'organisations professionnelles sont très attachées. Elles ne font que reconnaître une réalité, c'est-à-dire que les contraintes et la pénibilité sont différentes selon le mode d'exercice ou selon la spécialité.

## RAPPEL DES MESURES PROPOSEES

### A - RENOUELER LES DISCIPLINES

1°) Ventiler dès 1999 (ou mieux dès 1998) le quota des places de D.E.S. à l'échelon national dans les différentes spécialités en tenant compte des besoins à court et moyen terme.

Exemple : En A.R. le nombre de places ouvertes doit Être 200 en 1999 et progresser pour atteindre 350 en 2004/2005.

En G.O. même mouvement en partant de 120 pour atteindre 150 dans les mêmes délais.

Pour radiologie et psychiatrie pas de modification des chiffres actuels, le problème n'est pas quantitatif mais se situe au niveau du choix d'activité public/privé.

2°) Répartir les postes à l'échelon régional en tenant compte à la fois des possibilités de formation et des besoins et des besoins. Ces deux mesures devront être clairement affichées chaque année.

**B - CRÉER UN POST-INTERNAT** de 2 à 4 ans dans toutes les spécialités et confier au ARH l'affectation au niveau des établissements. Cette mesure permet de corriger la disparité existant entre les disciplines du fait de la répartition historique des postes de chefs de clinique.

### C - RÉORGANISER L'HÔPITAL

1°) mettre en place autour d'un hopital-référent d'un réseau hospitalier pour un bassin de population de 150 à 250 000 personnes suivant les caractéristiques géographiques.

2°) Dans les hôpitaux référents prévoir des pôles de garde médicale dans certaines disciplines qui exigent une présence continue. Organiser le temps de travail des praticiens de façon à éviter qu'ils reprennent un service normal après une nuit de garde.

3°) Dans les postes ainsi désignés, une compensation de la pénibilité des praticiens concernés bénéficieraient d'un coefficient multiplicateur des annuités de retraite (par exemple 1,5 année pour 1 année) et de bonifications pour l'avancement d'échelon.

Ces deux mesures ne portent pas atteinte au statut unique des praticiens, elles reconnaissent simplement les servitudes liées à certaines activités.

4°) Organiser la mobilité des praticiens entre les différents établissements en décidant que la 1ère affectation d'un PH se fasse systématiquement dans un CHG, en choisissant les nouveaux chefs de service sur la base d'un projet correspondant aux objectifs de l'établissement, en limitant le renouvellement des chefs de service à deux mandats successifs dans le même établissement.